

Katja Kumpulainen

JOS JOKU KUUNTELIS IHAN OIKEESTI  
- Raumalaisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden  
kokemuksia palvelujärjestelmästä

Sosiaalialan koulutusohjelma  
Mielenterveys- ja päihdetyön suuntautumisvaihtoehto  
2012

## JOS JOKU OIKEESTI KUUNTELIS

Kumpulainen, Katja  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-alan koulutusohjelma  
Lokakuu 2012  
Ohjaaja: Ahomäki, Merja  
Sivumäärä: 42  
Liitteitä: 4

Asiasanat: kaksoisdiagnoosi, päihde- ja mielenterveysongelma, palvelujärjestelmä

---

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa raumalaisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokemuksista ja kehittämisajatuksista liittyen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmään ja sen toimivuuteen.

Tutkimukseni perustana olen käyttänyt tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisiintyvyydestä, kaksoisdiagnooseista ja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä.

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen tutkimus. Aineiston tutkimukseeni keräsin haastatteleamalla viittä mielenterveys- ja päihdeasiakasta. Haastattelut toteutin teemahaastattelulla. Analyysimenetelmänä työssäni käytin teemoittelua.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että asiakkaat kokevat tärkeäksi mielenterveys- ja päihdeongelmien huomioimisen toisiinsa liittyvinä asioina ja toivovat työntekijöiltä syvempää ymmärrystä ongelmien vaikutuksista toisiinsa ja koko asiakkaan elämään. Haastateltavat kokivat tärkeäksi tulla kokonaisuutena nähdyksi ja kuulluksi sekä kohdatuksi kunnioitavasti ja aidon kiinnostuneesti.

Tutkimus osoitti myös sen, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kokivat palvelujärjestelmän pirstaleiseksi. Jokainen haastateltava koki raskaaksi asioida usealla taholla ja toivoi työntekijöiden tekevän enemmän yhteistyötä omissa asioissaan. Kehittämisajatuksia nousi esiin myös työntekijöiden asenteisiin ja motivointiin liittyvissä asioissa.

## IF SOMEONE WOULD REALLY LISTEN

Kumpulainen, Katja

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in social service

October 2012

Supervisor: Ahosmäki, Merja

Number of pages: 42

Appendices: 4

Keywords: dual diagnosis, substance abuse and mental health problems, service system

---

My thesis aims at describing the ways in which the patients with dual diagnosis in Rauma experience the social and health services system. In addition, the thesis is intended to shed light on their ideas about, and needs for, the development of the system

The research is based on the theories of co-occurrence of mental health problems and substance abuse, and the social and health services system

In the thesis I use qualitative research as the method of study. I gathered the material by interviewing five clients with mental health and substance abuse problems. The interviews were conducted as thematic interviews. In the analysis part of my work, I identified several thematic patterns, themes.

Based on the results of the study, we can state that the clients find it of utmost importance that the mental health and substance abuse problems are regarded as interconnected issues. The clients also seek for a deeper understanding of the interactive effects of their problems as well as of their effects to the whole life of the client. The interviewees wish to be seen and heard as a whole person, a person that is treated with respect and genuine interest from the social worker's part.

The study also shows that the clients consider the social and health services system incoherent. The interviewees find it difficult to patronize several instances, thus they look for more comprehensive approach from the social workers to their individual needs. The clients introduced many ideas for further development of social and health services, in particular regarding the attitudes of the social workers as well as regarding the matters related to their motivation.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMA YHDESSÄ.....	6
2.1	Kaksoisdiagnoosi ja yhteisesiintyvyys käsitteinä.....	6
2.1.1	Kaksoisdiagnoosien ja yhteisesiintyvyyden yleisyys.....	7
2.1.2	Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden selitysmalleja .....	9
2.1.3	Mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikutuksia asiakkaan arkeen .....	10
3	YHTEISESIINTYVYYS JA PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	12
3.1	Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmä.....	12
3.1.1	Mielenterveyspalvelut yleisesti .....	14
3.1.2	Päihdepalvelut yleisesti .....	15
3.1.3	Yhteisesiintyvyys palvelupaikan näkökulmasta.....	16
3.1.4	Yhteisesiintyvyys työntekijän ammattitaidon näkökulmasta.....	18
3.2	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujärjestelmästä Raumalla .....	20
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
4.1	Tutkimuksen tavoitteet .....	23
4.2	Teemahaastattelu .....	24
4.3	Haastateltavien valinta ja haastattelutilanne.....	24
4.4	Aineiston käsittely .....	25
4.5	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	26
5	HAASTATELTUJEN KOKEMUKSIA .....	28
5.1	Taustatietoja ja hoitopolkuja .....	28
5.2	Kokemuksia palvelujärjestelmästä ja asioinnista eri viranomaisten kanssa .....	30
5.3	Kehittämisaikajatkua .....	33
6	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	35
7	POHDINTAA.....	37
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdeongelman yhtäaikaista ilmenemistä samalla henkilöllä. Tilastot kertovat kaksoisdiagnoosien olevan yleisiä ja niiden määrän ennustetaan tulevaisuudessa vielä lisääntyvän. Puhutaan myös näiden ongelmien yhteisesiintyvyydestä sekä moniongelmaisuudesta. Eri käsitteistä huolimatta olisi tärkeää puhua ongelmien yhteenkietoutumisesta ja niiden vaikutuksista toisiinsa ja ihmisen elämään. Todellisuus tilastojen ja lukujen takana ei ole yksiselitteinen tai helppo ymmärtää.

Ihminen, jolla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma, ei ole vain luku tilastoissa. Hänen avun tarpeensa on kokonaisvaltaista ja vaatii sekä mielenterveys- että päihdeongelman huomioimista niin terveydelliseltä kuin myös sosiaaliselta kannalta. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin on monia syitä, selityksiä ja seurauksia. Opinnäytetyössäni haluan avata tätä kokonaisuutta ja ongelmavyöhytiä myös palvelujärjestelmämme kannalta. Haastattelen asiakkaita saadakseni heidän äänensä kuuluviin ja ottaakseni heidän kokemuksistaan opiksi.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä on puhuttu jo kauan. Tutkimuksia asian tiimoilta on tehty useita, samoin erilaisia suosituksia ja kehittämissuunnitelmia. Näistä huolimatta käytännöt muuttuvat hitaasti ja liian usein asiakkaiden ääni jää kuulematta ja inhimillinen hätä näkemättä.

Nykyään puhutaan paljon kokemusasiantuntijuudesta. Asiakkailla onkin omasta elämästään ja kokemuksistaan parasta asiantuntijuutta, mitä pitäisi enemmän käyttää hyväksi palveluita kehitettäessä. On tärkeää kysyä asiakkailta itseltään, miten he ovat kokeneet erilaiset tuki- ja palvelujärjestelmät ja mistä on heille ollut hyötyä. Haluan tutkimuksessani tuoda esiin asiakkaiden asiantuntijuutta omissa asioissaan.

## 2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMA YHDESSÄ

### 2.1 Kaksoisdiagnoosi ja yhteisesiintyvyys käsitteinä

Kaksoisdiagnoosi-käsite on yleiskäsite, millä tarkoitetaan päihteidenkäyttäjää, jolla on yksi tai useampi vakava mielenterveyden häiriö tai päinvastoin. Kyseessä on lääketieteellinen käsite, mikä korostaa diagnostisuutta kuvaamatta tarkemmin sisältöä. (Holmberg 2010, 66.)

Vakavina mielenterveyden häiriöinä pidetään kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa, vaikeaa masennusta ja vaikeaa persoonallisuushäiriötä. Kaksoisdiagnoosikäsitteen määrittely on moninaista ja usein eri hoitopaikat määrittelevät diagnoosin omasta näkökulmastaan, mikä tuo vaihtelua sairauden määrittelyyn, hoitokäytäntöihin ja – paikkoihin. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 124.)

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan sitä, että molemmat diagnoosit ovat toisistaan riippumattomia, eivät toisistaan johtuvia. Kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkiset oireet, esimerkiksi alkoholiriippuvaisen masennus tai ahdistus, eivät häviä pitkänkään päihteettömyyden jälkeen automaattisesti. (Aalto 2007.)

Päihderiippuvuuden kohteena voi olla alkoholi, huumeet tai lääkkeet. Usein kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat monipäihderiippuvaisia, eli riippuvaisia useammista eri päihteistä. Sekakäyttö, jossa eri aineita yhdistelemällä pitkitetään tai tehostetaan päihtymystilaa sekä yritetään hallita vieroitusoireita ja psyykkisiä haittoja, on tyypillistä. Muita mielenterveyden häiriöitä kaksoisdiagnoosiasiakkailta ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt, masennus, persoonallisuushäiriöt, itsetuhoisuus sekä erilaiset psykoottiset tilat. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 105.)

Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyvyys on kaksoisdiagnoosia laajempi näkökulma aiheeseen. Yhteisesiintyvyys käsitteenä kuvaa ihmisen kokonaistilannetta paremmin niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen kuin yhteiskunnallisenkin ulottu-

vuuden kannalta. Yhteisesiintyvyydestä puhuttaessa ei välttämättä puhuta diagnooseista, vaan nähdään ongelmien moniulottuvuus ja limittäisyys. Kumpaakaan yksittäistä ongelmaa ei nähdä välttämättä yksiselitteisesti hoidon tai kuntoutuksen kohteena, vaan kohteena on paremminkin ihmisen kokonaistilanne. (Holmberg 2010, 67.)

Ihmisellä siis saattaa olla mielenterveys- ja päihdeongelma yhdessä ja samanaikaisesti, vaikka hänellä ei diagnoosia olisikaan. Moniongelmaisuus on lisääntynyt ja lisääntyy jatkuvasti; mielenterveysongelmiin liittyy päihdeongelmia, päihdeongelmiin mielenterveysongelmia ja näihin syrjäytymistä ja taloudellista ja sosiaalista huono-osaisuutta. (Annala, Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2007, 66.)

Mielenterveys- ja päihdeongelman esiintyminen yhdessä vaikuttaa merkittävästi molempien ongelmien oirekuvaan, kulkuun, hoitoon ja kuntoutumiseen sekä altistaa monelle terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia uhkaavalle tekijälle ja siten syrjäytymiskierteelle. Asiakkailta on siis monimuotoisia avun, tuen, palveluiden ja hoidon tarpeita. (Valkonen 2011, 40.)

### 2.1.1 Kaksoisdiagnoosien ja yhteisesiintyvyyden yleisyys

Kansanterveyden kannalta mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä. Ne ovat yleisiä sairauksia, jotka heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat fyysiset sairaudet. Pahimmillaan ne johtavat pysyvään toimintakyvyn heikkenemiseen. Työkyvyttömyyseläkeläisistä 44,5 prosentilla työkyvyttömyyden syynä oli mielenterveys- tai päihdehäiriö: vuonna 2008 näiden häiriöiden vuoksi oli eläkkeellä 116 482 suomalaista. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015.)

Kaksoisdiagnoosit ovat lisääntyneet ja ilmeisesti niiden määrä tulee jatkossakin lisääntymään. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa kysyttiin ensimmäistä kertaa mielenterveyshäiriöistä. Silloin sosiaali- ja terveystalouksissa asioineista päihdeasiakkaita 37 prosentilla oli myös jokin mielenterveyden häiriö. Naisista lähes joka toisella ja miehistä joka kolmannella. Vuoden 2007 laskennassa vastaava luku

oli jo 48 prosenttia, eli mielenterveyshäiriöitä oli jo joka toisella. Tällä kertaa kysyttiin myös mielenterveysongelman laadusta. Kävi ilmi, että masennus oli yleisintä: vajaa kolmannes kärsi masennuksesta ja neljännes jostain muusta. Seitsemän prosenttia oli sellaisia, joilla oli sekä masennusta että muu mielenterveyshäiriö. (Ahtola, Huhtanen, Metso & Nuorvala 2008.) Vuoden 2011 laskennan tuloksia ei vielä ole saatavilla.

