



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA PÄIHDEONGELMAISTEN PALVELUNKÄYTTÄJIEN KANSSA TYÖSKENTELESTÄ

Laura Tuomiranta

Opinnäytetyö
Helmikuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TUOMIRANTA, LAURA:

Työntekijöiden kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Helmikuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa henkilökunnan kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Sopimusvuoren erään päiväpalveluyksikön kanssa. Tehtävinä oli selvittää, millaisia päihdeongelmia palvelunkäyttäjillä esiintyi, miten palvelunkäyttäjien päihdeongelmat vaikuttivat päiväpalveluiden toimintaan osallistumiseen ja millaista päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentely oli ollut. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää mielenterveyskuntoutustyön kehittämistä tuomalla esiin henkilökunnan kokemuksia työskentelystä päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella menetelmällä haastattelemalla päiväpalveluyksikön työntekijöitä. Teemahaastattelut auki kirjoitettiin ja analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että työntekijöillä oli hyvin erilaisia kokemuksia päihdeongelmien yleisyydestä. Työntekijöiden mukaan alkoholin käyttäminen näyttäytyi päiväpalveluiden arjessa selkeimmin, mutta päihdyttävien aineiden sekakäytön koettiin yleistyvän jatkuvasti. Tuloksista ilmeni, että työntekijät pitivät nykyisiä päihdepalveluita riittämättöminä. Työntekijät kuvasivat myös joidenkin palvelunkäyttäjien tuoneen esiin, että avun saaminen päihdeongelmaan oli ollut vaikeaa. Opinnäytetyön tulosten mukaan työntekijät kokivat palvelunkäyttäjien päihdeongelmien vaikeuttavan päiväpalveluiden toimintaan sitoutumista ja aiheuttavan poissaoloja. Lisäksi päihteiden käytöllä oli vaikutuksia niin työntekijöiden kuin palvelunkäyttäjien turvallisuuteen sekä palvelunkäyttäjien keskinäisiin väleihin.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että työntekijät kokivat yhteisöllisyyden sekä palvelunkäyttäjien inhimillisen kohtaamisen olevan tärkeässä osassa erityisesti päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskennellessä. Päiväpalveluiden toimintaan osallistumisen kautta palvelunkäyttäjät olivat saaneet elämäänsä säännöllisyyttä ja uutta sisältöä, mikä oli auttanut monia palvelunkäyttäjää vähentämään päihteiden käyttöä. Päiväpalveluissa työntekijät eivät tehneet hoitotyötä, mutta heidän työhönsä kuitenkin kuului palvelunkäyttäjien voinnin seuranta ja tarvittaessa hoidon piiriin ohjaaminen. Työntekijät pitivät päihdetyöhön liittyvää osaamista erittäin tärkeänä. Opinnäytetyön kehitysehdotuksena on, että työntekijöiden päihdeosaamiseen liittyvää koulutusta lisättäisiin ja jatkossa voitaisiin tutkia, millaisia vaikutuksia työntekijöiden kouluttamisella on ollut. Lisäksi voisi olla tarpeellista selvittää, millaiseksi palvelunkäyttäjät ovat kokeneet mahdollisuutensa saada apua päihdeongelmaansa ja millaisista palveluista he kokisivat eniten hyötyvänsä.

Asiasanat: päihdeongelma, mielenterveyskuntoutus, mielenterveyshäiriö, kaksoisdiagnoosi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

TUOMIRANTA, LAURA:

Employees' Experiences of Working with the Clients with Substance-Related Disorders

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 3 pages
February 2017

The purpose of the thesis was to determine employees' experiences of working with the clients who suffer from substance-related disorders. The thesis was executed in cooperation with a Sopimusvuori daytime service unit. The aim of this study was the further development of the psychiatric rehabilitation by bringing out the employees' experiences of working with people suffering substance-related disorders. The study is qualitative in nature, and based on interviews of employees of the daytime service unit. The thematic interviews were transcribed and analyzed through qualitative content analysis.

The results of the thesis revealed that the employees felt substance-related disorders made it more difficult for the clients to commit to the daytime services and caused a large number of absences. Substance use also affected the security of the employees and the clients. According to the results, the employees thought that sense of community and reaching the clients in a humane manner were particularly important when working with the clients suffering from substance-related disorders.

By using the daytime services the clients had gained regular patterns and new content in their daily lives, which had helped many clients to reduce their substance usage. In the daytime services the employees did not do nursing but observed clients' condition and referred them to treatment when needed. The employees thought that having knowledge about substance-related disorders was very important. The development proposal of this thesis is that the employees would get more training about substance-related disorders. Further research would be required to determine what kind of results the training of the employees will provide.

Key words: substance-related disorder, psychiatric rehabilitation, mental disorder, dual diagnosis

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Päihdeongelma.....	8
3.1.1	Yleisimmät päihdeongelmat.....	9
3.1.2	Päihdeongelmaisten hoito ja kuntoutus.....	10
3.1.3	Kaksoisdiagnoosi	12
3.2	Mielenterveyshäiriö	13
3.2.1	Yleisimmät mielenterveyshäiriöt	13
3.2.2	Mielenterveyshäiriöiden hoito	15
3.3	Mielenterveyskuntoutus	16
3.3.1	Henkilökohtainen palveluohjaus.....	17
3.3.2	Kuntoutuspsykoterapia.....	18
3.3.3	Ammatillinen kuntoutus.....	18
3.3.4	Yhteisöllinen toiminta ja vertaistuki	19
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	21
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	21
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	22
4.3	Aineiston analyysi.....	22
5	TULOKSET	24
5.1	Palvelunkäyttäjien päihdeongelmat	25
5.2	Päihdeongelmien vaikutukset	26
5.2.1	Vaikutukset poissaoloihin	27
5.2.2	Vaikutukset turvallisuuteen ja palvelunkäyttäjien toimintaan	27
5.2.3	Vaikutukset palvelunkäyttäjien keskinäisiin väleihin.....	28
5.3	Päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentely.....	29
5.3.1	Yhteisöllisyys ja ongelmatilanteisiin puuttuminen	31
5.3.2	Päivätoiminnan vaikutukset päihdeongelmiin	32
6	POHDINTA.....	34
6.1	Eettisyys.....	34
6.2	Luotettavuus.....	35
6.3	Tulosten tarkastelu	37
6.4	Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset	41
	LÄHTEET.....	43
	LIITTEET	46
	Liite 1. Teoreettisten käsitteiden luominen sisällönanalyysin mukaisesti.....	46

Liite 2. Tietoinen suostumus -lomake47

1 JOHDANTO

Päihteiden käyttö on huomattavasti yleisempää psykiatrisilla potilailla kuin valtaväestöllä. Psykiatrisen hoidon piirissä olevista potilaista lähes puolella on samanaikainen päihdeongelma ja päihdehuollon potilaista jopa yli 80 %:lla on samanaikainen psykiatrinen sairaus. (Järvenkylä ym. 2009, 7.) Päihdeongelmaisten kohtaaminen koetaan useilla terveydenhuollon aloilla merkittäväksi työn rasittavuustekijäksi. Kohtaamista saattavat vaikeuttaa esimerkiksi päihdeosaamiseen liittyvän koulutuksen puutteellisuus sekä päihdeongelmiin kohdistuva hoitopessimismi. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 5.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa työntekijöiden kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä. Työelämäyhteytenä toimi Sopimusvuori ry ja yhteistyöyksikkönä eräs aikuisten päiväpalveluita tuottava yksikkö. Työelämäpalaverissa heräsi keskustelua siitä, kuinka palvelunkäyttäjät ja heidän tarpeensa ovat muuttuneet viime vuosien aikana. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, koska yhteistyöyksikön toiminta oli alun perin suunnattu mielenterveyskuntoutujille, mutta nykyisin yhä useammilla palvelunkäyttäjillä oli myös päihdeongelmia.

Opinnäytetyössä selvitetään, millaisia päihdeongelmia palvelunkäyttäjillä työntekijöiden kokemuksen mukaan esiintyy ja kuinka yleisiä työntekijät kokevat päihdeongelmien olevan. Lisäksi tarkastellaan, kuinka palvelunkäyttäjien päihdeongelmat vaikuttavat päiväpalveluiden toimintaan osallistumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää mielenterveyskuntoutustyön kehittämistä tuomalla esiin henkilökunnan kokemuksia työskentelystä päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa. Millaista päihdeongelmaisten kanssa työskentely on? Miten päihdeongelma vaikuttaa yhteistyösuhteen rakentamiseen? Opinnäytetyössä nostetaan esiin myös päihdeongelmien aiheuttamia haasteita sekä pohditaan, millaisilla keinoilla niihin voidaan tulevaisuudessa vaikuttaa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa päiväpalveluiden työntekijöiden kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä.

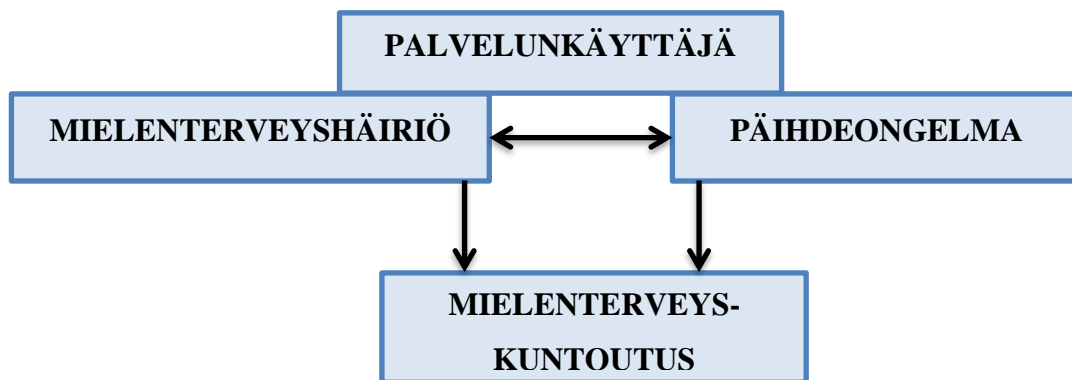
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Millaisia päihdeongelmia palvelunkäyttäjillä on?
2. Miten palvelunkäyttäjien päihdeongelmat vaikuttavat päiväpalveluiden toimintaan osallistumiseen?
3. Millaista päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentely on?

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää mielenterveyskuntoutustyön kehittämistä tuomalla esiin työntekijöiden kokemuksia työskentelystä päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat päihdeongelma, mielenterveyshäiriö ja mielenterveyskuntoutus (kuvio 1). Mielenterveyshäiriöt voivat olla päihdeongelmien syitä tai seurauksia, mutta päihdeongelmat vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointiin ja sitä kautta myös mielenterveyskuntoutuksen onnistumiseen. Opinnäytetyössä kartoitetaan henkilökunnan kokemuksia palvelunkäyttäjän päihdeongelman vaikutuksista kuntoutustyöhön. Palvelunkäyttäjällä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä Sopimusvuoren erään päiväpalveluyksikön asiakasta. Sopimusvuoren tuottamat päiväpalvelut on rajattu koskemaan aikuisille suunnattuja kuntouttavia mielenterveyspalveluita.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Päihdeongelma

Yleisimpiä päihdyttäviä aineita ovat alkoholi, kannabis, opioidit sekä kokaiini ja amfetamiini, mutta monia muitakin keskushermostoon vaikuttavia aineita voidaan käyttää päihtymistarkoituksessa. Päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat kärjistyvät, kun käyttö muodostuu pitkäaikaiseksi ja elämää hallitsevaksi. Päihteiden käyttöön liittyvien vaikeiden ongelmien tyypillisin ydin on päihderiippuvuus. Lievempiä ongelmia aiheuttavaa päihteiden käyttöä kutsutaan haitalliseksi käytöksi. Päihteiden haitallinen käyttö tarkoittaa, että päihteen käyttö aiheuttaa tai on aiheuttanut fyysisiä tai psyykkisiä haittoja tai on merkittävästi myötävaikuttamassa haittojen syntyyn. Haitallisessa

käytössä ei kuitenkaan ilmene päihderiippuvuudelle tyypillisiä piirteitä. (Poikolainen 2003, 76–78.)