Monilla henkilöillä esiintyy päihderiippuvuuden tai päihteiden liikkakäytön lisäksi vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö, joka ei selity päihtymyksellä tai vieroitustoireilla. Mielenterveyden häiriöitä potevista noin kolmanneksella on myös päihdehäiriö. Skitsofreniassa ja kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä puolet potilaista on jossakin sairautensa vaiheessa kaksoisdiagnoosipotilaita. (Aalto 2010.)

Järvenpään sosiaalisairaalan psykiatrian erikoislääkäri Mauri Aallon mukaan alkoholiongelmallisista noin 40 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa jokin päihdeistä riippumaton psykiatrinen häiriö. Huumeongelmallisilla tämä luku on vielä suurempi. Yleisyyttä voidaan tarkastella myös toisin päin. Noin 30 %:lla psykiatrisia häiriöitä potevista on jossakin vaiheessa myös päihdeongelma. Luku vaihtelee kuitenkin huomattavasti eri psykiatrisissa häiriöissä. Esimerkiksi noin puolella skitsofreniassa tai kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on myös päihdeongelma. (Aalto 2007.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrian erikoislääkärin Antti Mikkosen mukaan 75 %:lla mielenterveyspalveluiden käyttäjistä on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Ei siis välttämättä kaksoisdiagnoosia, mutta ongelmia, jotka tulisi huomioida asiakkaan kohtaamisessa, hoidossa ja tukemisessa. (Mikkonen 2007, 19.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat koskettavat yhä useammin myös nuoria. Valtaosalle nuorista päihdekäyttö ei muodostu ongelmaksi. Siitä huolimatta päihdehäiriöt kuuluvat nuorten yleisimpiin mielenterveysongelmiin. Ne ovat usein pitkäkestoisia, vaikeahoitaisia ja toistuvia ja ne vaikeuttavat nuoren kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä sekä altistavat nuorta syrjäytymiselle. Mitä nuorempana päihteiden käyttö alkaa ja mitä runsaampaa se on, sitä todennäköisemmin ongelmat jatkuvat aikuisuuteen. Valtaosa, jopa 80 %, päihdehäiriöstä kärsivistä nuorista kärsii myös muusta mielenterveyden häiriöstä, tavallisimmin käytöshäiriöstä, masennus- tai ah-



distuneisuushäiriöstä. Nuorten päihdehäiriöihin liittyy merkittävästi suurentunut itsemurhariski, jota muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt lisäävät. (Ehrling, Marttunen, 27.)

### 2.1.2 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden selitysmalleja

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden problematiikkaa on yritetty selvittää lukuisin tutkimuksin. Tutkimusten perusteella on saatu aikaiseksi erilaisia asioita selittäviä malleja.

#### 1. Sekundaarinen psykopatologian malli:

- päihteiden käyttö saattaa johtaa pitkäaikaiseen mielenterveyshäiriöön tai laukaisee sen
- esim. tutkimusten mukaan kannabiksen käyttö voi lisätä riskiä sairastua skitsofreniaan

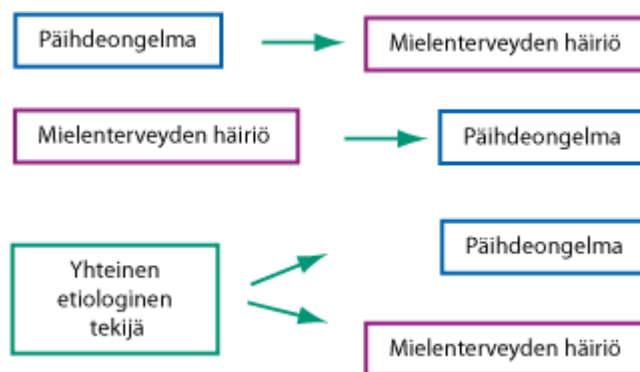
#### 2. Sekundaarinen päihdehäiriön malli:

- mielenterveyshäiriöt aiheuttavat päihdeongelmia
- esim. päihteiden käyttö itselääkintänä oireiden lievittämiseen

#### 3. Yhteiset etiologiset tekijät:

- esim. perintötekijät, neurobiologiset ja psykososiaaliset seikat

(Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 2007, 123(11): 1293-1298.)



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

Eri tutkimuksissa on havaittu, ettei kaksoisdiagnoosia voi selittää yksin sattuma. On olemassa tekijöitä, jotka suurentavat toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta, ja kaksoisdiagnoosin eri puolet ovat kytköksissä toisiinsa. Yllä olevassa kuviossa esitettyjen mallien lisäksi niiden erilaiset yhdistelmät ovat mahdollisia, eikä yksilön kohdalla syy–seuraus–suhteita pystytä aina määrittelemään. Todennäköisesti useat tekijät yhdessä selittävät sitä, että päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa esiintymisen mahdollisuutta. Ne ovat molemmin puolin toistensa riskitekijöitä. Päihteiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä häiriötiloja, mutta toisaalta taas psyykinen häiriö altistaa päihdehäiriölle. (Aalto 2008.)

### 2.1.3 Mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikutuksia asiakkaan arkeen

Kaksoisdiagnoosi-asiakkaat ovat usein moniongelmaisia, joilla mielenterveys- ja päihdeongelman lisäksi on muitakin ongelmia, kuten alhainen koulutustaso ja pitkäaikaistyöttömyys. Monet ovat asunnottomia tai asumisessa on suuria ongelmia. Myös taloudelliset vaikeudet, rikosoikeudelliset asiat ja kyvyttömyys käyttää hyväksi yhteiskunnan tarjoamia palveluja aiheuttavat ongelmia. Monien sosiaalinen verkosto on kaventunut ja suhteet omaisiin ovat etäiset. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 124-125.)

Erilaisten selitysmallien lisäksi on tärkeää ymmärtää ihmistä, jonka elämää nämä ongelmat koskettavat. Mielenterveys- ja päihdeongelmat jo erikseenkin esiintyvänä aiheuttavat ihmiselle monenlaisia hyvinvointia uhkaavia riskejä. Kun nämä ongelmat esiintyvät yhdessä, puhutaan jo hyvin vaikeista elämänhallinnan ongelmista. Mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat tunteisiin, tiedollisiin ja sosiaalisiin valmiuksiin. Keskittymisvaikeudet ja ahdistuneisuus saattavat haitata havaitsemista, ajattelua, päättelyä ja muistia. Useat häiriöt heikentävät aloitekykyä, sillä psyykinen energia kuluu mielensisäiseen prosessointiin, eikä sitä riitä ulkoisiin ponnistuksiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän itsetunto on usein huono, ja psyykkisen itsesäätelyn keinot ovat vähäiset ja jäykät. Ongelmiin liittyy usein häpeän ja syyllisyyden tunteita, jotka hankaloittavat sosiaalista vuorovaikutusta. (Portti vapauteen www-sivut 2010.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat kytkeytyvät usein, sekä aikuisilla että nuorilla, myös syrjäytymiseen. Ongelmien takia koulunkäynti saattaa vaikeutua tai keskeytyä, on vaikea työllistyä, asuminen on epävarmaa, perhesuhteet vaikeita ja terveys ääri rajoilla. Syrjäytyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmaisten menneisyys on usein hurja, nykyisyys vaikeasti hallittava ja tulevaisuus pelottavasti avoin, vailla toivoa. Syrjäytyminen ja sen uhka koskettavat tämän päivän Suomessa sosiaalisesti monipuolistuvaa ja kasvavaa ihmisryhmää. Syrjäytyneisyydestä on salakavalasti tullut osa suomalaista yhteiskuntaa. (Lund 2006, 9-10.)

Palveluita järjestettäessä on huomioitava samanaikaisesti sekä mielenterveys- että päihdeongelma. Päätteet usein ylläpitävät tai pahentavat psyykkistä oireilua ja päinvastoin. Lisäksi useiden mielenterveyden häiriöiden hoito ei onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman, että päihdeongelma on riittävästi hallinnassa. Esimerkiksi alkoholin runsas käyttö voi aiheuttaa sen, että lääkehoito tai psykoterapia ei lievitä masennusta. (Aalto 2008.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja palveluiden järjestämisessä tarvitaan eri ammattiryhmien yhteistyötä ja erityisosaamista. On tärkeää huomioida myös asiakkaan elämään liittyvät muut ongelmat sekä voimavarat. Esimerkiksi asumisen tukeminen saattaa olla mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle tärkeä ja toimiva tapa, samoin lähiverkoston huomioiminen asiakkaan elämässä. Moniongelmainen asiakas tarvitsee siis monipuolista apua ja tukea. (Holmberg 2010, 106.)

Yhä nuoremmilla on sekä mielenterveyden että päihteidenkäytön problematiikkaa. Ongelmat aiheuttavat haasteita niin asiakkaiden omalle elämälle kuin myös palvelujärjestelmälle. Työntekijöiltä odotetaan monialaista osaamista ja palveluiden tarjonta on järjestetty monin paikoin hyvin pirstaleisesti. Seuraavassa luvussa tarkastelen lähemmin mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan palvelutarjontaa.

### 3 YHTEISESIINTYVYYS JA PALVELUJÄRJESTELMÄ

Vaikka tietoisuus ja ymmärrys mielenterveyden ja päihteiden ongelmakäytön välistä yhteydestä onkin lisääntynyt, erittelee palvelujärjestelmämme nämä ongelmat vielä monin tavoin. Asiakkaita tuetaan, kuntoutetaan ja hoidetaan usein joko mielen-terveys- tai päihdeongelmiin keskittyneissä yksiköissä. Avaan ensin hieman tarkemmin käsitettä palvelujärjestelmä, minkä jälkeen keskityn lähemmin tarjottaviin palveluihin.

#### 3.1 Sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmä

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhdessä valtioneuvoston kanssa sosiaali- ja terveystalouden yleiset linjaukset ja palvelujen toimintaperiaatteet. Kunnilla on palvelujen järjestämisvelvollisuus ja mahdollisuus valita niiden toteutustavat ja painotukset. Palvelujen paikallisen toteutuksen ja valtakunnallisten linjausten tulee olla keskenään linjassa, jotta ihmisten yhdenvertaisuus toteutuisi. (Kiikkala, Nouko-Juvonen & Ruotsalainen 2000, 5.)

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu tärkeimmiltä osiltaan kunnalliseen palvelujen järjestämisvastuuseen. Yksityiset palveluntuottajat, ammatinharjoittajat ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut täydentävät tätä kokonaisuutta. (Kiikkala, Nouko-Juvonen & Ruotsalainen 2000, 9.)

Palvelujärjestelmä korjaa ja tasoittaa hyvinvointi- ja terveyseroja, mutta voi myös ylläpitää ja vahvistaa niitä, jos järjestelmä ei toimi oikeudenmukaisesti. Tutkimusten mukaan palvelujen saatavuudessa ja laadussa on kärjistymässä olevia eroja. Palvelujen saanti ja palvelutarpeen tyydyttyminen eivät aina toteudu kaikissa väestöryhmissä parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi terveyspalveluissa sairauksien ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuus voi olla puutteellista erityisesti alemmissä sosiaaliryhmissä. Mikäli palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta halutaan edistää, on pyrittävä vastaamaan käyttäjien erilaisiin tarpeisiin. Kaikille tarjolla olevat palvelut eivät välttämättä riitä, vaan tarvitaan myös kohdennettuja palveluja ja toimia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki vähentävät inhimillistä kärsimystä ja tulevat halvemmiksi kuin raskas hoito ja kärjistyneiden ongelmien ratkaisu. Ennaltaehkäisevien palvelujen käytössä on sosiaaliryhmien välisiä eroja. Esimerkiksi ennaltaehkäisevät terveyspalvelut ovat helpoiten saatavilla työssäkäyville ja hyvin koulutetuille. He osaavat myös hyödyntää näitä palveluja parhaiten. Kuitenkin heikommassa asemassa olevat tarvitsisivat ennaltaehkäiseviä palveluja eniten. Heidän tilanteensa kohenemisen kannalta ennaltaehkäisyllä olisi suuri merkitys. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Palvelujärjestelmän toimivuuteen vaikuttavat mm:

1. Taloudellinen saavutettavuus:

- Palvelut eivät ole Suomessa taloudellisesti kaikkien vähävaraisten saavutettavissa. Kaikkein pienituloisimmille ja lähes tulottomille nykyiset asiakasmaksut tai matkakulut voivat olla kynnyksenä hoitoon hakeutumiselle tai avun hakemiselle.

2. Tiedollinen saavutettavuus:

- Hyvin koulutetuilla on yleensä paremmat tiedot palvelupaikoista ja vaihtoehtoisista palvelureiteistä kuin vähemmän koulutetuilla. Eroja on myös esimerkiksi tietotekniikan käyttömahdollisuuksien ja käyttötaitojen suhteen. Tämä on tärkeää huomioida sähköisiä palveluja suunniteltaessa.

3. Fyysinen saavutettavuus:

- Palvelujen sijainnissa on suuria alueellisia ja alueiden sisäisiä eroja. Jos palvelut sijaitsevat kaukana tai vaikeasti saavutettavissa, saatetaan hoitoon hakeutumista pitkittää. Terveystarkastuksiin ja muihin ennaltaehkäiseviin palveluihin ei ehkä lähdetä lainkaan. Tämä vaikuttaa esimerkiksi sairauksien löytymiseen ja hoidon tuloksiin.

4. Asenteellinen saavutettavuus:

- Ihmiset voivat kohdata kynnyksiä ja esteitä palvelujen käytössä, eivätkä ehkä luota avun saamiseen. Joskus ammattilaisilla voi vastaavasti olla asenteellisia esteitä ymmärtää ihmisten tosiasialliset mahdollisuudet huo-

lehtia terveydestään tai hoitaa moniongelmaisia ja hankalia potilaita yhteistyössä esimerkiksi sosiaalitoimen kanssa.

(Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Toimivaan palvelujärjestelmään kuuluvat saumattomat palveluketjut ja asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöinen palveluketju tarkoittaa asiakkaan yhtäjaksoisesti tai peräkkäin käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka asiakkaan näkökulmasta muodostavat eheän kokonaisuuden. Palvelujen keskiössä tulisi olla kaiken aikaa asiakas, jolloin eri palvelujen muodostama kokonaisuus järjestetään hänen tarpeistaan lähtien. (Kiikkala, Nouko-Juvonen & Ruotsalainen 2000, 5.)

### 3.1.1 Mielenterveyspalvelut yleisesti

Mielenterveystyön tehtävänä on edistää psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvua sekä ehkäistä, parantaa ja lievittää mielenterveyshäiriöitä. Kokonaisuudessaan mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveyttä edistäväksi ja mielenterveyden häiriöitä ehkäiseväksi. Kunnan vastuulla on järjestää riittävästi asianmukaisia mielenterveyspalveluja kuntalaisten tarpeiden mukaan. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Mielenterveyspalveluihin sisältyvät ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat hoidossa ensisijaisia. Mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, mielenterveyspalvelut 2012.)

Mielenterveyslain mukaan kunnan on vastattava mielenterveyspalvelujen järjestämisestä joko omina tai ostopalveluina. Kuntien tulee olla perillä siitä, millaisia mielen-

terveyspalvelujen tarpeita sen alueella esiintyy, sillä palvelut on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään sellaisiksi kuin tarve edellyttää. (Annala, Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2007, 22.)

Viimeisten 20 vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Vastuu mielenterveystyöstä on siirretty kunnille ja laitoshoitopainotteisesta mallista on siirrytty kohti monipuolisten avohoitopalvelujen mallia. Samaan aikaan palvelutuottajien kirjo on laajentunut: palveluja järjestävät sairaanhoitopiirit, kunnat sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. Tämän kehityksen myötä palvelujärjestelmä on monien suotuisten kehitysuuntien ohella myös vääjäämättä pirstaloitunut. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 3.)

### 3.1.2 Päihdepalvelut yleisesti

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve vaatii. (Lappalainen-Lehti, Romu, Taskinen 2007, 129). Kunnat voivat joko tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta, esimerkiksi järjestöiltä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, päihdepalvelut 2011.)

Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erityistason sairaanhoitona. Palvelumuotoja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Avohoito on ensisijaisesti tarjottu päihdepalvelujen muoto. Palvelut voivat olla sosiaalista tukea, katkaisuhoidoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa ja kuntoutusta. Palveluissa selvitetään myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Laitoskuntoutus on tarpeellista henkilölle, jolle avohoidon palvelut eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia. Katkaisuhoidossa keskeytetään päihteiden käyttö ja hoidetaan vieroitusoireita ja muita päihteiden aiheuttamia haittoja. Hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita ovat tuki- ja asumispalvelut: hoitokodit, huoltokodit, palvelutalot ja yksittäiset tukiasunnot sekä päiväkeskukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö, päihdepalvelut 2011.)

### 3.1.3 Yhteisesiintyvyys palvelupaikan näkökulmasta

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ovat perinteisesti saaneet apua, tukea ja hoitoa päihde-, sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä yleensä jaksottain, rinnakkain tai integroidusti. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin esimerkiksi päihdeongelmaa päihdekllinikalla, ja kun hoidossa on päästy riittävän hyvään hoitotulokseen, aloitetaan toisen ongelman, esimerkiksi masennuksen hoito psykiatrian poliklinikalla. Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta kummallekin häiriölle on oma erillinen hoitotaho. Integroidussa mallissa yksi moniammatillinen tahon hoitaa asiakkaan kaikkia häiriöitä ja ongelmia yhtä aikaa tai eri tahot hoitavat hyvin tiiviissä yhteistyössä ottaen molemmat ongelmat huomioon. (Holmberg 2010, 68.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla hoito- ja palveluketjut vaikuttavat hyvin pirstaleisilta. Vaikeastikaan oireileville ei aina löydy tahoja, jotka ottaisi pitkäjänteisesti hoitovastuun. Hoitojärjestelmä priorisoi usein vain yhden diagnoosin saaneet. Psykiatrinen hoitojärjestelmä saattaa kieltäytyä hoitamasta kaksoisdiagnoosipotilasta päihdeiden käytön takia. Jos potilaalla on krooninen riippuvuus, tämä voi tarkoittaa, että hän ei pääse koskaan psykiatriseen arvioon saati hoitoon. (Aalto 2010.)

Jos ei osata päättää kumpaan ongelmaan tulisi ensin puuttua, on riskinä, että vaille huomiota jääneet ongelmat pahenevat ja tekevät toisenkin ongelman hoitamisen vaikeammaksi. Tässä on nähtävissä myös eettinen ongelma; tarjoamalla apua vain toiseen ongelmaan kielletään toisen hoitaminen. Asiakas ei saa toiseen ongelmaansa lainkaan apua, vaikka onkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä. (Aalto 2008.)

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsyn edellytyksenä on useimmiten terveyskeskuksen lääkärin lähete ja diagnosoitu mielenterveyshäiriö. Päihdehuollon erityispalveluihin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja matalalla kynnyksellä ilman erillistä peruspalveluista saatua lähetettä. Päihdeongelmiin liittyy usein samanaikaisia mielenterveyden ja muita elämänhallinnan häiriöitä tai ongelmia sekä syrjäytyneisyyttä, joiden käsittely edellyttää erityisosaamista ja moniammatillisen työryhmän tarjoamaa integroitua palvelua. Päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköissä on periaatteessa



toteutunut yhdistetty mielenterveyden- ja päihdeongelmien sekä muiden elämänhallintavaikkeuksien samanaikainen käsittely, vaikka järjestelmä ei ole kyennytkään vastaanottamaan kaikkia samanaikaisesti sairastavia tai moniongelmaisia henkilöitä. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on taas usein ollut käytäntönä, että potilailta on edellytetty riittävän pitkää päihteetöntä aikaa, jotta päihdeongelmien ohella olevien mielenterveyshäiriöiden käsittely on voitu aloittaa. (Suojasalmi 2009, 5.)

Palvelujärjestelmän toimimattomuudesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla on puhuttu vuosia. Järjestelmän kyvyttömyys vastata näiden asiakkaiden tarpeisiin on nähty esimerkiksi siten, että mielenterveyspuoli katsoo päihdeongelmasta kärsivän mielenterveysongelmaisen kuuluvan päihdepuolen vastuulle ja päihdepuoli taas taas mielenterveysongelmista kärsivän päihdeongelmaisen kuuluvan mielenterveyspuolelle. Näissä tilanteissa viranomaisilla on mahdollisuus siirtää asiakkaan asia jonkin toisen tahon hoidettavaksi eli pallotella hankalaksi koettua asiakasta. Tällaisen poiskäännyttämisen seuraukset konkretisoituvat kadulla, koska mielenterveys- ja päihdeongelmaisen ongelmavyöhteen voidaan usein liittää myös asunnottomuus. (Männistö 2012, 129.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito olisi vaikuttavinta toteuttaa integroidusti samassa yksikössä, tai ainakin samanaikaisesti ja hyvässä yhteistyössä. Muu hoito, tarvittavat asumispalvelut, arjen tukitoimet ja tiivis palveluohjaus lisäävät kokonaisuhoiton vaikuttavuutta. Oleellista ei ole kysymys siitä, kuka palveluja tuottaa vaan se, että palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita. Tarpeiden tunnistamisessa ja palveluiden kehittämisessä on kansalaisjärjestöjen ja ammatillisten kolmannen sektorin järjestöjen rooli merkittävä. Mielenterveys- ja päihdealan järjestöt eivät ole pelkkiä palvelujen tuotanto-organisaatiota, vaan ne ovat parhaimmillaan yhteistoimintaverkostoja, joiden tehtävänä on yhteistyössä julkisen sektorin kanssa luoda seudullista ja alueellista mielenterveys- ja päihdepolitiikkaa. Tällä hetkellä järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat tuottavat merkittävän osan erikoistasoista päihde- ja mielenterveyspalveluista. Niiden tehtäviin kuuluvat myös ehkäisevä työ, kehittämis- ja tutkimustoiminta sekä koulutus. Mielenterveysongelmaisten erikoispalvelut ovat pääsääntöisesti julkisen terveydenhuollon tuottamia palveluita. Asumispalveluita ja päiväkeskustoimintaa ylläpitävät useimmiten järjestöt tai yksityiset palveluntuottajat. (Suojasalmi 2009, 6.)

### 3.1.4 Yhteisesiintyvyyden työntekijän ammattitaidon näkökulmasta

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat tämän päivän ja tulevaisuuden haaste sosiaali- ja terveysalalla. Kysyttäessä sosiaalialan työntekijöiltä palvelujärjestelmän toimimattomuudesta, he mainitsevat juuri sen kyvyttömyyden vastata mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden tarpeisiin. Tästä temasta on puhuttu jo vuosia ja erilaisia valtakunnallisia ja paikallisia suosituksia on tehty, mutta yhä vieläkin kysymyksessä tuntuu olevan asiakasjoukko, mitä mikään taho ei halua ottaa vastuulleen. Hankalaksi koettua asiakasta on helppo pallotella eli siirtää hänen asiansa jonkun toisen tahon hoidettavaksi. (Männistö 2012, 128-129.)