Päihderiippuvuudelle on tyypillistä voimakas himo tai pakonomainen halu käyttää päihdettä. Lisäksi kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt ja päihteenkäytön vähentämisen tai lopettamisen yhteydessä voi esiintyä vieroitusoireita. Riippuvuuden kehittyessä myös sietokyky päihteelle kasvaa, jolloin annoksia täytyy suurentaa päihtymystilan saavuttamiseksi. Päihteidenkäyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi, mikä ilmenee esimerkiksi aiemmista mielenkiinnon kohteista luopumisena. Päihderiippuvuudelle tyypillistä on päihteen käytön jatkuminen sen aiheuttamista haitoista huolimatta. (Poikolainen 2003, 77.)

3.1.1 Yleisimmät päihdeongelmat

Alkoholiongelma on Suomessa yksi merkittävimmistä yhteiskunnallisista terveysuhkista. Suomessa keskeinen ongelma alkoholin käytössä on runsas kertakulutus eli humalajuominen. Alkoholiongelmaan liittyy monia terveysriskejä, sillä alkoholin ongelmakäyttö voi vaurioittaa lähes jokaista elintä. Alkoholi suurentaa merkittävästi maksakirroosin, aivoverenvuodon, kroonisen haimatulehduksen ja verenpainetaudin sekä erilaisten syöpäsairauksien riskiä. Lisäksi alkoholin käyttö lisää psyykkisten oireiden ja mielenterveyshäiriöiden riskiä. Alkoholin käyttö on yhteydessä myös tapaturmiin, väkivaltarikoksiin sekä itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Alkoholin aiheuttamat haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015.)

Kannabistuotteet valmistetaan hamppukasvista. Kannabista käytetään yleisimmin polttamalla, mikä aiheuttaa tupakoinnin tavoin terveyshaittoja sydämelle ja hengitysteille. Kannabiksen käyttö huonontaa psykomotorista suorituskykyä ja aiheuttaa psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Vieroitusoireita ovat esimerkiksi ärtyisyys, hermostuneisuus, masennus, levottomuus sekä erilaiset unihäiriöt ja tuskatilat. Kannabiksen käyttöön liittyy myös lisääntynyt skitsofrenian riski. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Opioidien huumeikäyttö perustuu niiden euforiaa tuottavaan vaikutukseen. Opioidija kohtaan kehitty nopeasti lisääntynyt sietokyky, mikä johtaa usein opioidiriippuvuuden kehittymiseen sekä opioidien käyttötarkoituksen muuttumiseen; mielihyvän tavoittelemisesta siirrytään vieroitusoireiden ehkäisemiseen. Suomessa käytetyin opioidi huumetarkoituksessa on buprenorfiini. Suurin myrkytysriski liittyy lyhytvaikutteisiin opioideihin. Opioidimyrkytyksen oireita ovat tajuttomuus, hengityslama, bradykardia ja hypoksia, jotka saattavat lopulta johtaa koomaan. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Keskushermostoon vaikuttavia stimulantteja ovat esimerkiksi amfetamiini, kokaiini ja niiden johdokset (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Stimulanttien vaikutuksia ovat voimakas hyvän olon tunne, ylikiihottuneisuus ja energisyys (Kuoppasalmi, Heinilä & Lönnqvist 2009, 451–452). Tavallisia vieroitusoireita ovat masennus, väsymys, unihäiriöt, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus ja erilaiset fyysiset oireet sekä voimakas aineenhimo. Stimulanttien aiheuttama myrkytys voi olla kuolemaan johtava. Myrkytyksen oireita ovat hypertermia ja hikoilu, päänsärky, kouristukset, lihasjäykkyys ja motorinen levottomuus. Myrkytykseen voi liittyä myös tajuttomuutta, sydänoireita, verenkiertohäiriöitä ja aivovaurioita. Lisäksi se saattaa aiheuttaa pelkotiloja ja ahdistuneisuutta, paniikkikohtauksia sekä paranoidisia ja psykoottisia oireita. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Monipäihteisyys ja päihteiden sekakäyttö ovat yleistyneet viime vuosina. Tavallisin sekakäytön muoto on alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden yhteiskäyttö, mikä saattaa osittain selittyä sillä, että alkoholin käytöstä aiheutuvia epämiellyttäviä oireita pyritään usein helpottamaan rauhoittavien lääkkeiden avulla. Huumausaineiden ohella käytetään useimmiten myös muita päihteitä. Etenkään vahvempien huumeiden käyttäjillä ei yleensä ole mahdollisuutta saada käyttämäänsä ainetta jatkuvasti, joten korvikkeena käytetään sekä lääkkeitä että alkoholia. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 91–92.)

3.1.2 Päihdeongelmaisten hoito ja kuntoutus

Päihdeongelmaisten hoitoa ja kuntoutusta järjestetään sekä terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä että sosiaalitoimessa. Myös kansalaisjärjestöjen toiminta on merkittävä osa päihdepalveluiden kokonaisuutta. Päihdehuollon

erityispalvelut tarjoavat katkaisu- ja vieroitushoitoja sekä erilaisia psykososiaalisia palveluita alkoholi- ja huumeongelmista kärsiville. Suomessa on myös muutamia huumeongelmien hoitoon keskittyneitä yksiköitä, jotka tarjoavat sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä hoitoja. Laitoshoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti, mutta usein päihdepalvelut pyritään järjestämään avohoitona. Päihteiden käyttöön liittyvät somaattiset sairaudet ja akuutit myrkytykset hoidetaan terveyskeskuksissa tai sairaaloissa. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012; Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2015.) Päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on uudenlaisen suhtautumistavan omaksuminen riippuvuussairauden aiheuttanutta päihdettä kohtaan siten, ettei henkilö sorru hallitsemattomaan päihteidenkäyttökierteeseen uudelleen (Holopainen 2008, 214).

Päihdeongelmaisten hoidossa ja kuntoutuksessa tärkeintä on luottamuksellinen työskentelysuhde, palveluiden jatkuvuus, potilaan motivoituminen sekä sitoutuminen hoitoon ja kuntoutukseen. Hoidossa ja kuntoutuksessa voidaan käyttää eri teorioihin perustuvia psykososiaalisia työskentelytapoja, mutta yleisin hoitomuoto on vuorovaikutukseen perustuva ja tukea antava hoitosuhde. Myös motivoivaan haastatteluun kuuluvat työtavat ovat päihdetyössä yleisesti käytössä. Sekä hoidossa että kuntoutuksessa keskeistä on tiedon antaminen sekä keskustelu ja toiminta yksilö-, ryhmä-, pari-, perhe-, tai ryhmäterapian muodossa. Myös erilaisia luovia terapioidia tai vertaistukiryhmiä voidaan käyttää hyödyksi. Päihdeongelmaisten hoito ja kuntoutus edellyttää yleensä useiden eri toimijoiden yhteistyötä. Asumisen ja toimeentulon tukeminen yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa liittyy kaikkiin päihdetyön hoitomuotoihin. Myös perheen lasten hyvinvointi tulee huomioida aina päihdeongelmaisten kanssa toimiessa. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012; Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2015.)

Alkoholiriippuvuuden hoidon perustana ovat psykososiaaliset hoidot, mutta lääkityksen avulla voidaan parantaa hoidon tuloksellisuutta merkittävästi (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2015). Sen sijaan huumeongelmien hoidon ja huumevieroituksen yhteydessä lääkehoito keskittyy lähinnä oireiden hallintaan. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia. Korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä sekä mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus. Korvaushoidon

aloittamisen edellytyksenä on potilaan opioidiriippuvuus sekä aiemman vieroitushoidon epäonnistuminen. Korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tavoitteet sekä lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

3.1.3 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosipotilailla on päihdeongelman lisäksi vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö (Aalto 2007, 1293). Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä kaksoisdiagnoosipotilailla ovat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt (Shives 2012, 568). Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus suomalaisessa palvelujärjestelmässä on ollut jatkuvassa kasvussa. Päihdeongelmien ja mielenterveyshäiriöiden yhteyttä on selitetty monin tavoin. Päihteiden käyttö ja sen aiheuttama syrjäytyminen saattavat johtaa mielenterveyshäiriön puhkeamiseen tai mielenterveyshäiriöiden oireet ja niistä johtuva erakoituminen saattavat lisätä päihteiden käyttöä. Toisaalta on myös mahdollista, että päihdeongelmilla ja mielenterveyshäiriöillä on joitakin yhteisiä etiologisia tekijöitä, jotka lisäävät todennäköisyyttä niiden samanaikaiselle esiintymiselle. (Aalto 2007, 1293–1295.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on huonompi kuin niiden potilaiden, joilla on vain yksi häiriö (Aalto 2007, 1293). Pelkästä mielenterveydenhäiriöstä kärsiviin potilaisiin verrattuna kaksoisdiagnoosipotilaat sitoutuvat lääkehoitoonsa huonommin ja heillä ilmenee enemmän itsetuhoista käytöstä (Kipping 2009, 193). Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on käytetty jaksoittaisen ja rinnakkaisen hoidon malleja. Jaksoittaisessa mallissa hoidetaan ensin vain toista häiriötä, ja kun riittävän hyvään tulokseen on päästy, aloitetaan toisen häiriön hoito. Rinnakkaisen hoidon mallissa puolestaan hoidetaan samanaikaisesti molempia häiriöitä, mutta hoito tapahtuu eri tahoilla. Kummankin mallin ongelmana on ollut puutteellinen yhteydenpidon sekä yhteisten toimintatapojen löytämisen vaikeus eri hoitotahojen välillä. Integroitu hoitomalli tarkoittaa, että sama taho hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaan molempia häiriöitä samanaikaisesti. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyy paljon erityispiirteitä, joten integroitua hoitoa tarjoavan työryhmän tulee olla perehtynyt sekä päihdeongelmien että muiden mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja hoitoon. (Aalto 2007, 1295–1296.)

3.2 Mielen­terveyshäiriö

Maailman terveysjärjestö määrittelee mielen­terveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti ja olemaan yhteisönsä jäsen. Mielen­terveys voidaan määritellä voimavaraksi, jota on enemmän tai vähemmän myös mielen­terveyshäiriöistä kärsivillä ihmisillä. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 13.) Mielen­terveyden ongelmat voivat ilmetä monella tavalla. Usein vaikeudet ovat jokapäiväisiä, painavat mieltä ja uhkaavat henkistä hyvinvointia. (Huttunen 2008, 8.)

Mielen­terveyshäiriöille ominaisia ovat tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt (Huttunen 2008, 8). Lähes kaikki mielen­terveyshäiriöt muodostuvat monesta samanaikaisesta oireesta, jotka saavat yhdessä aikaan oireyhtymän. Mielen­terveyshäiriöihin liittyy aina jonkinlaista haittaa tai kärsimystä. Lievimpien mielen­terveyden häiriöiden vaikutus arkielämään on vähäinen ja ne saattavat mennä ohi itsestään. Vakavimmat häiriöt voivat viedä toimintakyvyn lähes kokonaan ja sulkea sairastuneen ihmisen yhteiskunnan ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Vuorilehto ym. 2014, 105–106.)

3.2.1 Yleisimmät mielen­terveyshäiriöt

Mielen­terveyshäiriöt voidaan luokitella esimerkiksi mielialahäiriöihin, psykoottisiin häiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin sekä persoonallisuushäiriöihin. Mielialahäiriöistä yleisimpiä ovat erilaiset masennushäiriöt sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Psykoottisista häiriöistä tunnetuin on skitsofrenia. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat erilaiset pelko- ja ahdistuneisuusoireiset häiriöt. Persoonallisuushäiriöt puolestaan luokitellaan omiin ryhmiinsä eri häiriöille tyypillisten oireiden mukaan. (Lön­nqvist 2009, 55–59, 64.)