Sosiaalialan työssä, käytännön kohtaamisissa, ihmisten ongelmat saavat kasvot. Elämäntilanteet, palvelutarpeet ja toimintaedellytykset ovat yksilöllisiä eivätkä välttämättä noudata toimintasektoreiden tai organisaatioiden mallinnuksia ja asiakasprosesseja. Tarve eri ammatti- ja hallintokuntien rajat ylittävälle yhteistyölle kasvaa jatkuvasti. Palvelujärjestelmältämme vaadittaisiin enemmän joustoa ja yksilöllisyyden sekä voimavarakeskeisyyden syvempää ymmärrystä. (Karttunen & Strömberg-Jakka 2012, 7-9.)

Työntekijän ja asiakkaan välisen suhteen lähtökohtana on aina ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Asiakkaan psyykinen tila, käyttäytyminen, sosiaalinen asema tai päihdehistoria ei saa vaikuttaa työntekijän suhtautumiseen. Työntekijän tehtävänä on ylläpitää toivon ja muutoksen mahdollisuutta silloinkin, kun asiakas tai hänen läheisensä ehkä jo ovat luovuttaneet. Toivon välittymisen edellytyksenä on, että työntekijä kykenee aidosti näkemään asiakkaassaan muutoksen mahdollisuuden. (Annala ym. 2007, 48-49.)

Asiakaslähtöisessä työskentelyssä jokainen asiakas kohdataan omana yksilönään, kokonaisvaltaisesti ja arvostaen. Työskentely on neuvottelevaa ja asiakkaalle annetaan aktiivinen rooli. Toiminta on aitoa, toiveikasta ja tulevaisuuteen suuntaavaa. (Immonen, Kiikkala, Kokkola & Sorsa 2002, 20.)

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu myös voimavarakeskeisyys ja itsenäisen päätöksenteon tukeminen. Sosiaalityössä tulisikin kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan voimava-

roihin ja vahvuuksiin. Voimavaroista lähtemällä voidaan toteuttaa syrjäytymisen vastakohtaa, yhteiskunnallista integraatiota. Vaikeasti syrjäytyneiden voimavarojen tunnistamiseen ja käyttöön ottamiseen tarvitaan yleensä useampien ammattikuntien asiantuntemusta ja hyvää yhteistoimintaa. (Raunio 2006, 45-49.)

Parhaimmillaan työntekijän ja asiakkaan työskentely etenee dialogisena prosessina, johon molemmat osallistuvat, antavat tietonsa toistensa käyttöön ja etsivät yhdessä ratkaisuja. Prosessissa sallitaan myös epävarmuuden tunteet sekä tietoon että tavoitteisiin nähden ja näin pidetään tilanne avoimena yhdessä ihmettelylle ja vastausten löytymiselle. (Immonen ym. 2002, 50.)

Sosiaalialan työntekijällä on oltava taitoa ja halua toimia sekä asiantuntijana että tavallisena rinnallakulkijana. Toisen rinnalla oleminen tavallisena ihmisenä ja toisen kokemuksista oppiminen ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan tukemisessa. Työntekijä työskentelee omana persoonanaan asiakkaan kanssa ja osoittaa olevansa asiakasta varten kuuntelemalla, keskustelemalla, auttamalla ja olemalla kiinnostunut sekä ymmärtämällä sen, että luottamuksellinen suhde ei synny välttämättä kovinkaan nopeasti. (Immonen ym. 2002, 26.)

Toistuvissa tutkimuksissa ja selvityksissä on havaittu puutteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tarkoituksenmukaisissa palveluissa ja kuntoutusmuodoissa. Tyyppillisesti tälle asiakasryhmälle on tarjottu riittämätöntä apua joko päihde- tai mielenterveyspalveluiden piiristä. Paljon on puhuttu myös työntekijöiden asenteista moniongelmaisia asiakkaita kohtaan. Viime vuosien aikana palveluita on alettu kehittää erilaisin hankkein ja suunnitelmin. Kehittämishankkeissa on pyritty huomioimaan asiakkaiden erityistarpeet sekä heidän mahdollisuutensa tulla kuulluiksi. Yksi ajankohtaisimmista kehittämishankkeista on Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015.

### 3.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujärjestelmästä Raumalla

Teen opinnäytetyöni yhteistyössä raumalaisten mielenterveys- ja päihdetoimijoiden kanssa, joten selvitän tässä luvussa hieman aikuisväestön palvelujärjestelmää Raumalla.

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon toimialue vastaa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Erikoissairaanhoidon palveluita Raumalla on päiväosaston, psykiatrian poliklinikan, kuntoutumisyksikön ja rajapintatyöryhmän palvelut. Osastohoito järjestetään Porissa ja Harjavallassa. Harjavallassa on myös päihdepsykiatrisen osasto. Avoterveydenhuollossa on kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa sekä sosiaalipalveluissa yksi psykiatrian erikoissairaanhoitaja, joka tarjoaa lyhytterapeuttista apua sitä tarvitseville sosiaalityön asiakkaille ja koordinoi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja.

Kolmannen sektorin palveluita Raumalla tarjoaa mielenterveysasiakkaille mm. Rauman Seudun Mielenterveysseura ry:n Kriisikeskus Ankkurpaikk ja Rauman Mielenterveysyhdistys Friski Tuult ry. Friski Tuult ry:n toiminta perustuu vertaistukeen.

Rauman kaupungin päihdehuolto pitää sisällään Päihdeklinikan ja Sillanpielen toimintakeskuksen. Päihdeklinikan palveluihin kuuluu päivystys- ja ajanvarausvastatoot. Sillanpielen toimintakeskuksen palveluita ovat asumispalvelut, kotiinviävä päihdetyö ja kuntouttava työtoiminta.

Kolmannen sektorin toimija päihdetyön kentällä Raumalla on Rauman Seudun Katulähetys ry.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohdataan tietysti kaikilla yllämainituilla tahoilla sekä neuvoloissa, työterveyshuollossa sekä terveydenhuollon että sosiaalityön muissa palveluissa. Varsinaisia erityispalveluita Raumalla ei kaksoisdiagnoosiasiakkaille ole tarjolla, mutta kolmannen sektorin palvelut useimmiten koskettavat juuri tätä asiakasryhmää.

Rauman Seudun Katulähetys ry on Raumalla merkittävä toimija. Sen toimintaan kuuluu päivätoiminta- ja tukiasumisyksikkö sekä työ- ja koulutusyksikkö. Molempien yksiköiden arkeen kuuluu juuri tämän moniongelmaisen asiakasaineksen kohtaaminen ja tukeminen. Työ- ja koulutusyksikkö toimii tukityöllistämisen, koulutuksen, päihdetyön ja kuntoutuksen alueella. Yksiköllä on kaksi toimipistettä. Päivätoiminta on matalan kynnyksen kohtaustapa, mikä tarjoaa monenlaista toimintaa niin ryhmien, keskusteluiden, käytettyjen neulojen ja ruiskujen vaihtopisteen kuin myös sairaanhoitajan vastaanoton ja asunnottomien jalkapallon merkeissä. Tukiasuminen pitää sisällään 16 tukiasuntoa sekä lukuisia satelliittiasuntoja ympäri kaupunkia. (Rauman Seudun Katulähetys ry 2012.)

Työ- ja koulutusyksikön palveluihin kuuluu pajatoiminta, ryhmä- ja yksilöohjaus, vapaaehtoinen velkasovittelu ja vaihtoehtoinen ammattikoulu. Lisäksi toimintaan kuuluu ruuanjako ja vapaaehtoistyö. Yksikön toimintojen piirissä on koko ajan noin 40 asiakasta. Yksikön tavoitteena on tukea ja ylläpitää asiakkaiden aktiivista toimintakykyä, säännöllistä elämänrytmiä ja arkielämän hallintaa ja tätä kautta aktivoida, ohjata ja motivoida suoriutumaan paremmin työelämässä, kehittymään työelämän sosiaalisissa taidoissa sekä työtaidoissa ja lopulta pääsemään koulutukseen tai työllistymään toisille työmarkkinoille. Työ- ja koulutusyksikön palveluissa otetaan huomioon asiakkaan muu palveluverkosto ja tehdään yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. (Rauman Seudun Katulähetys ry 2012.)

Rauman Seudun Mielenterveysseura ry:n tehtävänä on edistää mielenterveyttä ja tukea sekä kehittää ennalta ehkäisevää mielenterveystyötä, mielenterveyspalveluita sekä vapaaehtoista kansalaistoimintaa mielenterveyden alalla. Yhdistys ylläpitää Kriisikeskus Ankkuripaikkaa ja tukiasumisyksikköä. Mielenterveysseuran kriisikeskuksissa tehdään järjestölähtöistä auttamistyötä. Työhön kuuluu vaikeisiin elämäntilanteisiin joutuneiden ihmisten auttaminen. Avun hakeminen perustuu ihmisen omaan kokemukseen avun tarpeesta ja myös eri yhteistyötahot voivat ohjata avunhakijan kriisikeskukseen, jos arvioivat, että kriisikeskuksen tarjoamilla palveluilla voidaan vastata parhaiten asiakkaan tarpeisiin. Kriisikeskuksen työmuotoja ovat asiakasvastaanotto, kriisipuhelinpäivystys, turva-asuntotyöskentely, vapaaehtoistyön tukeminen ja tukihenkilötoiminnan koordinointi, talous- ja velkaneuvonta ja rikosuhripäivystys. (Rauman Seudun Mielenterveysseura ry 2012.)

Kaksi edellä mainittua yhdistystä tekevät yhteistyössä tukiasumisen Asema-hanke nimistä tukiasumisen projektia. Projektin rahoittaa RAY ja Rauman kaupunki. Projektin kohderymää ovat moniongelmaiset:

- Pitkäaikaisasunnottomat, jotka ovat vailla asuntoa, majoilevat erilaisissa väliaikaispaikoissa tai ovat vapautumassa eri laitoksista (vankilat, hoitolaitokset).
- Asunnottomat, jotka tarvitsevat elämänhallinnallista tukea esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmaiset, velkaantuneet, pitkäaikaistyöttömät.
- Tukiasunnoissa asuvat, jotka pyrkivät siirtymään välivaiheen asumisesta omaan asuntoon.
- Asukkaat, joiden asumista uhkaa häätö ja oman kodin menettäminen, asunnottomuuden toistumisen ehkäisy.

(Rauman Seudun Katulähetys ry.)

Projektin tavoitteena on pitkäjänteisen kuntouttavan työn tuloksena saattaa asukas kiinnittymään takaisin yhteiskunnan toimintoihin, hallittuun elämään sekä itsenäiseen asumismuotoon. (Rauman Seudun Katulähetys ry 2012.)

Asema-hankkeeseen liittyen Kriisikeskuksen tukiasumisyksikkö Osmosen talolla on panostettu juuri mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan tiiviiseen tukemiseen. Osmosen talon 10 tukiasuntoa on tarkoitettu raumalaisille moniongelmaisille miehille, jotka tarvitsevat psykososiaalista apua ja tukea arjesta selviytymiseen ja päihdeettömään elämään. Osmosen talon asukkaalla on yleensä hoitosuhde joko mielenterveys- tai päihdepuolelle. Asumisen ehtona pidetään tuen vastaanottamista sekä ohjaajan kanssa yhdessä työskentelyä kohti muutosta.

Katulähetyksen tukiasumisyksikkö Toivontalolla on kaikkein vaikeimmin asutettavat asiakkaat, joiden ei tarvitse muuttaa käytöstään asunnon saadakseen tai pitääkseen. Päihteellisyys ei Toivontalolla ole este tuen saamiselle. Asunto Ensín-periaatteen mukaan asunto on ensimmäinen lähtökohta ja perusedellytys sosiaalisen kuntoutumisen prosessin käynnistämiseksi ja onnistumiselle. Asuminen turvataan tukipalveluin ja tarvittavat sosiaalisen kuntoutumisen prosessit käynnistetään asumisen vakiinnuttua. Yksiköissä on kyetty menestyksekkäästi asuttamaan usein pitkään kaduilla varsin epäinhimillisissä olosuhteissa eläneitä moniongelmaisia pitkäaikaisasunnottomia.