Masennuksen oireita ovat väsymys, ärtyneisyys, keskittymiskyvyttömyys, muistivaikeudet, ahdistuneisuus, unettomuus, motorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, seksuaalinen haluttomuus sekä kyvyttömyys nauttia elämästä. Vakavampiin masennustiloihin voi liittyä myös toiveita kuolemasta tai itsemurha-ajatuksia. Masennustilat ovat usein viikkoja tai kuukausia yhtäjaksoisesti kestäviä ja

uudelleen toistuvia. Ne ovat psyykkisesti tuskallisia kokemuksia ja heikentävät usein merkittävästi henkilön työkykyä, mikä saattaa johtaa toistuviin sairauslomiin tai ennenaikaiseen eläkkeelle jäämiseen. (Huttunen 2008, 94.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö koostuu mania- ja masennusjaksoista, jotka seuraavat toisiaan vaihtelevin välein. Masennusjaksot ovat oireiltaan samantyyppisiä kuin tavalliset masennustilat, mutta saattavat olla kestoltaan hieman tavallisia masennustiloja lyhyempiä. Maniajaksoille tyypillisiä piirteitä ovat mielialan ja aktiivisuuden kohoaminen, puheliaisuus, keskittymiskyvyttömyys, itsetunnon voimakas kohoaminen, suuruuskuvitelmat, hajanaisuus, rahan tuhlaaminen, impulsiivinen käytös ja hyperseksuaalisuus. Hypomania on maniaa lievempi jakso. Hypomaniajakson aikana henkilön mieliala on kohonnut, toimintakyky lievästi kiihtynyt ja hän kokee maailman ja läheiset ihmisensä voimakkaan myönteisesti. (Huttunen 2008, 133–135.)

Psykoottisissa tiloissa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt. Aistiharhat ja oudot kokemukset sekoittuvat menneisyyden muistoihin, mikä saattaa johtaa todellisuutta vääristävien harhauskomusten ja harhaluulojen kehittymiseen. Aistiharhojen, harhaluulojen sekä todellisuutta vääristävien tulkintojen luonne ja voimakkuus vaihtelevat eri henkilöillä, eri tilanteissa ja sairauden eri vaiheissa. Muita psykoottisiin tiloihin liittyviä oireita ovat ajatuksen ja puheen häiriöt sekä sekavuus ja hajanaisuus. (Huttunen 2008, 48.)

Skitsofrenia on psykoottisista häiriöistä yleisin, mutta psykoottisia oireita voi esiintyä myös vakavissa masennustiloissa, maniajaksoissa, vanhusten dementioissa sekä päihteidenkäytön ja vaikeiden somaattisten sairauksien yhteydessä (Huttunen 2008, 48–49). Skitsofrenian tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä tunteiden latistuminen, tahdottomuus ja puheen köyhtyminen. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti ihmisen kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2009, 73.) Se on pitkäaikainen sairaus, joka voi oirehtia vuosien ajan joko jatkuvasti tai jaksoittain (Huttunen 2008, 49).

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Yleensä ihmisen tunne ahdistuneisuudesta on tilannekohtaista ja ohimenevää. Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuus tai pelot ovat niin voimakkaita tai pitkäaikaisia, että ne rajoittavat

ihmisen psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, kohde- ja tilannekohtainen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäinen stressihäiriö. (Huttunen 2008, 166.)

Persoonallisuushäiriöt ovat syvälle juurtuneita ja joustamattomia käyttäytymismalleja, jotka ilmenevät haitallisina monissa elämäntilanteissa. Käyttäytymismallit poikkeavat huomattavan paljon tietyssä kulttuurissa vallitsevasta tavasta havaita, ajatella ja tuntea sekä suhtautua muihin ihmisiin. Persoonallisuushäiriöt luokitellaan epäluuloiseen, eristäytyvään, epäsosiaaliseen, tunne-elämältään epävakaiseen, huomionhakuiseen, narsistiseen, vaativaan, estyneeseen sekä riippuvaiseen persoonallisuuteen. Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa, nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Niihin liittyy usein henkilökohtaista kärsimystä sekä ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2009, 517–518.)

3.2.2 Mielenterveyshäiriöiden hoito

Mielenterveyspalvelut pyritään järjestämään pääasiallisesti avohoitona. Ensisijaisena hoitopaikkana ovat perusterveydenhuollon peruspalvelut ja seuraavana perusterveydenhuollon erityispalveluiden tai erikoissairaanhoidon järjestämä avohoito. Sairaalahoitoa järjestetään, jos avohoidon tarjoamat palvelut ovat riittämättömiä ja sairaalahoito arvioidaan tarpeelliseksi. Mielenterveyspalveluita järjestetään sekä julkisesti että yksityisesti. (Kuhanen ym. 2010, 180.) Mielenterveystyöhön osallistuvat myös monet yhdistykset ja järjestöt eli niin sanottu kolmas sektori. Kolmas sektori toimii yhteistyössä julkisen palvelujärjestelmän kanssa tuottaen esimerkiksi asumis- ja päivätoimintapalveluita sekä lasten päivähoitopalveluita. (Vuorilehto ym. 2014, 239.)

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa yhdistetään usein psykoterapia ja lääkehoito. Psykoterapia on mielenterveyshäiriöiden psykologinen hoitomuoto, joka perustuu potilaan ja psykoterapeutin välille syntyvään vuorovaikutukselliseen prosessiin. (Vuorilehto ym. 2014, 210.) Erilaisia psykoterapiasuuntauksia on useita kymmeniä. Psykoterapiaa voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä-, pari- tai perheterapiana. Psykoterapian tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan ja poistamaan oireita ylläpitäviä

ajatusmalleja sekä lisätä tietoisuutta oireita ylläpitävistä ajatus- ja toimintamalleista. Lisäksi tavoitteena on auttaa potilasta löytämään uusia toimivampia tapoja suhtautua itseensä ja ympäristöönsä. (Huttunen 2008, 11.) Psykoterapian avulla tuetaan potilaan psyykkistä kehitystä ja autetaan häntä ratkaisemaan ongelmiaan (Vuorilehto ym. 2014, 210).

Mielenterveyshäiriöiden lääkehoidon avulla voidaan sekä lyhentää sairausjaksoja että estää toistuvia sairaustiloja. Lisäksi psyykenlääkkeiden avulla voidaan lievittää toimintakykyä lamaavia tai kohtuutonta kärsimystä aiheuttavia oireita, kuten pelkoja, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. Yksittäiset henkilöt reagoivat eri tavoin eri lääkkeisiin, joten lääkehoidon teho ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ovat hyvin yksilökohtaisia. (Huttunen 2008, 12–13.) Lääkehoidon vaikutuksia tulee seurata säännöllisesti hoidon aikana. Mielenterveyshäiriöiden lääkehoito on usein pitkäaikaista. Toistuvissa ja kroonisissa mielenterveyshäiriöissä lääkitys yleensä jatkuu oireiden väistymisen jälkeen ylläpitolääkityksenä, jonka avulla pyritään estämään oireiden tai sairauden uusiutuminen. (Vuorilehto ym. 2014, 216.)

3.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutus tarkoittaa kuntouttavien palveluiden kokonaisuutta, jossa ammattihenkilöiden tehtävänä on toimia kuntoutujan yhteistyökumppaneina tukien, motivoiden ja rohkaisten kuntoutujaa asettamaan omalle kuntoutukselleen tavoitteita ja toteuttamaan niitä. Kuntoutukseen kuuluvat esimerkiksi sosiaalisten vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja arjessa selviytymistä tukevien keinojen opetteleminen. Sosiaaliset tukijärjestelyt, esimerkiksi ympärivuorokautinen palveluasuminen sekä klubitalotoiminta, ovat osa kuntoutusjärjestelmää. Psykoedukaatio eli tiedon antaminen sairaudesta sekä erilaiset kognitiivisten taitojen tehostamisen muodot ovat osa kuntoutusta. Lisäksi mielenterveyskuntoutukseen kuuluu ammatillinen kuntoutus, kuten työharjoittelut ja tuettu työllistäminen. Vuorovaikutukseen perustuva psykoterapia on mielenterveyden häiriöiden tärkein hoitomuoto, mutta se on myös yksi mielenterveyskuntoutuksen keskeisistä muodoista. Myös lääkehoidon seuranta on tärkeää sekä hoito- että kuntoutusprosessien aikana. (Tuulio-Henriksson 2013, 146–147.)

Mielenterveyskuntoutuksessa huomio on arkielämän käytännöllisissä kysymyksissä ja palveluilla on arkielämän toimintaan liittyvät tavoitteet. Toiminnan lähtökohtana ovat kuntoutujan toiveet ja preferenssit. Kuntoutuspalvelut koordinoidaan kuntoutujan hoitoon sopiviksi ja palveluiden jatkuvuus pyritään turvaamaan muuttuvissa elämäntilanteissa ja ympäristöissä. Kuntoutujaa autetaan pääsemään pois potilaan rooleista ja tuetaan häntä kohti sairauden hallintaa ja tavanomaisia sosiaalisia rooleja. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 235.) Mielenterveyskuntoutuksessa autetaan kuntoutujaa kohtaamaan, käsittelemään ja voittamaan hänen kasvuaan estäviä tekijöitä sekä kehittymään voimavaroihinsa nähden parhaalla mahdollisella tavalla (Kukkonen-Lahtinen 2006, 13). Kuntoutuksen tarve ja muoto vaihtelevat sekä yksilöllisesti, että eri mielenterveyden häiriöissä ja niiden eri vaiheissa (Tuulio-Henriksson 2013, 147).

Kuntoutuksen tavoitteena on myönteinen muutos sekä kuntoutujassa itsessään, että hänen suhteessaan ympäristöönsä, muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan (Koskisuus 2004, 23–24). Kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan ihmisen mahdollisuuksia selviytyä hänelle sopivissa sosiaalisissa rooleissa ja toimintaympäristöissä. Taustalla voi olla yleinen sairaudesta toipumisen prosessi, mutta tavoitteena voi olla myös arkielämässä selviytyminen sairauden oireista huolimatta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 237.) Kuntoutuminen on ymmärrettävä syvällisenä henkilökohtaisena muutosprosessina, jossa kuntoutujan ajatusten, tunteiden ja asenteiden muuttumisen kautta myös hänen toimintatapansa eri rooleissa ja tilanteissa muuttuvat (Koskisuus 2004, 24). Kuntoutuminen tarkoittaa ihmisen pyrkimystä elää niin tyytyväisenä ja toimeliaana kuin mahdollista (Kukkonen-Lahtinen 2006, 10).

3.3.1 Henkilökohtainen palveluohjaus

Kuntoutuksen palveluohjauksella tarkoitetaan prosessia, jossa kuntoutujan palveluohjaaja auttaa häntä määrittelemään palveluntarpeet sekä löytämään ja valitsemaan tarpeita vastaavat palvelut. Palveluohjaaja huolehtii, että palveluista muodostuu kuntoutujan tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukainen kokonaisuus ja arvioi yhdessä kuntoutujan kanssa palveluista saatuja hyötyjä. Palveluohjaajan tarjoama keskustelutuki ja yksilöllinen ohjaus ovat tärkeä osa prosessia. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 238.)

Palvelurakenteen muuttuessa laitosvaltaisesta avohoito painotteisemmaksi, on ollut tärkeää kehittää myös palveluohjauksen toimintamalleja. Sairaalasta avohoitoon siirtyneistä potilaista vaikeimmin ongelmaiset syrjäytyvät helpommin myös mielenterveystyön avopalveluista. Lisäksi mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden somaattiset sairaudet jäävät usein havaitsematta ja hoitamatta. Palveluohjauksen avulla pyritään varmistamaan, että kuntoutuja löytää tarpeitaan vastaavat palvelut ja saa riittävästi tukea kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 238.)

3.3.2 Kuntoutuspsykoterapia

Psykoterapia on olennainen osa sekä mielenterveyshäiriöiden hoitoa että kuntoutusta. Kuntoutuspsykoterapia voi toteutua eri muodoissa ja eri terapiasuuntauksien lähtökohdista. Tärkeää on, ettei psykoterapia jää irralliseksi toimenpiteeksi, vaan linkittyä osaksi kuntoutustoimenpiteiden kokonaisuutta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 137.) Mielenterveyskuntoutuksen, myös kuntoutuspsykoterapian, järjestäminen kuuluu ensisijaisesti julkiselle terveydenhuollolle (Tuulio-Henriksson 2013, 154).

Jos mielenterveyshäiriöistä kärsivä henkilö tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, ohjataan henkilö muun palvelunjärjestäjän tuottamiin palveluihin. Esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapia täydentää julkisen terveydenhuollon vastuulla olevaa lääkinnällistä kuntoutusta. Kela järjestää kuntoutuspsykoterapiaa 16–67-vuotiaille vakuutetuille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyshäiriön vuoksi uhattuna. Kelan kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on kuntoutujan työ- ja opiskelukyvyyn palauttaminen tai parantaminen ja tämän seurauksena työssä pysyminen, työhön paluu tai opintojen edistyminen. (Tuulio-Henriksson 2013, 154.)