Tukiasumisyksiköiden lisäksi tukea viedään ympäri kaupunkia sijoittuviin vuokra-asuntoihin. (Rauman Seudun Katulähetys ry 2012.)

Rauman kaupunki ostaa yhdistyksiltä edellä mainittuja palveluita. Yhdistykset työskentelevät tiiviissä yhteistyössä toistensa, muiden yhdistysten sekä sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Molempien yhdistysten toimintaa pyritään jatkuvasti kehittämään asiakkaiden tarpeisiin paremmin vastaavaksi.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimukseni tavoitteena oli tuottaa tietoa raumalaisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokemuksista ja kehittämisajatuksista liittyen mielenterveys- ja päihdepalvelupalvelujärjestelmään ja sen toimivuuteen. Tutkimukseni on kvalitatiivinen. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada ihmisten omia kuvauksia koetusta todellisuudesta ja tavoittaa ihmisen merkitykselliseksi kokemia tapahtumaketjuja. Näiden avulla tehtävistä tulkinnoista pyritään saamaan kuvauksia ja malleja tutkittavista asioista. (Vilka 2005, 97-99.)

Tutkimuksen taustalla ovat vaikuttaneet sekä aiemmat tutkimustulokset aiheesta että omat oletukseni siitä, että asiakkaat ja heidän ongelmansa eivät tule kohdatuksi kokonaisuutena. Tavoitteena on, että raumalaiset toimijat voivat käyttää keräämääni tietoa toimivampien palvelukokonaisuuksien kehittämisessä asiakkaille. Oleellista palveluiden kehittämisen kannalta on kerätä tietoa nykyhetken kehittämistarpeista ja hyviksi koetuista toimintakäytännöistä. Kiinnittämällä huomio asiakasryhmän erityisiin tarpeisiin, voidaan tukea heidän mahdollisuuksiaan parempaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen integraatioon.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia kokemuksia asiakkailla on saamistaan mielenterveys- ja päihdepalveluista?
2. Mitä hyviä käytäntöjä ja mitä kehittämistarpeita mielenterveys- ja päihdepalveluissa on nähtävissä asiakkaan näkökulmasta?

#### 4.2 Teemahaastattelu

Aineistonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua. Teemahaastattelussa tutkimusongelmista poimitaan keskeiset teemat, joita haastattelussa on välttämätöntä käsitellä vastausten saamiseksi. Teemahaastattelun aikana on mahdollista tarkentaa kysymyksiä siten, että jokainen haastateltava ymmärtää kysymykset ja niissä käytetyt sanat. Tämä on tärkeää tulkintaongelmien minimoimiseksi. (Vilka 2005, 100-105.)

Teemahaastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu ottaa huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Haastattelurungon teemat olivat: haastateltavien taustatiedot, asiakkaiden hoitopolku, kokemukset palvelujärjestelmästä ja asioinnista eri viranomaisten kanssa sekä kehittämistarpeet ja -ajatukset (Liite 1). Haastattelu eteni kuitenkin aina yksilöllisesti haastateltavan mukaan. Jokainen haastattelu antoi uusia näkökulmia käsiteltävään asiaan. Haastattelun hyvänä puolena koin sen, että vastauksia saattoi tarkentaa ja tehdä lisäkysymyksiä.

#### 4.3 Haastateltavien valinta ja haastattelutilanne

Haastateltavien valinta perustui tutkimuksen tarkoitukseen. Oli luonnollista haastatella asiakkaita, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma, kun tavoitteena oli tutkia heidän palvelukokemuksiaan. Sen lisäksi haastateltavien valinnan perusteina oli, että asiakkailla oli kokemusta palveluista ja että he olisivat mukana haastattelussa täysin vapaaehtoisesti ja omasta tahdostaan.



Sekä Rauman Seudun Katulähetys ry:ssä että Rauman Seudun Mielenterveysseura ry:ssä kiinnostuttiin opinnäytetyöni aiheesta ja koettiin se ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Haastateltavien valinnassa tein yhteistyötä molempien yksiköiden työntekijöiden kanssa, mutta itse valitsin kuitenkin lopulliset viisi haastateltavaa. Valintaan vaikutti taustatietojen lisäksi asiakkaiden tämänhetkinen vointi. Valinnan jälkeen kerroin jokaiselle asiakkaalle henkilökohtaisesti opinnäytetyöni aiheesta, tutkimuksesta ja kysyin suostumusta haastatteluun. Jokainen asiakas suostui heti. Sovin jokaisen kanssa haastatteluajan ja -paikan.

Haastattelut suoritin yksilöhaastatteluina. Kerroin ennen haastattelua jokaiselle tutkittavalle, että tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan omia kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja siksi tulisin kysellemään heidän kokemuksiaan hyvin tai huonosti sujuneista tilanteista. Selvitin myös, ettei haastateltavan nimi tai henkilöllisyys tulisi ilmi tutkimuksesta. Kerroin, että haastateltava voi kertoa kokemuksistaan sen verran kuin halusi, pitää halutessaan tauon eikä kaikkiin kysymyksiin tarvitsisi vastata. Kysyin myös, sopiko haastateltavalle, että äänitän keskustelumme, ja kaikki antoivat luvan siihen. Jokaisen haastattelun alussa annoin haastateltavalle kirjallisena suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta sekä haastattelun nauhoittamisesta (Liite 4). Jätin haastateltavalle toisen kappaleen suostumuslomakkeesta yhteystietoineni lisäkysymyksiä varten. Järjestin jokaiseen haastattelutilanteeseen kahvitarjoilun, jonka ajattelin rentouttavan haastateltavan oloa. Kukin haastattelu kesti noin tunnin.

#### 4.4 Aineiston käsittely

Nauhoitukset tein digitaalisella nauhurilla. Jokaisen haastattelun jälkeen purin nauhoitetun aineiston tekstimuotoiseksi eli litteroin sen. Aineiston litterointi helpottaa teemakokonaisuuksien muodostamista sekä aineiston järjestelmällistä läpikäymistä.

Litteroin haastateltavien osat tarkasti sanasta sanaan, kirjaamatta kuitenkaan esimerkiksi taukoja ja äännähdyksiä. Omia kysymyksiäni tiivistin kokiessani sen olevan mahdollista siten, että se ei vaikuta haastattelun vastauksesta saatuun käsitykseen.

Hirsjärven mukaan tutkimuksen kannalta on selkeämpää jaotella aineisto teemoittain, sillä haastattelujen eri vaiheissa saatetaan käsitellä samoja aihealueita (Hirsjärvi 1980, 25). Kiinnitin huomiota kyseiseen ilmiöön haastatteluaineistossani. Valitsin teemoiksi samat neljä aihealuetta, joita käytin myös teemahaastattelujen rungossa. Numeroin teema-alueet aineistojen läpikäymisen helpottamiseksi yhdestä neljään. Kävin jokaisen haastattelun tarkasti läpi ja merkitsin tekstiin mitä teemaa missäkin käsiteltiin. Poimin asiat teemojen alle siten, että kustakin haastattelusta oli neljä teema-aluekorttia, joissa ilmenivät kyseisestä aiheesta ilmitulleet asiat. Teema-aluekorttien avulla tein haastattelujen teema-alueista yhteenvedot.

Yhteenvedoja käyttäen laadin aineistoni analyysin. Muokkasin haastatteluissa käyttämiäni teemoja neljästä kolmeen analyysia varten. Ensin käsitelän haastateltujen taustatietoja ja hoitopolkua, toiseksi kokemuksia palvelujärjestelmästä ja asioinnista eri viranomaisten kanssa ja lopuksi haastateltujen kehittämisajatuksia.

#### 4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen. Sisällön-analyysissä vaikuttaa lisäksi aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.)

Luotettavuuden arvioinnissa tulisi huomioida tutkimuksen kohde ja tarkoitus sekä tutkijoiden omat sitoumukset tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133-134) Tutkimukseni kohteena olivat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, koska halusin saada juuri heidän näkökulmansa esiin. Luotettavuutta lisää myös haastateltavien vapaaehtoisuus ja halu osallistua haastatteluun.

Huomioitavana on myös aineistonkeruu. Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa on tärkeää huomioida aineiston keruumenetelmän sopivuus tutkimukseen ja aineiston keräämiseen liittyvät erityispiirteet. Aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelu sopi tutkimukseen hyvin, koska siten sain enemmän, laajempia ja täsmällisempiä

vastauksia, kuin esimerkiksi kyselylomakkeella. Teemahaastattelussa pystyin myös varmistamaan, että kaikki haastateltavat ymmärsivät kysymykset samalla tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133-134.)

Yksi tärkeimmistä tutkimuksen eettisyyteen liittyvistä asioista on tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen. Yksityisyyden kunnioittamisen tulee toteutua kaikissa tutkimuksen vaiheissa haastateltavien valinnasta tutkimusaineistojen ja kerättyjen tietojen hävittämiseen. Haastattelemani henkilöt osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja he saivat itse päättää miten paljon haluavat haastatteluissa kertoa. Ennen haastatteluja kerroin jokaiselle miten valmiissa työssä niihin viitataan, ja miten säilytän ja käsittelen tutkimusaineistoa. Tutkimusluvut pyysin sekä Rauman Seudun Katulähetys ry:ltä (Liite 2) että Rauman Seudun Mielenterveysseura ry:ltä (Liite 3). Lisäksi pyysin kaikilta haastateltavilta kirjallisen suostumuksen haastatteluun (Liite 4). Ennen jokaista haastattelua kerroin myös haastateltaville vielä tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta ja salassapitovelvollisuudestani. Korostin haastateltaville myös sitä, että heidän ei ole pakko vastata kaikkiin kysymyksiini ja että he voivat keskeyttää tai lopettaa haastattelun niin halutessaan.

Nauhoittamani haastattelut poistin heti haastattelun litteroituani ja litteroituihin haastatteluihin en ole minkäänlaisia tunnistemerkintöjä lisännyt. Lisäksi olen säilyttänyt litteroidut haastattelut lukitussa laatikossa ja hävittänyt ne tämän opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkijan puolueettomuus. Tutkijan tulisi mahdollisimman perusteellisesti irtisanoutua omista ennakkokäsityksistään ja rooleistaan. Tutkimukseen vaikuttava tutkijan rooli voi olla peräisin esimerkiksi yhteiskunnallisesta asemasta, ammatista, sukupuolesta, iästä, arvoista tai asenteista. Täydelliseen objektiivisuuteen ei kukaan tutkija voi päästä, mutta tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä sen läpinäkyvyydellä. Läpinäkyvyydellä tarkoitetaan tutkimuksen avoimuutta ja esimerkiksi sitä, että tutkija huomioi ja ilmaisee mahdolliset tutkimukseen vaikuttavat ennakkokäsityksensä ja arvonsa. (Vilka 2005, 160.)

Omat lähtökohtani, esimerkiksi kokemukseni mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskentelystä ja koulutukseni, eivät voi olla kokonaan vaikuttamatta tutki-

musta varten tekemiini valintoihin. Eri ammattikuntien edustaja olisi voinut korostaa muita asioita analyysissa. Olen kuitenkin pyrkinyt mahdollisimman suureen objektiivisuuteen niin kysymysten valinnassa kuin analyysissakin.