3.3.3 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus on prosessi, jonka tavoitteena on ylittää esteet, joita kuntoutujalla on työhön pääsemisessä, työssä jatkamisessa tai työhön palaamisessa. Ammatillinen kuntoutus kohdistuu yleensä henkilöihin, joiden riski syrjäytyä

työmarkkinoilta on sairauden tai työkyvyn alenemisen uhkan takia tavallista suurempi. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteillä pyritään estämään syrjäytyminen ja varmistamaan henkilön integroituminen työelämään. Ammatilliseen kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan ohjausta, ammatillista koulutusta, työkokeiluja, työpaikkakokeiluja, työhönvalmennusta sekä muita työkykyisyyttä ja työllistymistä tukevia toimenpiteitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 215–216.)

Kuntoutumisprosessiin kuuluu uuden tarkoituksen ja merkityksen löytäminen elämälle, joten ammatillisen kuntoutuksen tulisi tarjota välineitä tämän muutoksen toteuttamiseen suhteessa työelämään (Tiainen & Vuorela 2004, 22–23). Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentamaan hänen työkykyisyyttään ja edistämään hänen työmahdollisuuksiaan (Järvikoski & Härkäpää 2011, 216). Mielenterveyskuntoutujien kohdalla ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista asettaa ammatillisen kuntoutuksen tavoitteeksi aiemman työkyvyn palautumista. Enemmän tavoitteena tulisi olla uudenlaisen työkykyisyyden oppimisen mahdollistaminen. (Tiainen & Vuorela 2004, 23.)

3.3.4 Yhteisöllinen toiminta ja vertaistuki

Yhteisöllisen toiminnan kautta pyritään vähentämään eristäytyneisyyttä ja yksinäisyyttä, jotka usein liittyvät mielenterveyden ongelmiin. Eräs yhteisöllisen toiminnan muoto mielenterveyskuntoutuksessa on klubitalotoiminta. Mielenterveyskuntoutujien klubitalot perustuvat tasa-arvoisuutta, yhteisöllisyyttä ja työntekoa korostavaan psykososiaalisen kuntoutuksen malliin. Klubitalotoiminta tarjoaa jäsenilleen mahdollisuuden monipuoliseen osallistumiseen ja vertaistukeen sekä turvallisen ympäristön sosiaalisten taitojen ylläpitoon ja harjoitteluun. Toiminta poikkeaa tavanomaisesta mielenterveystyöstä ja -kuntoutuksesta, sillä se korostaa vertaistuen ja sosiaalisen osallisuuden merkitystä sairaudesta kuntoutumisessa. Sairauden hoito ja terapeutitiset toimintatavat puolestaan rajataan tiukasti klubitalotoiminnan ulkopuolelle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 240–242.)

Vertaistuki on samankaltaisia elämäkokemuksia ja -vaiheita kokeneiden ihmisten keskinäiseen tasa-arvoisuuteen, solidaarisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen sekä keskinäiseen tukeen perustuva ihmissuhteiden muoto. Vertaistuen kautta

esimerkiksi sairauteen liittyvä epävarmuus, huolestuneisuus ja leimautumisen tunne usein vähentyvät. Ongelmien ja selviytymiskeinojen jakaminen lisää hallinnan tunnetta ja antaa uusia näkökulmia tilanteeseen. Perusajatuksena on, että toisen tilannetta ymmärtämällä ihminen ymmärtää paremmin myös omaa tilannettaan. (Toivio & Nordling 2013, 328–329.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella menetelmällä, koska pyrkimyksenä oli kartoittaa ja kuvailla henkilökunnan kokemuksia. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään, kun halutaan tarkastella tutkittavaa ilmiötä sisältäpäin eli sellaisena kuin tutkimukseen osallistujat sen kokevat (Field & Morse 1988, 23). Laadullisella tutkimuksella tuotettu tieto on aina kontekstisidonnaista eli tieto on sidoksissa aikaan, paikkaan ja osallistujien elämäntilanteisiin. Aineistonkeruu tapahtuu avoimin menetelmin ja tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen (Kylmä & Juvakka 2007, 27–28.)

Laadullista tutkimusta ohjaa induktiivinen päättely. Induktiivisen päättelyn avulla tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Päättely on aineistolähtöistä ja tavoitteena on jäsentää todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset usein tarkentuvat tutkimusprosessin aikana. (Kylmä & Juvakka 2012, 17, 22, 26.) Myös opinnäytetyön tutkimuskysymykset muotoiltiin lopulliseen muotoonsa vasta haastatteluiden tekemisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistujia on yleensä vähän, koska laadullisissa tutkimuksissa arvostetaan määrällisen edustavuuden sijaan teoreettista edustavuutta. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kattava kuva, joten tutkimukseen osallistujien tulee olla tarkoituksenmukaisesti valittuja. Oleellista on, että tutkimukseen osallistuja osaa ja haluaa kuvata tutkittavaa ilmiötä kokemukselliseen tietoonsa perustuen. (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Kaikilla opinnäytetyöhön osallistuvilla henkilöillä oli vähintään puolentoista vuoden työkokemus yhteistyöyksikössä. Pyrkimyksenä oli varmistaa, että haastateltaville työntekijöille oli ehtinyt kertyä myös kokemuksellista tietoa yksikön palvelunkäyttäjistä ja heidän kanssaan työskentelystä.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla viittä yhteistyöyksikön työntekijää. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita ja ne toteutettiin kesäkuussa 2016 yhteistyöyksikön tiloissa. Haastattelut olivat haastateltaville työaikaa. Jokaisen haastattelun kesto oli noin 40 minuuttia ja kaikki haastattelut nauhoitettiin sanelimeen. Haastattelut olivat teemahaastatteluita, joiden haastattelurunkoon kaikki osallistujat saivat etukäteen tutustua. Teemahaastattelussa tutkimuksen tekijä valitsee muutamia avainkysymyksiä tai -aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu (Kylmä & Juvakka 2007, 78).

Haastatteluiden ensimmäisten kysymysten avulla kartoitettiin taustatietoja haastateltavista, eli kuinka kauan he olivat yhteistyöyksikössä työskennelleet ja millainen heidän työnkuvansa oli. Seuraava kysymys koski haastateltavien kokemuksia palvelunkäyttäjien päihdeongelmien yleisyydestä. Kaikilta haastateltavilta myös kysyttiin, millaisen päihdeiden käytön he määrittelevät päihdeongelmaksi. Haastattelurungon viimeinen kysymys oli, vaikuttavatko palvelunkäyttäjien päihdeongelmat heidän kanssaan työskentelyyn, ja jos vaikuttavat, niin millä tavalla. Teemahaastatteluissa etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Haastattelu on aikaa vievä tiedonkeruumenetelmä, mutta sen etuina ovat joustavan keskustelun mahdollistuminen sekä suuri todennäköisyys vastaajien aktiiviseen osallistumiseen. Osallistujat harvoin kieltäytyvät haastattelusta tai kieltävät saadun aineiston käytön, koska haastatteluluvasta on sovittu henkilökohtaisesti. Haastattelemisen myös mahdollistaa väärinymmärrysten oikaisun sekä kysymysten toistamisen tai selventämisen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73–74.)

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli auki kirjoitettiin opinnäytetyön tekijän toimesta. Tietokoneella kirjoitettuna haastatteluista kertyi kirjallista aineistoa 48 sivua. Aineistoon tutustuttiin lukemalla se läpi useampaan kertaan, jonka jälkeen se

analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aikaisemmilla tutkimuksilla tai teoreettisilla tiedoilla ei ole suurta merkitystä, vaan aineisto itsessään ohjaa analyysin toteuttamista ja lopputuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa prosessia, jossa aineisto ensin redusoidaan eli pelkistetään, jonka jälkeen se klusteroidaan eli ryhmitellään. Viimeinen vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Pelkistäminen tarkoittaa, että tutkimusaineistoa tiivistetään tai pilkotaan osiin siten, että tutkimustehtävän kannalta epäolennainen informaatio voidaan karsia pois (Vilkkä 2015, 164). Pelkistämisen jälkeen jäljelle jäävät tutkimustehtävän kannalta olennaiset pelkistetyt ilmaukset, joista etsitään samankaltaisia tai eroavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään, yhdistetään alaluokiksi sekä nimetään luokkien sisältöä kuvaavilla käsitteillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Lopuksi ryhmitelystä aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennaiset tiedot, joiden perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä (liite 1). Tarkoituksena on edetä alkuperäisen informaation kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Teoreettisia käsitteitä luodaan luokituksia yhdistelemällä niin kauan, kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu siis tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)

5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulosten (kuvio 2) mukaan työntekijät kokivat palvelunkäyttäjien päihdeongelmilla olevan moninaisia vaikutuksia sekä palvelunkäyttäjien elämään että päiväpalveluiden toimintaan osallistumiseen. Päiväpalveluissa päihdeongelmien vaikutukset näkyivät selkeimmin poissaoloina ja vaikeutena sitoutua toimintaan. Päihdeongelmilla oli vaikutuksia myös työntekijöiden ja palvelunkäyttäjien turvallisuuteen sekä palvelunkäyttäjien toimintaan ja heidän keskinäisiin väleihinsä. Päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelyyn liittyvistä asioista työntekijät nostivat esiin erityisesti yhteisöllisyyden merkityksen, jota käytettiin hyväksi myös mahdollisiin ongelmatilanteisiin puuttuttaessa. Päivätoimintaan osallistumisella koettiin olevan usein vaikutuksia palvelunkäyttäjien päihteiden käyttöön ja päihdeongelmiin.



KUVIO 2. Opinnäytetyön tulokset

5.1 Palvelunkäyttäjien päihdeongelmat

Työntekijät totesivat päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyvän usein yhdessä, mutta palvelunkäyttäjien päihdeongelmien yleisyydestä työntekijöillä oli hyvin erilaisia kokemuksia. Osa työntekijöistä koki palvelunkäyttäjien päihdeongelmat todella yleisiksi, kun taas osan kokemuksen mukaan palvelunkäyttäjillä ei päihdeongelmia juuri esiintynyt. Työntekijöiltä kysyttäessä, kuinka he määrittelevät päihdeongelman, he kuvasivat päihdeongelman tarkoittavan hallitsematonta ja pakonomaista päihteiden käyttöä. Päihdeongelma haittasi työkykyä tai sosiaalista kanssakäymistä ja toi ihmisen elämään hankaluuksia. Päihteiden käyttö ohjasi ihmisen toimintaa, arjen rutiineja laiminlyötiin ja ihmiselle itselleen tai hänen läheisilleen aiheutui haittaa päihteiden käytön takia.

Työntekijöiden mukaan alkoholin käyttäminen näyttäytyi päiväpalveluiden arjessa selkeimmin, mutta päihdyttävien aineiden sekakäytön koettiin yleistyvän jatkuvasti. Myös korvaushoidossa olevien palvelunkäyttäjien määrä oli kasvussa ja joillakin korvaushoidossa olevilla esiintyi myös muiden päihteiden oheiskäyttöä. Kaikista palvelunkäyttäjistä päihteiden käyttöä ei pystytty tunnistamaan, eivätkä kaikki siitä halunneet kertoa.

Vanhempien palvelunkäyttäjien keskuudessa näyttäytyivät eniten alkoholin aiheuttamat haitat, mutta heilläkin saattoi lisäksi esiintyä esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden käyttöä. Nuoremmat palvelunkäyttäjät käyttivät usein alkoholin lisäksi myös muita päihteitä; esimerkiksi korvaushoitotuotteet olivat suuressa osassa. Amfetamiinia ja kannabista käytettiin jonkin verran, kun taas ekstaasin ja kokaiinin käyttö näyttäytyi hyvin harvoin.

Työntekijät kokivat päihteiden käytön olevan usein oire jostakin muusta ongelmasta. Päihteiden avulla yritettiin esimerkiksi hoitaa tai lääkittää mielenterveysongelmia. Myös lapsuuden perheen päihde- ja mielenterveysongelmat sekä hyväksytyksi tuleminen puute vaikuttivat päihdeongelmien syntyyn. Päihteet saattoivat myös olla ainoa purkautumisväline ahdistaviin tilanteisiin, jos muuta tukea ei ollut oikeaan aikaan ollut saatavilla. Lisäksi yksinäisyys ja toimettomuus koettiin päihteiden käyttöä lisääviksi tekijöiksi. Lisääntynyt päihteiden käyttö saattoi liittyä esimerkiksi työttömyyden aiheuttamaan toimettomuuteen.