## 5 HAASTATELTUJEN KOKEMUKSIA

### 5.1 Taustatietoja ja hoitopolkuja

Haastatellut viisi asiakasta olivat iältään 25-50-vuotiaita. Haastateltavista kolme oli miehiä ja kaksi naista. Jokaisella on sekä mielenterveys- että päihdeongelma ja kaikki ovat olleet palveluiden piirissä jo vuosia. Kaikilla haastatelluilla on tai on ollut kontakteja sosiaalitoimeen, päihdekliniikkaan, nuoriso- tai aikuispsykiatriaan ja työ- ja koulutusyksikön palveluihin. Osalla on kokemusta myös vankilasta ja tuetun asumisen palveluista.

Kahdella haastateltavalla mielenterveysongelmat ovat alkaneet jo teini-iässä ja päihdeongelmat hieman myöhemmin. Yhdellä mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat alkaneet samoihin aikoihin, myös teini-iässä. Yhdellä mielenterveyden ongelmat alkoivat myöhemmin ja päihdeongelma seurasi hieman perässä. Yhden mielenterveysongelma alkoi vasta vuosia päihteidenkäytön jälkeen.

Kaikilla haastateltavilla oli vähintään yksi psykiatrinen diagnoosi ja päihdeongelma. Haastateltavista osalla oli alkoholi- ja osalla huumeongelma. Suurin osa kertoi käyttäneensä useaa päihdettä samanaikaisesti. Alkoholin lisäksi mainittiin bentsodiatsepiinit, kannabis, opioidit ja amfetamiini. Psykiatrisia diagnooseja haastateltavilla oli keskivaikea ja vaikea masennus, ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Kahdella oli lisäksi ollut päihteiden käytöstä johtuvia psykooseja.

Kolme haastateltavaa koki perimmäiseksi ongelmakseen mielenterveysongelmat ja kaksi päihdeongelmat. Jokainen näki ongelmien kuitenkin liittyvän selkeästi toisiinsa. Käsite kaksoisdiagnoosi oli osalle tuttu, mutta osalle ei.

*”Mulla toi masennus tuli ihan ku olin vetäny kaikkee jo niin kauan, ettei pää vaan enää kestänyt.”*

*”Aineillahan mä oon koittanu itteeni lääkitä, aineet vaan on vaihtunu vuosien mittaan.”*

Jokainen haastateltava koki mielenterveys- ja päihdeongelmiensa vaikuttaneen kokonaisvaltaisesti elämäänsä ja arkeensa. Osalle oli näiden ongelmien seurauksena tullut rikollisuutta, asunnottomuutta ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. Jokaisella oli kokemuksia taloudellisista vaikeuksista, yksinäisyydestä ja toivottomuudesta.

*”Ei ollu mitään normaali arkee. Se oli sitä että yritti selviytyä vaan.”*

*”Tosi yksin mä olin. Rahaa ei ollut eikä mitään tietoo tulevasta.”*

*”Mä asuin sit kadulla. Tai no välillä kavereilla ja rappukäytävissä. Mut siis mulla ei ollu kotia eikä kyl mitään muutakaan.”*

Haastattelussa selviteltiin miten ja miksi palveluiden piiriin oli hakeuduttu tai ohjattu. Ensimmäisiä kontakteja oli kahdella koulupsykologilla, kahdella sosiaalitoimisto ja yhdellä työterveyslääkärillä. Vain kaksi haastatelluista oli itse hakenut apua.

*”Mä ite hain jo 15-vuotiaana koulupsykologille ja siit mut ohjattiin sit nuorisopsykiatrian poliklinikalle.”*

*”Mä taisin jotenkin vahingos joutuu sellaselle päihdetyöntekijälle, kait mun sosiaalityöntekijältä oli mennyt sinne jotain paperii.”*

Tyypillistä kaikille haastateltaville oli se, että avun piiriin pääseminen tapahtui nopeasti, mutta apua tarjottiin vain yhteen tarkasti nimettyyn ongelmaan; kahdella mielenterveysongelmaan, kahdella päihdeongelmaan ja yhdellä lastensuojelulliseen tarpeeseen.

seen. Kaksi haastateltavista kertoi, että päihdeongelmia oli helppo peitellä viranomaisilta.

*”Mä pidin sen niin hyvin piilossa, et se oli ihan niinku kaksoiselämää. Kun vaan ulospäin näytti normaalilta, kun sossut kävi, niin ei ne huomannu. Tai halunnu huomata.”*

Haastateltavien kertomuksissa nousi moneen otteeseen esiin se, että jatkossa palveluiden piiriin pääsemiseen vaadittiin omaa halua ja omaa aktiivisuutta. Nimetty asiakkuus oli jokaisella jonnekin, mutta asiakkuus ei johtanut ongelmien tarkempaan selvittelyyn tai jatkotoimenpiteisiin ennen kuin asiakas itse sitä pyysi. Jokainen haastateltavista toi esiin sen, että hoitopolut olivat pitkiä, kiemuraisia ja hitaasti eteneviä. Etenemistä palvelusta toiseen ei haastateltavien mielestä tapahtunut ennen kuin he itse aktivoituivat.

*”Se on ollut kyl pitkä tie. Itä mä sit lopulta aloin hakeen apua eri paikoista. Mun onneni oli se, et mä tiesin mistä sitä lähtee hakeen. Ei kaikki tiedä.”*

## 5.2 Kokemuksia palvelujärjestelmästä ja asioinnista eri viranomaisten kanssa

Kaikki haastateltavat kokivat suurimmaksi ongelmaksi ja jopa esteeksi asioiden eteenpäin saamiselle sen, että heidän asioissaan oli vuosien varrella ollut niin paljon eri toimijoita. Jokainen haastateltavista kertoi, että mielenterveys- ja päihdeongelmat oli käsitelty erikseen, vaikka he itse näkivät selkeästi niiden yhteenkuuluvuuden. Jokainen toi esiin myös sellaisen näkökulman, että jos ihmisellä on päihdeongelma, hänen on todella vaikeaa päästä psykiatrian asiakkaaksi, vaikka sitä itse toivoisikin. Haastateltavat kokivat, että psykiatrian puolella heidän ongelmiaan vähätellään ja ongelmia pyritään selittämään vain päihteidenkäytöllä. Lisäksi osa kertoi kokeneensa, että mielenterveysongelmiin on tarjolla lähinnä vain lääkehoitoa, vaikka he olisivat kaivanneet keskusteluapua ja tietoutta mielenterveyden ongelmista.

*”Se kynnys ruveta kertoon omast elämästä ja toilailuist monelle eri ihmiselle on tosi vaikeeta. Ei varmaan kukaan haluis kertoa kaikille ja haluis kaikkien tietävän, vaik ne tietääki jo... Mut aina puhuu uudestaan, on siinä iso kynnys.”*

*”Vaik miten yrittää puhua itelleen apua ja hoitoo (psykiatrian puolelta), ni ei sitä meinaa saada. Pistetään kaikki päihteitten piikkiin vaan.”*

*”Mulle sit kirjoitettiin niit rauhottavii vuosikaudet ihan liikaa. Se oliko ainoo apu, kun sitä keskusteluu en oikeen saanut. Mut ei siel taidettu kuitenkaan ymmärtää oikeen tota riippuvuuttakaan.”*

Haastateltavien mielestä palveluita on tarjolla paljon, mutta tietoa vähän. Jokainen mainitsi, että ”tietoa saa, jos sitä osaa kysyä”. Palveluiden koettiin myös olevan kaksoisdiagnoosiasiakkaalle epätarkoituksenmukaisia, sillä ne ovat niin hajallaan ja vaikeasti saatavilla. Haastateltavat toivat esiin myös sen, että eri toimijat eivät tarpeeksi tiedä toisten toimijoiden tarjoamista palveluista ja että yhteistyötä ei ainakaan asiakkaan näkökulmasta tehdä tarpeeksi. Eri toimijoiden välisen yhteistyön haastateltavat kokisivat tärkeäksi omien asioidensa kannalta.

*”Tietoo ja vaihtoehtoi saa, jos vaan osaa mennä kysymään. Kyl kysymykseen saa vastauksen.”*

*”Se mitä mä ihmettelin, oli se, et mut pistettiin käymään eri paikoissa, mut sit ne ei ollut tekemisissä keskenään. Kyl ne niinku tietää nää mun ongelmat, mut ei ymmärrä tai välitä niitten vaikutuksista toisiinsa.”*

Haastatteluissa tuli selkeästi esiin myös se, että haastateltavat kokivat, ettei kenelläkään toimijalla ole välttämättä selkeätä kuvaa asiakkaansa kokonaistilanteesta. Haastateltavat kertoivat, että kun on itse vielä niin heikossa kunnossa, ettei pysty vastuuta itse kantamaan, tarvitsee jonkun jolla on koko tilanne tiedossa ja osaamista sekä halua nähdä asiakas kokonaisuutena, kaikkine ongelmineen. Haastateltavien mukaan

yksittäisen työntekijän asenteella ja tavalla kohdata asiakas on valtavan suuri merkitys.

Työntekijöiden asenteesta jokaisella haastateltavalla oli samankaltaiset näkemykset. Jokainen haastateltava oli kohdannut niitä työntekijöitä, jotka kohtelivat huonosti, mutta myös niitä, jotka kohtelivat hyvin. Haastateltavat korostivat, että kohtelu ei ollut paikasta kiinni, vaan yksittäisistä työntekijöistä. Kokemuksia oli niistä työntekijöistä, jotka ymmärsivät liikaa eivätkä osanneet tai uskaltaneet puhua asioista suoraan sekä niistä, jotka vain sulki ovia ja kääntyivät pois.

*”Kun mun ois pitäny ikäni puolesta siirtyä aikuispsykiatriaan, sielt tuli kirje, ettei ne ota mua, kun mulla on tää huumeongelma. Sit päihdepuolelt pistettiin mut pois, kun tuli positiivisia seuloja.”*

*”Tuntu, ettei mua uskota. Et se työntekijä ajatteli, et mä oon vaan narkkari ja se sit selittää kaiken muun. Ei mua silleen kuunneltu tai uskottu.”*

Jokaisessa haastattelussa tuli esiin ”tuuri”, eli haastateltavat kokivat, että on sattumasta kiinni, millaisen työntekijän saa. Jokainen haastateltava näki oman osuutensa ja halunsa muutokseen tärkeäksi omissa asioissaan, mutta kertoivat myös miten suuri merkitys esimerkiksi motivoinnissa työntekijällä on.

Haastateltavat kokivat tärkeinä sellaisen toiminnan, palvelun ja kohtaamisen, missä otettiin asiakas huomioon ja annettiin hänen mielipiteilleen ja toiveilleen arvoa.

Haastateltavien mukaan palvelujärjestelmässä kaikkein tärkeintä onkin työntekijä kenellä on aikaa ja halua ymmärtää ongelmien monimuotoisuutta. Hyvä työntekijä koetaan turvalliseksi, ymmärtäväksi, kiinnostuneeksi, aktiiviseksi ja asiakkaan puolia pitäväksi mutta samalla myös rajoja ja selkeitä pelisääntöjä asettavaksi. Jokaisella haastateltavalla oli jäänyt joku työntekijä jossain tällaisena eteenpäin vievänä voimavarana mieleen.



*”Riippuu niin paljon siitä työntekijästä. Vaik asiat olis ihan väärin ja sivuttain ja poikittain, ni jos siinä on joku ystävällisesti, rauhallisesti ja kunnioittavasti sut kohtaava ihminen, niin sekin vie jo asioita eteenpäin. Jos sä vaan saat niit asioit selviteltyy ja rohkenet puhuun niist vaikeistakin asioista. Pienet asiat vie eteenpäin.”*

*”Sellanen omahoitaja tai –ohjaaja kuka oikeesti tuntee sut ja tietää sun asiat ja välittää susta. Se on tärkeätä. Mulla on onneks sellanen ja kyllä mä sit huomaan paljo siihen turvautuvanikin. Tosin en mä enää niin paljoo, ku nyt mä luotan jo itseenikin.”*

### 5.3 Kehittämisaikajatuksia

Jokainen haastateltava kertoi suurimmaksi kehittämistarpeeksi sen, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisen pitäisi saada molempiin ongelmiin apua samanaikaisesti ja mielellään samasta paikasta. Molemmat ongelmat koettiin häpeällisiksi ja siksi avun saaminen mahdollisimman matalan kynnyksen paikoista olisi tärkeää.