Työntekijöiden kokemusten mukaan monet palvelunkäyttäjät olivat hoidon piirissä päihdeongelmansa suhteen tai heillä oli hoitotaho, josta saivat tarvittaessa keskusteluapua. Toisaalta oli myös monia palvelunkäyttäjiä, joilla ei ollut minkäänlaisia hoitokontakteja. Työntekijät kertoivat joidenkin palvelunkäyttäjien tuoneen esiin, että apua oli ollut vaikea saada tai sitä ei ollut saatu tilanteeseen nähden riittävästi. Myös työntekijät toivat esiin nykyisten palveluiden riittämättömyyttä. Toisaalta osa palvelunkäyttäjistä oli saanut toimivaa apua esimerkiksi yhdistysten järjestämistä vertaistukiryhmistä.

5.2 Päihdeongelmien vaikutukset

Henkilökunnan kokemusten mukaan päihdeongelmat toivat palvelunkäyttäjien elämään monenlaisia haasteita, esimerkiksi arjenhallinnan ongelmia ja elämän epäsäännöllisyyttä. Kaikki muut asiat jäivät taka-alalle, jos palvelunkäyttäjille tuli jaksoja, jolloin päihteiden käyttö oli runsaampaa. Jos apua ei ollut hakenut tai saanut riittävän ajoissa, ihminen oli saattanut menettää asuntonsa ja läheiset ihmissuhteensa. Työntekijät kokivat päihdeongelmat usein pitkäaikaisiksi ongelmiksi, joihin liittyi valehtelua itselleen ja ongelman peittelyä muilta ihmisiltä. Yhteiskunnassa ihminen oli saattanut leimautua päihdeongelmaiseksi ja kokenut moralisointia sekä viranomaisten että muiden ihmisten taholta.

Päiväpalveluissa palvelunkäyttäjien päihdeongelmien koettiin vaikuttavan työskentelyyn monin tavoin. Päihdeongelmat aiheuttivat vaikeuksia sitoutua palveluihin tai taloudellisten vaikeuksien takia palvelunkäyttäjillä ei ollut välttämättä varaa matkustaa paikalle. Jos päihdeongelma oli aktiivisimmillaan, sitoutuminen ei yleensä onnistunut eikä päiväpalveluiden toimintaan osallistuminen ollut mahdollista. Joskus päihteiden käyttö oli aiheuttanut myös terveydellisiä ongelmia, joihin työntekijöiden oli täytynyt puuttua esimerkiksi ohjaamalla tai toimittamalla palvelunkäyttäjä hoidon piiriin.

5.2.1 Vaikutukset poissaoloihin

Päiväpalveluiden toimintaan ei voinut osallistua päihtyneenä. Jos henkilökunta epäili palvelunkäyttäjän olevan päihtyneenä, asiasta kysyttiin suoraan ja tarvittaessa palvelunkäyttäjä puhallutettiin. Jos palvelunkäyttäjä oli päihtyneenä, haisi alkoholille tai oli tokkurainen, ohjattiin hänet kotiin. Työntekijöiden kokemusten mukaan puhallutustilanteita tapahtui harvoin ja pääsääntöisesti palvelunkäyttäjät hyväksyivät tilanteen, koska he tiesivät säännöt ja ymmärsivät työntekijöiden yrittävän auttaa. Työntekijät toivat kuitenkin esiin, että puhallutustilanteisiin liittyi usein häpeää, syyllisyyttä ja muita negatiivisia tunteita. Joskus tilannetta vähäteltiin tai yritettiin siirtää ongelmaa työntekijöille. Yksittäisiä tilanteita oli ollut, ettei palvelunkäyttäjän ollut enää mahdollista jatkaa päivätoiminnassa, mutta yleensä aggressiivista käytöstä ei esiintynyt.

Työntekijät kokivat poissaolojen olevan päihdeongelmien merkittävin vaikutus päiväpalveluihin osallistumisen kannalta. Palvelunkäyttäjä ei saanut rahallista korvausta poissaolopäiviltään ja lopulta suhde päiväpalveluihin saattoi katketa kokonaan. Työntekijöiden mukaan päiväpalveluissa oltiin kuitenkin hyvin joustavia ja pyrittiin pohtimaan yhdessä palvelunkäyttäjän kanssa, olisiko tilanteelle jotain tehtävissä. Palvelunkäyttäjälle tarjottiin apua päihdeongelman selvittämiseen ja tarvittaessa ohjattiin hänet hoidon piiriin. Joustavuuteen pyrittiin, koska päiväpalveluiden toimintaan osallistuminen saattoi olla palvelunkäyttäjän elämässä kannatteleva tekijä eikä ankara rajoittaminen yleensä poistanut päihdeongelmaa. Poissaoloihin puuttumista varten oli suunniteltu myös varhaisen puuttumisen toimintamallia, jonka kautta tilannetta olisi helpompi käydä läpi yhdessä palvelunkäyttäjän kanssa.

5.2.2 Vaikutukset turvallisuuteen ja palvelunkäyttäjien toimintaan

Päihdeongelmilla koettiin olevan jonkin verran vaikutusta sekä palvelunkäyttäjien että työntekijöiden turvallisuuteen. Koneiden ja laitteiden käyttö ei ollut sallittua päihtyneenä, koska sitä kautta saattoi aiheutua vakavia vaaratilanteita. Turvallisuus oli huomioitu myös tarvikkeiden säilytyksen osalta; esimerkiksi teräesineitä ei säilytetty käden ulottuvilla. Aggressiivista käytöstä ei työntekijöiden kokemusten mukaan palvelunkäyttäjillä juuri esiintynyt ja uhkaavistakin tilanteista oli selvitty

keskustelemalla. Työntekijät kuitenkin tiedostivat aggressiivisen käytöksen mahdollisuuden ja vaaratilanteisiin varautumista pidettiin tärkeänä. Jos päihteiden käyttö vaikutti palvelunkäyttäjään aiheuttamalla esimerkiksi väkivaltaista käytöstä, ei päiväpalveluiden toimintaan osallistuminen ollut enää mahdollista.

Työntekijät toivat esiin päihdeongelmaisilla palvelunkäyttäjillä esiintyviä negatiivisia tunteita, kuten syyllisyyttä, häpeää, pettymystä ja alakuloisuutta, jotka näkyivät myös päiväpalveluiden arjessa. Päihteiden käyttö saattoi tuoda mukanaan myös vastuuntunnottomuutta ja vaikeuksia asettua toisten ihmisten asemaan, mikä saattoi näkyä esimerkiksi epäsovivana käytöksenä sosiaalisissa tilanteissa. Kontaktin saaminen palvelunkäyttäjiin koettiin ajoittain haastavaksi, koska päihteet saattoivat vaikuttaa palvelunkäyttäjien kykyihin vastaanottaa ohjeita tai tietoa. Työntekijät kokivat palvelunkäyttäjien yrittävän usein salata päihteiden käyttöönsä, mutta yleensä päihdeongelmat tulivat kuitenkin jossain vaiheessa esille.

Työntekijöiden mukaan kaikkien palvelunkäyttäjien kanssa pyrittiin arjessa toimimaan samalla tavalla, mutta joskus pitkäaikainen päihteiden käyttö oli aiheuttanut palvelunkäyttäjälle pysyviä haittoja, jotka täytyi huomioida myös päiväpalveluiden toiminnassa. Jos palvelunkäyttäjä oli käyttänyt päihteitä pitkään, olivat myös opitut toimintatavat usein syvälle juurtuneita. Uusien toimintatapojen ja ratkaisuiden löytäminen koettiin ajoittain haastavaksi. Työntekijät toivat esiin, että palvelunkäyttäjälle määrätty lääkehoito ja lääkehoidon muutokset olivat myös saattaneet tuoda mukanaan ei-toivottuja vaikutuksia, vaikka lääkitys itsessään olisi ollut täysin luvallinen.

5.2.3 Vaikutukset palvelunkäyttäjien keskinäisiin väleihin

Työntekijöiden kokemuksen mukaan palvelunkäyttäjät tulivat pääosin hyvin toimeen keskenään ja osa heistä vietti myös vapaa-aikaansa yhdessä. Palvelunkäyttäjien koettiin käyttäytyvän päivätoiminnassa eri tavalla kuin muissa ympäristöissä; esimerkiksi erilaisten ihmisten hyväksyminen oli heille helpompaa, koska päiväpalveluiden toiminnassa kaikki ihmiset olivat samantarvoisessa asemassa. Työntekijät kokivat, että samanlaisista taustoista tulevat palvelunkäyttäjät usein päätyivät toistensa seuraan, vaikka eivät toistensa taustoja tienneetkään. Ryhmittymien syntymistä päiväpalveluissa

pyrittiin kuitenkin välttämään ja esimerkiksi rahan lainaaminen oli kielletty, jotta maksamattomista veloista ei aiheutuisi ongelmia. Joskus palvelunkäyttäjät saattoivat myös tuntea toisensa entuudestaan. Jos he olivat aiemmin olleet tekemisissä esimerkiksi huumeiden käyttöön liittyvän toiminnan kautta, ei toinen välttämättä halunnut tai uskaltanut enää jatkaa päivätoiminnassa esimerkiksi maksamattomien velkojen takia.

Työntekijät toivat esiin, että viitteitä lääkkeiden myymiseen olisi ollut, mutta sitä ei oltu pystytty todentamaan ja varmistamaan. Työntekijät pitivät tärkeänä sellaisen ilmapiirin luomista, että palvelunkäyttäjät uskalsivat tulla kertomaan havainnoistaan, jotta mahdolliseen epätoivottuun toimintaan voitiin puuttua. Työntekijät kokivat, että alkoholin käyttöön suhtauduttiin palvelunkäyttäjien keskuudessa hyväksyvämmiin kuin muiden päihteiden käyttöön; esimerkiksi huumeet ja niiden myyminen saattoivat aiheuttaa enemmän pelkoa ja negatiivisia tunteita.

Työntekijät kertoivat havainneensa, että palvelunkäyttäjät, jotka yrittivät päästä päihdeongelmastaan eroon, saattoivat kokea olonsa vaikeaksi, jos muiden palvelunkäyttäjien päihteiden käyttö välittyi heille selkeästi. Työntekijät kertoivat tarvittaessa puuttuvansa asiaan esimerkiksi rajoittamalla päihteiden käyttöön tai ostamiseen liittyvää keskustelua. Palvelunkäyttäjiä pyrittiin tukemaan päihdeettömyydessä, mutta työntekijät eivät voineet vaikuttaa siihen, mitä palvelunkäyttäjät vapaa-ajallaan tekivät. Päiväpalveluissa päihteiden käyttö ei kuitenkaan saanut näkyä ja sitä korostettiin myös palvelunkäyttäjille. Päihdeongelmiin liittyi vahvasti sosiaalinen riippuvuus ja muiden palvelunkäyttäjien päihteiden käyttö saattoi aiheuttaa joillekin todella kovia houkutusia. Työntekijät kuitenkin kokivat palvelunkäyttäjien yleensä tukevan toisiaan päihdeettömyydessä ja pyrkivän kohti yhteisiä tavoitteita.

5.3 Päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentely

Työntekijät toivat esiin, kuinka vaikeaa palvelunkäyttäjien päihteiden käytön huomaaminen saattoi olla. Alkoholin käytön pystyi usein helposti toteamaan, mutta muiden päihteiden käyttöä oli ajoittain hyvin vaikea huomata. Korvaushoidossa olevien kanssa työskennellessä koettiin haastavaksi, ettei tiedetty, johtuiko palvelunkäyttäjän vointi korvausannoksesta vai muiden päihteiden käytöstä. Työntekijät pyrkivät olemaan

mahdollisimman tarkkoja, mutta tiedostivat, että paljon jäi myös huomaamatta. Palvelunkäyttäjien suuri määrä, pieni henkilökuntamitoitus sekä päivätoiminnan tilojen laajuus toivat myös haasteita päihteiden käytön toteamiseen.

Työntekijät kokivat päihteiden käyttöön liittyvän psyykkisen riippuvuuden aiheuttavan ajoittain haasteita päihdeongelmaan puuttumiseen, koska palvelunkäyttäjä ei esimerkiksi pystynyt tai halunnut ottaa vastaan tietoa päihteiden käytön aiheuttamista haitoista. Toisaalta monet palvelunkäyttäjistä, jotka olivat pitkään päihteitä käyttäneet, olivat kokeneet päihteiden aiheuttamat haitat ja ongelmat. Heillä saattoi olla päihteiden käyttöä edelleen, mutta päihteiden käyttö oli niin sanotusti tasapainossa eikä aiheuttanut ongelmia päiväpalveluihin osallistumisen kannalta.

Työntekijät korostivat, että päiväpalveluissa heillä ei ollut hoitajan roolia eivätkä he voineet puuttua esimerkiksi palvelunkäyttäjien lääkkeiden käyttöön tai lääkehoidon lopettamiseen. Työntekijöillä ei välttämättä ollut mitään ennakkotietoja palvelunkäyttäjistä tai heidän taustoistaan, vaan palvelunkäyttäjät kertoivat itse tilanteestaan sen verran kuin tahtoivat. Työntekijät toivat esiin, että esimerkiksi korvaushoidossa olemisesta olisi hyvä tietää, mutta kaikki palvelunkäyttäjät eivät halunneet kertoa hoitotahoistaan tai sairauksistaan. Toisaalta työntekijät toivat myös esiin, että saadut ennakkotiedot eivät aina pitäneet paikkaansa tai olleet päiväpalveluiden toiminnan kannalta oleellisia tietoja. He korostivat, että päiväpalveluissa ei toimittu ongelmalähtöisesti, vaan keskityttiin ihmisen terveeseen puoleen. Työntekijöiden tehtäviin kuului kuitenkin palvelunkäyttäjien voinnin seuranta ja tarvittaessa hoidon piiriin ohjaaminen. Työntekijät pitivät mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvää osaamista erittäin tärkeänä, jotta mahdollisia ongelmia osattiin havaita. Erityisesti päihdetyöhön liittyvän koulutuksen hankkimisen tärkeyttä korostettiin.

Työntekijät kokivat työnsä rankaksi ja haastavaksi, mutta samalla palkitsevaksi ja merkitykselliseksi. Työntekijät kuitenkin korostivat, kuinka tärkeää oli osata päästää työasioista irti sekä ymmärtää, että oli tehnyt voitavansa. Riittämättömyyden tunteen koettiin kuitenkin olevan ajoittain läsnä työskentelyssä. Työntekijät painottivat myös, kuinka tärkeää palvelunkäyttäjien kanssa työskennellessä oli pystyä näkemään toivoa ja säilyttää usko ihmisten kykyihin.

5.3.1 Yhteisöllisyys ja ongelmatilanteisiin puuttuminen

Työntekijät kokivat yhteisöllisyyden olevan kantava voima päiväpalveluissa, koska sitä kautta palvelunkäyttäjät saivat kokea kuuluvansa jonnekin. Työntekijöiden kokemusten mukaan palvelunkäyttäjät eivät halunneet menettää käytäntönsä päihdeiden käytön takia, koska toiminnan koettiin olevan riittävän houkuttelevaa ja mukavaa. Toiminnan kautta palvelunkäyttäjät saivat valmiuksia ja onnistumisen kokemuksia, innostuivat uusista asioista ja pääsivät elämässään eteenpäin. Toisaalta työntekijät toivat esiin, kuinka tärkeää vahvistava ja ylläpitävä toiminta oli myös huonokuntoisimmille ja heikoimmille ihmisille. Vaikka heikoimmassa osassa olevilla palvelunkäyttäjillä ei välttämättä ollut enää mahdollisuuksia esimerkiksi palata työelämään, tulisi heillekin tarjota heidän tarpeisiinsa sopivia palveluita ja elämänlaatua parantavaa toimintaa.

Päiväpalveluiden toimintaan kuuluivat erilaiset ryhmät, joissa käytiin läpi elämänhallintaan liittyviä asioita. Myös päihdeiden käyttöä käsiteltiin ryhmissä, mutta melko vähäisesti. Toisaalta työntekijät kokivat, että lyhyestäkin keskustelusta saattoi olla apua joidenkin palvelunkäyttäjien päihdeongelmiin. Päiväpalveluissa oli aikaisemmin järjestetty myös päihderyhmä, mutta työntekijöiden kokemusten mukaan ryhmän järjestäminen päiväpalveluiden yhteydessä oli hieman ristiriitaista. Päiväpalveluihin ei kuulunut hoitotyötä, joten yleensä koettiin paremmaksi ohjata palvelunkäyttäjä sellaiselle hoitotaholle, jossa pitkäaikaistakin hoitoa voitiin järjestää. Työntekijät olivat myös pohtineet, oliko päihderyhmään osallistuminen palvelunkäyttäjälle leimaavaa.

Työntekijät kokivat päihdeiden käytön aiheuttamiin ongelmatilanteisiin puuttumisen ajoittain haastavaksi. Tilanteisiin ei juuri pystytty puuttumaan, jos niistä kuultiin monen mutkan kautta. Ongelmatilanteissa oli usein monta vaikuttavaa tekijää, eikä aina tiedetty, pitivätkö kaikki saadut tiedot paikkaansa. Työntekijöiden täytyi itse pystyä ongelmatilanne toteamaan, jotta siihen puuttuminen oli mahdollista. Tilanteesta riippuen asia voitiin ottaa yleisellä tasolla käsittelyyn kaikille yhteisissä kokouksissa, esimerkiksi keskustelemalla ja kertaamalla yhteisesti päiväpalveluiden sääntöjä. Ongelmatilanteita ei voitu kohdistaa yksittäisiin palvelunkäyttäjiin, vaan niitä käsiteltiin usein ryhmää apuna käyttäen. Esimerkiksi sääntöihin sitoutuminen pyrittiin saamaan

aikaan ryhmän kautta eikä työntekijöiden aloitteesta. Työntekijät kokivat yhteisöllisyyden olevan kantava voima myös ongelmatilanteiden selvittelyssä.

5.3.2 Päivätoiminnan vaikutukset päihdeongelmiin

Työntekijöiden kokemuksen mukaan päiväpalveluiden toimintaan osallistuminen oli auttanut monia palvelunkäyttäjiä vähentämään päihteidenkäyttöä, koska päiväpalvelut toivat elämään säännöllisyyttä ja uutta sisältöä. Työntekijät kokivat, että hyväksytyksi ja kuulluksi tulemisella, toivon ja tuen saamisella sekä oman elämän reflektoinnilla päiväpalveluiden toiminnan kautta oli suuri merkitys päihteiden käytön vähentämiselle. Työntekijät korostivat palveluidenkäyttäjien inhimillistä kohtaamista. Luottamussuhteen syntyminen palvelunkäyttäjän ja työntekijän välille oli keskeisessä asemassa, jotta esimerkiksi päihdeongelmaan liittyvistä asioista pystyttiin keskustelemaan. Palvelunkäyttäjää kuuntelemalla ja yhdessä tilannetta pohtimalla pyrittiin antamaan palvelunkäyttäjälle uusia näkökulmia ja työkaluja sekä auttamaan häntä löytämään omia voimavarojaan. Tulevaisuuden suunnitelmia pohdittiin palvelunkäyttäjien omista tarpeista ja lähtökohdista. Resursseja palvelunkäyttäjien tukemiseen ei aina ollut riittävästi, jolloin pyrittiin löytämään oikea palvelu vastaamaan palvelunkäyttäjän tarpeita.

Työntekijöiden kokemusten mukaan päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskennellessä apu saattoi usein lähteä muualta kuin itse päihdeongelmasta; palvelunkäyttäjän elämässä täytyi selvittää ensin muita asioita, ennen kuin päihteiden käyttöön liittyvistä asioista oli mahdollista keskustella. Työntekijät kertoivat, että palvelunkäyttäjiä saattoi helpottaa tieto hyväksytyksi tulemisesta sekä siitä, etteivät työntekijät arvostelleet heidän päihteiden käyttöään. Kun palvelunkäyttäjät kokivat voivansa puhua asioistaan, päästiin kiinni todellisiin ongelmiin, jotka olivat usein olleet myös päihdeongelman taustalla.

Työntekijöiden kokemusten mukaan osa palvelunkäyttäjistä oli saanut päihdeongelmansa hallintaan ja löytänyt uusia asioita elämäänsä. Toisilla puolestaan tuli pienempiä onnistumisia, esimerkiksi alkoholin käytön hienoista vähentämistä. Joillakin palvelunkäyttäjillä tuli ajoittain repsahduksia, mutta niiden jälkeen elämä ja arkirutiinit jatkuivat jälleen normaalisti. Työntekijät toivat myös esiin, että joskus

palvelunkäyttäjien päihteiden käyttöön ei tullut minkäänlaista muutosta, mutta he olivat kuitenkin saaneet päiväpalveluiden kautta tietoutta ja työkaluja, jotka saattoivat auttaa päihteiden käytön vähentämisessä myöhemmin.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys

Tutkimuksen aiheen valinnassa tulee pohtia sen oikeutusta ja sensitiivisyyttä. Oikeutuksella tarkoitetaan, että tutkimuksen on rakennettava terveystieteiden tietoperustaa. Tutkimuksen sensitiivisyys puolestaan perustuu osallistujien haavoittuvuuteen tai tutkittavan ilmiön arkaluontoisuuteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Opinnäytetyön aihetta voidaan pitää sensitiivisenä päihteidenkäyttäjien ja päihdeongelmiin yleisesti liitettävien negatiivisten asenteiden takia. Opinnäytetyön aihe nousi esiin työelämätahon toiveesta ja työn tavoitteena oli edistää mielenterveyskuntoutustyön kehittämistä. Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen saatiin Sopimusvuorelta ennen aineistonkeruun aloittamista.

Tutkimusetiikan tärkeimpiä periaatteita tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kannalta ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Opinnäytetyöstä ja haastatteluihin osallistumisesta annettiin yhteistyöyksikössä sekä suullista että kirjallista tietoa. Työntekijöillä oli myös mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyön tekijälle työn toteutukseen liittyen. Kaikilta haastateltavilta kerättiin tietoinen suostumus (liite 2), jossa he ilmoittavat suostuvansa osallistumaan opinnäytetyöhön, saaneensa tietoa opinnäytetyöstä sekä ymmärtävänsä osallistumisen olevan vapaaehtoista ja tietojen käsittelyn luottamuksellista. Opinnäytetyön aineiston analyysiin ei osallistunut ulkopuolisia avustajia, eikä haastateltavien henkilöiden nimiä tai muita henkilötietoja käytetty missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia.

Tutkimustulosten eettinen raportointi tarkoittaa avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa, mutta samanaikaisesti tutkijan tulee suojella tutkimukseen osallistujia (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Opinnäytetyön raportissa ei mainita, missä Sopimusvuoren yksikössä haastattelut on tehty. Myös tietoinen suostumus -lomaketta on jälkikäteen muokattu niin, ettei yhteistyöyksikkö käy lomakkeesta ilmi. Haastatteluissa esiin nousseita yksittäisiä tapahtumia tai tilanteita ei ole opinnäytetyön raporttiin kirjoitettu, vaan tapahtumia on pyritty käsittelemään ilmiöinä ja keskitytty enemmän niiden herättämiin tunteisiin. Opinnäytetyössä ei ole

käytetty lainkaan autenttisia lainauksia haastatteluista, koska yhteistyöyksikkö on melko pieni yhteisö ja on haluttu varmistaa, etteivät edes haastateltavat voi tunnistaa toisiaan tulosten raportoinnin kautta.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, tarkkuutta ja yleistä huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. Tutkimuksen eettiseen arviointiin liittyy oleellisesti tutkimuksen luotettavuuden ja luotettavuuteen vaikuttavien tekijöiden arviointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132, 155.) Rehellisyyden, tarkkuuden ja huolellisuuden periaatteita on pyritty noudattamaan koko opinnäytetyöprosessin ajan ja opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on pohdittu avoimesti ja kriittisesti. Haastatteluista saatu aineisto säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan niin, ettei kukaan ulkopuolinen päässyt sitä lukemaan ja työn valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käytetyt materiaalit on kirjattu lähdeluetteloon ja lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti.