*”Enemmän pitäis ottaa huomioon noi molemmat ongelmat yhdessä, samaan aikaan. Ihan koko ihminen pitäis ottaa kokonaisuutena huomioon. Kaikki vaikuttaa kaikkeen.”*

*”Kyl nytkin on ihan hyvii palveluita, mut se kynnyks mennä sinne... Jos sitä sais matalammaks. Se avun hakemaan lähteminen näitten niinku häpeällisten ongelmien kans on tosi vaikeeta.”*

Haastateltavat kehittäisivät palveluja myös niin, että aikoja työntekijöille saisi nopeammin, palveluissa eteneminen olisi suunnitelmallisempaa ja palvelusta toiseen ohjautuminen olisi sujuvampaa. Tiedonsaamisessa kaikki haastateltavat kokivat suuria kehittämistarpeita.

*”Enemmän konkreettisii pieniä tavoitteita. Ja ehdottomast enemmän tietoo. Siihen pitäis panostaa. Itekin ottais asioita vakavammin ja te-*

*kis niitten eteen enemmän töitä, jos ois ne selvät tavoitteet ja suunnitelmat ja tietoo vaihtoehtoista.”*

Kehitettävää haastateltavien mukaan on myös työntekijöiden tiedoissa ja varsinkin asenteissa. Haastateltavat kokivat, että työntekijöillä tulisi olla enemmän tietoa, kiinnostusta ja ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä. Kehitettävää nähtiin myös asiakkaan kohtaamisessa. Jokainen haastateltava koki, että kohtaamisella on todella suuri vaikutus asiakkaalle ja siihen pitäisi panostaa enemmän. Haastateltavat toivoivat, että mielenterveyspuolella olisi enemmän tietoa päih-teistä ja riippuvuuksista ja päihdepuolella enemmän tietoa mielenterveyden ongelmista.

*”Kyl ammattilaisen pitäis osata puhua suoraan ja konkreettisista asioista, tässä ja nyt. Kaikesta siitä mikä liittyy ja vaikuttaa siihen ihmisen tilanteeseen, ettei vedetä aina niitä rajoja, että tää kuuluu meille ja tää tonne muualle.”*

*”Eihän kukaan työntekijä voi tietää kaikkee, mut sit pitäis yhdessä ihmetellä ja ottaa selvää. Hyvä työntekijä on aito ja uskaltaa kysyä ja sanoo ettei tiedä mut haluis oppia.”*

*”Ymmärrystä, et ei ihminen aina jaksa, osaa, pysty hoitaa omia asioitaan.”*

Haastateltavat kehittäisivät palveluja myös niin, että työntekijältä saisi tarvittaessa myös konkreettista apua. Haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, että työntekijän kanssa voisi yhdessä mennä esimerkiksi tutustumaan erilaisiin paikkoihin. Pelkkä keskusteluapu ei ollut kenenkään mielestä riittävää, vaan tarvitaan myös ”kädestä pitäen-ohjausta”. Konkreettisen avun lisäksi työntekijöiltä toivotaan enemmän kannustusta, toivon herättämistä ja uskoa muutoksen mahdollisuuteen.

*”Aktiivisempaa ja konkreettisempaa tukea, puuttumistakin asioihin. Konkreettista yhdessä tekemistä ja asioitten selvittelyä.”*

*”Helposti nostetaan kädet pystyyn ja jätetään asiakas niinku rauhaan. Mut se johtaa sit siihen, et syrjäytyy lopulta ihan kokonaan. Just siinä kohdassa pitäis vaan jaksaa potkii eteenpäin ja koittaa yhdessä keksii jotain mielekästä.”*

*”Enemmän kannustusta ja uskoa siihen että vielä on mahdollisuuksia toisenkinlaiseen elämään. Ja enemmän motivointia. Kyllä ihmisen omaa motivaatioo pystyy herättelemään.”*

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Tutkimustani varten tekemäni haastattelut onnistuivat paremmin kuin osasin odottaakaan. Haastateltavat olivat erittäin motivoituneita vastaamaan ja välillä tuntui, ettei heitä tarvitse haastatella ollenkaan. Vastausten takaa kuulsikin selkeästi tarve tulla kuulluksi ja saada omat kokemukset jaettua. Useampikin haastateltava sanoi, että toivottavasti tämän työn tuloksena edes joku muuttuisi jossakin.

Asiakkaan sekä hänen elämänsä ja kokemustensa kunnioittaminen nousi haastatte- luissa voimakkaasti esiin. Työntekijän merkityksen kaikki haastateltavat kokivat to- della tärkeäksi. Jokaisessa haastattelussa mainittiin kohtaamisen merkitys. Hyvässä ja asioita eteenpäin vievässä kohtaamisessa asiakas tuntee olevansa arvokas ongel- mistaan huolimatta ja tulevansa kokonaisuutena nähdyksi ja kuulluksi. Jokainen haastateltava kertoi pallottelusta, mutta toisaalta muisti mainita myös oman käytök- sensä vaikutuksen saamiinsa palveluihin.

*”Nyt toimii paremmin, kun ite tajuaa oman tilanteensa ja avuntarpeensa.”*

Haastateltavat toivat vastauksissaan esiin myös sen, miten eri toimijoiden välinen yhteistyö koettiin tärkeäksi. Yhteistyön nähtiin vähentävän asiakkaan sukkulointia eri palveluiden välillä ja helpottavan asiointia. Yhteistyön merkitystä korostettiin myös palvelusta toiseen siirryttäessä. Haastateltavat ihmettelivät, miksi eri toimijat eivät

tee enemmän yhteistyötä asiakkaan asioissa. Tämä oli itselleni tavallaan yllättävä tulos, sillä jatkuvastihan puhutaan yhteistyön hankaluudesta eri toimijoiden välillä vaihtolovelvollisuuteen nojaten. Kuitenkin asiakkaat itse ovat tähän yhteistyöhön halukkaita, kunhan siitä vain muistaa heidän kanssaan keskustella. Palvelukäytännöissä hyvänä pidettiin myös aktivointia, motivointia sekä rajojen asettamista.

Hyvinä asioina haastateltavat kokivat myös yhteisöllisyyden ja vertaistuen. Haastateltavat kertoivat siitä, miten tärkeää on saada tuntee kuuluvansa johonkin missä ymmärretään ja missä on turvallinen olo. Yhteisöllisyyteen koettiin kuuluvaksi myös se, että voi olla oma itsensä kaikkine ongelmineen ja tulla silti hyväksytyksi. Vertaistuki oli monelle myös voimaannuttava kokemus. Se, että toinen tietää omakohtaisesti mistä puhutaan ja tietää mitä tunteita siihen liittyy.

*”Meil oli niinku erilaiset taustat, mut samanlaisii ongelmii. Ja suurinpiirtein samassa tilanteessa oltiin. Oli jotenki turvallista eikä tarvinnu esittää mitään.”*

Suurimmiksi kehittämistarpeiksi haastatteluissa nousivat se, että mielenterveys- ja päihdepalveluja ei saa samaan aikaan, samasta paikasta sekä työntekijöiden asenne ja kyky nähdä näiden ongelmien yhteenkuuluvuus. Haastateltavat toivoivat lisäksi enemmän matalan kynnyksen hoitopaikkoja, joihin ei tarvittaisi monimutkaisia lähetekäytäntöjä ja mahdollisuutta tavata työntekijää useammin.

Haastateltujen asiakkaiden avuntarpeet olivat moninaisia ja konkreettisia. Monen kohdalla selviytyminen arjesta ja asioiden eteenpäin viemisestä oli hyvin hankalaa ja he kaipasivat kokonaisvaltaista tukea elämäänsä. Avun tarpeita olivat psykiatrinen osaaminen, päihdepalvelut sekä asumisen ja työllisyyden tukeminen. Jokaisella haastateltavalla oli haaveita tulevaisuuden suhteen ja jokainen heistä halusi päästä omassa tilanteessaan eteenpäin ja he kaipasivat työntekijöiltä enemmän tiedonsaantia erilaisista palveluista ja mahdollisuuksista sekä aktiivisempaa palveluihin ohjaamista.

Tämä tutkimus kertoo viiden ihmisen kokemuksista ja ajatuksista. Tutkimuksen tuloksia ei voida laajemmin yleistää, mutta se antaa kuitenkin tietoa ja ymmärrystä asiakkaiden kokemusmaailmasta palveluiden pyönteissä. Mielenkiintoisia jatkotutki-

musaiheita olisivat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden läheisten kokemukset tai palveluohjauksen merkitys näiden asiakkaiden elämässä.

## 7 POHDINTAA

Oikeastaan kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat ovat juuri niitä, joista on jo tehty tutkimuksia ja puhuttu vuosikausia kauniilla sanakäänneillä. Hämmästyttävää on se, miten hitaasti palvelukäytännöt ja työntekijöiden asenteet muuttuvat sekä tietoisuus mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä lisääntyy. Hämmästyttävää on myös se, että jokainen haastateltava sanoi, ettei heiltä ole ennen kysytty esimerkiksi sitä, mikä heille itselleen on ollut toimivaa ja mikä ei. Tämän kuullessani tunsin kyllä piston omassa sisimmässäänikin.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluita järjestettäessä joudutaan huomioimaan, että se mikä sopii yhdelle, ei automaattisesti sovi toiselle. Nämä asiakkaat ovat yhteisestä diagnoosistaan huolimatta hyvin heterogeeninen ryhmä, jolla esiintyy erilaista päihteiden väärinkäyttöä ja erilaisia mielenterveyden ongelmia. Mielenterveysongelmien yhteydessä jopa diagnoosi saattaa vaihtua aikaa myöten. On ammatillisesti haastavaa saada asiakas sitoutumaan hoitoon tai tukeen, käymään se läpi ja jatkamaan kuntoutumistaan tämänkin jälkeen, usein koko loppuelämänsä ajan. Toimintastrategioita ja palveluita on oltava valmis joskus nopeastikin muuttamaan. Intuitiivinen ja reflektoiva herkkyys täydentää tällöin ammatillista osaamista. (Suhonen 2009, 4.)

Haastatteluja tehdessäni minulle oli yllätys se, että en juurikaan joutunut kyselemään ja tarkentamaan kysymyksiä tai vastauksia. Jokaisen haastateltavan kohdalla näki ja kuuli sen, miten tärkeitä asioita nämä heille ovat ja miten tärkeinä he kokivat sen, että heitä haluttiin kuulla ja ottaa opiksi heidän kokemuksistaan. Eräskin haastateltava sanoi, että voin laittaa niin paljon sitaatteja työhöni kuin haluan, jos sillä saataisiin edes jonkun asennetta muutettua näitä asioita kohtaan.

Yksi meidän sosiaalialan työntekijöiden tärkeimmistä rooleista on olla asiakkaidemme puolestapuhujia ja vierellä kulkijoita. Yhteinen ihmettely ei suinkaan vähennä työntekijän ammatillisuutta, vaan päinvastoin lisää sitä ja samalla helpottaa yhteistyösuhteen luomista asiakkaaseen. Vaikka palvelut eivät olisikaan tarjolla samantalla, niin se ei suinkaan estä laadukasta ja asiakaslähtöistä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Usein tässä kohtaa vedotaan vaitiolovelvollisuuteen, mutta ainakin tämän tutkimuksen valossa asiakkaat itsekin sitä odottavat meiltä työntekijöiltä ja antavat siihen luvan jos vain sitä ymmärrämme kysyä.

Palveluiden toimivuus on monesta asiasta riippuvainen. Kaikkiin asioihin emme pysty, ainakaan nopeasti, puuttumaan, mutta hyvin paljon on kiinni omasta asenteesta ja halusta nähdä asiakas ja hänen tilanteensa yksilöllisenä kokonaisuutena.

Itse koen saaneeni näistä haastatteluista todella paljon omaan työhöni ja ammatillisuuteeni. Sain rohkeutta kysyä, kuulla ja ottaa opikseni. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen entistä syvemmin ymmärtänyt mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyyttä yhdessä, toinen toistaan ruokkivana ilmiönä. Olen myös ymmärtänyt sen, että välttämättä sillä missä näitä asiakkaita kohdataan ja tuetaan, ei ole ollenkaan niin suurta merkitystä kuin sillä tavalla, millä heidät kohdataan. Usein näillä asiakkailla on elämässään jo tarpeeksi paljon pettymyksen, hylätyksi tulemisen ja epäonnistumisen tunteita ja kokemuksia. Näitä tunteita ei ole syytä meidän ammattilaisten lisätä sillä, että pallottelemme vastuuta toimijalta toiselle ja suostumme näkemään asiakkaasta vain sen puolen, mikä meille kulloinkin on sopivaa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on tarpeellista ja arvokasta työtä. Kehittämistyön merkityksiä voidaan mitata sekä rahassa että myös inhimilliseltä kannalta. Jokaisella ihmisellä on oltava oikeus ihmisarvoiseen elämään, elämänsä hallintaan ja osallisuuteen yhteiskunnassamme. Kehittämällä niitä edellytyksiä, joilla tuetaan ihmisten omia voimavaroja ja luodaan uusia mahdollisuuksia, pystymme takaamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaillekin paremman tulevaisuuden.

Elämän antaminen toiselle on sitä  
että on täynnä pyhää ihmettelyä ja kunnioitusta  
toisen ihmisen salaisuuden edessä;  
että näkee kauneuden kaiken sen sisällä ja takana  
mikä toisessa on särkynyt.

Rakastaminen ei ole sitä, että annat rikkauksiasi,  
vaan että paljastat toisille heidän aarteensa,  
heidän lahjansa, heidän arvonsa,  
ja luotat heihin ja heidän kykynsä kasvaa.

Siksi on tärkeää lähestyä ihmisiä  
jotka ovat murrettuja ja vähäisiä,  
hellävaroen, hyvin hellästi,  
ei tyrkyttäen vaan ottaen vastaan heidät  
sellaisina kuin he ovat,  
nöyrästi ja kunnioittavasti.

~ Jean Varnier~

## LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Kaksoisdiagnoosi. Viitattu 28.8.2012. [www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)
- Aalto, M. 2008. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. Viitattu 29.8.2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- Aalto, M. 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Viitattu 19.9.2012. [www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)
- Ahtola, R., Huhtanen, P., Metso, L. & Nuorvala, Y. 2008. Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. Viitattu 19.9.2012. [www.dialogi.stakes.fi](http://www.dialogi.stakes.fi)
- Annala, T., Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ehrling L., Marttunen M. 2011. Nuorten käytös- ja päihdehäiriöt ja niiden hoito. Mieli 2011, 27-29. Viitattu 29.8.2012. [http://files.kotisivukone.com/koukes.kotisivukone.com/taitto\\_2011.pdf](http://files.kotisivukone.com/koukes.kotisivukone.com/taitto_2011.pdf)
- Harjajärvi, M. Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Viitattu 20.9.2012. [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Immonen, T., Kiikkala, I., Kokkola, A. & Sorsa, M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Viitattu 19.9.2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- Karttunen, T., Strömberg-Jakka, M. 2012. Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Juva: Bookwell Oy.
- Kiikkala, I., Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihdeet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007, 123(11):1293-1298. Viitattu 29.8.2012. [www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)



Mielenterveyslaki 1990. Viitattu 19.9.2012. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano puolesta välissä. 2012. Viitattu 19.9.2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Mieli 2011. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali. luennot ja posterit. Helsinki: Multiprint Oy.

Mieli-kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012. Viitattu 19.9.2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Mikkonen, A. Kaksoisdiagnoosi hoitojärjestelmän haasteena-Vastakkainasettelusta yhteistyöhön 2007. Viitattu 29.8.2012. [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi)

Männistö, P. 2012. Kun ei ole tervetullut minnekään. Teoksessa Karttunen, T., Strömberg-Jakka, M. (toim.) Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Jyväskylä: PS-Kustannus, 125-139.

Portti vapauteen 2010. Viitattu 29.8.2012. [www.porttivapauteen.fi](http://www.porttivapauteen.fi)

Päihteet mielessä-palveluintegraatio ja päihdeongelmien paikallinen määrittely. 2012. Viitattu 19.9.2012 [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Rauman Seudun Katulähetys ry. 2012. Viitattu 29.8.2012. [www.raumanseudunkatulahetys.fi](http://www.raumanseudunkatulahetys.fi)

Rauman Seudun Mielenterveysseura ry. 2012. Viitattu 29.8.2012. [www.raumankriisikeskus.fi](http://www.raumankriisikeskus.fi)

Raunio, K. 2006. Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Vaajakoski: Gummerus Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelut 2012. Viitattu 19.9.2012 [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdepalvelut 2011. Viitattu 19.9.2012. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Suhonen H. 2009. Kaksoisdiagnoosi ja asunnottomat-mistä oikein on kysymys? Viitattu 19.9.2012. [www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/riippuvuus/kaksoisdiagnoosi\\_ja\\_asunnottomuus.fi](http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/riippuvuus/kaksoisdiagnoosi_ja_asunnottomuus.fi)

Suojasalmi J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Viitattu 19.9.2012. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mitä on eriarvoisuus palvelujärjestelmässä? Viitattu 19.9.2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Tuomi, J., Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valkonen, S. 2011. Mahdollisuuksia muutokseen. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Trio-Offset Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Haastattelun teemat:

1. Taustatiedot

- Diagnoosit, ongelmat
- Miten ongelmat ovat näkyneet arjessa/vaikuttaneet asiakkaan arkeen?

2. Asiakkaan hoitopolku

- Mihin tilanteeseen asiakas lähti alun perin apua/tukea/palveluita hakemaan
- Tai missä tilanteessa hänet ohjattiin tuen piiriin?
- Minkä asiakas itse on kokenut alun perin ongelmakseen?
- Miten asiakkaan oma polku on edennyt?
- Mitä eri toimijoita ja palveluja ja tukimuotoja asiakkaan polun varrella on ollut?

3. Kokemuksia palvelujärjestelmästä / asioinnista eri viranomaisten kanssa

- Millaista on eri viranomaisten/työntekijöiden kanssa asiointi? (Palvelujen saatavuus, siirtymät)
- Miten asiakkaan omat toiveet ja tarpeet on otettu huomioon palveluita järjestettäessä?
- Miten asiakas on kokenut usean eri toimijan mukana olon asioissaan?
- Miten asiakas kokee, että hänet on otettu vastaan / kohdattu? (Vuorovaikutus, asenteet, kunnioitus, yksilöllisyys, kannustus, toivo muutoksesta)
- Onko mielenterveys- ja päihdeongelmia käsitelty yhdessä vai erikseen?
- Pitäisikö mielenterveys- ja päihdeongelmia käsitellä yhdessä vai erikseen?
- Millaisista asioista asiakas on saanut itse päättää?

4. Kehittämisaatuksia

- Mikä on ollut asiakkaalle itselleen toimivaa/hyödyllistä/vienyt hänen asioitaan eteenpäin?
- Mikä asiakkaan mielestä vaikuttaa palveluiden toimivuuteen?
- Mitä asiakas itse toivoisi eri viranomaisilta/työntekijöiltä?
- Miten asiakas itse kehittäisi mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää?

Katja Kumpulainen

ANOMUS

2.7.2012

Rauman Seudun Katulähetys ry

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Katja Kumpulainen ja opiskelen sosionomiksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Olen nyt tekemässä opinnäytetyötäni.

Opinnäytetyöni käsittelee mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyttä ja sitä, miten ko. ongelmien yhteisesiintyvyys palvelujärjestelmässä otetaan huomioon. Tutkimukseni tarkoituksena on saada selville asiakkaiden omia kokemuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä sekä mahdollisista kehittämiskohdista. Tutkimuksessani haluan saada asiakkaiden oman äänen kuuluviin ja saada uutta tietoa ja näkemystä heidän kokemustensa kautta.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat asiakkaat, joilla omakohtaista tietoa ja kokemusta sekä päihde- että mielenterveysongelmista ja erilaisista palveluista niihin liittyen. Tutkimuksen suoritan teemahaastattelemalla yhteensä viittä (5) asiakasta.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Merja Aho-smäki, SAMK sosiaali- ja terveysala Pori.

Pyydän lupaa asiakkaiden haastattelemiseksi ja opinnäytetyöni tutkimuksen toteuttamiseksi Rauman Seudun Katulähetys ry:ssä.

Yhteistyöterveisin,

Katja Kumpulainen

Katja Kumpulainen

ANOMUS

2.7.2012

Rauman Seudun Mielenterveysseura ry

#### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Katja Kumpulainen ja opiskelen sosionomiksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Olen nyt tekemässä opinnäytetyötäni.

Opinnäytetyöni käsittelee mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyttä ja sitä, miten ko. ongelmien yhteisesiintyvyys palvelujärjestelmässä otetaan huomioon. Tutkimukseni tarkoituksena on saada selville asiakkaiden omia kokemuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä sekä mahdollisista kehittämiskohdista. Tutkimuksessani haluan saada asiakkaiden oman äänen kuuluviin ja saada uutta tietoa ja näkemystä heidän kokemustensa kautta.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat asiakkaat, joilla omakohtaista tietoa ja kokemusta sekä päihde- että mielenterveysongelmista ja erilaisista palveluista niihin liittyen. Tutkimuksen suoritan teemahaastattelemalla yhteensä viittä (5) asiakasta.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Merja Ahomäki, SAMK sosiaali- ja terveysala Pori.

Pyydän lupaa asiakkaiden haastattelemiseksi ja opinnäytetyöni tutkimuksen toteuttamiseksi Rauman Seudun Mielenterveysseura ry:ssä.

Yhteistyöterveisin,

Katja Kumpulainen

## SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveys Pori

Katja Kumpulainen

Teen opinnäytetyötäni Satakunnan ammattikorkeakoulussa, sosiaalialan koulutusohjelmaan liittyen. Opinnäytetyöni aiheena on päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyys ja palvelujärjestelmän vastaaminen niihin.

Opinnäytetyöni tutkimuksen kohteena ovat raumalaiset päihde- ja mielenterveysasiakkaat. Keskeistä haastattelussa on saada kuulla asiakkaiden omia kokemuksia ja mielipiteitä eri palveluista, niiden sisällöistä sekä kehittämiskohteista.

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna ja se nauhoitetaan. Vastaajien mielipiteitä, ajatuksia ja kokemuksia käytetään opinnäytetyössä siten, ettei vastaajan henkilöllisyys missään vaiheessa tule mitenkään esiin ja nauhoitukset sekä muistiinpanot hävitetään heti, kun niitä ei enää tämän opinnäytetyön kannalta ole tarpeen säilyttää. Kaikkia tietoja säilytetään ja käytetään vaitiolovelvollisuutta noudattaen.

Haastateltavalla on lupa keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa niin halutesaan.

Annan suostumukseni tähän haastatteluun ja olen saanut tarpeeksi tietoa siitä mihin tarkoitukseen ja miten antamiani tietoja käytetään.

Raumalla \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2012

---

Haastateltavan allekirjoitus