6.2 Luotettavuus

Laadullisten tutkimusten luotettavuuden arviointiin ei ole yhtä yksiselitteisiä kriteereitä kuin määrällisten tutkimusten luotettavuuden arviointiin. Erityisesti laadullisissa tutkimuksissa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen. Laadullisissa tutkimuksissa tutkijan ei ajatella olevan täysin objektiivisessä asemassa, vaan tutkijan oma pohdinta ja hänen tekemänsä ratkaisut ovat näkyvästi esillä myös tutkimusraportissa. (Eskola & Suoranta 1998, 209, 211–212.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kautta (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta sekä niiden osoittamista tutkimusraportissa. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus puolestaan edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että lukija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus on laadullisissa tutkimuksissa hieman ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä päätyisi samasta

aineistosta samanlaiseen tulkintaan. Laadullisissa tutkimuksissa kuitenkin tiedostetaan ja hyväksytään tutkijan vaikutus tutkimusprosessiin, eivätkä erilaiset tulkinnat välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Opinnäytetyössä uskottavuuteen ja vahvistettavuuteen pyrittiin totuudenmukaisella ja tarkalla raportoinnilla. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin käytännön toteuttamista kuvaavat esimerkit olisivat lisänneet opinnäytetyön vahvistettavuutta, mutta opinnäytetyön raportoinnissa oli tehty päätös, ettei autenttisia lainauksia haastatteluista käytetä raportissa lainkaan. Tämä heikentää työn luotettavuutta, koska lukijan ei ole mahdollista seurata tarkasti sisällönanalyysin toteutusta. Sisällönanalyysin vaiheet pyrittiin kuitenkin avaamaan ja selvittämään mahdollisimman ymmärrettävästi. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käytetyt lähdemateriaalit olivat pääosin 2000-luvulla julkaistuja kotimaisia teoksia ja artikkeleita. Tiedonhaussa käytettiin Medic-artikkeliviitetietokantaa, Pirkanmaan kirjastojen PIKI-verkkokirjastoa sekä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston FINNA-kirjastotietokannan kokoelmahakua ja kansainvälisiä e-aineistoja. Artikkelihaussa käytettiin CINAHL- ja Pubmed-tietokantoja sekä Google scholaria.

Luotettavuuteen vaikuttavat tekijät on tärkeää huomioida myös haastattelukysymysten muotoilussa. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia ja käytettyjen käsitteiden tulee olla ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Jos yksiselitteisten käsitteiden käyttäminen ei ole mahdollista, voi osallistujia pyytää määrittelemään avainsanat. (Vilka 2015, 130; Kylmä & Juvakka 2007, 151.) Yksi opinnäytetyön haastattelukysymyksistä oli, millaisen päihteidenkäytön haastateltava määrittelee päihdeongelmaksi. Kysymyksen avulla voitiin varmistaa, että kaikki haastateltavat ovat ymmärtäneet opinnäytetyön keskeisimmän käsitteen samalla tavalla. Lisäksi kaikki haastattelukysymykset muotoiltiin niin, etteivät ne olleet millään tavalla johdattelevia tai arvolatautuneita.

Refleksiivisyys tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja osaa arvioida, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyö oli tekijälleen ensimmäinen laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettu työ, mikä vaikutti tietysti koko opinnäytetyöprosessiin. Tekijän kokemattomuus näkyi erityisesti haastattelutilanteissa, esimerkiksi monimutkaisesti muotoiltuina haastattelukysymyksinä sekä vaikeutena sietää hiljaisuutta. Toisaalta tekijän työkokemus terveydenhuoltoalalla vaikutti siihen, että

haastatteluissa esiin nousseet ilmiöt tai käsitteet olivat tekijälle jossain määrin entuudestaan tuttuja, mikä auttoi viemään haastatteluita dialogisempaan suuntaan. Tekijä pyrki haastatteluissa kuitenkin säilyttämään neutraalin asenteen, etteivät hänen omat kokemuksensa vaikuttaisi haastatteluiden etenemiseen.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan tulee kuvata raportissaan riittävän tarkasti esimerkiksi tutkimuksen osallistujat sekä ympäristö, jotta tulosten siirrettävyyttä on mahdollista arvioida. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön osallistujia ja ympäristöä kuvailtiin niin tarkasti, kuin osallistujien anonyymiyden säilymisen puolesta oli mahdollista. Esimerkiksi yhteistyöyksikköä, yksikön toimintaa tai haastateltavien taustatietoja ei ollut opinnäytetyössä mahdollista kovin yksityiskohtaisesti kuvata. Kaikilla osallistujilla oli kuitenkin vähintään puolentoista vuoden työkokemus yhteistyöyksikössä sekä kokemuksellista tietoa opinnäytetyön aiheesta, mikä osaltaan paransi opinnäytetyön luotettavuutta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Työntekijöillä oli hyvin erilaisia kokemuksia päihdeongelmien yleisyydestä, mikä saattaisi selittyä samankaltaisten palvelunkäyttäjien hakeutumisella tietynlaisen toiminnan pariin. Esimerkiksi nuoria palvelunkäyttäjää saattaa kiinnostaa erilainen toiminta kuin vanhempia ja miehiä erilainen toiminta kuin naisia. Päihdeongelmat näyttävät usein voimakkaimmin nuorten miesten keskuudessa, jolloin nuoria miehiä kiinnostavan toiminnan ohjaajalle saattaa välittyä päihdeongelmien yleisyydestä erilainen kuva, kuin esimerkiksi vanhempien naisten kanssa työskentelevälle ohjaajalle.

Työntekijät kokivat mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvän usein yhdessä. Myös tutkitun tiedon mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmat liittyvät vahvasti yhteen. Mielenterveyspotilaista noin 40–80 %:lla on päihdeongelma ja jopa 80 % ihmisistä, joilla on diagnosoitu päihderiippuvuus, on oheissairauksina mielenterveyshäiriöitä (Holmberg 2008, 200). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että noin 50 %:lla vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivistä ihmisistä esiintyy myös päihdeongelmia jossain vaiheessa elämäänsä (Drake ym. 1993, 606). Työntekijöiden kokemuksen mukaan päihteiden sekakäyttö oli yleistynyt. Terveiden ja hyvinvoinnin

laitoksen tilastoraportin mukaan vuonna 2015 huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneista asiakkaista 68 % oli käyttänyt ainakin kahta päihdettä viimeisen kuukauden aikana (Forsell & Nurmi 2016, 1).

Suomalaisten suhtautuminen humalajuomiseen ja tupakointiin on viime vuosina kehittynyt kriittisempään suuntaan, kun taas käsitykset kannabiksen riskeistä näyttävät lieventyneen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 31). Työntekijät puolestaan kokivat palvelunkäyttäjien keskuudessa olevan sallivampi ilmapiiri alkoholin käytön osalta, kun taas muiden päihteiden käyttöön suhtauduttiin negatiivisemmin. Palvelunkäyttäjien suhtautumiseen saattaa vaikuttaa laittomien päihteiden käyttöön liittyvä rikollinen toiminta. Jos palvelunkäyttäjän tavoitteina ovat esimerkiksi elämänhallinnan lisääminen ja elämänlaadun parantaminen, ei tavoitteiden toteutumista välttämättä haluta vaarantaa rikolliseen toimintaan osallistumalla. Lisäksi palvelunkäyttäjillä saattaa olla omakohtaisia kokemuksia laittomien päihteiden mukanaan tuomista hankaluuksista, joita ei haluta kokea enää uudelleen.

Työntekijät nostivat esiin päihteiden käytön taustalla olevista tekijöistä esimerkiksi yksinäisyyden, työttömyyden, mielenterveysongelmat sekä lapsuuden epäsuotuisan kasvuympäristön. Myös Holmbergin (2008, 201, 203) mukaan päihdeongelman taustalla on usein yksinäisyyttä tai yritys hallita psykiatrisista sairauksista johtuvia oireita. Hemmingsson puolestaan tuo esiin ihmisen lapsuuden ja nuoruuden merkitystä päihdeongelman syntymiselle. Nuorena aloitettu päihteiden käyttö ja siihen liittyvät toimintatavat usein siirtyvät myös aikuisuuteen. (Hemmingsson 2004, 71.) Työntekijät toivat esiin, että päiväpalveluiden toiminnan kautta koettu yhteisöllisyyden tunne auttoi monia palvelunkäyttäjää vähentämään päihteiden käyttöä. Myös Lappalainen-Lehdon, Romun ja Taskisen (2008, 172) mukaan kuntoutuksen kautta saadut ihmissuhteet luovat usein vaihtoehdon päihteiden käytölle.

Päihteet vaikuttavat ihmisiin eri tavoin riippuen esimerkiksi ihmisen persoonallisuudesta sekä psyykkisestä voinnista (Gossop 2000, 16). Toisaalta päihteiden käyttö ei välttämättä näy ihmisestä ulospäin millään tavalla (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 152). Myös työntekijät toivat esiin, kuinka haastavaa päihteiden käytön tai päihtymystilan tunnistaminen saattoi olla. Päihteiden käyttöä tulisi kartoittaa kaikilta asiakkailta tai potilailta kaikissa terveydenhuollon palveluissa, jotta varhainen puuttuminen ongelmiin olisi mahdollista. Lisäksi systemaattisella kartoituksella voidaan

vähentää asiakkaiden tai potilaiden kokemuksia siitä, että päihteisiin liittyvät kysymykset olisi kohdistettu yksilöllisesti vain heihin. Päiväpalveluissa kaikilta palvelunkäyttäjiltä kysyttiin heidän päihteen käytöstään. Se, mitä palvelunkäyttäjä halusi tilanteestaan kertoa, jäi kuitenkin palvelunkäyttäjän päätettäväksi. Työntekijöiden kokemusten mukaan palvelunkäyttäjät yrittivät usein peitellä päihdeongelmaansa. Myös Havio ym. (1994, 53) toteavat, että ongelman peittely ja salailu kuuluvat päihdeongelman luonteeseen.

Päihdeosaamiseen saatua koulutusta pidetään usein riittämättömänä ja ammatillisen täydenniskoulutuksen ajatellaan olevan tärkeää (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 266). Myös työntekijät korostivat päihdeongelmiin liittyvän koulutuksen tärkeyttä. Päiväpalveluiden toimintaan osallistuvia palvelunkäyttäjää ei voida valikoida jättäen esimerkiksi päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä palveluiden ulkopuolelle, mutta toisaalta työntekijöiden mahdollisuudet puuttua palvelunkäyttäjien päihdeongelmiin ovat hyvin rajalliset. Päihteenkäyttäjien kanssa työskentelyyn liittyvän koulutuksen tarjoaminen työntekijöille olisi siis paras tapa tehdä työskentelystä mahdollisimman sujuvaa ja turvallista sekä työntekijöille että palvelunkäyttäjille. Lisäksi koulutus voisi auttaa työntekijöitä varautumaan päihdeongelmiin liittyviin erityisosaamista vaativiin tilanteisiin.

Työntekijät totesivat päihteen käytöllä olevan hyvin monitahoiset vaikutukset palvelunkäyttäjien elämäntilanteisiin esimerkiksi ihmissuhteiden ja työllistymisen näkökulmista. Vuonna 2015 päihdehuollon asiakkaista 56 % oli suorittanut ainoastaan peruskoulun ja 34 % oli suorittanut keskiasteen koulutuksen. Asiakkaista 16 % oli säännöllisessä tai satunnaisessa työssä ja heistä noin kolmasosa oli jonkinlaisen kuntouttavan työtoiminnan piirissä. (Forsell & Nurmi 2016, 5.)

Työntekijöiden kokemusten mukaan päihteen vaikutusten takia kontaktin saaminen palvelunkäyttäjiin oli ajoittain haastavaa ja päihteen käytön aiheuttamat pitkäaikaisvaikutukset toivat haasteita työskentelyyn. Päihteen vaikutuksen alaisena ihmisen ymmärrys- ja havainnointikyky on usein heikentynyt, mikä luo haasteita ymmärrettävän kommunikoinnin onnistumiselle (Holmberg 2008, 203). Päihteen pitkäaikainen ja runsas käyttö voi johtaa myös pysyviin aivovaurioihin (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 96). Vaikka päiväpalveluissa on nollatoleranssi päihteen käytön suhteen, ei päihdeettömyys voi käytännössä täysin toteutua. Esimerkiksi

korvaushoidossa olevat palvelunkäyttäjät ovat päihdyttävien aineiden vaikutuksen alaisena, vaikka heidän lääkityksensä itsessään on täysin luvallinen.

Lappalaiden-Lehdon ym. (2008, 244) mukaan yksi yleisimmistä päihteidenkäyttäjiin liittyvistä peloista on väkivaltatilanteiden pelko. Päihteiden käytöllä ja väkivaltaisella käyttäytymisellä on selvä yhteys, mikä näkyy esimerkiksi alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyjen väkivaltarikosten määrässä (Holmberg 2008, 206). Toisaalta uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä liittyi vain alle kahteen prosenttiin kaikista päihde-ehdoisista sosiaali- ja terveydenhuollon asioinneista vuonna 2011 tehdyn päihdetapauslaskennan mukaan (Kuussaari, Partanen & Stenius 2013, 155).

Työntekijöiden kokemusten mukaan päihteiden käyttöön liittyvää aggressiivista käyttäytymistä palveluidenkäyttäjien keskuudessa ei juuri esiintynyt, mutta siihen varautumista pidettiin kuitenkin tärkeänä. Päihdeongelmista kärsivillä aggressiivinen käytös liittyy usein tyytymättömyyteen hoidossa tehtyjä päätöksiä kohtaan. Päiväpalveluissa aggressiivisen käyttäytymisen harvinaisuus saattaa johtua osaltaan siitä, ettei päiväpalveluissa puututa palvelunkäyttäjien lääkehoitoihin tai tehdä päätöksiä muihin hoitolinjauksiin liittyen. Lisäksi päiväpalveluissa pyritään keskittymään palvelunkäyttäjän hyviin puoliin ja voimavaroihin, mikä lisää palvelunkäyttäjien hyväksytyksi tulemisen tunnetta ja todennäköisesti sitä kautta vähentää myös työntekijöihin kohdistuvaa aggressiivisuutta.

Työntekijät painottivat palvelunkäyttäjien inhimillistä kohtaamista. Päihde- ja mielenterveysongelmista kuntoutuvia ihmisiä haastatellessa on todettu, että kuntoutujat pitävät työntekijän kykyä kohdata ihminen yhtenä tärkeimmistä tekijöistä yhteistyön onnistumisen ja luottamuksellisen ilmapiirin syntymisen kannalta (Romakkaniemi & Väyrynen 2011, 139). Myös Stephen Vallen tutkimuksessa korostuu työntekijän yhteistyötaitojen merkitys. Vuonna 1981 tehdystä tutkimuksesta todettiin terapeutin vuorovaikutustaitojen ja yhteistyösuhteen ominaisuuksien olevan suoraan yhteydessä päihdehoidon jälkeisiin repsahduksiin. Myös myöhemmissä tutkimuksissa on todettu työntekijän vuorovaikutustaidoilla olevan suuri merkitys päihde- ja mielenterveyshoidon tuloksellisuudelle. (Saarnio 2009, 23.)

Työntekijät pitivät tärkeänä, että päiväpalveluissa keskityttiin palvelunkäyttäjien vahvuuksiin heidän ongelmiansa sijasta, eivätkä työntekijät välttämättä edes tienneet

palvelunkäyttäjien diagnooseja tai muita taustatietoja. Myös Salo-Chydenius (2008, 137) korostaa, että kuntoutumisprosessissa ei tulisi keskittyä vain ongelmiin tai häiriöihin, vaan hyödyntää ihmisen voimavaroja, hallintakeinoja ja oppimistapoja. Mielenterveyspalveluita käyttävien ihmisten kokemuksia kartoittavissa laadullisissa tutkimuksissa on todettu, että ammattilaisten käyttämät luokittelujärjestelmät vaikuttavat merkittävästi palvelunkäyttäjän identiteettiin, toiseuden kokemiseen sekä itsensä leimaamiseen (Aromaa & Wahlbeck 2011, 84). Päiväpalveluissa lähtökohtana oli palvelunkäyttäjän kohtaaminen ihmisenä ja diagnoosien jättäminen taka-alalle. Sitä kautta voidaan aloittaa yhteistyö erilaisista lähtökohdista, kuin monissa muissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä tukea ja voimistaa palvelunkäyttäjän kokemusta omista voimavaroistaan ja kyvyistään.

Kuntouttavan toiminnan aloittaessaan ihmisen tulee tietää, että hänen on sitouduttava ja oltava motivoitunut usein melko vaativaan ja työläaseen kuntoutusprosessiin voidakseen saavuttaa kuntoutumiselleen asettamansa tavoitteet (Tuulio-Henriksson 2013, 158). Useimmissa hoito- ja kuntoutusyksiköissä yhteistyösuhde katkeaa, jos asiakas ei sitoudu yhteistyöhön. Tällöin ongelmana on rangaistusten kohdistuminen vaikeimmin altistuneisiin asiakkaisiin. (Matela & Väyrynen 2008, 232.) Työntekijät toivat esiin pyrkivänsä olemaan mahdollisimman joustavia esimerkiksi palvelunkäyttäjien poissaolojen osalta, koska ankara rajojen asettaminen ei yleensä poistanut varsinaista ongelmaa poissaolojen taustalta. Myös Matela ja Väyrynen (2008, 232) tuovat esiin, että kuntoutuksen onnistumisen kannalta toivottavan käytöksen palkitseminen on usein rangaistuksia parempi vaihtoehto.

6.4 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset

Päihdeosaamiseen liittyvää koulutusta olisi hyvä lisätä, jotta työntekijät pystyisivät tulevaisuudessakin vastaamaan muuttuvan palvelunkäyttäjäkunnan tarpeisiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millaisia vaikutuksia työntekijöiden kouluttamisella on. Ovatko työntekijät kokeneet hyötyvänsä järjestetyistä koulutuksista? Millaisiin asioihin työntekijät toivoisivat saavansa lisää koulutusta?

Jatkossa olisi myös kiinnostavaa kartoittaa päihteiden käyttöä palvelunkäyttäjien näkökulmasta. Miten palvelunkäyttäjät kuvailevat päihteiden käyttöään ja päihteiden

käytön syitä? Millaisia vaikutuksia palvelunkäyttäjät kokevat päihteiden käytöllä olevan kuntoutumisen kannalta? Toisaalta voisi olla tarpeellista myös selvittää, millaiseksi palvelunkäyttäjät ovat kokeneet mahdollisuutensa saada apua päihdeongelmaansa ja millaisista palveluista he kokisivat hyötyvänsä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (11), 1293–1298.

Alkoholiongelman hoito. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 10.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi>

Aromaa, E. & Wahlbeck, K. 2011. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa Korkeila, J., Joutsiniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. (toim.) *Irti häpeäleistä*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 73-85.

Drake, R., Bartels, S., Teague, G., Noordsy, D. & Clark, R. 1993. Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *The Journal of nervous and mental disease* 181 (10), 606–611.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Field, P. & Morse, J. 1988. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suom. Sandborg, E. Helsinki: Kirjayhtymä. Alkuperäinen teos 1985.

Forsell, M. & Nurmi, T. 2016. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2015. Tilastoraportti 14/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Gossop, M. 2000. *Living with drugs*. 5. painos. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteidenkäyttäjä hoitotyön haasteena. 2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hemmingsson, T. 2004. The relative importance of childhood experience and adult social circumstances for the development of alcohol abuse dependence in adulthood. Teoksessa Rosenqvist, P., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (ed.) *Addiction and life course*. Helsinki: Nordic council for alcohol and drug research. NAD publication 44, 71–83.

Holmberg, J. 2008. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) *Päihdehoitotyö*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 200–217.

Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 210–225.

Huttunen, M. 2008. *Lääkkeet mielen hoidossa*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Huumeongelman hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 10.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi>

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2009. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 73–139.

Järvenkylä, V., Romu, J., Kiviniemi, P., Syrjämäki, M., Ahonen, J. & Lehtonen, M. 2009. Mielenterveys ja päihteet. Yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Kipping, C. 2009. The person with co-existing mental health and substance misuse problems. Teoksessa Norman, I. & Ryrie, I. (toim.) The art and science of mental health nursing. A textbook of principles and practice. 2. painos. Maidenhead: Open University Press, 490–519.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Kukkonen-Lahtinen, L. 2006. Yhdessä kehittyen. Kuntouttavan mielenterveystyön haasteet. Sairaanhoitaja 79 (10), 10–13.

Kuoppasalmi, K., Heinilä, P. & Lönnqvist, J. 2009. Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416–484.

Kuussaari, K., Partanen, A. & Stenius, K. 2013. Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Teoksessa Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 146–159.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 47–71.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2009. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 517–539.

Matela, K. & Väyrynen, S. 2008. Huumeongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 226–234.

- Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 76–82.
- Romakkaniemi, M. & Väyrynen, S. 2011. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 135–151.
- Saarnio, P. 2009. Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) Irti päihdeongelmista. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Salo-Chydenius, S. 2008. Toiminnalla toipuminen. Ihminen oman kuntoutumisensa tekijänä. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 136–139.
- Shives, L. 2012. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 8. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins cop.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Päihdetilastollinen vuosikirja 2015. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tiainen, R. & Vuorela, M. 2004. Mielenterveyskuntoutujien ammatillinen kuntoutus. Teoksessa Veijalainen, S. & Vuorela, M. (toim.) Opintie työelämään. Näkökulmia mielenterveyskuntoutujien ammatilliseen kuntoutukseen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuulio-Henriksson, A. 2013. Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J. & Rajavaara, M. (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 146–160.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

LIITTEET

Liite 1. Teoreettisten käsitteiden luominen sisällönanalyysin mukaisesti

<ul style="list-style-type: none"> • Päihdeongelmat todella yleisiä • Päihdeongelmia ei juuri esiinny • Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyys 	Päihdeongelmien yleisyys	Palvelunkäyttäjien päihdeongelmat
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholin käyttö näyttäyty selkeimmin • Sekakäyttö yleistyy • Korvaushoito yleistyy • Vanhemmillä alkoholi, joskus rauhoittavat lääkkeet • Nuoremmilla alkoholi, korvaushoitotuotteet ja muut päihteet • Amfetamiinia ja kannabista jonkin verran • Ekstaasia ja kokaiinia hyvin harvoin • Päihteiden käyttö ei aina näy ulospäin • Päihteiden käytöstä ei aina haluta kertoa 	Käytettävät päihteet	
<ul style="list-style-type: none"> • Päihdeongelma usein oire muusta ongelmasta • Mielenterveysongelmien itsehoito • Päihde- ja mielenterveysongelmat lapsuuden perheessä • Hyväksytyksi tulemisen puute • Purkautumisväline ahdistaviin tilanteisiin • Yksinäisyys • Työttömyys ja toimettomuus 	Päihdeongelmien syyt	
<ul style="list-style-type: none"> • Monet saavat hoitoa ja keskusteluapua päihdeongelman vuoksi • Vertaistukiryhmät • Monilla ei hoitokontaktia • Apua koetaan olevan vaikea saada • Avun koetaan olevan riittämätöntä tilanteeseen nähden • Nykyiset palvelut riittämättömiä 	Hoitokontaktit	

Liite 2. Tietoinen suostumus -lomake

(Lomaketta muokattu 24.11.2016: yhteistyöyksikön nimi poistettu ja opinnäytetyön nimi korjattu valmista opinnäytetyöraporttia vastaavaksi)



1 (2)
TIEDOTE
5.5.2016

Hyvä yhteistyöyksikön työntekijä!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa henkilökunnan kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Sopimusvuorelta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla 3-5 yhteistyöyksikön työntekijää. Haastateltaviksi toivotaan erityisesti työntekijöitä, joilla olisi vähintään puolen vuoden työkokemus yhteistyöyksikössä. Työkokemusta toivotaan, jotta haastateltavalle työntekijälle olisi ehtinyt kertyä myös kokemuksellista tietoa yksikön palvelunkäyttäjistä ja heidän kanssaan työskentelystä. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, joihin tulee varata aikaa noin tunti haastateltavaa kohden. Opinnäytetyöhön osallistujat saavat tutustua teemahaastattelurunkoon ennen haastattelutilannetta. Kaikki haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Laura Tuomiranta
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
laura.tuomiranta@health.tamk.fi

Työntekijöiden kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa henkilökunnan kokemuksia päihdeongelmaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelystä sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys