

**Mielenterveyspalveluiden saavutettavuus  
päihteitä käyttävien aikuisten näkökulmasta**

Elli Väliaho

Pro gradu - tutkielma

Sosiaalityö

Lapin yliopisto

2025

## Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Mielen terveystalveluiden saavutettavuus päihteitä käyttävien aikuisten näkökulmasta

Tekijä: Elli Väliaho

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu - tutkielma\_x\_ Lisensiaatintyö\_\_

Sivumäärä + liitteiden lukumäärä: 88 + 3 liitettä

Vuosi: 2025

### Tiivistelmä:

Tutkielma käsitteli päihteitä käyttävien aikuisten kokemuksia mielen terveystalveluihin hakeutumisesta. Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielen terveystalveluihin ja millaista tukea he tarvitsevat mielen terveystalveluihin päästäkseen. Asiakasryhmänä päihteitä käyttäviin kohdistuu paljon asenteellisuutta, mikä vaikeuttaa heidän mahdollisuuksiaan saada palveluita. Päihderiippuvuuden ja mielen terveystalveluden häiriön esiintyminen yhdessä on yleistä, ja usein päihteidenkäytöllä lääkitään mielen terveystalveluden häiriön aiheuttamaa oireilua. Avun saaminen molempiin häiriöihin on haasteellista, erityisesti mielen terveystalveluden häiriöihin.

Tutkielma on toteutettu yhteistyössä haittoja vähentävää päihdetyötä Rovaniemellä tekevän Osallisuuskeskus OODI:n kanssa. Tutkielma oli laadullinen tutkimus. Aineisto koostui kuudesta teemahaastattelusta, jotka analysoitiin teemoittelevan aineistolähtöisen analyysin avulla. Teoreettisesti tutkielman tuloksia peilattiin saavutettavuuden ulottuvuuksiin.

Tutkielman keskeiset tulokset havainnollistivat päihteitä käyttävien kohtaamia haasteita mielen terveystalveluihin hakeutuessaan. Tutkielman tuloksissa asenteellisuus ja stigma nousivat läpileikkaaviksi teemoiksi. Päihteitä käyttäviin liittyvä stigma vaikuttaa perustavanlaatuisesti siihen, millaisia palveluita he saavat. Tutkielman tuloksien mukaan palveluntarve todetaan monesti täytetyksi pelkällä riippuvuuspalvelulla, ja päihteitä käyttävien kokonaisvaltainen palveluntarve jää tutkimatta. Stigma vaikuttaa myös siihen, miten henkilöä kohdellaan palvelussa. Henkilössä itsessään stigma aiheuttaa pelkoa, mikä lisää palveluiden saamisen haasteellisuutta entisestään. Päihteitä käyttävien näkökulmasta stigma on havaittavissa siinä, miten työntekijät kohtelevat heitä. Todellisuudessa stigman voidaan todeta olevan syvemmällä rakenteissa. Tämän takia muutos päihteitä käyttävien mielen terveystalveluihin pääsyssä vaatisi laajempaa rakenteellisen sosiaalityön panosta. Tulokset painottavat myös Osallisuuskeskus OODI:n merkitystä palvelunjärjestelmän kontekstissa. Tuloksissa Osallisuuskeskus OODI:n näyttäytyy helposti saavutettavana paikkana, josta saatu tuki ja apu lisää myös muiden palveluiden saavutettavuutta. Tuloksien perusteella kolmas sektori ja sen toimijat rakentavat siltoja asiakkaiden ja palveluiden välillä.

Avainsanat: mielen terveystalvelu, päihteet, saavutettavuus, palvelujärjestelmä, kaksoisdiagnoosi, rakenteellinen sosiaalityö.

\_x\_ Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän/tekijöiden omia henkilötietoja.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. Johdanto.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Mielen terveys ja päihderiippuvuudet.....</b>	<b>5</b>
2.1. Mielen terveys.....	5
2.2. Päihderiippuvuudet.....	7
2.3. Mielen terveysongelmien ja päihderiippuvuuksien yhteen linkittyminen.....	9
<b>3. Mielen terveys- ja päihdepalvelut.....</b>	<b>12</b>
3.1. Monitoimijainen palvelukenttä .....	12
3.2. Palveluiden saavutettavuus .....	16
<b>4. Tutkimuksen toteutus .....</b>	<b>20</b>
4.1. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja tutkimuskysymykset.....	20
4.2. Aineiston kerääminen.....	21
4.3. Aineiston analyysi .....	24
4.4. Tutkijan positio ja tutkimuseettiset kysymykset .....	32
<b>5. Päihteitä käyttävien kokemat haasteet mielen terveyspalveluihin pääsyssä .....</b>	<b>37</b>
5.1. Palveluihin pääsyn eriarvoisuus .....	37
5.2. Asenteellisuus päihteitä käyttäviä kohtaan.....	44
5.3. Haasteet lääkehoidossa.....	48
5.4. Puutteet palveluiden resursseissa ja laadussa .....	53
5.5. Puutteet palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydessä.....	59
5.6. Henkilökohtaiset esteet palveluihin hakeutumisessa .....	62
<b>6. Päihteitä käyttävien tarvitsema tuki mielen terveyspalveluihin pääsemiseksi.....</b>	<b>68</b>
6.1. Asiakaslähtöisempi ja rakenteellisesti toimiva palvelujärjestelmä .....	68
6.2. Päihde- ja mielen terveysongelmien normalisointi .....	71
<b>7. Johtopäätökset ja pohdinta .....</b>	<b>74</b>
<b>Lähteet.....</b>	<b>82</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>89</b>
Liite 1. Infokirje .....	89
Liite 2. Suostumuslomake .....	90
Liite 3. Teemahaastattelurunko .....	91

# 1. Johdanto

Huumeiden käyttö ja kokeilu on yleistynyt 1990-luvulta lähtien. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin (Karjalainen ym. 2023) mukaan yhä useampi suomalainen kokeilee elämänsä aikana huumeita. 25–34-vuotiaista 47 prosenttia on kokeillut huumeita. Miesten osuus on tässä naisia suurempi. Koko aikuisväestö huomioon otettuna 29 prosenttia kertoo kokeilleensa tai käyttävänsä jotakin huumetta. (Mt.)

Kun huumeidenkäyttö yleistyy, yleistyvät myös huumausainekuolemat. Huumeisiin liittyvät kuolemat ovat kasvaneet viime vuosina merkittävästi Tilastokeskuksen mukaan. Tilastokeskus julkaisi 28.11.2024 tiedotteen vuoden 2023 huumausainekuolemista. Vuonna 2023 91 alle 25-vuotiaasta kuoli huumeisiin. Tämä luku on 40 enemmän kuin edellisellä vuonna. Huumeikuolemat kasvoivat myös muissa ikäryhmissä. 25–34-vuotiaita kuoli 66 henkilöä vuonna 2023 kun edellisellä vuonna luku oli 57 (Tilastokeskus).

Vuonna 2017 Suomessa arvioitiin olevan 31 100–44 300 amfetamiineja ja opioideja ongelmallisesti käyttävää henkilöä mikä on 0,9–1,3 prosenttia 15–64-vuotiaasta väestöstä (Rönkä ym. 2020). Alkoholin käyttö puolestaan on yleisesti ottaen vähentynyt 2000-luvulla. THL:n tilastoraportin 59/2023 (Härkönen ym. 2023) mukaan, vaikka suomalaisten säännöllinen alkoholin kulutus on vähentynyt, säännöllinen humalakulutus on pysynyt ennallaan vuosien 2016–2023 välillä. Säännöllinen humalahakuinen juominen on yleistä 20–34-vuotiailla miehillä, mutta kaiken kaikkiaan alkoholia käyttävät useimmin yli 54-vuotiaat miehet. Yleisin huume on ylivoimaisesti kannabis, jota on kokeillut lähes kolmasosa väestöstä (Karjalainen ym. 2023). Myös asenteet huumeita kohtaan ovat muuttuneet. Kannabiksen laillistamista ja käyttöhuoneita kannatetaan yhä enemmän. (Mt.)

On siis selvää, että kehityssuunta Suomessa etenkin huumeiden suhteen on huolestuttava. Huolta lisää myös suhteellisen uusien ja vaarallisten huumeiden yleistyminen. Alfa-PVP eli ”peukku” on lisääntynyt Suomen katukuvassa viime vuosina. ”Peukku” on liitetty jo yli 70 kuolemaan vuoden 2018 jälkeen. Se on esimerkiksi amfetamiinia huomattavasti vahvempaa ja aiheuttaa helpommin myös esimerkiksi pysyvää psykoosia. (Kankaanpää 2024; Auramies & Palmén 2024.)

Edellä kuvatut tiedot ilmentävät päihdepalvelujen tarvetta, mutta kokonaisuudessaan päihdeidenkäyttäjien hoidon sanotaan olevan tällä hetkellä ”luvattoman huonoa”. Päihdeidenkäyttöön liittyy myös paljon stigmaa ja asenteellisuutta mikä vaikeuttaa hoidon

saamista. Stigma vaikuttaa myös siihen, miten palveluihin laitetaan resursseja. Stigma saattaa siis osaltaan vaikuttaa siihen, miksi palveluihin ei resursoida tarpeeksi. Päihteidenkäyttäjät saattavat saada huonoa palvelua muissakin palveluissa, esimerkiksi mielenterveyspalveluissa. MTV Uutisten haastattelussa eräs asiantuntija totesikin, että "Jos meillä olisi joku toinen sairaus, johon kuolisi viisi ihmistä viikossa, niin olen varma, että tilanteen korjaamiseksi tehtäisiin kaikki mahdollinen." (Lepistö 2024a.)

Päihteidenkäytön lisäksi mielenterveysongelmat lisääntyvät ja niiden hoito (mukaan lukien päihdeongelmat) on puutteellista verrattuna fyysisen terveyden hoitoon (Vorma ym. 2020, 11). Mieli ry:n (2024) julkaisun mukaan vuosittain 20–25 % aikuisista sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. 20–29 – vuotiaista merkittävästi psyykkisesti kuormittuneita on jopa 19,2 % (Vorma ym. 2020, 13). Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet myös Kelan näkökulmasta. Kelan (2024) julkaiseman tiedotteen mukaan mielenterveyden häiriöstä on tullut ylivoimaisesti yleisin syy pitkille sairauspoissaoloille. Vuonna 2023 yli 100 000 suomalaista oli pitkällä sairauspoissaololla mielenterveysongelman vuoksi. Kasvu on ollut erityisen voimakasta vuodesta 2016 lähtien. Mielenterveyden häiriöistä korostuvat erityisesti ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt. (Kela 2024; Blomgren & Perhoniemi 2021.) Masennuksesta onkin tullut kansanterveysongelma Suomessa (Romakkaniemi 2011, 15).

Yhteiskunnallisessa keskustelussa on viime vuosina puhuttu mielenterveyskriisistä. Mielenterveysongelmat yleistyvät samalla kun palveluista leikataan ja työntekijöistä on pula. On sanottu, että mielenterveyskriisistä on tullut kansanterveysongelma. Usein hoitoa saavat lähinnä ne, jotka vaativat sitä voimakkaimmin. Ihmisten tulisi kuitenkin saada matalalla kynnyksellä apua ongelmiinsa. (Lepistö 2024b; Tuominen 2023.) Samalla hallitus on leikannut arvokasta mielenterveystyötä tekevältä Mieli ry:ltä jopa 450 000 euroa valtionavustuksia. Tällä rahoituksella Mieli ry on pitänyt yllä esimerkiksi kriisipuhelinta. Sen suosio on kaksinkertaistunut viime vuosien aikana. Tälläkin hetkellä vain murtoosaan saapuneista puheluista on ehditty vastaamaan. (Paananen 2024.) Kehityssuunta on siis huolestuttava ja kertoo siitä, miten mielenterveystyön inhimillistä ja yhteiskunnallista merkityksellisyyttä ei ymmärretä.

Päihde- ja mielenterveysongelmat kytkeytyvät usein yhteen. Kun henkilöllä on sekä päihteiden ongelmakäyttöä että mielenterveysongelmia, voidaan puhua kaksoishäiriöstä tai kaksoisdiagnoosista. Tällaiset samanaikaiset häiriöt ovat erittäin yleisiä, mutta niiden hoito ja tunnistaminen on usein puutteellista. (Luoto 2023.) Kaksoisdiagnoosin lisäksi psyykkinen oireilu saattaa johtua puhtaasti päihteistä tai toisin päin. Päihteidenkäyttö voi

esimerkiksi aiheuttaa ahdistusta ja masennusta. Tällaisessa tilanteessa psyykinen oireilu loppuu usein päihteidenkäytön lopettamisen seurauksena. Kaksoisdiagnoosissa näin ei kuitenkaan ole. Kaksoisdiagnoosin hoitaminen vaatii sekä päihteiden ongelmakäytön että mielenterveysongelman hoitoa. (Mt.)

Huumeita käyttävistä henkilöistä yli puolella on päihteiden ongelmakäytön lisäksi päih-teistä riippumaton mielenterveysongelma. Toisin tarkasteltuna joka kolmannella mielen-terveysongelmasta kärsivällä on jossain vaiheessa elämää päihteiden ongelmakäyttöä. (Aalto 2017.) Tilastot havainnollistavatkin päihteidenkäytön ja mielenterveyden häiriöi-den samanaikaisen esiintymisen puolesta. Vuonna 2015 tehdyn laskennan mukaan 46 prosenttia päihteidenkäytön takia hoitoon hakeutuneilla oli päihteidenkäytön lisäksi haas-teita mielenterveyden kanssa (Partanen & Kuussaari 2019). Tutkimukset ovat myös osoit-taneet, että mielenterveyden häiriöistä esimerkiksi ahdistus, masennus, traumaperäinen stressihäiriö, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö esiintyvät yleisimmin yhtä ai-kaa päihteidenkäytön kanssa (Murray & Begun 2020, 616).

Palveluiden yhteensovittaminen eli integraatio onkin ollut hyvinvointialueuudistuksen keskiössä. Hyvinvointialueet voidaan ymmärtää integraatiota tavoittelevina organisaati-oina. (Raitakari 2025, 20.) Integraatio on ollut myös tärkeä lähtökohta mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä (mt., 19). Lain mukaan jokaisella on oikeus saada tar-vitsemaansa hoitoa. Kyseessä on perustuslain (1999/731) 19 § mukainen perusoikeus, jonka perusteella jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttä-mää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Hoitoa päihteiden ongelmakäyttöön sekä mielenterveysongelmaan tulisi saada yhtä aikaa. Päihteidenkäytön kuvataan usein olevan vain jäävuoren huippu. Usein päihteidenkäytöllä pyritään ikään kuin hoitamaan niiden taustalla olevia juurisyitä, esimerkiksi mielenterveysongelmien taustalla olevia kokemuksia väkivallasta tai hyväksikäytöstä. (Virta & Väkinen 2023.)

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta päihteitä käyttävien aikuisten näkökulmasta. Tutkielman tarkoituksena on selvittää päih-teitä käyttävien aikuisten kokemuksia heidän mahdollisuuksistaan päästä mielenterveys-palveluiden piiriin. Tarkemmin sanottuna tutkimuksessa on tarkoitus selvittää, millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluihin, ja millaista tukea he tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen. Mielenterveyspal-veluihin pääsyn haasteita ja pääsyyn liittyviä tuen tarpeita selvittämällä on mahdollista tunnistaa myös palveluihin liittyviä rakenteellisia epäkohtia ja muutostarpeita.

Tutkimusaihe on sosiaalityön näkökulmasta tärkeä, koska sosiaalityötä tehdään usein päihteitä käyttävän ihmisen kanssa. Lisäksi sosiaalityössä työskennellään sekä ihmisten että rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi (Lähteinen ym. 2017, 5). Päihteitä käyttävät ihmiset ovat asiakaskuntana melko suuri, ja heitä kohtaa sosiaalityössä työtehtävästä riippumatta. Päihteiden ongelmakäyttäjän kohtaaminen ja auttaminen vaatii työntekijältä hyvää osaamista. Työntekijällä on vastuu ja velvollisuus tunnistaa asiakkaan palveluntarve sekä ohjata asiakasta eteenpäin palvelujärjestelmässä. Haasteina saattaa olla kuitenkin työntekijöiden puutteellinen tieto asiakkaan oikeuksista ja palveluntarpeen määrittelyn epäyhtenäisyys. (Pehkonen ym. 2019, 12–14.) Erityisesti sosiaalityössä työ on monesti tasapainottelua asiakkaan tarpeiden, rakenteellisten rajoitteiden, sekä ammattieettisten velvoitteiden välillä (Lähteinen ym. 2017).

Olen kerännyt pro gradu –tutkielmani aineiston haastattelemalla kuutta (6) aihepiiristä omakohtaisia kokemuksia omaavaa henkilöä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna ja menetelmänä oli teemahaastattelu. Keräämäni aineisto oli laadullinen. Haastattelut toteutettiin yhteistyössä Osallisuuskeskus OODI:n kanssa Rovaniemellä.

Lähestyn aihetta saavutettavuuden käsitteen kautta. Saavutettavuuden käsitteen määrittelyssä hyödynnän Heidi Vanjusovin (2022) jaottelua viidestä (5) saavutettavuuden ulottuvuudesta. Nämä ovat institutionaalinen, informatiivinen, fyysinen, taloudellinen ja kokemuksellinen saavutettavuus (mt.). Vanjusovin määrittelemät saavutettavuuden ulottuvuudet on kehitetty koskemaan päihdepalveluiden saavutettavuutta, mutta ne soveltuvat myös mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden tarkasteluun päihteitä käyttävien aikuisten näkökulmasta. Käytän saavutettavuuden käsitteellistämiseen myös muuta kirjallisuutta.

Tutkielmani etenee siten, että ensin luvussa 2 määrittelen mielenterveyttä ja päihderiippuvuuksia sekä käyn läpi niiden linkittymistä toisiinsa. Luvussa 3 käsittelen mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä palveluiden saavutettavuutta. Sitten avaan tutkimukseni toteutusta luvussa 4. Tämän jälkeen esittelen tutkielmani tulokset luvuissa 5 ja 6. Lopuksi luvussa 7 käyn vielä läpi tutkielmani keskeisimmät tulokset ja johtopäätökset sekä suhteutan ne saavutettavuuden ulottuvuuksiin sekä aiempaan tutkimukseen. Pohdin myös tulosteni merkitystä muun muassa sosiaalityön näkökulmasta sekä esitän tulosteni pohjalta joitakin jatkotutkimustarpeita.

## 2. Mielen terveys ja päihderiippuvuudet

### 2.1. Mielen terveys

Mielen terveys on jokaisen ihmisoikeus. Tämä pitää sisällään oikeuden tulla suojatuksi mielen terveyden häiriöiden riskitekijöiltä, oikeuden saada laadukasta hoitoa, sekä oikeuden vapauteen, itsenäisyyteen ja yhteiskuntaan kuulumiseen. Mielen terveys vaikuttaa jokaisen elämän osa-alueeseen. Se vaikuttaa siihen, miten henkilö ajattelee, tuntee ja toimii. Mielen terveys mahdollistaa henkilön päätöksentekokyvyn sekä ihmissuhteiden rakentamisen. (WHO 2022, 11, 15.) Mielen terveys voidaan ymmärtää hyvinvoinnin tilana, jolloin hyvä mielen terveys tukee henkilön toimintakykyä ja elämänlaatua ylipäätään (Vorma ym. 2020, 14). Mielen terveys voidaan toisaalta ymmärtää psyykkisenä oireiluna ja sairauksina vaikkakin se on paljon muutakin kuin mielen terveyden häiriöiden poissaoloa (WHO 2018). Mielen terveys on hyvinvoinnin tila, mikä on jatkuvassa muutoksessa koko henkilön elämän ajan. Mielen terveyteen vaikuttavat biologiset ja ympäristölliset tekijät sekä sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. Kun henkilön mielen terveys heikentyy, kyky ihmissuhteisiin, itseluottamus ja resilienssi voivat heikentyä. Lisäksi voi esiintyä psyykkisiä oireita, kuten päihteiden ongelmakäyttöä. (Vorma ym. 2020, 12–17.) Mielen terveys on voimavara, mikä luo perustaa henkilön hyvinvoinnille ja toimintakyvylle. Mielen terveyden ansiosta arjessa selviytyminen ja läheiset ihmissuhteet ovat mahdollisia. (Laitila 2013, 18.)

Suomalaisista jopa neljäsosalla on arvioitu olevan jotain haitallisia psyykkisiä oireita ja noin joka viidennellä on diagnosoitavissa oleva mielen terveyden häiriö (Romakkaniemi 2011, 15). Mielen terveyden ongelmat ja häiriöt voivat oireilla ja ilmetä monin tavoin (Laitila 2013, 18). Mielen terveyden häiriöt voivat vaikuttaa henkilön tunteisiin ja ajatuksiin, muuttaa hänen käyttäytymistään, vaarantaa henkilön fyysisen terveyden ja häiritä henkilön ihmissuhteita ja elämää ylipäätään (WHO 2022, 11). Mielen terveyden häiriöille on ominaista, että henkilö syyttää itseään omasta tilanteestaan ja ajattelee, että hänessä on jotain vialla (Romakkaniemi 2011, 54).

Mielen terveysongelmat määritellään usein eri tavalla riippuen teoreettisesta näkökulmasta ja tieteenalasta (mt., 35). Mielen terveys ja mielen terveyden häiriöt voidaan

yhteiskunnassa virheellisesti käsittää erilaisina tunteina, ajatuksina ja käyttäytymisenä, mitkä koetaan jonkun mielestä hankalaksi tai poikkeavaksi (Bergström 2022, Johdanto). Usein henkilöt, jotka eivät sovi yhteiskunnan asettamaan muottiin, saavat herkästi esimerkiksi ADHD:n tai autismikirjon diagnooseja (mt., Psykiatrian ongelmien lyhyt historia).

Ihmiset, joilla on haasteita mielenterveytensä kanssa, kokevat todennäköisemmin syrjintää ja oikeuksiensa loukkaamista (Francis 2014, Introduction). Mielenterveyden häiriöihin liittyy paljon stigmaa ja syrjintää, ja henkilön perusoikeuksia saatetaan loukata esimerkiksi silloin, kun hän ei saa tarvitsemaansa hoitoa (WHO 2022, 12). Mielenterveyden häiriö ei kuitenkaan saisi koskaan olla syy sille, että henkilö ei ole saanut tarvitsemaansa hoitoa tai että hän ei ole ollut osana päätöksentekoprosessia oman terveydentilansa suhteen (mt., 15).

Masennus on varsin yleinen ja tavallinen mielenterveydenhäiriö ja se koskettaa arviolta joka neljättä suomalaista. Arkikielessä masennus usein tarkoittaa normaaleja mielialan vaihteluita, mikä sinänsä on harhaanjohtavaa, sillä masennus todellisuudessa saattaa merkitä todellista tuskaa missä kaikki menettää merkityksensä (Romakkaniemi 2011, 34). Masentunein silmin katsottuna tulevaisuus näyttää toivottomalta. Ihminen elää sosiaalisessa ympäristössä ja masennuksen tuottamat kokemuksen kyvyttömyydestä realisoituvatkin suhteessa omaan sosiaaliseen ympäristöön. (Mt., 38–39.)

Mielenterveys ja sen hoito ymmärretään yleensä osana terveydenhuoltoa eli lääketieteellisestä tai psykologisesta näkökulmasta, mutta mielenterveyden sosiaalinen ulottuvuus on myös erittäin tärkeä. Mielenterveystyössä sosiaalinen puoli jää helposti fyysisen ja psyykkisen kokonaisuuden varjoon. Masennus voidaankin ymmärtää vuorovaikutuksellisenä ilmiönä. (Mt.) Mielenterveyden häiriöiden taustalta voi löytyä myös esimerkiksi sosiaalisia haasteita, ja toisaalta mielenterveyden häiriöt osaltaan altistavat henkilöä muille ongelmille. Tällöin henkilön kaikki ongelmat ja haasteet muodostavat oman kokonaisuutensa, ja syitä ja seurauksia on vaikea hahmottaa. (Mt., 16.)

Mielenterveyden ja mielenterveyden häiriöiden lisäksi olisi hyvä kiinnittää huomiota positiiviseen mielenterveyteen. Positiivinen mielenterveys mahdollistaa mielenterveyden ajattelun voimavarana. Se mahdollistaa henkilön hyvinvointia, auttaa tekemään elämästä mielekkäämpää, sekä tukee henkilön toimintakykyä. Käytännössä positiivinen mielenterveys tarkoittaa mielen hyvinvointia. (Lavikainen ym. 2004, 32; THL 2023.) Positiivisen

mielenterveyden kautta pyritään ajattelemaan muuten hyvin negatiivissävytteisiä asioita kuten mielenterveyden häiriöitä, vähän positiivisemmin.

Mielenterveyteen liittyvät olennaisesti neuropsykiatriset häiriöt. Näistä tunnetuin on ADHD eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Neuropsykiatriset häiriöt eivät ole varsinaisesti mielenterveyden häiriöitä, mutta ne liittyvät usein toisiinsa. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden oireet voidaan helposti sekoittaa ADHD:n aiheuttamiin oireisiin. (Koponen & Jehkonen 2019, 283.) Lisäksi hoitamaton ADHD lisää mielenterveyden häiriöiden ja päihteidenkäytön riskiä (Clark 2014). ADHD:lle olennaisia ovat esimerkiksi tarkkavaisuuden häiriöt, impulsiivisuus ja ylivilkkaus. Henkilöllä voi olla tällaisia piirteitä ilman että kyseessä olisi varsinaisesti ADHD. Myös ADHD tulisi hoitaa, vaikka henkilöllä olisi muitakin mielenterveyden häiriöitä. (Karlsson 2013, 79, 92.) Koska ADHD linkittyy monesti muihin mielenterveyden häiriöihin, olisi tärkeää, että henkilöä hoidettaisiin kokonaisvaltaisesti.

## 2.2. Päihderiippuvuudet

Päihteet ovat keskushermostoon haitallisesti vaikuttavia aineita. Yleisin Suomessa käytetty päihde on alkoholi. (Laitila 2013, 18.) Tässä pro gradu – tutkielmassa en tee jaottelua esimerkiksi alkoholin ja huumeiden välillä, vaan päihteillä tarkoitan yksinkertaisesti kaikkia päihdyttäviä aineita.

Päihderiippuvuus on yksi mielenterveydenhäiriöistä. Lisäksi sillä on vahva yhteys myös muihin mielenterveyden häiriöihin. (Mt., 7.) Päihderiippuvuus tarkoittaa sitä, että henkilö on fyysisesti ja henkisesti riippuvainen jostain tietystä päihteestä (Schleim 2023, 25). Päihteiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan käyttöä, josta on aiheutunut vakavia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihteidenkäyttö on tällöin jatkuvaa, toistuvaa ja pakonomaista (Häkkinen 2023a). Useimmiten huumeiden ongelmakäyttöön liittyy huumeriippuvuus, johon puolestaan liittyy monenlaisia terveydellisiä haittoja kuten pistäminen. Huumeita ongelmallisesti käyttävien määrä on lisääntynyt tasaisesti (Rönkä ym. 2020, 37). Päihderiippuvuuteen liittyy usein fysiologinen riippuvuus, jolloin henkilön kyky sietää päihteen vaikutuksia eli toleranssi nousee ja hänellä ilmenee päihteenkäytön lopettamisen seurauksena eriasteisia ja hyvinkin voimakkaita vieroitusoireita. Riippuvuuden luonteisuus voi

olla myös psykologista, jolloin päihteidenkäyttöä jatketaan aiemmin saatujen hyvän olon (euforisten) tunteiden uudelleen saamiseksi. (Häkkinen 2023a.)

Kun päihteidenkäyttö ymmärretään psykologisella tasolla, sillä voidaan selittää henkilön tarvetta päästä hetkeksi omasta ahdistuneisuudesta ja siihen liittyvistä tunteista pois. Varpoluolena on se, että päihteidenkäyttö yleensä lisää taustalla olevaa ahdistusta. Kyseessä on siis kierre, joka on vaikea katkaista. Päihderiippuvainen ei omasta halustaan riippumatta pysty lopettamaan tai vähentämään päihteidenkäyttöä. Usein henkilön koko elämä pyörii päihteen hankkimisen, käytön ja toipumisen ympärillä. (Häkkinen 2023a.) Päihderiippuvuuteen liittyy pakonomainen ja toistuva tarve päihteidenkäyttämiseen ja lisäksi mielenterveys voi samalla heikentyä tilapäisesti tai pitkäkestoisesti (Vorma ym. 2020, 14). Päihderiippuvuudessa päihde hallitsee tämän käyttäjää, jolloin päihde syrjäyttää kaiken muun käyttäjän elämässä. Päihteidenkäytön myötä henkilön valintamahdollisuudet elämässä kapenevat pääasiassa sellaisiin mitkä ylläpitävät päihteidenkäyttöä. (Manninen & Tuori 2005, 10.) Usein päihteidenkäyttö alkaa varhaisessa vaiheessa, noin 10–19-vuotiaana. Tämän ikäisenä henkilö on erityisen haavoittuvainen, ja tämän ikäisenä aloitettu päihteidenkäyttö voi vaurioittaa hermoston ja aivojen kehitystä, mikä voi johtaa pysyviin ongelmiin. (Sampedro-Piquero ym. 2023, 3.)

Päihteidenkäyttö vaikuttaa päihteitä käyttävän henkilön elämän kaikkiin osa-alueisiin. Päihderiippuvuus on monitasoinen asia ja täten palveluiden tarve on myös usein moninainen. Päihteidenkäyttöön liittyy usein mielenterveyden häiriöitä, sosiaalisia ongelmia, sekä haasteita elämänhallinnan suhteen. (Tammi & Stenius 2014; Vanjusov 2022, 119.)

Kuten mielenterveyden häiriöihin yleisesti, myös päihderiippuvuuteen liittyy paljon syrjintää ja stigmaa. Päihteisiin suhtautuminen on kaksijakoista, sillä päihteet kuten alkoholi liittyvät monesti juhlintaan, kun taas huumeisiin suhtautuminen on hyvin negatiivisävytteistä. Päihteitä käyttäjät saattavat kohdata muun muassa syrjintää, ennakkoluuloja, asenteellisuutta, sekä syyllistämistä. Stigma aiheuttaa henkilössä itsessään myös negatiivisen reaktion ja hän alkaa näkemään itsensä negatiivisessa valossa. Tämä aiheuttaa puolestaan pelkoa, mikä vaikeuttaa avun hakemista ja ylipäättään avun tarpeen myöntämistä. (Vanjusov 2022, 181–185.) Päihteidenkäyttäjillä saattaa olla myös haasteita palveluihin sitoutumisen suhteen, mikä saattaa johtaa siihen, että henkilö jää ilman palveluita. Henkilön ongelmat saattavat kasaantua ja samalla hänen toimintakykynsä heikkenee, mikä vaikeuttaa avun saamista entisestään. (Mt., 128.)

### 2.3. Mielenterveysongelmien ja päihderiippuvuuksien yhteen linkittyminen

Mielenterveys ja päihteidenkäyttö ovat yhteydessä toisiinsa, vaikka ne ovatkin erillisiä asioita. Päihderiippuvuuteen liittyy usein psyykkistä oireilua tai psyykkisiä sairauksia (Häkkinen 2023b, 82). Jommankumman riippuvuuden esiintyminen ei automaattisesti tarkoita, että myös toinen esiintyy samalla henkilöllä. Ne ovat siis toisistaan riippumattomia, mutta mielenterveyden häiriöstä kärsivällä on suurempi riski päihteidenkäytön aloittamiseen ja päihteitä käyttävällä on suurempi riski sairastua johonkin mielenterveyden häiriöön. (Daley & Douaihy 2014; Laitila 2013, 15.) Päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriön samanaikainen esiintyminen lisää riskiä palveluiden väliin putoamiselle ja mahdollisesti ilman palvelua jäämiselle (Miettinen 2024, 13).

Mielenterveyden häiriöt ja päihteidenkäyttö ovat näin ollen vahvasti linkittyneet toisiinsa. Päihderiippuvuuden syntymiseen liittyy usein erilaisia yksilön toimintakykyä rajoittavia taustatekijöitä. Päihteiden ongelmakäyttäjillä on usein esimerkiksi eriasteisia mielenterveysongelmia, impulsiivisuutta, itsetuhoisuutta, ja välinpitämättömyyttä itseä kohtaan. (Manninen & Tuori 2005, 10.) Päihde- ja mielenterveysongelmat voivat johtaa ajan kuluessa esimerkiksi asunnottomuuteen sekä vakaviin taloudellisiin ja sosiaalisiin vaikeuksiin. Lisäksi nämä saattavat johtaa eristäytymiseen ja syrjäytymiseen. (Jormakka-Keränen 2014, 486.) Päihteidenkäyttö altistaa hallitsemattomaan elämäntilanteeseen mikä johtaa henkilön kyvyttömyyteen huolehtia itsestään. Päihteidenkäytön aloittamiseen ei ole mitään yksiselitteistä tekijää. Syitä on yritetty etsiä muun muassa fysiologisista, psykologisista ja geneettisistä piirteistä. Erilaiset lähtökohdat auttavat meitä ymmärtämään lukuisia erinäisiä syitä päihteidenkäytön taustalla ja niiden kautta voimme yrittää ymmärtää päihderiippuvuuden monimuotoisuutta. (Manninen & Tuori 2005, 10.)

Joskus on vaikea tunnistaa, onko henkilöllä päihderiippuvuus vai mielenterveyden häiriö (Heiskanen ym. 2008, 114). Kun henkilöllä on sekä päihteiden ongelmakäyttöä sekä mielenterveysongelmia, voidaan puhua kaksoishäiriöstä tai kaksoisdiagnoosista. Päihteitä käyttävällä ihmisellä voi siis olla samaan aikaan haasteita mielenterveyden kanssa. Päihteidenkäyttö ja mielenterveyden häiriöt liittyvät näin ollen vahvasti toisiinsa. Päihteidenkäyttö saattaa osaltaan vaikuttaa mielenterveyden häiriön syntyyn ja toisaalta päihteidenkäyttö voi olla seurausta mielenterveyden häiriöstä (Rönkä & Markkula 2020, 56). Tilanteesta haasteellisen tekee se, että usein ei pystytä tunnistamaan, että onko

mielenterveyden häiriö aiheuttanut päihteidenkäyttöä vai onko päihderiippuvuus aiheuttanut mielenterveyden häiriön (Daley & Douaihy 2014; Vanjusov 2022, 127).

Muutkin tutkimukset ovat puoltaneet riippuvuuksien ja mielenterveysongelmien linkittymistä toisiinsa (Murray & Begun 2020, 21, 40, 613). Tällaiset samanaikaiset häiriöt ovat erittäin yleisiä, mutta niiden hoito ja tunnistaminen on usein puutteellista (Luoto 2023). Ammattilaisilla ei välttämättä ole tarpeeksi osaamista, jotta he osaisivat tunnistaa riippuvuusongelmia ja niihin liittyviä ongelmia kuten mielenterveyden haasteita (Murray & Begun 2020, 21). Erityisen hankalaa on tunnistaa tilanteet, missä henkilöllä esiintyy mielenterveyden häiriö ja lisäksi päihteidenkäyttöä (mt., 612). Toisaalta vika on myös rakenteissa ja niiden ylläpitämässä stigmassa. Työntekijät saattavat pystyä tunnistamaan päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvät mielenterveyden haasteet, mutta haasteena on itse järjestelmä ja sen rakenteet (Vanjusov 2022, 213).

Nämä haasteet johtavat usein siihen, että henkilö saa hoitoa vain päihdeongelmaansa ja mielenterveysasiat jäävät hoitamatta tai toisin päin. Olisikin tärkeää tutkia henkilön tilanetta aina tarpeeksi perusteellisesti, jotta voidaan selvittää, onko henkilöllä vain päihderiippuvuus tai mielenterveyden häiriö vai molemmat. Lisäksi henkilölle tulisi laatia henkilökohtainen hoitosuunnitelma, missä otetaan kaikki osa-alueet huomioon. (Daley & Douaihy 2014.) Henkilö voi siis lääkittää omaa mielenterveyden häiriötään päihteillä (mt.; Vanjusov 2022, 127), jolloin hän tukeutuu päihteisiin oman psyykkisen pahoinvointinsa takia (Häkkinen 2023b, 82).

Päihteidenkäytön ja mielenterveyden häiriöiden yhtäaikainen esiintyminen vaikeuttaa molempien häiriöiden hoitoa verrattuna siihen, kun ne ilmenevät erillisinä häiriöinä. Henkilöt, joilla esiintyy samanaikaisesti sekä päihteidenkäyttöä että mielenterveyden häiriö, kokevat mielenterveyden häiriön oireet usein vakavampina. He kohtaavat myös enemmän haasteita raittiuden ylläpitämisessä ja heidän riskinsä itsemurhalle on korkeampi. (Murray & Begun 2020, 614.)

Kuten todettu, sekä päihteidenkäyttöön että mielenterveyden häiriöihin liittyy stigmaa. Stigma tekee samaan aikaan esiintyvien mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien hoidosta vaikeaa. Erityisesti mielenterveyspalveluissa päihteidenkäyttäjät kohtaavat usein syrjintää ja täten he jäävät monesti ilman mielenterveyspalveluita. (Vanjusov 2022, 126.) Koettu stigma pahentaa myös olemassa olevia mielenterveyden haasteita. Stigma lisää häpeää ja vaikeuttaa hoitoon hakeutumista. (Rovamo & Toikko 2019, 282.)

Stigman takia henkilö saattaa kokea ”pompottelua” palveluiden välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö ohjataan esimerkiksi mielenterveyspalveluihin ja siellä päihteidenkäytön esiin tullessa hänet ohjataan riippuvuuspalveluihin. Henkilö saattaa kokea, että hänen mielenterveytensä jää kokonaan hoitamatta, kun keskitytään vain päihteidenkäyttöön. Henkilö saattaa kokea myös mielenterveyspalveluiden epäämisen sen jälkeen, kun hänen päihteidenkäyttönsä on selvinnyt henkilökunnalle. (Rovamo & Toikko 2019, 286–288; Vanjusov 2022, 184; Virokannas 2017a, 277–278.) Henkilö saattaa kokea tämän niin, että häntä ei nähdä ihmisenä vaan nähdään pelkkä päihteidenkäyttö. Palveluissa käykin monesti niin, että kaikki päihteitä käyttävät on ikään kuin niputettu yhteen ja heidän nähdään samalla tavalla, päihteidenkäyttäjinä. (Vanjusov 2022, 185.)

## 3. Mielensterveys- ja päihdepalvelut

### 3.1. Monitoimijainen palvelukenttä

Mielensterveystyön tarkoituksena on vahvistaa mielensterveyttä ja vähentää mielensterveyteen kohdistuvia uhkia. Tähän kuuluu mielensterveyttä edistävä työ, mielensterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoito sekä sosiaalihuollon mielensterveystyö (Sosiaali- ja terveysministeriö a). Päihde- ja riippuvuustyön tarkoituksena on vähentää ja poistaa päihteisii ja riippuvuuksiin liittyviä terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Tähän kuuluu ehkäisevä päihdetyö, päihde- ja riippuvuushoito sekä sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö b.) Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielensterveystyön sekä päihde- ja riippuvuustyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Mielensterveyden hoidosta säännellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta mielensterveyslaissa (1116/1990). Päihde- ja riippuvuushoidosta säännellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja tahdosta riippumattomasta hoidosta päihdehuoltolaissa (41/1986). Hyvinvointialueet vastaavat puolestaan mielensterveyden hoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon järjestämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö a; Sosiaali- ja terveysministeriö b).

Päihde- ja riippuvuuspalveluita järjestetään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yleisii palveluina ja päihdehuollon erityispalveluina. Palveluita järjestävät yksityinen, julkinen, ja kolmas sektori. Terveydenhuollon yleisii palveluihin kuuluvat katkaisu- ja vieroitus-hoidot sekä lieväästeisten päihdesairauksien, vammojen ja -myrkytysten hoito. Vaikeasteiset päihteenkäyttöön liittyvät terveysongelmat hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Sosiaalihuollon yleisii palveluihin kuuluu muun muassa neuvonta ja ohjaus päihdehuollon palveluihin ja auttaminen muiden haasteiden kuten toimeentulon ja asumisen suhteen. (Kotovirta ym. 2021, 24.)

Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvat avohoito, laitoshoido sekä sosiaalipalvelut. Sosiaalipalveluita ovat muun muassa hätämajoitus, asumispalvelut ja päivätoimintakeskukset. Päihdepalveluista noin puolet järjestetään järjestöjen ja yritysten tuottamina. Hoidosta vastaavan tahon eli hyvinvointialueen tehtävänä on yksityisten palveluntuottajien tuottamien palveluiden sovittaminen yhteen kuntien, kuntayhtymien ja

sairaanhoidopiirien palveluiden kanssa. Yhteensovittamiseen kuuluu myös päihteitä ongelmallisesti käyttävän henkilön tarvitsemien somaattisten ja mielenterveyspalveluiden yhteensovittaminen. Erityisesti yhteistyötä mielenterveyspalveluiden kanssa pidetään tärkeänä, sillä kaksoishäiriö on yleistä. Järjestöjen kautta pystytään järjestämään myös vertaistukea ja arkeen sisältöä tuovaa toimintaa, millä on suuri vaikutus päihderiippuvaisen arjessa. (Mt., 24–25.)

Korvaushoito on opioidiriippuvuuden lääkkeellistä ja psykososiaalista hoitoa. Siitä säädellessään terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 a § ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 642/2023. Lääkkeellisen ja psykososiaalisen avun lisäksi hoidon tavoitteet tulisi määrittellä, hoitaa potilaan muuta terveyden- ja sairaudenhoitoa vaativia asioita, kuntouttaa henkilöä, sekä tehdä yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. (Mäkelä ym. 2024.) Hoitoa toteutetaan terveydenhuollon yksikössä, missä on riittävä osaaminen. Jos henkilöllä on riippuvuuden lisäksi epäily tai todettu mielenterveyden häiriö, tulisi hänelle järjestää tarpeelliset psykiatriset tutkimukset sellaisessa yksikössä, jossa on riittävä osaaminen tässä asiassa. Korvaushoito ja psykiatrinen arviointi tulisi hoitaa samassa yksikössä, jos mahdollista. (Häkkinen 2023b, 11.) Mikäli hoitaminen ei onnistu samassa paikassa, tulisi sitä toteuttaa tiiviissä yhteistyössä (mt., 82).

Henkilö tulisi siis kohdata kokonaisuutena ja hoidossa pitäisi ottaa huomioon kaikki hänen terveyteensä vaikuttavat asiat. Psykiatristen oireiden ilmetessä, tulisi tilanne arvioida uudestaan ja toteuttaa mielenterveyden häiriön tutkiminen ja hoito samaan aikaan korvaushoidon kanssa. (Häkkinen 2023b, 82.) Kuten todettu, päihderiippuvuus ja mielenterveyden häiriöt esiintyvät usein yhdessä. Tämä tilanne ajaa henkilön hakemaan päihteistä apua, sillä päihteet usein helpottavat psyykkistä oireilua. Korvaushoidossa olevan henkilön tila tulisi siis tutkia perusteellisesti ja kokonaisvaltaisesti, jotta hoito olisi onnistunutta. Päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriöin hoidon tulisi olla integroitua. (Mt.). Integraatio onkin ollut päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisen keskiössä (Raitakari 2025, 19). Mielenterveyden häiriöiden hoitaminen on haasteellista, mikäli päihderiippuvuutta ei hoideta samanaikaisesti. (Mt., 82.)

Mielenterveyspalveluita järjestetään sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon piirissä. Mielenterveyspalveluita järjestetään myös sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon puolella. Mielenterveyspalveluita tuottavat julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto, mutta oman työpanoksensa tällä kentällä antaa myös yksityiset toimijat sekä kolmas sektori eli erilaiset järjestöt. Palveluihin kuuluu muun muassa mielenterveyden

häiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus, sekä matalamman kynnyksen palvelut kuten ohjaus ja neuvonta. (Vuorilehto ym. 2014.)

Ihmiset, joilla on mielenterveyden häiriö kohtaavat usein syrjintää, leimaamista ja ennakkoluuloja. Monet eivät tämän pelon takia hae hoitoa (Vorma ym. 2020, 26). Tämä vaikuttaa siihen, miksi mielenterveyspalveluihin pääsemisen kynnys on ollut korkea ja hoitoon pääsyssä on huomattu olevan alueellisia eroja. Alueellisia eroja on myös siinä, millaisia avohoitopalveluita on saatavissa. Hoitotakuuseen kuuluvia hoitoon pääsemisen aikarajoja on myös ollut vaikea saavuttaa, sillä tarvetta palveluille on liian paljon suhteessa resursseihin. Perusterveydenhuollossa mielenterveyskysymyksiä eriyttäminen on ollut myös ongelmana. Mielenterveyskysymykseen vastaaminen on eriytetty yksittäisille työntekijöille. Palvelut ovat siis jakautuneet eri tahoille, jotka eivät ole sovittaneet toimintaansa ja palveluitaan yhteen. Erityisesti päihdehoito on eriytetty muusta terveydenhuollosta. (Mt., 29.) Lainsäädäntö mahdollistaa sen, että palvelut voidaan järjestää melko vapaasti. Tämä on johtanut palveluiden epäyhtenäisyyteen, sillä alueelliset erot palveluiden järjestämisessä lisäävät alueellista epäyhdenvertaisuutta. Toisaalta tämä järjestely on perusteellista, koska eri alueilla on erilaiset tarpeet. (Vanjusov 2022, 105–106.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sekä päihteidenkäyttäjälle että mielenterveyden häiriöstä kärsivälle henkilölle on turvattava hänen tarvitsemansa palvelut. Palveluiden on muodostettava toimiva kokonaisuus ja niiden tulee turvata hoidon jatkuvuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö a; Sosiaali- ja terveysministeriö b.) Mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien hoito ei kuitenkaan ole yhtenäistä, vaikka näin luvataan. Päinvastoin hoito voi olla hyvin sirpaleista ja jakautunutta. Päihdehoito järjestetään usein erillään muusta terveydenhuollosta. Palvelut ovat hajallaan eikä eri palveluita ole sovitettu yhteen toistensa kanssa. (Vorma ym. 2020, 29.) Tutkimuksissa on todettu, ettei korvaushoidossa hoideta kaikkia palvelua tarvitsevia ongelmia. Monesti on käynyt niin, että palveluntarve todetaan täytetyksi pelkällä päihdepalvelulla eli esimerkiksi korvaushoidolla, eikä laajempaa palveluntarpeen arviointia toteuteta. (Vanjusov 2022, 117.) Henkilöä saatetaan myös ”pompotella” palvelusta toiseen. Henkilö, jolla on sekä mielenterveyden häiriö että päihderiippuvuus, saattaa kohdata eriarvostamista palvelussa. Hänet saatetaan ohjata ensin mielenterveyspalveluihin ja sieltä päihdepalveluihin, kun päihteidenkäyttö selviää. Lisäksi olemassa olevat mielenterveyspalvelut saatetaan katkaista, kun päihteidenkäyttö selviää. (Rovamo & Toikko 2019, 286; Vanjusov 2022, 184; Virokannas 2017a, 278.)

Palvelukentän sirpaleisuus ei ole hyvä lähtökohta, kun puhutaan mielenterveyden häiriöiden ja päihteidenkäytön hoitamisesta. Nämä kentät ovat linkittyneet hyvin vahvasti

toisiinsa, joten olisi perusteltua, että ne myös järjestettäisiin toisiaan täydentäen. Monesti päihteitä käytävällä ihmisellä on vaikeuksia hakeutua hoitoon ylipäättään. Koska palvelukenttä on sirpaleinen, niin ei oikein tiedetä mistä sitä apua saisi. (Kuussaari ym. 2017, 2159.) Kuitenkin se, että hoitoa pitäisi osata hakea useasta eri paikasta, osoittautuu usein liian haasteelliseksi. Kun päädytään hoitamaan esimerkiksi vain päihteidenkäyttöä, hoidetaan vain osaa ongelmasta. Tällöin hoidon vaikutukset ovat myös huonoja, sillä hoito on keskittynyt vain osaan asiakkaan ongelmista. Asiakkaan hoitaminen vaatisi kokonaisvaltaista hoitoa. Tällöin hoidon vaikutukset olisivat myös pitkäkestoisempia. (Mt.)

Päihderiippuvaisilla pelkästään riippuvuuden hoito ei riitä, vaan samanaikaiset psyykkiset häiriöt tulee hoitaa myös (Häkkinen 2023b, 82; Vorma ym. 2020, 30), olivat nämä sitten fyysisiä tai psyykkisiä. Kun ongelmia on monella elämän osa-alueella, tulisi myös hoidon olla yhtä laaja-alaista. Henkilöä on pystyttävä auttamaan kaikilla tarvitsemillaan osa-alueilla. Kun henkilöllä on ongelmia sekä päihteidenkäytön että mielenterveyden kanssa, tulisi hänelle olla tarjolla riittävästi sellaisia palveluita, joista saa apua kumpaankin ongelmaan. (Kuussaari ym. 2017, 2158.) Yhteistyö päihteiden ongelmakäytön ja mielenterveyden hoidon suhteen olisi täten hyvin tärkeää (Kotovirta ym. 2021, 24–25; Murray & Begun 2020, 622–623).

Usein henkilö hakeutuu hoitoon päihteidenkäytön tai mielenterveyden häiriön takia. Tällöin hoito keskitetään ensisijaisesti vain tähän yhteen ongelmaan. Osa työntekijöistä voi uskoa, että päihteidenkäyttöä hoitamalla myös mielenterveyden häiriön oireilu helpottaa. Toiset työntekijät taas keskittyvät hoitamaan yhtä ongelmaa ja ohjaavat asiakkaan toiseen palveluun muiden ongelmien tiimoilta. Työntekijät saattavat myös ajatella, että päihteidenkäyttö olisi esteenä mielenterveyden häiriön hoidolle tai päinvastoin. Todellisuudessa nämä ongelmat ovat kuitenkin vahvasti kytköksissä toisiinsa, joten pelkästään toisen ongelman hoitaminen ei ole riittävää. Päihteidenkäyttö ja mielenterveyden häiriö vaikuttavat merkittävästi henkilön toimintakykyyn. Palvelunjärjestelmän tulisikin pystyä vastamaan asiakkaan kaikkiin tarpeisiin. Myös silloin kun ongelmat ovat äkillisiä ja moniulotteisia. (Murray & Begun 2020, 623; Vorma ym. 2020, 31.)

Mielenterveyden häiriön ja päihderiippuvuuden hoitaminen vaatii monitasoista hoitamista. Palveluita järjestetään perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Näissä palveluissa häiriöihin liittyvät sosiaaliset ongelmat eivät tule kuitenkaan hoidetuksi. Kun esimerkiksi päihderiippuvuutta hoidetaan vain terveydenhuollon yksikössä, sosiaaliset ongelmat jäävät helposti huomioimatta. Vaikka mielenterveyden häiriötä ja päihderiippuvuutta hoidettaisiin sairaanhoidossa yhtenäisesti, jäisi näiden ongelmien aiheuttamat

sosiaaliset ongelmat hoitamatta. Olisikin tärkeää tiedostaa sosiaalisten ongelmien samanaikainen hoitaminen, jolloin hoito olisi kaikkein tehokkainta. (Tammi & Stenius 2014, 45; Vanjusov 2022, 127.)

Päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriön hoitamista onkin pyritty integroimaan, mutta se ei välttämättä tarkoita sitä, että hoito olisi parempaa. Usein tämä johtaa siihen, että toinen ongelma painottuu toista enemmän. (Tammi & Stenius 2014, 54; Vanjusov 2022, 127.)

Päihdetyö tarkoittaa päihteidenkäyttöön liittyvän, hyvinvointia edistävien palveluiden järjestämistä ja tuottamista (Vanjusov 2022, 38). Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on vähentää hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta uhkaavia tekijöitä, mitkä liittyvät päih-teisiin (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015); Sosiaali- ja terveysministeriö c). Tällaisia palveluita järjestävät esimerkiksi järjestöt ja muut toimijat. Järjestöillä onkin iso rooli päihdepalveluiden kokonaisuudessa tänä päivänä. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on olennaista, sillä ne täydentävät päihdepalveluiden kenttää valtavasti (Kotovirta ym. 2021, 8). Kolmannen sektorin toimijoita on muun muassa vertaistukiryhmät, kuten NA eli Nimettömät Narkomaanit (Kotovirta 2009, 16).

### 3.2. Palveluiden saavutettavuus

Käsittelen pro gradu – tutkielmassani mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta Heidi Vanjusovin (2022) jäsentämien viiden (5) saavutettavuuden ulottuvuuden kautta. Nämä ovat institutionaalinen, informatiivinen, fyysinen, taloudellinen ja kokemuksellinen saavutettavuus. Vanjusovin määrittelemät saavutettavuuden ulottuvuudet on kehitetty koskemaan päihdepalveluiden saavutettavuutta, mutta ne soveltuvat myös mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden tarkasteluun päihteitä käyttävien aikuisten näkökulmasta. Käsittelen saavutettavuutta julkisen palvelujärjestelmän osalta. Kolmas sektori näyttäytyy tutkielmassa julkista sektoria täydentävänä.

Saavutettavuudella tarkoitetaan yleisesti ottaen palvelun helppoa lähestyttävyyttä kaikille (Raitakari 2023, 178). Saavutettavuus ja saatavuus saatetaan helposti sekoittaa keskenään. Näillä tarkoitetaan kuitenkin eri asioita. Tämä on kiteytetty jo Vanjusovin (2022) väitöskirjan nimeen, mikä on ”Saatavilla, mutta ei saavutettavissa”. Tämä tarkoittaa sitä,

että jokin palvelu saattaa olla saatavilla, mutta ei kuitenkaan saavutettavissa yhdenvertaisesti kaikille (Vanjusov 2022, 22). Se että jokin palvelu on olemassa ei tarkoita, että se olisi saavutettavissa kaikille sitä tarvitseville (Vanjusov 2022; Vanjusov & Ranta 2023). Monesti saavutettavuuden käsite sekoitetaan myös esteettömyyteen. Nämä ovat lähellä toisiaan, mutta synonyyminä näitä ei voida käyttää. Saavutettavuus ja erityisesti fyysinen ja informatiivinen saavutettavuus pitää sisällään esteettömyyteen liittyvät kysymykset. (Vanjusov 2022, 165.)

Saavutettavuuden ulottuvuudet kytkeytyvät vahvasti toisiinsa. Institutionaalinen saavutettavuus tarkoittaa sitä, että viranomaisten toiminnan ei pitäisi olla esteenä sille, että henkilö ei saa tarvitsemiaan palveluita. Viranomaiset noudattavat heille tehtyjä määräyksiä. Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyviä haasteita on se, että hyvinvointialueet ja kunnat järjestävät palvelunsa eri tavalla. Jotkut tuottavat palvelut itse ja jotkut käyttävät taas ostopalveluita palveluseleiden kautta. Päihteidenkäyttäjillä saattaa olla haasteita toimintakyvyn kanssa, joten epäselvä palvelujärjestelmä ei paranna heidän tilannettaan. (Vanjusov 2022, 103–105, 109.)

Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, jos resurssit palveluiden järjestämiseen ovat vähäiset. Tämä johtaa siihen esimerkiksi siihen, että varatut ajat menevät pitkälle, työntekijöillä on kiire, eikä heillä ole aikaa kohdata asiakasta kunnolla. Työntekijöiden suuri vaihtuvuus vaikuttaa puolestaan luottamussuhteen rakentumiseen asiakkaan ja työntekijän välillä. Päihteidenkäyttäjien palveluntarpeeseen tulisi pystyä vastaamaan mahdollisimman pian, joten ei ole hyvä asia, jos annettu aika menee pitkälle tai henkilö laitetaan vain jonoon. (Mt., 112–113, 205.) Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, miten kehitys palveluiden suhteen on muuttunut laitospalveluista avopalveluihin. Nykyisin suositaan enemmän avopalveluita, vaikka tarve olisikin laitospalveluille. Tätä voidaan perusteella säästösyillä. (Mt., 120–125.)

Usein käy myös niin, että palveluntarve katsotaan täytetyksi yhdellä palvelulla, vaikka tarve olisikin isompi. Haasteellista on erityisesti palveluiden sovittaminen yhteen, mikä vaikuttaa negatiivisesti etenkin kaksoisdiagnoosin saaneiden ihmisten palveluiden saavutettavuuteen. Henkilöllä on oikeus saada kokonaisvaltainen arviointi palveluntarpeestaan. On työntekijöiden tehtävä selvittää palveluntarve laajemmin. Tähän pitäisi riittää henkilön ilmoitus siitä, että hän kokee tarvitsevansa tukea tai palvelua. (Mt., 117–118, 126, 132–133.)

Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyy olennaisesti informatiivinen saavutettavuus. Informatiivinen saavutettavuus tarkoittaa sitä, miten viranomaisen viestii niin asiakkaalle kuin organisaatiolle. Viestinnän tulee olla riittävää, ymmärrettävää, oikea-aikaista ja monipuolista. (Mt., 141.) Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy esimerkiksi se, miten palveluissa saatetaan tehdä linjauksia, joilla ei todellisuudessa ole vankkaa tietopohjaa. Esimerkiksi korvaushoidossa saatetaan suosia tiettyä lääkettä, vaikka vaihtoehtoja on monia. (Mt., 143.) Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy palveluiden lyhytnäköisyys, mikä johtaa siihen, että palvelu on järjestetty epäjohdonmukaisesti ja asiakasta saatetaan panostaa kertomaan, että mitä palvelua hän tarvitsee. Mutta kuten todettu, tämä on työntekijöiden tehtävä selvittää. (Vanjusov 2022, 132, 146–147.)

Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy myös se, miten palvelujärjestelmä ei hyväksy päihteitä käyttäviin ihmisiin liittyviä ominaispiirteitä kuten esimerkiksi retkahtamista (mt., 148). Tähän saavutettavuuden ulottuvuuteen liittyy myös se, miten vaikeasti palvelut ovat löydettävissä ja tulkittavissa. Henkilöllä saattaa olla esimerkiksi vaikeuksia löytää hänelle juuri oikean tahon puhelinnumero. Julkisen sektorin palvelukentän monimutkaisuuden vuoksi kolmannen sektorin toimijat usein auttavat yhdistämään asiakkaita ja palveluita toisiinsa. (Mt., 154–155.)

Fyysinen ja taloudellinen saavutettavuus kytkeytyvät vahvasti toisiinsa. Näihin saavutettavuuden ulottuvuuksiin vaikuttavat vahvasti maantieteelliset asiat, tilojen esteettömyys, palveluiden taloudelliset kustannukset, sekä yksilön omat resurssit. Fyysisen saavutettavuuden haasteet näkyvät erityisesti syrjäisemmissä kunnissa, missä palvelut saattavat sijaita pitkän matkan päässä, eikä julkista liikennettä ole juurikaan. (Vanjusov 2022, 166–169; Nykänen ym. 2022, 361–363.) Fyysiseen saavutettavuuteen liittyy myös digitaalisten palveluiden puutteellisuus ja riittämättömyys (Vanjusov 2022, 205). Hyvinvointialueuudistuksen jälkeen digitaalisten palveluiden kehittämistä onkin priorisoitu enemmän. Digitaalisia palveluita on pyritty saamaan osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. (Pennanen ym. 2023, 20, 28, 47.)

Kokemuksellinen saavutettavuus tarkoittaa palvelukokemuksen mielekkyyttä ja ennakkokäsityksiä palveluista. Tämä on suuri haaste erityisesti päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Palvelut saattavat olla saavuttamattomissa monesta syystä. Asiakkaalla saattaa olla omia aiempia kokemuksia, jolloin ei ole saanut tarvitsemaansa apua. Lisäksi hän on voinut kuulla muilta ihmisiltä huonoja kokemuksia. Monesti tähän liittyy myös päihderiippuvuuteen liittyvää stigmaa ja syrjintää. Asiakkaalla saattaa olla käsitys, että häneltä

vaaditaan palveluun päästäkseen paljon asioita, joita hän ei pysty täyttämään. (Vanjusov 2022, 181–184.)

Kuten todettu, stigma vaikuttaa vahvasti siihen, saako henkilö palveluita ja mitä palveluita hän saa. Stigman aiheuttama asenteellisuus voi näyttäytyä ennakkoluuloina, syyllistämisenä, ja muina negatiivisina ilmauksina. Stigma aiheuttaa henkilössä itsessään pelkoa, mikä luo haasteita palveluihin hakeutumisen suhteen. Henkilö saattaa pelätä esimerkiksi leimaantumista, asenteellisuutta, tuomitsemista, epäonnistumista. Pelko näyttäytyy myös siinä, ettei henkilö välttämättä myönnä edes omaa avun tarvettaan. (Mt., 184–185.)

Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, miten päihteidenkäyttäjät ovat monesti menneisyytensä vankeja. Merkintä päihteidenkäytöstä säilyy henkilön tiedoissa pitkään ja häntä kohdellaan edelleen päihteidenkäyttäjänä, vaikka hän olisikin kuntoutunut. Päihteidenkäyttäjät nähdään monesti vain päihteidenkäyttäjinä. Heidät ikään kuin laitetaan samaan kategoriaan päihteidenkäytön perusteella. (Mt., 185–186.) Henkilöitä saatetaan myös priorisoida palveluissa, eli palveluita saatetaan tarjota vain vähemmän huonossa kunnossa oleville, ja toisaalta henkilöltä saatetaan vaatia, että hän on tarpeeksi huonossa kunnossa, jotta hän saa palvelua (mt., 187–188).

Palveluiden saavutettavuuteen liittyy paljon tärkeitä asioita, jotka yhdistyvät siihen, millaisia haasteita päihteitä käyttävät kokevat hakiessaan mielenterveyspalveluita. Seuraavaksi käynkin läpi näitä kokemuksia näkyväksi tekevän tutkielmani toteutusta.

## 4. Tutkimuksen toteutus

### 4.1. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja tutkimuskysymykset

Laadullisessa tutkimuksessa yleensä tavoitellaan tarkasteltavan ilmiön ymmärtämistä tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta. Kiinnostus on täten henkilöiden kokemuksissa, ajatuksissa, tunteissa ja näille annettussa merkityksessä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan esiin juuri näitä erilaisia näkökulmia, eikä niinkään esimerkiksi sitä, miten usein jokin ilmiö esiintyy. Toisen henkilön kokemusmaailmaan pääseminen on tietysti mahdotonta, ja tämän takia on kehitetty erilaisia menetelmiä, jotta tutkimuksen tekeminen helpottuisi. Nämä ovat menetelmällisiä valintoja, joista voidaan käyttää muun muassa myös termejä metodologia ja tutkimusote. Menetelmällisiä valintoja tehdään niin aineiston keräämisen kuin lopullisen aineiston analysoinnin suhteen. (Juuti & Puusa 2020, 9–14.)

Tämän pro gradu – tutkielman tarkoituksena on selvittää, mitä haasteita päihteitä käyttävät ihmiset ovat kokeneet hakeutuessaan mielenterveyspalveluihin tai ollessaan asiakkuudessa, ja mikä olisi auttanut heitä saamaan mielenterveyspalveluita. Tutkimuskysymyksetni ovat seuraavat:

1. Millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluiden piiriin?
2. Millaista tukea päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen?

Tutkielmassani olen selvittänyt päihteitä käyttävien aikuisten kokemuksia mielenterveyspalveluista. Olen ollut kiinnostunut siitä, millaisia kokemuksia päihteitä käyttävillä ihmisillä on mielenterveyspalveluista ja erityisesti, miten päihteidenkäyttö on vaikuttanut palveluiden saantiin ja kohteluun palveluissa. Olen ollut kiinnostunut tilanteista, missä asiakasta on kohdeltu mahdollisesti huonosti tai häntä on ohjattu väärään paikkaan tai jätetty jopa kokonaan ilman palvelua. Minua kiinnosti selvittää näitä tilanteita asiakkaan silmin eli minua kiinnosti kuulla heidän omia, aitoja kokemuksiaan näistä tilanteista. Toivoin, että tutkielmani kautta näihin asioihin saataisiin kiinnitettyä huomiota ja että päihteitä käyttävien ihmisten haasteita opittaisiin ymmärtämään. Halusin tutkielmallani tuoda esiin

sitä, miten päihteidenkäyttö ja mielenterveys liittyvät toisiinsa, ja mitä problematiikkaa kaksoisdiagnoosin saaneiden ihmisten palvelumahdollisuuksiin liittyy. Tutkimuskysymykset kytkeytyvät ja niihin saatuja vastauksia pohdin myös saavutettavuuden käsitteen näkökulmasta tunnistuen mielenterveyspalveluihin pääsyyn sisältyviä epäkohtia ja muutostarpeita.

## 4.2. Aineiston kerääminen

Aineiston keräsin yhteistyössä Rovaniemellä toimivan Osallisuuskeskus OODI:n (lyhyemmin pelkkä OODI) kanssa. OODI on Rovalan Settlementti ry:n alainen järjestö. OODI perustettiin hankeyhteistyönä Rovaniemen kaupungin kanssa vuonna 2019 ja sen toimintaa järjestettiin hankepohjaisena vuosina 2019–2021, minkä jälkeen toiminta on jatkunut Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STEA:n sekä Lapin hyvinvointialueen rahoittamana. OODI:n toimintaa koordinoi ja toteutuksesta vastaa Rovalan Settlementti ry. (Osallisuuskeskus OODI 2025.)

Osallisuuskeskus OODI tekee huumeiden käytön haittoja vähentävää työtä Rovaniemellä. OODI tarjoaa psykososiaalista tukea, terveyspalveluita ja monenlaista yhteisöllistä toimintaa. Toiminnan tavoitteena on vähentää haittoja ja edistää osallisuutta. OODI toimii avoimena kohtaamispaikkana (Verkkari) niille, jotka elävät tai ovat eläneet päihde- ja huumeiden maailmassa. Se on avoinna pääsääntöisesti jokaisena arkipäivänä. Lisäksi OODI järjestää erilaisia tapahtumia ja retkiä kävijöilleen. Lisäksi OODI:ssa on saatavilla terveyspalveluita, joihin kuuluu esimerkiksi pistosvälineiden vaihtoa, rokotuksia, ja terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotto. (Mt.)

Tein lukuvuoden 2024–2025 aikana yhteistyötä Osallisuuskeskus OODI:n kanssa ja kävin tutustumassa heidän toimintaansa ensimmäisen kerran jo syksyllä 2024. Yhteistyö alkoi minun ilmaistuani kiinnostukseni Osallisuuskeskus OODI:n sosiaalityöntekijälle. Pro gradu – tutkielmani aineistonkeruuprosessi eteni vauhdikkaasti tutkimusluvan saatunani.

Sain tutkimusluvan hyväksytyksi 5.2.2025. Tämän jälkeen tapasin Osallisuuskeskus OODI:n työntekijöitä ja menin esittelemään pro gradu – tutkielmani yhteisökokoukseen 10.2.2025. Tätä varten laadin myös etukäteen infokirjeen (ks. Liite 1), mikä asetettiin

esille OODI:n tiloihin. Infokirjeen laadinnassa hyödynsin myös aiempia pro gradu – tutkielmia (ks. esim. Karhunen 2022). Haastateltavien rekrytointi eteni käytännössä niin, että vietin helmikuussa 2025 aikaa OODI:ssa heidän aukioloaikojen puitteissa Verkka-rissa. Totesimme yhdessä OODI:n sosiaalityöntekijän kanssa, että paras tapa saada ihmisiä kiinnostumaan haastattelusta on vain tulla paikalle, jotta kasvot tulevat tutuiksi. Näin ollen vietin siis OODI:ssa aikaa ja annoin asiakkaiden lähestyä minua, sillä en halunnut missään nimessä tuoda sellaista vaikutelmaa, että yrittäisin houkutellessi asiakkaita haastatteluun. Halusin antaa asiakkaalle mahdollisuuden lähestyä ja osoittaa kiinnostuksensa. Keskustelimme myös asiasta työntekijöiden kanssa. Työntekijät auttoivat minua suuresti haastateltavien etsimisessä, mistä olen erittäin kiitollinen.

Alun perin tarkoituksena oli haastatella alle 35-vuotiaita nuoria aikuisia (ks. Liite 1), joilla oli kokemuksia mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta. Tämän jälkeen halukkaita ilmoittautui kuitenkin myös vanhemmista ikäryhmistä, joten päätin jättää iän pois haastatteluun tulevien kriteereistä, sillä en kokenut sitä tarkoituksenmukaiseksi tässä tilanteessa. Koin että tärkeintä on saada haastateltavaksi tarvittava määrä henkilöiltä, jotka halusivat osallistua tutkimukseen kokemuksistaan kertoen. Näin ollen ainoa kriteeri haastattelulle oli se, että haastateltavalla on kokemuksia mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta ja/tai siellä olemisesta.

Haastattelin lopulta kuutta (6) Osallisuuskeskus OODI:n kävijää. Haastattelut toteutettiin helmikuussa 2025. Haastateltavat olivat iältään 20–64-vuotiaita ja heistä yksi (1) oli nainen ja loput viisi (5) miehiä. Haastattelut olivat teemahaastatteluja ja ne toteutettiin yksilöhaastatteluina Osallisuuskeskus OODI:n tiloissa. Haastattelut olivat kestoltaan 19–53 minuuttia. Ennen haastattelun alkua kävimme haastateltavan kanssa läpi suullisesti suostumuslomakkeen (ks. Liite 2) ja tietosuojaselosteen. Suostumuslomakkeessa korostettiin haastateltavan oikeuksia eli haastattelun vapaaehtoisuutta ja sitä että haastattelun voi keskeyttää milloin vain. Lisäksi kerroin, että kysymyksiin saa vastata sillä laajuudella kuin itse haluaa tai jättää kokonaan vastaamatta. On erityisen tärkeää, että haastateltava ymmärtää tutkimuksen tarkoituksen ja sen, miten hänen antamiaan tietojaan käsitellään. Suostumuslomakkeen kukin haastateltava allekirjoitti ennen haastattelun alkua ja tietosuojaselosteen sai halutessaan ottaa mukaan.

Haastattelu on keskustelu, missä haastattelija pyrkii saamaan selville tutkimuksen aiheeseen liittyvät asiat haastateltavalta. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, mikä tapahtuu haastattelijan aloitteesta ja sen aikana tehdään tavoitteellista tiedonkeruuta. (Eskola ym. 2018, 28; Puusa 2020a, 103.) Teemahaastattelussa on etukäteen määritellyt teemat eli

aihepiirit, mutta tarkkaa kysymyspatteristoa ei laadita. Tarkoituksena on käydä läpi määritellyt teemat, mutta kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella. Haastattelun aikana haastattelijalla voi olla lista apukysymyksiä, mitkä ovat tukena haastattelutilanteen etenemisessä. (Eskola ym. 2018, 29–30; Puusa 2020a, 112–113.)

Teemahaastattelussa oletetaan, että haastateltava on kokenut jonkun asian tai prosessin, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkija on taas puolestaan perehtynyt tähän asiaan tai prosessiin aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden kautta. Nämä asiat ovat teemahaastattelun onnistumisen kannalta olennaisia. (Puusa 2020a, 112–113.) Tutkielmassani haastateltavilla on kokemuksia mielenterveyspalveluista päihteitä käyttävinä ihmisinä, ja minä tutkijana perehdyin tähän aiheeseen aiemman tutkimuksen ja muun kirjallisuuden kautta. Oman tutkielmani kannalta olennaisia teemoja ovat mielenterveyspalveluihin pääsemisen haasteet sekä palveluiden pääsemisen mahdollistava tuki. Aloin täten rakentamaan haastattelurungon teemoja tutkimuskysymyksieni kautta.

Teemojen suunnittelu on yksi tutkimuksen tärkeimpiä vaiheita (mt., 112–113). Käyttämäni haastattelurunko keskittyi kolmeen pääteemaan; 1.) kokemukset mielenterveyspalveluista, 2.) haasteet mielenterveyspalveluihin pääsyssä, sekä 3.) tuen tarpeet mielenterveyspalveluihin pääsyssä (ks. Liite 3). Aineistonkeruussa toimittiin haastatteluihin osallistuvien ehdoilla siten, että haastattelutilanteet olisivat heille mahdollisimman miellyttäviä. Suostumuslomakkeen allekirjoituksen jälkeen kävimme yhdessä läpi mitä teemoja haastattelu tulee sisältämään ja miten haastattelu etenee. Korostin vielä haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Haastattelut etenivät johdonmukaisesti teemojen mukaan. Toiset haastateltavat kertoivat hyvin oma-aloitteisesti asioista, kun taas toisien kanssa käytin apuna etukäteen suunniteltuja apukysymyksiä. Pyrin antamaan jokaiselle haastateltavalle aikaa ja tilaa vastata. Haastattelut myös lopuivat hyvin johdonmukaisesti. Toiset haastattelut kestivät pidempään kuin toiset, mutta kaikkien kanssa kävimme jokaisen teeman tarvittavalla laajuudella läpi. Nauhoitin haastattelut erillisellä ääninauhurilla ja litteroin eli muutin ne tekstimuotoon mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Apuna käytin Microsoftin Word – ohjelman litterointityökalua. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 68 sivua.

### 4.3. Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa kerättyä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena (Alasuutari 1999, 38). Laadullisen tutkimuksen tekemiseen löytyy lukuisia erilaisia tapoja eritellä ja luokitella laadullista aineistoa. Usein tässä on kuitenkin vain kyse kyseisen teoksen tulkintaa ohjaavasta näkökulmasta ja tutkijalla on suurin päätösvalta, miten hän tutkimustaan toteuttaa. Tutkimuksen tekemiseen liittyy monia valintoja, joista jokainen ohjaa tutkimusta omalta osaltaan (esim. Eskola 2018).

Yleensä laadullinen aineisto on hyvin runsas ja se pitää sisällään paljon pienempiä ja suurempia asioita. Kerätty aineisto pilkotaan valitun menetelmän mukaan, minkä jälkeen pilkotusta aineistosta rakennetaan kootusti johtopäätöksiä. Tutkijan tulee keskittyä analyysivaiheeseen huolellisesti, jotta tutkimus toisi uutta tietoa teoreettiseen keskusteluun. Jokainen haastattelu on yhtä tärkeä oma kokonaisuutensa. (Puusa 2020b, 146–147.)

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on tuottaa aineistosta hyvä kokonaisuus, tehdä hyvää ja perusteltua tulkintaa ja johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen aineiston analyysin erot tulevat esiin siinä, miten teoriaa on tarkoitus hyödyntää tutkimuksessa. (Mt., 148–151.) Aineiston kokoaminen ja käsittely ovat erillisiä prosesseja, mutta laadullisessa tutkimuksessa ne kietoutuvat toisiinsa. Aineiston analyysissa voidaan sanoa olevan kolme karkeaa päävaihetta. Nämä ovat aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta. Nämä vaiheet liittyvät toisiinsa mutta ovat samalla erillisiä. Eri vaiheiden painoarvo tutkimuksessa riippuu paljon esimerkiksi tutkimuskohteesta ja analyysimenetelmästä. Pelkkä luokittelu ei siis ole aineiston analysointia vaan aineistoon tutustumista ja haltuun ottamista. (Ruusuvuori ym. 2010.)

Laadullisen aineiston analyysi pitää sisällään paljon valintojen tekemistä ja nämä kaikki valinnat ohjaavat sitä, miten analyysi etenee ja millaisia tuloksia saadaan aikaan. Suuri analyysiin vaikuttava ja tutkijan tehtävä valinta on, millainen suhde teorialla on aineiston analyysiin. Lisäksi tutkijan on valittava, mitä analyysimenetelmiä aineiston analyysiin hän käyttää. (Eskola 2018, 211–216.) Tässä pro gradu – tutkielmassa valitsin aineiston analyysiksi aineistolähtöisen teemoittelun. Temaattinen analyysi on hyvin lähellä perinteistä sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajarvi 2018, 140–145). Teoreettinen lähestymistapa tässä tutkielmassa on saavutettavuuden käsite (Vanjusov 2022). Analyysin on kuitenkin tarkoitus olla aineistolähtöinen eli teoria on vain tukemassa aineistosta esiin nousseita teemoja pohdinnan yhteydessä. Aineistolähtöisellä analyysillä tarkoitetaan sitä, että

analyysi ei pohjautu teoreettiseen viitekehykseen, vaan analyysin pääpaino on juuri aineistossa (Hakala 2024). Teemoittelu aineiston analyysissä tarkoittaa sitä, miten aineiston analyysin yhteydessä keskitytään tarkastelemaan sellaisia asioita, mitkä ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Tällä tavalla menetellen pyritään löytämään haastateltavien väliltä säännönmukaisuuksia ja yhdistäviä asioita. (Puusa 2020b, 152.)

Laadullisessa tutkimuksessa ja varsinkin teemahaastatteluina kerätyn aineiston analyysi lähtee monesti tematisoinnin kautta, jolloin aineistoa ryhmitellään teemoittain ja aineistosta nostetaan tutkimuskysymyksiin vastaavia sitaatteja osaksi aineiston tulkintaa (Eskola 2018, 219–221). Tätä voi halutessaan jatkaa myös pidemmälle, jolloin aineistolähtöinen teemoittelu on varsinainen analyysimenetelmä. Teemoittelun kautta aineistosta voi nostaa esiin sellaisia teemoja, mitkä antavat vastauksia itse tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen voidaan vertailla näiden teemojen esiintymistä koko aineistossa. Analyysiksi teemoittelua suositellaan erityisesti silloin, kun ratkaistaan jotain käytännönläheistä ongelmaa. Teemoittelun kautta voidaan saada kokoelma erilaisia vastauksia ja tuloksia esitettyihin kysymyksiin. (Eskola & Suoranta 2008, 174–175, 178–180.)

Temaattisessa analyysissä aineistosta tunnistetaan ja löydetään keskeisiä asioita, joiden perusteella kootaan temaattinen teemaan liittyvä kokonaisuus. Jokaisen teeman tulee olla johdonmukainen ja oma kokonaisuutensa. Teemat eivät löydy ikään kuin itsestään vaan niiden löytäminen vaatii tutkijalta aktiivista toimintaa ja aineiston tulkintaa. Eri tutkijat voivat saada samasta aineistosta hyvin erilaisia tulkintoja aikaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 142–143.) Temaattisessa analyysissä on tärkeää, että teemat syntyvät aineiston analyysin tuloksena eikä niin että tutkijalla on etukäteen mietityt teemat, joihin hän sijoittaa palasia aineistosta (Juhila 2021b).

Braun ja Clarke (2022) ovat kehittäneet oman menetelmänsä refleksiiviseen temaattiseen analyysiin (reflexive thematic analysis). Heidän menetelmänsä koostuu kuudesta (6) vaiheesta. Vaihe 1.) Aineistoon tutustuminen (familiarising yourself with the dataset). Tässä vaiheessa aineistoon tutustutaan syvällisesti ja huolellisesti. Käytännössä tässä vaiheessa luetaan aineistoa uudestaan ja uudestaan tehden samalla lyhyitä muistiinpanoja analyysiin liittyen. (Mt., 35.)

Vaihe 2.) Koodaaminen (coding). Tässä vaiheessa aineistoa käydään läpi systemaattisesti ja yksityiskohtaisesti. Koodaaminen on systemaattinen prosessi (mt., 53). Aineistosta tunnistetaan osia, mitkä vaikuttavat kiinnostavilta ja merkityksellisiltä suhteessa tutkimuskysymyksiin. Samalla näille osioille annetaan kuvaavia nimityksiä ja tunnisteita (code

labels). Koodaamista voi tehdä monella eri tasolla, yksityiskohtaisemmin tai laveammin. Koodaaminen ei ole pelkästään aineiston tiivistämistä ja vähentämistä vaan siinä on kyse myös oman analyttisen näkemyksen esille tuomisesta. (mt., 35). Koodaamisen on täten myös tutkijan omien valintojen tekemistä eli minkä hän kokee aineistosta merkitykselliseksi (Eskola 2018, 212; Tuomi & Sarajärvi 2018, 142). Tutkijan on myös itse päätettävä, milloin koodaamien on saatu valmiiksi. Kun koodaaminen on saatu päätökseen, löydetyt ja muodostetut kooditunnisteet (code labels) kootaan ja aineisto jäsenellään kunkin koodin alle. (Braun & Clarke 2022, 35.)

Vaihe 3.) Alustavien teemojen muodostaminen (generating initial themes). Tässä vaiheessa pyritään tunnistamaan yhteisiä, toistuvia asioita aineistossa. Käytännössä tässä vaiheessa kootaan aiemmin löydettyjä koodeja, joilla vaikuttaisi olevan jotain yhteistä ja mitkä antaisivat mahdollisesti merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemojen kehittäminen on aktiivinen prosessi, jossa tutkija rakentaa teemat aineiston, tutkimuskysymyksien, ja tutkijan oman tietämyksen ja havaintojen pohjalta. Apuna voi käyttää esimerkiksi ajatuskarttoja. (Braun & Clarke 2022, 35; Tuomi & Sarajärvi 2018, 142–143.) Tässä vaiheessa voidaan muodostaa myös alustavia alateemoja (subtheme). Alateemat jakavat keskeisen käsitteen yläteemansa kanssa. Alateema keskittyy yhteen erityiseen teeman osaan ja korostaa näin ollen tätä suhteessa koko teemaan. (mt., 85.) Tutkijan on tärkeä muistaa, että alustavat teemat ovat loppujen lopuksi vain koodien ryhmittelyä ja niitä tulee tutkia enemmän ennen kuin niitä voidaan pitää lopullisina teemoina (mt., 79). Aiemmin löydetyt koodit havainnollistavat yksittäisiä asioita, kun taas teemat yhdistelevät näitä ja havainnollistavat asioita koodeja laajemmin. Teemat kuvaavat aineistoa ja vastaavat tutkimuskysymyksiin. Kun alustavat teemat ja mahdolliset alustavat alateemat on löydetty, koodattu aineisto lajitellaan kunkin teeman mukaisesti. (mt., 35.) Tutkija voi halutessaan muodostaa myös kattavia teemoja (overarching themes). Tätä voidaan havainnollistaa niin, että kattava teema on ikään kuin sateenvarjo, jonka alle mahtuu useampi teema. Kattavien teemojen käyttö voi auttaa osoittamaan jotain laajempaa asiaa, mikä tutkijan mielestä ankkuroituu useampaan teemaan. Kattava teema saattaa tuoda joltain lisäarvoa, mutta pääasiassa se auttaa jäsentämään ja rakentamaan analyysiä. Kattavia teemoja ei esimerkiksi sisällytetä analyysitekstiin niin yksityiskohtaisesti. (mt., 87.)

Braun & Clarke (2022, 85–88) kehottivat käyttämään alateemoja ja kattavia teemoja harviten ja olemaan varovainen teemojen kerrostamisen kanssa. Teemat rakentuvat horisontaalisesti, mutta kun tähän lisätään alateemat ja kattavat teemat, rakentuvat nämä tällöin vertikaalisesti. Alateemoja ja kattavia teemoja onkin syytä käyttää säästeliäästi. Eri

tasoisten teemojen käyttäminen tekee analyysistä rakenteellisesti haastavampaa ja tämä saattaa johtaa siihen, että analyysin laatu heikkenee. Mikäli tutkija haluaa kuitenkin käyttää alateemoja, ei niitä tarvitse olla jokaisen teeman alla. Alateemalla tulisi olla oma merkityksensä koko tarinan kertomisessa. (mt., 87–88.)

Vaihe 4.) Teemojen kehittäminen ja tarkastaminen (developing and reviewing themes). Tässä vaiheessa tutkijan tehtävänä on arvioida alustavien teemojen sopivuutta ja koko analyysin toteuttamiskelpoisuutta suhteessa koko aineistoon. (Brown & Clarke 2022, 35.) Alustavat teemat toimivat sellaisenaan vain harvoin, ja yleensä niitä tulee kehittää uudelleen tavalla tai toisella. Joissakin tapauksissa jopa uudelleen koodaaminen on tarpeen. (mt., 99.) Tutkijan on pidettävä huolta, että teemat ovat järkeviä sekä koodien että koko aineiston suhteen. Tutkija voi kysyä itseltään esimerkiksi, että kertooko jokainen teema uskottavan ja vakuuttavan tarinan tärkeästä ja toistuvasta asiasta mikä on tullut esiin aineistosta. Tai alleviivaavatko teemat tärkeitä ja toistuvia asioita suhteessa tutkimuskysymyksiin. (mt., 35.) Sillä ei ole niinkään väliä, miten usein teema esiintyy aineistossa, vaan merkitystä on sillä, miten tärkeä teema on tutkimuskysymyksiensä kannalta (mt., 102, 141). Neljännessä vaiheessa alustavat teemat saattavat esimerkiksi yhdistyä, jakautua useampiin teemoihin, tai ne voidaan hylätä kokonaan. Jokaista teemaa on arvioitava omana kokonaisuutenaan, mutta myös teemojen välistä suhdetta on arvioitava. Tässä vaiheessa teemoja voidaan myös arvioida suhteessa aiempaan tutkimukseen. Tärkeää on tarvittaessa palata aiempiin vaiheisiin. (Mt., 35, 104; Tuomi & Sarajarvi 2018, 142.)

Vaihe 5.) Teemojen parantaminen, määrittelemine ja nimeäminen (refining, defining and naming themes). Tässä vaiheessa analyysi on jo enemmän hienosäätöä. (Brown & Clarke 2022, 36.) Tässä vaiheessa varmistetaan siitä, että jokainen teema on selkeästi rajattu ja että teemat on rakennettu vahvojen ydinkäsitteiden ympärille (mt., 36; Tuomi & Sarajarvi 2018, 142). Tutkija voi kysyä itseltään, että millaisen tarinan tämä teema kertoo, ja miten teema sopii tarinaan minkä aineisto ylipäättään kertoo. Tässä vaiheessa tutkija voi kirjoittaa lyhyen tiivistelmän jokaisesta teemasta, mikä saattaa auttaa hahmottamaan teeman merkitystä suhteessa tutkimukseen. Tässä vaiheessa jokainen teema saa myös oman ytimekkään nimensä, ellei tätä ole jo aiemmin määritelty sopivaksi. Hyvä nimi teemalle on yleisesti ottaen lyhyt fraasi, mikä kuvaa teeman ytimen samalla herättäen lukijan kiinnostuksen. Pääasiassa tutkijan tulisi välttää yhden sanan nimeämisiä, sillä tällainen nimitys saattaa jäädä vajaaksi. (Brown & Clarke 2022, 36, 108–112.)

Vaihe 6.) Kirjoittaminen (writing up). Tämä vaihe pitää sisällään nimensä mukaisesti kirjoittamista. Kirjoittaminen on olennainen osa analyysiä ja myös temaattisessa analyysissä

kuten kaikissa laadullisen tutkimuksen analyysissä kirjoittaminen aloitetaan aikaisin. Temaattisessa analyysissä kirjoittaminen aloitetaan yleensä vaiheessa 3. Vaiheessa 6 viimeistellään koko kirjoitusprosessi. Tässä vaiheessa analyytinen kerronta ja kiinnostavat otteet aineistosta sidotaan yhteen, jotta analyysitekstistä tulee johdonmukainen ja vakuuttava, mikä tempaisee lukijan mukaansa korostaen samalla tutkimuksen merkityksellisyyttä. Analyysiteksti kertoo tarinan aineistosta ja tutkimuskysymyksistä. Kokonaisuudessaan temaattinen analyysi ei välttämättä ole lineaarinen, vaan aiempiin vaiheisiin saattaa joutua palaamaan. (Brown & Clarke 2022, 36, 118.)

Tutkijan tulee perustella, miksi hän on päättänyt käyttää juuri temaattista analyysiä. Hänen on myös kerrottava tarkasti, miten hänen analyysiprosessinsa on edennyt. Analyysitekstin voi aloittaa myös esittelemällä kaikki teemat lyhyesti. Analyysitekstissä on tärkeää pitää mielessä, että tutkijan tulee selittää mitä esimerkiksi kyseinen ote aineistosta tarkoittaa ja mitä siitä voidaan päätellä. Aineisto ei puhu puolestaan. (Mt., 118–138.) Johtopäätökset ovat myös tärkeä osa tutkimusta. Johtopäätöksissä tutkijan tulee tarkastella omaa tutkimustaan kriittisesti ja mahdollisesti ottaa kantaa siihen, mitä tulevat tutkijat voisivat tehdä toisin. (Mt., 146–149.)

Toteutin aineiston analyysin noudattamalla edellä käytyä Brownin ja Clarken (2022) mallia. Seuraavaksi käyn läpi, miten aineiston analysointiprosessini eteni. Aineiston analyysiin sisältyi useita vaiheita:

Vaihe 1.) Aineistoon tutustuminen. Aloitin aineiston analysoinnin lukemalla aineistoa läpi useaan kertaan yleiskuvan hahmottamiseksi tutkimuskysymysten ohjaamana. Luin aineistoa aluksi pääasiassa yksi haastattelu kerrallaan hahmottaakseni haastattelujen sisältöä tarkemmin. Tämän jälkeen luin aineistoa kokonaisuutena ja tein samalla lyhyitä muistiinpanoja. Samalla poistin aineistosta täysin epäolennaisia asioita, jotta aineiston lukeminen olisi jouhevaa. Lukemalla aineistoa uudestaan ja uudestaan aloin hahmottamaan aineiston sisältöä yhä paremmin ja syvällisemmin. Tärkeää on myös suhtautua aineistoon kriittisesti ja kysyä itseltään kysymyksiä aineistoa lukiessa. Kysymyksiä mitä tutkija voi kysyä aineistoa lukiessaan on esimerkiksi: Mitä oletuksia haastateltava tekee kertoessaan tarinaansa? Miltä minusta tuntuisi hänen tilanteessaan? Miksi haastateltava ajattelee tästä asiasta juuri näin? (Mt., 42–44.) Yritin kysyä itseltäni juuri tällaisia kysymyksiä lukiesani aineistoa. Pysin ymmärtämään sitä, mitä haastateltavat ovat kokeneet ja sen kautta ymmärtämään, että miksi heille on käynyt juuri näin ja miksi he ajattelevat asioista tällä tavalla. Tein jokaisella lukemiskierroksella uusia lyhyitä muistiinpanoja. Nämä asiat olivat sellaisia mihin kiinnitin huomion syystä tai toisesta. Muistiinpanot olivat vain

muutaman sanan mittaisia huomioita. Lopulta koin, että olin sisäistänyt aineistoani tarpeeksi, jotta pysyin siirtymään eteenpäin. Seuraavaan vaiheeseen on syytä siirtyä silloin, kun aineistosta alkaa hahmottamaan toistuvuuksia ja aineiston lukemisesta tulee systemaattisempaa (mt., 49).

Vaihe 2.) Koodaaminen. Aloitin analyysiprosessin toisen vaiheen eli koodaamisen. Koodaamisella tarkoitetaan litteroidun aineiston yhdistelemistä tai erottelemista jonkin ominaisuuden mukaan. Koodaamisen tarkoitus on saada aineistoa yksinkertaisempaan ja hallittavampaan muotoon. (Brown & Clarke 2022; Juhila 2021a.) Koodaaminen on systemaattinen prosessi, jossa aineiston luetaan huolellisesti niin, että siitä alleviivataan kaikki kohdat mitkä liittyvät mahdollisesti tutkimuskysymyksiin tai ovat muuten oleellisia tutkimuskysymysten kannalta. Tällaiselle löydetylle asialle annetaan sitten sopiva koodi. Koodaamisessa osa aineistosta jää ilman koodeja, sillä kaikki ei yksinkertaisesti vastaa tutkimuskysymyksiin. Koodit myöskin elävät koko koodaamisprosessin ajan. (Brown & Clarke 2022, 52–55.)

Koodasin eli merkkasin aineistosta alleviivauksilla selkeästi tutkimuskysymyksiin vastaavia kohtia. Koodattavaa aineistossa oli paljon. En jaotellut esiin nousevia asioita minäkään jaottelun mukaan vielä tässä vaiheessa vaan keskityin löytämään selkeästi tutkimuskysymyksiin liittyviä asioita. Koodaaminen on elävä ja mukautuva prosessi ja aiemmin muodostetut luokat saattavat muuttua koodauksen edetessä. (Mt.) Aineistosta löytyi paljon koodattavaa, mutta myös paljon aineistoa jäi ilman koodeja. Koodaaminen prosessina oli myös hyvin luontevaa, sillä olin tutustunut aineistoon niin huolellisesti edellisessä vaiheessa. Erona tähän toiseen vaiheeseen aineiston lukeminen oli hyvin systemaattisempaa ja analyttisempaa. Mietin jatkuvasti omia tutkimuskysymyksiäni ja etsin aineistosta asioita, jotka vähänkin liittyivät niihin tavalla tai toisella. Tässä vaiheessa koodatuista asioista olikin selkeästi havaittavissa jo yhtäläisyyksiä, joiden perusteella voisi lähteä teemoittelemaan aineistoa tarkemmin. Kokosin löytämäni koodit ja jäsentelin aineiston koodien alle. Sama osa aineistosta liittyi tietysti useampaan koodiin. Tässä vaiheessa olin hieman epävarma, sillä koodeja oli paljon eikä niillä ollut selkeää järjestystä. Jatkoisin koodien järjestelyä ja kävin koodien alle laitettua aineistoa läpi. Mitä enemmän kävin näitä läpi, sitä enemmän löysin toisiinsa liittyviä asioita. Prosessi tuntui haastavalta, mutta luotin ja uskoin että ohjeistuksia noudattamalla analyysiprosessini etenee myös hyvin.

Vaihe 3.) Alustavien teemojen muodostaminen. Tässä vaiheessa muodostin alustavat teemat. Toteutin haastattelut teemahaastatteluina, joten teemahaastattelurunko antoi jo minulle välineitä, miten varsinaista aineistoa lähtisin teemoittelemaan. Tärkeää on se, että

haastattelun teemat eivät tarkoita samaa kuin aineiston teemoittelu (Juhila 2021b). En täten halunnut antaa teemahaastattelurungon teemoille liikaa painoarvoa vaan halusin muodostaa teemat aineistolähtöisesti ilman että aiempi teemahaastattelurunko ohjaisi teemojen muodostumista. Tämä on myöskin Brownin ja Clarcken (2022) menetelmän mukaista. Koin että on tärkeää antaa aineistosta nousta esiin sellaisten asioiden mitkä haastateltavat ovat kokeneet merkittäviksi. Mikäli analyysi rakennettaisiin teemahaastattelurungon mukaan, ohjaisi tämä analyysiä liikaa, mikä vaikuttaisi tutkimuksen luotettavuuteen. Tällöin aineistolle ei annettaisi tarpeeksi tilaa, vaan tutkijan ennakkokäsitykset ohjasivat analyysiä, mikä ei ole tarkoituksenmukaista. (Juhila 2021b.) Koin, että näiden asioiden tiedostaminen lähtiessä tekemään analyysin 3. vaihetta, oli tärkeää.

Siirtymä vaiheiden 2. ja 3. välillä oli luontevaa, sillä olin jo vaiheen 2. lopussa koonnut ja jäsennellyt löytämiäni koodeja niissä esiintyneiden yhtäläisyyksien mukaan. Jatkoitin täten koodien jäsentelyä, mutta palautin mieleeni tutkimuskysymykseni ja pyrin ryhmittelemään koodeja niiden mukaan. Pidin tutkimuskysymykset koko ajan tiukasti mielessä, jotta koodien ryhmittely ja teemojen löytäminen menisi oikeaoppisesti. Käytin tässä hahmotelussa apuna paljon ajatuskarttoja. Tästä oli hyötyä, kun yritin hahmottaa kokonaisuutta ja asioiden linkittymisiä. Olin prosessin aikana myös tietoinen omista ajatuksistani ja havainnoistani ja tiedostin, miten ne vaikuttivat siihen, mihin asioihin kiinnitin huomiota teemoja hahmotellessa.

Kipuilin analyysiprosessissa sen kanssa, miten paljon yhden teeman alle pystyy sisällyttämään asioita. Pyrin välttämään teemojen kerrostamista ohjeistuksen (Brown & Clarke 2022) mukaan. Analyysi pysyy selkeämpänä, kun teemoilla on keskenään sama painoarvo. Tämän takia en lähtenyt tässä vaiheessa vielä miettimään alateemoja tai kattavia teemoja. Käytin kuitenkin kattavia teemoja työskentelyn aikana hahmottaakseni asioiden yhteyksiä ja kokonaisuuksia paremmin. Koin että tämä auttoi itse jäsentämään kokonaisuutta. En kuitenkaan ottanut niitä mukaan tätä varsinaista analyysiä. Tukeuduin paljon temaattisen analyysin ohjeistukseen (mt.) ja pyrin ajattelemaan, että vaiheessa 3. muodostetut alustavat teemat ovat loppujen lopuksi vain koodien ryhmittelyä ja niitä tulee tutkia enemmän ennen kuin niitä voidaan pitää lopullisina teemoina. Alustavat teemat toimivat sellaisenaan vain harvoin. Lopulta sain muodostettua alustavat teemat. Epävarmuutta teemojen ja niiden laajuuden suhteen jäi vielä tässä vaiheessa. Alustavat teemat liittyvät vahvasti tutkimuskysymyksiini ja olenkin jaotellut teemat tutkimuskysymyksiä alle. Alustavia teemoja muodostui tässä vaiheessa 10.

Vaihe 4. Teemojen kehittäminen ja tarkastaminen Vaiheet 3. ja 4. sulautuivat keskenään. En kokenut näiden välillä selkeää siirtymää. Jatkoisin vain alustavien teemojen parissa. Tässä vaiheessa pyrin arvioimaan alustavien teemojen sopivuutta ja koko analyysin toteuttamiskelpoisuutta suhteessa koko aineistoon. Tarkastelu siirtyi siis koodeista takaisin laajemmin koko aineistoon. Pohdin teemojen merkitystä suhteessa aineistoon ja tutkimuskysymyksiin. Kysyin itseltäni kysymyksiä kuten kertooko tämä teema uskottavan tarinan aineistosta ja antaa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Lisäksi pohdin teemoja suhteessa toisiinsa, jotta päällekkäisyyksiä tulisi mahdollisimman vähän. Tiedostin kuitenkin, että päällekkäisyyksiltä oli mahdoton välttyä kokonaan, sillä niin monet asiat liittyvät toisiinsa. Havaitsin joidenkin teemojen olevan aineiston läpileikkaavia. Pyrin siihen, että jokainen teema kertoisi oman tärkeän tarinansa tutkimuskysymyksieni valossa ilman että toistoa tulisi tarpeettomasti. Päädyinkin tässä yhdistämään alustavia teemoja keskenään, sillä koin että päällekkäisyyksiä tuli liikaa. Lisäksi poistin yhden 2. tutkimuskysymykseen liittyvän teeman kokonaan. Koin, ettei kyseinen teema ollut tarpeeksi selkeä ja merkittävä kokonaisuus. Huomasin myös, että aineistosta esiin nousevien haasteiden käänntöpuolella on tarvittava tuki. Haasteiden poistaminen tai lieventäminen olisi pitkälti sitä tukea, mitä henkilöt tarvitsisivat. Näin ollen tulosluvussa 5. tulee käytyä haasteiden lisäksi myös tuen tarpeita, joten luvussa 6. olevia tuen tarpeita ei ole niin paljon.

Pohdin tässä vaiheessa myös sitä, miten ison painoarvon annan niille asioille, jotka toistuivat aineistossa huomattavasti verrattuna asioihin, jotka toistuivat vain muutaman kerran. Tässä palasin ohjeistukseen ja totesin, ettei tällä ole merkitystä. Tärkeintä on, että teema on tärkeä tutkimuskysymyksiä kannalta (mt., 102, 141). Mietin myös tässä vaiheessa uudestaan ylä- ja alateemojen käyttämistä. Lopulta päädyin käyttämään vain samantasoisia teemoja kuten Brown ja Clarke (2022) suosittelivat. Koin lopulta, että minulla ei ollut enää tarvetta palata aiempiin vaiheisiin, vaan jokainen teema muodosti mielestäni hyvän ja tärkeän kokonaisuuden.

Vaihe 5.) Teemojen parantaminen, määrittelemine ja nimeäminen. Tämä vaihe oli enää hienosäätöä. Päätin, että vaiheessa 4. muodostetut 8 teemaa olivat toteuttamiskelpoisia. Teemoista 6 liittyy haasteisiin ja 2 tuen tarpeisiin. Jaottelu kytkeytyy tutkimuskysymykseeni, eli 6 teemaa liittyy 1. tutkimuskysymykseeni (millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluiden piiriin) ja 2 teemaa liittyy 2. tutkimuskysymykseeni (millaista tukea päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen). Kuten todettu, 2. tutkimuskysymykseen liittyy huomattavasti vähemmän teemoja, koska tuen tarpeet tulevat käytyä pitkälti läpi jo haasteiden

yhteydessä, niiden kääntöpuolina. Teemojen nimet olivat tähän asti olleet hieman epäjohdonmukaisia ja täten minun tuli tässä vaiheessa miettiä jokaiselle oma osuvampi ja käsitteellistetympi nimi.

Lopulta nimesin teemat ja jatkoin analyysiä eteenpäin teemojen aukikirjoittamisella (Vaihe 6. Kirjoittaminen). Tutkimuksen tulokset rakentuvat 8 teemasta, joita avaam ja analysoin luvuissa 5. ja 6. valikoituja aineistositaatteja hyödyntäen. Analyysissä muodostamani teemat ovat: 1.) Palveluihin pääsyn eriarvoisuus, 2.) Asenteellisuus päihteitä käyttäviä kohtaan, 3.) Haasteet lääkeshoidossa, 4.) Puutteet palveluiden resursseissa ja laadussa, 5.) Puutteet palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydessä, 6.) Henkilökohtaiset esteet palveluiden hakemiselle, 7.) Asiakaslähtöisempi ja rakenteellisesti toimiva palvelujärjestelmä, sekä 8.) Päihde- ja mielenterveysongelmien normalisointi.

#### 4.4. Tutkijan positio ja tutkimuseettiset kysymykset

Tämä osio on pro gradu – tutkielmani osalta merkittävä, sillä tutkimusaiheeseeni ja tutkimukseni toteuttamiseen sisältyy monia eettisiä kysymyksiä ja sensitiivisyyttä edellyttäviä tilanteita. Tutkija vastaa tutkimuksen eettisyydestä ja sen takia on tärkeää suunnitella tutkielman toteutus eettisten kysymyksien näkökulmasta. Tutkija on vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 151). Sitouduin noudattamaan tutkielmassani hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka peruseriaatteet ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään hyvät tieteelliset menettelytavat, jotka pitävät huolta siitä, että hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu koko tutkimusprosessin ajan. (TENK 2023, 11) Erityisesti kun kootaan arkaluontoista ja sensitiivistä tietoa, tutkijan on kysyttävä itseltään, onko kyseinen tieto todella tarpeellinen (Eskola & Suoranta 2008, 56). Tämä ajatus oli vahvasti läsnä koko aineiston keräämisprosessin ajan ja esimerkiksi haastattelurungon kysymykset keskittyivät palveluihin pääsyyn päihteiden käytön sijaan.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy monia noudatettavia formaaleja menettelytapoja. Tässä tutkielmassa näitä ovat tutkimusluvan hakeminen Osallisuuskeskus OODI:sta, kirjallisen informoidun suostumuksen pyytäminen haastateltavilta, tietoturvasta ja -suojusta

huolehtiminen läpi tutkimusprosessin, sekä aineiston hallintaan liittyvät seikat mukaan lukien tietosuojaselosteen laatiminen.

Tutkimuseettiset kysymykset ovat läsnä koko tutkielman teon ajan. TENK:in (2019, 7) mukaan yleisiä eettisiä periaatteita on kolme. Ensinnäkin tutkijan tulee kunnioittaa henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tämän merkitys korostuu esimerkiksi suostumuksen antamisen yhteydessä. Lisäksi tutkijan tulee kunnioittaa aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä sekä luonnon monimuotoisuutta. Kolmanneksi tutkijan tulee pitää huoli siitä, että tutkimuksen toteutuksesta ei aiheudu tutkittavana olleille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. (TENK 2019, 7.)

Eettiset kysymykset ovat läsnä jo tutkimusprosessin alussa, kun tutkija päättää mitä ja miten hän haluaa tutkia. Tutkijalla on eettinen vastuu aiheensa valitsemisessa. (Mäkelä 1998; Tuomi & Sarajärvi 2018, 153–154.) Myös jokaisella tieteenalalla on omat arvolähtökohdat, jotka ohjaavat aiheen valintaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154). Tämän takia aiheen valintaa on syytä perustella. Mielenkiinto valitsemaani aihetta kohtaan on noussut siitä käydyn yhteiskunnallisen keskustelun myötä, sekä omien kokemuksieni kautta sosiialityöntekijänä työikäisten palveluissa. Erityisesti huumekuolemien määrä nousi otsikoihin syksyllä 2024. Tilastokeskus julkaisi 28.11.2024 tiedotteen vuoden 2023 huumausainekuolemista. Vuonna 2023 91 alle 25-vuotiasta kuoli huumeisiin. Tämä luku on 40 enemmän kuin edellisenä vuotena. Asiasta on uutisoitunut myös esimerkiksi Yle (Toivonen 2024; Toivonen 2022). Lisäksi monet lähteet ovat painottaneet sitä, että päihteidenkäyttäjät nähdään monesti muissa palveluissa vain päihteidenkäyttäjinä, eivätkä siksi esimerkiksi saa mielenterveyspalveluita (Lawson Hellu 2022).

Lisäksi koen, että tutkijana minun on mainittava lapsuudenystäväni menehtymisestä yliannostuksen seurauksena vuonna 2024. Tapahtuma vaikutti omalta osaltaan myös aiheen muodostumiseen, vaikka tutkielman aihe olikin tässä kohtaa jo valittu. Henkilökohtaisten kokemusten takia on erityisen tärkeää huolehtia siitä, että tutkimuksen toteutuksessa ei näy omia ajatuksiani ja asenteitani vaan pyrin puhtaasti selvittämään haastatteluilla haastateltavien omia kokemuksia aiheeseen liittyen. Haastattelutilanteissa tutkijan tulee kiinnittää erityisesti huomiota siihen, miten hän itse käyttäytyy ja miten ja itse mahdollisesti ohjaa tai rajaa haastateltavaa ja haastattelua. (Mäkinen 2006, 96.)

Peruslähtökohta hyvään tutkimukseen on henkilöiden välinen luottamus ja se säilyy vain, jos tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioitetaan (TENK 2019, 8). Kuten todettu, haastattelin pro gradu – tutkielmaani Osallisuuskeskus OODI:n asiakkaita.

Haastatteluprosessi rekrytoimisesta lähtien toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Haastateltaville korostettiin heidän oikeuksiaan ja heille tuotiin selväksi, että haastattelu on vapaaehtoinen (Eskola & Suoranta 2008, 55–56). Haastattelun vapaaehtoisuuteen liittyy myös se, että henkilöillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta sekä myös keskeyttää tai peruuttaa osallistuminen milloin tahansa. Haastattelun on täten aina perustuttava suostumukseen. (Eskola & Suoranta 2008, 56; TENK 2019, 8–9; Tuomi & Sarajärvi 2018, 155–156.) Toin nämä kaikki seikat haastateltaville tiedoksi ennen haastattelun alkua. Kiinnitin erityistä huomiota tähän, sillä tiedostin, miten sensitiivisten asioiden äärellä olemmekaan. Ennen haastattelun aloittamista kävin suostumuslomakkeen läpi suullisesti haastateltavan kanssa. Suostumuslomakkeeseen tarvittiin haastateltavan nimi ja allekirjoitus. Suostumuslomake pitää sisällään henkilötietoja, joten sen käsittelystä lisää jäljempänä.

OODI:lla on käytössä omassa toiminnassaan asiointikunto. Asiakkaiden tulee siis olla asiointikunnossa OODI:ssa käydessään, sillä täyden päihteettömyyden vaatiminen olisi haasteellista. Tähän liittyy myös eettistä pohdintaa. Tutkijana minun oli tiedostettava, että haastateltavat saattavat olla päihteiden vaikutuksen alaisena haastattelutilanteessa. Kenen tahansa toimintakyky voi alentua hetkellisesti tai pysyvästi. Tällöin esimerkiksi suostumuksen antamisen suhteen tulee olla tarkkana. Tutkimuksesta annettavat tiedot tulee esittää tavalla, jonka henkilö pystyy ymmärtämään. (TENK 2019, 10.) Kiinnitin näihin asioihin erityistä huomiota ja tukeuduin myös OODI:n työntekijöiden ammattitaitoon tehdessä arviointia.

Tarvittaessa tein arvion yhdessä OODI:n työntekijöiden kanssa haastateltavan asiointikunnosta. Mikäli vaikuttaisi siltä, että henkilö ei ymmärtäisi esimerkiksi suostumuksen antamista tarvittavalla varmuudella, haastattelun ajankohta olisi siirrettävä. Tutkijana olin viimesijaisessa vastuussa ratkaisuihin. Arvioin vielä kussakin haastattelutilanteessa sitä, onko henkilö sillä hetkellä kykenevä ymmärtämään omat oikeutensa haastattelun suhteen ja vastaamaan haastattelukysymyksiin. Loppujen lopuksi jouduimme rajaamaan yhden henkilön haastattelujen ulkopuolelle. Hän saapui sovitusti varatulle haastatteluajalle, mutta teimme yhdessä kyseisen henkilön sekä OODI:n työntekijöiden kanssa päätöksen, että haastattelun ajankohta siirretään päihtyneisyyden takia. Siirretty aika ei loppujen lopuksi toteutunut, joten tämä henkilö ei osallistunut haastatteluun.

Noudatin erityistä huolellisuutta haastattelurunkoa tehdessäni. Teemahaastattelurunko laadittiin niin, että tutkimuksessa kerättiin mahdollisimman vähän taustatietoja haastateltavista. Toteutin haastattelut Osallisuuskeskus OODI:n tiloissa, missä oli tarvittava

yksityisyys. Käytimme tilanteesta riippuen vastaanottohuonetta tai toimistotiloja. Oli tärkeää, että haastattelutilanteet pidettiin turvallisina. Tutkijana minun tuli kiinnittää myös erityistä huomiota siihen, miten toteutan teemahaastattelut ja millaisia kysymyksiä kysyn. Kiinnitin erityistä huomiota sanavalintoihin ja selkeästi puhumiseen. Erityistä huomiota on käytettävä esimerkiksi käsitteitä ja ammattisanastoa koskien. Käytettävän kielen on oltava molempien, sekä haastateltavan että haastattelijan ymmärrettävissä. Haastattelutilanteessa pyrin olemaan haastateltavaa kohtaan luotettava, selkeä ja rauhallinen.

Henkilöillä on oikeus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuksen toteutuksesta. (Eskola & Suoranta 2008, 56; TENK 2019, 8–9; Tuomi & Sarajärvi 2018, 155–156.) Henkilötietoja sisältävän tutkimuksen periaatteita ovat suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus (TENK 2019, 11). Vaikka tutkimusaineistoksi ei kerätä henkilötietoja niitä saattaa tästä huolimatta joutua tutkimusaineistoon. Henkilötiedoilla tarkoitetaan kaikkia tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan henkilöön liittyviä tietoja. Tutkimusaineisto sisältää henkilötietoja, mikäli siitä voidaan suoraan tai epäsuoraan tunnistaa henkilö. (Mt.) Tutkijana olin vastuussa yksityisyyden ja tietosuojan toteutumisesta. Haastateltavien anonymiteettia oli suojeltava tutkimuksen kaikissa vaiheissa erityisellä huolellisuudella. Haastateltavan on aina jätävä nimettömäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156.) Asiakkaat asioivat myös OODI:ssa anonymiteetin suojaamina, sillä he asioivat siellä vain nimimerkillä.

Tutkijana oli minun vastuullani pitää huoli siitä, että toin asiakkaalle selkeästi ilmi sen, mitä hän ei saa haastattelutilanteesta äänitallenteelle sanoa. Asia oli sanottava kuitenkin hienovaraisesti, ettei haastateltava säikähdä ja rajoita liikaa omaa puhettaan. Sensitiivisestä aiheesta huolimatta myös sensitiivisten tietojen keräämistä tuli välttää. Haastattelutilanteessa korostin sitä, että kyse on kokemuksista mielenterveyspalveluihin pääsystä eikä esimerkiksi omasta päihteidenkäytöstä. Kävin myös haastateltavien kanssa selkeästi läpi mistä haastattelussa on kyse ja mitä ei saisi sanoa. Vaikka toin nämä asiat mahdollisimman selkeästi esiin ennen haastattelua, haastatteluaineistoon päätyi sellaista tietoa mitä sinne ei olisi saanut. Täten tutkimusaineisto oli anonymisoitava huolellisesti ja mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen. Litteroin äänitallenteena tallennetut haastattelut aina samana iltana, jolloin poistin aineistosta kaikki sinne kuulumattomat tiedot. Poistin aineistosta kaikki sellaiset asiat, mistä haastateltava voitaisiin tunnistaa suorasti tai epäsuorasti (Kuula 2011, 112; TENK 2019, 11). Näillä tiedoilla ei ollut merkitystä tutkielman toteuttamisen suhteen.

Ikä on suora henkilötieto, joten pidin huolen siitä, ettei tämä päätynyt aineistoon. Kysyin haastateltavalta hänen ikänsä suostumuslomakkeen allekirjoittamisen yhteydessä ja kirjoitin iän vain omiin muistiinpanoihini ylös. Henkilöiden ikä ei ole tunnistettavissa tässä tutkielmassa sillä mainitsen iät vain siltä osin, että lukija pystyy havaitsemaan haastateltavien ikähaarukan. Haastateltavat olivat iältään 20–64-vuotiaita. En sisällytä ikää muilta osin tutkielmaan. Haastateltavan sukupuoli on myös henkilötieto. Haastateltavat asuvat todennäköisesti Rovaniemellä, joten on mahdollista, että haastateltavat voisivat olla tunnistettavissa sukupuolen perusteella. Lisäksi Rovaniemi on suhteellisen pieni kaupunki, ja erityisesti päihteitä käyttävät kohderyhmänä on hyvin pieni osa väestöä. Täten on perusteltua olettaa, että henkilöt voivat olla helposti tunnistettavissa (Kuula 2011, 204). En kerro haastateltavien sukupuolta esittäessäni tulosten yhteydessä aineistositaatteja.

Tietojen käsittelyssä tärkeää on luottamuksellisuus ja anonymiteetti ja näistä on pidettävä huolta myös tutkimusta julkaistaessa (Eskola & Suoranta 2008, 57). Tämän takia viiataan tässä tutkielmassa haastateltaviin vain yleisellä merkinnällä H. En jaottele tarkemmin eri henkilöiden antamia vastauksia minimoidakseni haastateltavien tunnistettavuuden. Saman haastateltavan vastaukset voisi olla yhdistettävissä niin että hänet voidaan tunnistaa. (Kallinen ym. 2015, 165; Kuula 2011, 201.) Tätä valintaa puoltaa myös se, että vain yksi haastateltavista on nainen, joten erityisesti hän voisi olla helposti tunnistettavissa. Litterointivaiheessa anonymisoin kaikki mahdolliset tunnistetiedot aineistosta noudattaen TENK:in (2019, 12) ohjeistusta. Tämän jälkeen tein litteroidusta aineistosta varmuuskopiot salasanasuojatuille kahdelle muistitikulle. Tämän jälkeen tuhosiin äänitallenteet.

TENK:in (2019, 12) ohjeen mukaan tunnistetiedot ja anonymisoitava materiaali on pidettävä suojatusti erillään toisistaan. Lisäksi pääsyoikeus näihin saa olla vain henkilöillä keillä on asianmukainen peruste. Haastatteluaineistoa säilytin omalla kannettavalla tietokoneellani ja varmuuskopioita kahdella muistitikulla, joihin kenelläkään muulla henkilöllä ei ollut pääsyä. Tietokone sekä muistitikut olivat myös suojattu salasanoin. Kuten todettu, aineiston tekstimuodosta poistin tunnistetiedot anonymiteetin varmistamiseksi, eikä haastateltavia pysty tunnistamaan lopullisesta tutkielmasta vastausten perusteella. Haastattelun yhteydessä allekirjoitettuja suostumuslomakkeita säilytin kotonani paikassa, johon muilla ihmisillä ei ole pääsyä. Suostumuslomake piti sisällään henkilötietoja, joten niiden käsittelyn suhteen olin erityisen huolellinen. Säilytin suostumuslomakkeita haastatteluaineistosta erillään erillisessä lukittavassa kaapissa, johon vain minulla on avain. Heti tutkielman valmistuttua poistin kaiken haastatteluaineiston laitteiltani sekä tuhosiin tietoturvallisesti myös suostumuslomakkeet.

## 5. Päihteitä käyttävien kokemat haasteet mielenterveyspalveluihin pääsyssä

Tässä luvussa käsittelen teemoja, jotka liittyvät ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni eli siihen, millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluiden piiriin. Teemoja tässä luvussa on yhteensä 6. Jokainen teema käsittelee omaa kokonaisuuttaan ja vastaa omalta osaltaan tutkimuskysymykseen. Teemojen sisältöjen kanssa on kuitenkin hieman päällekkäisyyttä, sillä teemat liittyvät toisiinsa ja muodostavat kokonaisuuden suhteessa kokemuksiin mielenterveyspalveluihin pääsystä. Lisäksi kaikki teemat liittyvät olennaisesti myös toiseen tutkimuskysymykseeni eli siihen, millaista tukea päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen. Tarkoitin tällä sitä, että haasteiden poistaminen olisi juuri sitä tukea mitä päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsisivat päästäkseen mielenterveyspalveluiden piiriin.

### 5.1. Palveluihin pääsyn eriarvoisuus

Ensimmäinen teema liittyy kokemukseen eriarvoisesta kohtelusta palveluissa. Haastateltavista jokainen kertoi siitä, mitä he ovat kohdanneet hakeutuessaan mielenterveyspalveluiden piiriin. Aineistossa korostui kokemus, että päihteitä käyttävät ovat eriarvoisessa asemassa verrattuna ihmisiin, jotka eivät käytä päihteitä. Kolmella haastateltavalla oli kokemuksia mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta sekä päihteitä käyttävänä että päihteettömänä. Heidän kokemustensa mukaan heitä kohdeltiin eri tavalla silloin kun he käyttivät päihteitä verrattuna siihen, kun he eivät käyttäneet päihteitä. Eräs haastateltava esimerkiksi kertoi, miten hänelle tarjottu aika mielenterveyspalveluista meni huomattavasti pidemmälle silloin kun hän käytti päihteitä verrattuna siihen, kun hän ei käyttänyt päihteitä.

*H: ”No siis mie oon ite tuota hakenu apua silloin kun mie oon käyttänyt ja silloin kun mie en ole käyttänyt ja voin sanoa että nopeammin sain apua kun mie en käyttänyt.”*

Jonoon siirtäminen saattaa päihteitä käyttävästä ihmisestä tuntua torjuvalta. Päihteitä käyttävälle tulisikin pystyä tarjoamaan aika mahdollisimman nopeasti. (Vanjusov 2022, 112.) Palveluissa voi tapahtua priorisointia, jossa ihmiset luokitellaan enemmän tai vähemmän ”toivottomiksi”, jolloin voidaan tarvittaessa panostaa niihin, keiden auttaminen ei vie valtavasti resursseja (mt., 187). Kokemus siitä että tällaista tapahtuu, on huolestuttava. Mielenterveyspalveluissa ei tulisi priorisoida asiakkaita millään perusteella. Kaikkien tulisi olla tasavertaisesti oikeutettuja palveluihin.

Ongelmallisuutta mukanaan tuo myös se, että päihdemerkintä säilyy henkilön tiedoissa pitkään. Menneisyydessä saatu merkintä vaikuttaa mielenterveyspalveluiden saamiseen myös tulevaisuudessa. Päihdemerkinnän perusteella henkilö voidaan ohjata suoraan riippuvuuspalveluihin. Yhdellä haastateltavalla oli juuri tällaisia kokemuksia. Hän kertoi, että hänet ohjattiin apua hakiessa aina ensin riippuvuuspalveluihin entisen päihdemerkinnän takia, vaikka hän ei tuolloin enää käyttänyt päihteitä. Riippuvuuspalveluista hänet ohjattiin sitten mielenterveyspalveluihin. Päihteidenkäyttäjien voidaankin sanoa olevan menneisyytensä vankeja. Päihteidenkäyttäjän leima kulkee henkilön mukana tulevaisuudessaakin, vaikka henkilö kuntoutuisikin riippuvuudestaan. (Vanjusov 2022, 186.)

*H: ”Eli jos on joskus saanut merkinnän että on sitä päihdetaustaa niin sitten tavallaan ne vaikutukset näkyy tosi tosi pitkälle... Ensin ohjataan jonnekin missä pitäisi olla riippuvuus ja kun ei ole riippuvuutta niin ohjataan muualle...niin se [päihdemerkintä] heijastuu papereihin sitten vielä pitkän aikaa.”*

Toinen eriarvoisuudesta kertova kokemus liittyy siihen, että mielenterveyspalveluita ei ole lainkaan tarjottu silloin kun on käyttänyt päihteitä. Tästä kertoi kaksi haastateltavaa. Päihteitä käyttävänä he jäivät kokonaan mielenterveysavun ulkopuolelle. He pääsivät asiakkuuteen vain riippuvuuspalveluihin, vaikka tarve olisi ollut nimenomaan mielenterveyspalveluille. Kokemuksissa korostui se, etteivät työntekijät olleet ymmärtäneet ja kuulleet avuntarvetta haastateltavien yrityksistä huolimatta.

*H: ”Niinku ne esteet oli kaikki silloin kun oli päihteitä. Että tota onko tämä vaan minun päässäni kaikki...Mulla on semmoinen käsitys, että kun on jäässä, kun on sekaisin niin se että jos yrität niinku sanoa että tarvitsee jotain apua niin se ei oikein mene perille. Että tota toinen ei niinku kuule mitä toinen yrittää sanoa... kun se on sitä se on jatkuvaa epätoivoa ja vaikka kuinka yrität niin tuntuu että ei mihinkään.”*

*H: ”Sitten ne siirsi sinne riippuvuuspalveluihin minut ja niinku joka kerta jaksoin siitä että miksi mie oon täällä että kun mulla on tuo mielenterveys... mie tarviisin mielenterveyteen niinku jotakin hoitoa, oli se lääkinnällistä, oli se juttelua tai ei, mutta kuiteskin siihen viittaavaa, ei tätä hemmetin tyhjän paskan jauhamista joka kerta [riippuvuuspalvelujen] puolella että mitä mie oon vetänyt.”*

*H: ”Vängättiin vastaan siitä että kun sulla on niin pitkä päihdehistoria. Mie että no elä nyt siihen puutu että mie tulin tänne sen takia koska teillä lukee että täällä on [riippuvuuspalvelut] ja mielenterveyspuoli ja mie tulin hakemaan mielenterveyspuolelle ja te laitatte minut sinne riippuvuuspoliklinikalle.”*

Ensimmäisestä kokemuksesta on havaittavissa haastateltavan epävarmuus siitä, että onko hänen avuntarpeensa todellinen. Kun avuntarvetta ei ole kuultu, on henkilö alkanut syyllistämään itseään avun saamattomuudesta. Mielenterveyden häiriöstä kärsivälle onkin ominaista syyttää itseään ja ajatella, että hänessä on jotain vialla (Romakkaniemi 2011, 54). Toisesta ja kolmannesta kokemuksesta on havaittavissa henkilön turhautuminen siihen, ettei hänen avuntarvettaan ymmärretä. Kokemuksista näkyy se, miten henkilöt ovat jatkuvasti yrittäneet ilmaista mielenterveyspalveluiden tarvetta. Mielenterveysapua ei kuitenkaan ole annettu.

Eriarvoinen kohtelu palveluissa liittyy olennaisesti siihen että päihteitä käyttävät ihmiset halutaan laittaa vain riippuvuuspalveluiden asiakkuuteen. Ihmisten eriarvoinen kohtelu saattaa johtua siitä, miten päihteitä käyttäviin ihmisiin suhtaudutaan ja miten paljon stigmaa tähän aiheeseen liittyy. Päihderiippuvaisiin saatetaan suhtautua torjuvasti palveluissa ja heitä saatetaan syyllistää omasta sairaudestaan. Kyse on loppujen lopuksi syrjinnästä ja epätasa-arvoisesta kohtelusta. Henkilöstä tämä saattaa vaikuttaa siltä, ettei häntä kuunnella tai että häntä ei oteta vakavasti. (Vanjusov 2022, 183–185.) Erityisesti mielenterveyspalveluissa päihteitä käyttäviin henkilöihin suhtaudutaan torjuvasti (mt., 126). Henkilöitä monesti ”pompotellaan” mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden välillä mikä saattaa johtua siitä, miten psykiatrisessa hoidossa ja erikoissairaanhoidossa suhtaudutaan päihteitä käyttäviin ihmisiin (Rovamo & Toikko 2019, 288). Haastateltavat ovat siis kokeneet eriarvoista kohtelua mielenterveyspalveluissa silloin kun he ovat käyttäneet päihteitä verrattuna silloin, kun he eivät ole käyttäneet päihteitä. Tämä saattaa johtua juuri työntekijöiden asenteellisuudesta ja stigmasta, mitä päihteitä käyttäviin ja päihderiippuvuuksiin liitetään.

Aineistossa korostui se, että henkilön asiakkuus siirrettiin aina riippuvuuspalveluihin, kun selvisi että hänellä esiintyy päihteidenkäyttöä. Näin tapahtui myös silloin, kun hänellä oli aiemmin ollut asiakkuus mielenterveyspalveluissa. Kokemuksissa korostui se, että henkilöllä ei ole voinut olla asiakkuutta sekä riippuvuus- että mielenterveyspalveluihin. Asiakkuus on ollut vain riippuvuuspalveluissa. Tässä yhteydessä henkilön mielenterveydenhoito on jäänyt taka-alalle, vaikka tarve olisi ollut kova. Yksi haastateltava oli aiemmin saanut apua mielenterveyspalveluista. Hän kertoi sittemmin katkaisseensa hoitosuhteensa mutta hakeneensa myöhemmin uudestaan apua mielenterveyspalveluista kertoen samalla, että hän käyttää päihteitä. Tämän jälkeen hänet oli otettu asiakkuuteen riippuvuuspalveluihin. Hänellä oli edelleen lääkitys mielenterveysongelmiinsa, mutta mitään keskusteluapua ei ollut annettu. Myöhemmin hänet ohjattiin hakeutumaan korvaushoitoon. Tässä yhteydessä katkaistiin kaikki lääkitykset, sillä korvaushoito vaatii sitä. Haastateltava kertoi, että tämän jälkeen mielenterveyspuoli jäi pikkuhiljaa kokonaan ”pimentoon”. Kokemuksesta korostuu se, ettei tilannetta arvioitu kokonaisvaltaisesti.

*H: ” Niin ja sitten niinku loppupeleissä kaikki jäi pimentoon, se itse mielenterveyspuoli se niinku jäi täysin pimentoon. Siellä niinku kyseltiin vaan niitä näitä, miten on mennyt, mitä oon vetänyt, että koitappa pysyä kunnossa joo, laitetaan sulle seuraava aika. Koskaan ei niinku otettu kiinni siitä ite viasta että miksi mie käytän huumeita.”*

Kokemuksessa korostuu henkilön turhautuminen siihen, ettei hänen tilaansa selvitetty kokonaisvaltaisesti. Haastateltava olisi kaivannut sitä, että hänen palveluntarpeensa olisi kartoitettu kokonaisvaltaisesti. Valitettavan usein päihteidenkäyttäjien palveluntarve todetaan täytetyksi vain yhdellä palvelulla, vaikka tarve olisi useamman palvelun kokonaisuudelle (Vanjusov 2022, 117).

Aineistossa korostuivat korvaushoidon aiheuttamat esteet muiden palveluiden saamiselle. Kaksi haastateltavaa koki korvaushoidon olleen esteenä mielenterveyspalveluiden saamiselle. Heidän kokemustensa mukaan korvaushoidon alettua kaikkien asioiden hoito siirrettiin korvaushoidon puolelle. Eli vaikka henkilöllä oli aikaisemmin ollut asiakkuus mielenterveyspalveluissa, tämä lopetettiin korvaushoidon alkaessa. Myös kaikki lääkitykset lopetettiin. Kaikkien asioiden hoitamisen siirtyminen korvaushoitoon koettiin pääasiassa huonona. Pääpaino korvaushoidossa on päihteissä ja siellä keskitytään yleensä vain päihteidenkäyttöön. Yhdelle haastateltavalle myös keskusteluapu elämän kriisitilanteessa oli

järjestetty korvaushoidon puolella ja sen toteutti korvaushoidon työntekijä. Tämä oli koettu hyödyttömäksi.

*H: ”... niin tota mie kävin siitäkkin terapiassa ja tuota sekin järjestettiin korvaushoidon puolella ja korvaushoidon niinku työntekijää pietti niitä ja se saatto se työntekijäkin vaihdella välillä. Elikkä sitä ei ollu mitään hyötyä. En halua haukkua mutta ei siitä ollut mitään hyötyä, se on vaan karu fakta.”*

Usein riippuvuuspalveluissa käy niin, että kun henkilölle tarjotaan jokin yksittäinen palvelu, todetaan että henkilön palveluntarpeeseen on vastattu riittävästi, vaikka tarve olisi-kin useammalle palvelulle. Korvaushoidon suhteen voi käydä niin, että syvällisempi palvelutarpeen arviointi jää tekemättä eikä palveluntarpeeseen vastata kokonaisvaltaisesti. (Vanjusov 2022, 117.) Usein käy niin, että päihderiippuvuutta ei hoideta kokonaisuutena, vaan hoidetaan vain sen aiheuttamia oireita. Henkilöä ei hoideta kokonaisvaltaisesti, jos mielenterveyden haasteisiin ei saa samanaikaisesti hoitoa. (Mt., 126–127.) Tämä korostuu monen haastateltavan kokemuksissa. Kun korvaushoito on aloitettu, muu palveluntarve jää pimentoon. Vaikka henkilö ilmaisisi avun tarpeen suoraan, niin tähän ei aina vastata.

Yksi haastateltava kertoi sanoneensa lääkärille, että hänellä on traumoja ja hän haluaisi tähän apua. Lääkäri oli vastannut, että sitä varten on traumaterapia. Häntä ei kuitenkaan ohjattu terapiaan eikä hänelle tarjottu aikaa. Sen sijaan oli todettu, että kyseisen henkilön palveluntarpeeseen oli jo vastattu, kun hän oli riippuvuuspalveluiden asiakas. Korvaushoidossa olleilla haastateltavilla on samanlaisia kokemuksia. Apua mielenterveyteen on pyydetty toistuvasti, mutta asiaan ei ole tullut muutosta. Asiakkuus on jatkunut korvaushoidossa ennallaan.

*H: ”Miksi mie täällä [korvaushoidossa] olen ees että auttaako tää mua enää yhtään että kun mie oon näin pitkään täällä ollut. Että miksi me paikkaillaan vaan oireita että miksi me ei korjata vikaa että se on se vika siellä mielenterveyspuolella että mie oon ihan väärässä paikkaa.”*

Tässä kokemuksessa korostuu se, että henkilö itse tiedostaa, että korvaushoito ei ole riittävää hänen tarpeisiinsa. Kokemus tekee näkyväksi Vanjusovin (mt., 126–127)

mainitseman ilmiön siitä, että hoidetaan vain päihderiippuvuuden aiheuttamia oireita, ei kokonaisuutta.

Yksi haastateltava kertoi lopettaneensa korvaushoidon oma-aloitteisesti kokiessaan, ettei siitä ollut hänelle mitään hyötyä. Hän kertoi kokeneensa olleen ”vapaa” silloin kun hän ei ollut enää korvaushoidon asiakas. Tällöin hänelle ei enää sanottu muissa palveluissa, että ”jaa olet korvaushoidossa”. Nyt hän koki olevansa työntekijöiden silmissä jotain muutakin kuin vain päihteidenkäyttäjää. Lopulta hän päätti kuitenkin, että yrittää hakea korvaushoidosta apua uudestaan. Haastateltava kertoi, että tilannetta ei arvioitu uudestaan tarpeeksi perusteellisesti. Hän kertoi, että työntekijät olivat oikaisseet tässä prosessissa. Hänet otettiin takaisin korvaushoidon asiakkaaksi sillä perusteella, että hän oli vanha asiakas. Hän kertoi, että yksi pakollisista käynneistä kuitattiin suoritetuksi ilman että hän oli edes paikalla. Tämä kertoo siitä, ettei aiemmin korvaushoidossa olleen henkilön palveluntarvetta arvioida enää uudestaan. Henkilö otetaan asiakkuuteen vain sillä perusteella, että hän on ollut siellä aiemminkin. Muidenkin haastateltavien kokemusten perusteella olisi tärkeää, että henkilön palveluntarve arvioitaisiin aina kokonaisvaltaisesti ilman lokerointia päihteidenkäyttäjäksi.

Kokemukset korvaushoidosta eivät olleet haastateltavilla kovin positiivisia. Haastateltavien mukaan korvaushoidossa ei saa kokonaisvaltaista apua ongelmiin vaan pääpaino on päihteidenkäytössä. Korvaushoidon sijaan on myös vaikea saada muuta apua jälkikäteen. Kuten edellä mainitusta kokemuksesta kävi ilmi, jos on kerran ollut korvaushoidon asiakas, pysyy asiakkuus jatkossakin siellä.

*H: ”Periaatteessa mie en nää sitä minään muuna ku paikkana mistä mie saan lääkkeen. Kerran kun menet sinne, niin siellä sitten ollaan.”*

Päihteitä käyttävien tulisi olla yhtä oikeutettuja mielenterveyspalveluihin kuin päihteettömien ihmisten. Ei riitä, että henkilöllä on asiakkuus vain riippuvuuspalveluissa. Todellisuudessa mielenterveyden haasteisiin on kuitenkin vaikea saada hoitoa ilman päihteettömyyttä (Virokannas 2017a, 278). Yksi haastateltavista koki, että päihteitä käyttävien tulisi olla jopa etuoikeutettuja mielenterveyspalveluihin. Tällä hän tarkoitti sitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmat kulkevat usein käsikädessä ja mielenterveyttä lääkitään monesti päihteillä. Tämän takia olisi tärkeää, että päihteitä käyttäville tarjottaisiin automaattisesti myös mielenterveyspalveluita riippuvuuspalveluiden lisäksi. Haastatteluissa

korostui paljon se, miten päihteet ovat korvanneet mielenterveysapua. Kun henkilö ei ole saanut apua mielenterveyteensä, apua on haettu sen sijaan päihteistä. Yksi haastateltava kertoi, että päihteitä käyttävillä on ”paha tapa” ratkaista ongelmat päihteillä. Päihteiden käyttäminen saattaa olla seurausta siitä, että henkilö ei ole saanut tarvitsemaansa mielenterveysapua. Jos henkilö olisi saanut apua haasteisiinsa jo aikaisemmin, ei hän välttämättä olisi koskaan alkanut käyttämään päihteitä. Näin oli eräissä tapauksissa tapahtunut esimerkiksi neuropsykiatristen haasteiden tunnistamattomuuden vuoksi.

*H: ”Niin tuota luulisin näin että jos oltais alussa hoksattu laittaa minut ADHD testiin vaikka ja saaha diagnoosi ja lääkitys siihen niin mie en usko että mie olisin välttämättä alkanut edes koskaan huumeita käyttää koska mie tietämättäni vähän niinku aloin käyttää että se niinku helpotti sitä kaaosta mikä on vieläkin niinku yllä.”*

Haastateltava kertoo, miten hän on päihteillä helpottanut omaa pään sisäistä kaaosta. Hän kertoo, ettei välttämättä olisi koskaan alkanut käyttämään päihteitä, mikäli hänet olisi nuorena laitettu neuropsykiatrisiin testeihin ja hän olisi saanut sitä kautta tarvittavan hoidon.

Päihteidenkäytöllä voidaan siis lieventää mielenterveysongelmien oireita, mutta päihteidenkäyttö voi myös aiheuttaa mielenterveysongelmia. Tämä tekee kaksoisdiagnoosin saaneiden henkilöiden hoitamisesta haasteellista. (Vanjusov 2022, 126–127.) Haastateltavien kokemusten perusteella on kuitenkin selvää, että henkilöiden tilannetta tulisi arvioida kokonaisvaltaisemmin. Apua tulisi tarjota muuhunkin kuin vain riippuvuuteen. Päihteidenkäyttöön liittyy useimmiten muitakin elämän haasteita kuten mielenterveysongelmia, joten olisi tärkeä kartoittaa kaikkien palveluiden tarve ja tarjota niitä henkilölle. Ei riitä, että apua saa vain itse riippuvuuteen, sillä vain yhden ongelman hoitaminen monista ongelmista ei vie kovin pitkälle.

Haastattelujen perusteella onkin selvää, että moni päihteiden käyttäjä kokee olevansa eriarvoisessa asemassa. Päihteitä käyttäviä kohtaan liittyy paljon asenteita ja stigmaa, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, miksi heitä kohdellaan palvelujärjestelmässämme näin. Entisten palvelujen taikka vanhojen päihteidenkäyttömerkintöjen perusteella ei kuitenkaan tulisi tehdä suoraan päätöksiä vaan tilanteita olisi aina hyvä arvioida uudestaan sillä henkilöiden tilanteet muuttuvat. Palveluntarve olisi tärkeää saada kartoitetuksi, jotta henkilöt saisivat sellaista apua minkä he kokevat juuri heille hyödylliseksi. Palveluissa ei

pitäisi tyytyä siihen, että pelkkä riippuvuuspalveluiden asiakkuus riittää. Tilannetta tulisi arvioida tarvittaessa laajemmin.

## 5.2. Asenteellisuus päihteitä käyttäviä kohtaan

Toinen teema liittyy kokemukseen asenteellisuudesta päihteitä käyttäviä kohtaan. Jokaisella haastateltavalla oli kokemuksia kohtaamisista, missä asenteellisuutta oli havaittavissa. Asenteellisuus ja ennakkokäsitykset päihteitä käyttävistä ihmisistä ovat hyvin yleisiä. Luvussa 5.1. mainitsin siitä, miten merkintä päihteidenkäytöstä säilyy henkilön tiedoissa pitkään ja miten sen perusteella saatetaan tehdä oletuksia. Tämä liittyy myös asenteellisuuteen, sillä merkinnän ansiosta työntekijöillä on tieto siitä, että henkilö käyttää päihteitä ja häneen voidaan suhtautua asenteellisesti tämän takia. Asenteellisuus ja ennakkokäsitykset päihteitä käyttävistä ihmisistä ovat hyvin yleisiä. Tähän liittyy olennaisesti päihteidenkäyttöön liittyvä stigma ja häpeäleima kuten ne liittyivät myös päihteitä käyttävien eriarvoiseen kohteluun palveluissa luvussa 5.1.

Mikäli henkilö saa tietoihinsa merkinnän päihteidenkäytöstä, sen vaikutukset ovat kauaskantoisia. Esimerkiksi sosiaalityön näkökulmasta aikaisemmilla kirjauksilla on valtava merkitys asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja asiakkaan oikeuksien toteutumisen suhteen (Laaksonen ym. 2011, 42, 47). Aiempia kirjauksia katsotaan usein ja niistä saatetaan tehdä johtopäätöksiä. Päihteitä käyttävien ihmisten kohdalla saattaa käydä niin, että heidän tietoihinsa kirjataan merkintä päihteidenkäytöstä. Myöhemmin toiset työntekijät näkevät tämän merkinnän, ja huomaavat, että kyseessä on päihteitä käyttävä henkilö. Tästä henkilölle saattaa tulla kokemus, että häntä kohdellaan aina päihteitä käyttävänä ihmisenä eikä vain ihmisenä. Tämä saattaa vaikuttaa kohteluun palveluissa, vaikka hän lopettaisi-kin päihteet, sillä merkintä säilyy tiedoissa pitkään. Yhdellä haastateltavalla oli kokemuksia juuri tästä. Hän kertoi lopettaneensa päihteidenkäytön, mutta edelleen mielenterveyspalveluissa asia nousee esille vanhan merkinnän takia.

*H: ”Joo että jos oot entinen päihteidenkäyttäjä niin sullahan säilyy se merkintä siellä pitkään. Niin sitten että miten sä pystyt tarkistaa sen että jos joku lopettaa... se on vähän silleen että jos on päihdemerkintä niin sut ohjataan aina johonkin eri suuntaan sitten että siinä ei tavallaan suoraan oteta kantaa. Tavallaan ei uskota potilaan sanaan.”*

On yleistä, että päihderiippuvuudesta toipunut kärsii päihteitä käyttävän leimasta vielä pitkään lopettamisen jälkeenkin (Vanjusov 2022, 186). Henkilön palveluntarpeen arvioinnin suhteen ei saisi tehdä päätöksiä vanhojen tietojen perusteella. Kun henkilö kokee asenteellisuutta päihteidenkäyttöä kohtaan ja stigmatisointia, alkaa hän nähdä itsensä huonolla tavalla poikkeavana (Vanjusov 2022, 184). Lisäksi aiempien huonojen kokemusten myötä henkilö saattaa olla hyvin tietoinen siitä, mitä ihmiset hänestä ajattelevat. Tämä saattaa vaikuttaa henkilöön niin että hänelle tulee tarve ”todistella”, että hän on erilainen kuin mitä ihmiset ymmärtävät. Todistelulla voidaan myös yrittää vaikuttaa siihen, että saisi palvelua. Todistelua on pidetty tärkeänä, koska osa haastateltavista oli havainnut, että päihteettömänä saa paremmin mielenterveyspalveluita. Todistelu korostui aineistossa.

*H. ”Tuossa on semmoinen ongelmakohta eli kun sä lopetat niin mistä yhteiskunta tietää että sä oot lopettanut. En tiedä pitäisikö se jotenkin todistaa sitten vai mikä tossa on se systeemi...Suomessahan on näin että kun joskus ollut narkomaani niin on aina narkomaani tyyppinen asenne. Onhan sitä nyt täällä ihmiset ennenkin tehnyt virheitä.”*

Kokemuksessa korostuu se, miten haastateltava tiedostaa päihteitä käyttäviin kohdistuvan asenteellisuuden. Hänelle olisi tärkeää, että hänet nähtäisiin ihmisenä eikä päihteidenkäyttäjänä entisen päihdemerkinnän takia. Todistelun merkitys korostaa sitä, miten päihteidenkäyttäjien muutokseen ei uskota. Muutokseen uskomisen olisi äärimmäisen tärkeää päihteitä käyttäville ihmisille. Heidän on vaikea uskoa itse muutokseen stigmatisoinnin vuoksi, joten olisi tärkeää, että ammattilaiset olisivat muutoksessa tukena ja kannustaisivat siihen.

Yksi haastateltava korosti, että päihteitä käyttävän auttaminen on varmasti yhtä turhauttavaa työntekijälle kuin se on itse kyseiselle henkilöllekin. Tällä hän tarkoitti sitä, miten päihteitä käyttävien toipuminen ei ole suoraviivaista vaan retkahteluja tulee.

*H: ”No se on varmaan yhtä turhauttavaa heille kun se on käyttäjillekin koska minun käsityksen mukaan se on sen 100 taikka 1000 kertaa kun se retkahtaa ja uudestaan ja uudestaan niin eihän semmoista kiinnostaa alkaa auttamaan että se on ihan niinku ymmärrettävää sillä lailla.”*

Edellä olevassa kokemuksessa korostuu, miten henkilö ymmärtää tilanteen turhauttavuuden työntekijän näkökulmasta. On yleisesti ymmärrettyä, että päihderiippuvuuteen liittyy mahdollisesti useita retkahduksia, mutta palvelujärjestelmässä tätä ei siltikään osata hyväksyä. Retkahduksista pitäisi pystyä jatkamaan eteenpäin ilman että ne vaikuttavat henkilön saamiin palveluihin (mt., 148). Kokemuksessa korostuu myös päihteitä käyttävillä oleva leima. Leimaaminen nousi haastateltavien kokemuksissa myös paljon esiin. Monella haastateltavalla oli kokemuksia siitä, miten he olivat kokeneet tulleen leimatuksi päihteidenkäyttäjäksi. Leimaaminen voi tapahtua jo aikaisemmin, mikäli henkilön aiemmissa tiedoissa on maininta päihteidenkäytöstä taikka se voi tapahtua myöhemmin henkilön päihteidenkäytön selvityksessä. Leima voi estää osaltaan mielenterveyspalveluiden saamista. Yksi haastateltavista kertoi kokemuksiaan mielenterveyspalveluista ja leimaamisesta päihteidenkäyttäjäksi.

*H: No se [este mielenterveyspalveluille] on justinsa se leimaaminen, ennakoasenteet. Tuo on narkkari, ei sillä ole mitään mielenterveysongelmaa että se on vaan narkkari*

Haastateltavan kokemuksien mukaan hänet on leimattu vain päihteidenkäyttäjäksi eikä hänelle ole tarjottu mielenterveyspalveluita. Hän kertoo, että päihteidenkäytön takia työntekijät eivät usko hänen mielenterveyden haasteisiinsa. Kokemuksesta voisi päätellä, että työntekijät ajattelevat mielenterveyden haasteiden olevan seurausta päihteidenkäytöstä. Siksi apua ei tarjota mielenterveyteen. Monella haastateltavilla oli omia kokemuksiaan vastaavista tilanteista.

Päihderiippuvuudessa ominaista on se, että se heikentää ihmisen toimintakykyä. Henkilöt jotka eivät pysty sitoutumaan palvelujärjestelmän määrittelemiін ehtoihin saattavat tippua palveluiden ulkopuolelle (Vanjusov 2022, 157, 189). Sekä mielenterveys- että riippuvuuspalvelut vaativat henkilöltä sitoutumista niihin ja tämän takia hänelle ei ole välttämättä myönnetty palvelua tai hän on tippunut sieltä pois. Haasteet sitoutumisessa voivat tarkoittaa esimerkiksi sitä, että henkilö ei saavu varatulle ajalle. Tähän ei välttämättä suhtauduta ymmärtäväisesti. Yksi haastateltava kertoi, että hänelle oli varattu aika mielenterveyspalveluihin, mutta hän oli unohtanut mennä ajalle. Näin oli tapahtunut kaksi kertaa. Haastateltava kertoi, ettei yrittänyt itse varata uutta aikaa. Hän kuitenkin sanoo, että olisi ollut kiva, jos he olisivat tarjonneet uutta aikaa tilalle.

On yleistä, että päihteitä käyttävillä ihmisillä on haasteita saapua varatulle ajalle ja tähän tulisikin suhtautua ymmärtäväisemmin palveluissa. On selvää, että aikoja ei voida tarjota loputtomasti, jos ne jäävät aina käyttämättä. Näissä tilanteissa henkilöä voisi kuitenkin yrittää ohjata esimerkiksi muihin matalan kynnyksen palveluihin jonne henkilö voisi mennä silloin kun kokee sitä tarvitsevansa. Tällainen koettiin haastatteluissa tarpeelliseksi. Kaksi haastateltavaa kertoi, että he soittavat mieluummin hätänumeroon silloin, kun olo on paha, koska se tuntuu helpommalta vaihtoehdolta kuin mennä sovitulle ajalle.

Asenteellisuuden takia monella haastateltavalla oli myös kokemuksia tilanteista, että he eivät saa apua ennen kuin ovat löytäneet ”pohjansa”. Tässä kokemuksessa korostuu jo ensimmäisessäkin teemassa mainittu asia siitä, että monet haastateltavista olivat kertoneet riippuvuuspalveluissa tai muissa palveluissa tarvetta mielenterveyspalveluille, mutta tätä ei oltu kuunneltu. Kaksi haastateltavaa kertoi pyytäneensä apua vuosikausia tuloksetta. Näissä kokemuksissa korostui se, etteivät työntekijät ymmärtäneet ja kuulleet avuntarvetta lukuisista yrityksistä huolimatta. Haastatteluissa kolme kertoi siitä, miten apua saa vasta silloin kun on pohjalla ja vakavasti itsetuhoinen. Kokemuksissa korostuu se, miten epätoivoinen tilanteen pitää olla, ennen kuin apua saa. Kahden haastateltavan mukaan apua on saatavilla vasta silloin, kun he ovat olleet itsetuhoisia tai yrittämässä itsemurhaa. Apua mielenterveyteen on saatu vasta silloin, kun on oltu pohjalla.

*H: ”Voin sanoa suoraan että täällä omasta mielestä ei oo saanu apua ainakaan omiin ongelmiin siinä vaiheessa paitsi jos se piippu olis ollu suussa tai köysi jo kaulalla että...mun mielestä niinku mielenterveyspalvelut on täällä vähän semmoinen että siinä vaiheessa kun se haulikko on jo suussa niin saatetaan auttaa.”*

*H: ”Se lähtökohta on se että se pohja pitää löytyä, ennen sitä muutosta ei oikeasti tapahdu...Että niinku mie olin tappamassa itseäni ja mie en kyennyt sitä tekemään niin sitten mulla niinku ei oo muuta suuntaa enää. Niin tota sitten vasta niinkö ajauduin tuonne sitten tai pääsin hoitoon koska en käyttänyt päihteitä sinä aikana. Mutta tuota se niinku minkälainen se vointi sillä hetkellä, siis olin ihan laitokamaa mutta ei niin kun laitokseenkaan ei näköjään ei sinne pääse.”*

*H: ”Vaikkei oiskaan itsemurha-ajatuksia niin joka toinen tuntuu hokevan sitä et onko itsemurha-ajatuksia. Mulla aina niinkö jumiuduttu siihen niinkö kun koko ajan painostetaan, mä en osaa kertoa sitten. Ja siihen lopahtaa sitten. Sit kirjataan pihalle.”*

Viimeisestä kokemuksesta on havaittavissa se, että jos henkilö ei pysty sanoittamaan omaa avuntarvettaan tarpeeksi voimakkaasti, ei siihen silloin uskota. Kokemuksen mukaan avun saamiseksi olisi pitänyt olla itsemurha-ajatuksia, mutta haastateltava ei ollut kyennyt kertomaan tästä. Sen seurauksena hänet oli vain lähetetty kotiin.

On hyvin erikoista, että mielenterveyspalveluihin pääsemisen edellytyksenä saattaa olla päihteettömyys tai ainakin päihteettömänä saa helpommin mielenterveyspalveluita, kun samalla palvelujärjestelmässä saatetaan vaatia, että henkilöllä menee tarpeeksi huonosti ennen kuin hän saa palvelua (Vanjusov 2022, 188; Virokannas 2017a, 278). On erittäin huolestuttavaa kuulla, miten palvelun edellytyksenä on se, että on ”löytännyt pohjansa”. Apua pitäisi olla saatavilla aikaisemmin, sillä ei ole henkilön eikä palvelujärjestelmän edun mukaista, että häntä autetaan vasta kun hän on saavuttanut pohjansa. Itsetuhoisuus ja itsemurha-ajatuksiset välittyvät kokemuksista vahvoina.

Siihen, miten päihteitä käyttävät ihmiset saavat mielenterveyspalveluita, liittyy haastateltavien kokemusten perusteella paljon asenteellisuutta. Asenteellisuutta on niin työntekijöiden puolella kuin palvelujärjestelmän asettamissa raameissa. Asenteellisuus vaikuttaa siihen, miten henkilö saa tarvitsemiaan palveluita. Henkilö voi vuosia yrittää sanoa miten hän tarvitsisi mielenterveyspalveluita, eikä tätä pyyntöä kuulla. Henkilö voi myös joutua todistelemaan omaa päihteettömyyttään vanhan päihdemerkinnän takia taikka todistelemaan muuten avun tarvetta. Todistelu korostaa sitä asenteellisuutta mitä päihteitä käyttävät kokevat yrittäessään muutosta tai todistaakseen palveluntarvettaan. Lisäksi asenteellisuuteen liittyy se, miten tilanteen pitää kärjistyä ennen kuin uskotaan että avun tarve on todellinen. Haastateltavien kokemusten perusteella päihteitä käyttävällä henkilöllä täytyy jopa olla itsetuhoisia ajatuksia ennen kuin avun tarvetta pidetään todellisena. Tämä on erittäin huolestuttavaa. Koen että asenteellisuus päihteitä käyttäviä ihmisiä kohtaan on yksi suurimmista haasteista ja se vaikuttaa hyvin moneen asiaan mielenterveyspalveluihin hakeutumisessa.

### 5.3. Haasteet lääkehoidossa

Kolmas mielenterveyspalveluihin pääsyä ilmentävä teema liittyy haasteisiin lääkehoidossa. Monet haastateltavat kertoivat kokeneensa haasteita lääkehoidon suhteen.

Aineistosta korostui erityisesti korvaushoidossa olevien lääkinnällinen hoito tai tarkemmin sanottuna sen puute. Kaksi haastateltavaa kertoi kokemuksiaan korvaushoidosta. Molemmilla oli kokemus siitä, että korvaushoidon alkaessa lopetettiin kaikki lääkitykset kuten mielialalääkitykset. Henkilöillä oli ennen korvaushoitoa ollut lääkitystä esimerkiksi ahdistukseen ja masennukseen.

*H: ”Ko minut riisuttiin niistä lääkkeistä mitkä kirjoitettiin mielenterveyspuolella niin ne otettiin pois kaikki kun menin korvaushoitoon...kaikki rauhoittavat ja unilääkkeet ja kaikki mahdolliset. Se kyllä vaatii korvaushoito sitä että pitää lopettaa kaikki muut PKV [pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat] lääkkeet mutta niin.”*

*H: ”Nii tosiaan ku tuli tämä korvaushoito ja sillohan ne kaikki veettiin multa tommoset kolmiolääkkeet niinku pois... Siinä katkes kaikki. Ne sano sillä lailla että ko nämä on päihdyttäviä lääkkeitä niinkö sillä lailla että ko on päihderiippuvainen nii ei anneta siihen päihdyttäviä lääkkeitä.”*

Haastateltavat kertovat ymmärtävänsä miksi korvaushoidon alkaessa muut lääkitykset lopetetaan. Heidän kokemuksistaan käy kuitenkin ilmi, että tämä on vaikuttanut heihin negatiivisesti. Heidän kokemuksistaan näkyy myös se, miten ehdoton tämä linjaus on. Opioidikorvaushoitosuosituksen (Häkkinen 2023b, 85) mukaan lääkityksiä voidaan kuitenkin jatkaa, kun hoitosuunnitelma ja diagnoosit ovat selvät. Haasteellista tästä tekee se, että diagnoosien tekeminen päihteitä käyttäville ihmisille ei ole helppoa. Haastateltavien kokemuksissa korostui myös se, että he ymmärtävät, että diagnooseja ei välttämättä saada valmiiksi silloin kun päihteidenkäyttö on aktiivista.

*H: ”Kyllä mie sen ymmärrän niinkun tuota että eihän niinku diagnooseja ei saada valmiiksi niin kauan kun kaveri käyttää. Näinhän se on. Mutta tota silloin toimitaan niinkun järjestelmän edun nimissä tavallaan että niin kun se kaveri on ja pysyy ja kärsii siellä.”*

Edellä kuvatusta kokemuksesta on havaittavissa miten tällainen menettely ei ole itse henkilön edun mukaista. Tällöin toimitaan järjestelmän edun mukaisesti henkilön kustannuksella. Haastateltava ymmärtää, että palvelujärjestelmä ja käytännöt vaativat päihdeettömyyttä, mutta samalla hän ihmettelee sitä. On täysin ymmärrettävää, että tämä käytäntö herättää ristiriitaisia tunteita. Henkilö kyseenalaistaa järjestelmän oikeudenmukaisuuden. Kun hoitoa toteutetaan tiukkojen käytäntöjen mukaan, henkilön hoidon laatu kärsii.

Opioidikorvaushoitosuosituksen (Häkkinen 2023b, 85–86) mukaan esimerkiksi neuropsykiatristen häiriöiden kohdalla päihteettömyys ei ole varsinaisesti edellytys sille, että diagnoosi pystytään tekemään. Tärkeää olisi kuitenkin kannustaa tähän ja pyrkiä järjestelmään haastattelut silloin kun henkilö ei ole päihtynyt. Mikäli tällä ei saada riittävää varmuutta diagnoosiin, voidaan edellyttää päihteetöntä tutkimusjaksoa. Diagnoosin jälkeen pystyttäisiin toteuttamaan lääkehoitoa muun kuntoutuksen ohella. ADHD-lääkitys helpottaa oireita ja onkin hyödyllinen myös päihteitä käyttävällä ihmisellä. Hoidon yhteydessä päihteidenkäyttöä seurataan ja mikäli henkilö käyttää satunnaisesti päihteitä, ei lääkitystä ole syytä lopettaa. Aktiivisen ja runsaan päihteidenkäytön aikana lääkitystä ei suositella. Lääkityksissä on myös paljon eroja. Läheskään kaikki lääkkeet eivät sovi päihteitä käyttäville ihmisille. (Mt., 85–86.)

Kuten edellä olevasta ohjeistuksesta (Häkkinen 2023b) käy ilmi, päihteidenkäyttö ei ole suoraan este asioiden tutkimiselle eikä lääkitykselle. Lääkityksen puute on koettu riittämättömänä hoitona. Haastattelujen mukaan pelkkä keskusteluapu ei ole riittävää vaan tarvittaisiin jonkinlaista lääkinnällistä apua sen tueksi. Yksi haastateltava kertoi, että lääkitystä ei määrätä, koska hänellä esiintyy päihteidenkäyttöä. Hän korostaa kokemuksessaan sitä, että hän tietää lääkityksen olevan hänelle sopiva tuki keskusteluavun lisäksi. Hän myös painottaa sitä, miten päihteettömät ihmiset saavat lääkkeitä tarvittavan avun. Kokemuksesta on havaittavissa myös se, miten aikaisemmin hän on saanut lääkkeellistäkin apua, mikä on auttanut hänen mielenterveyttään. Syyksi lääkkeiden määräämättömyyteen hän kertoo päihdemerkinnän hänen tiedoissaan.

*H: ”Niin se apu on sitä keskustelua ollu nyt mutta aikasemmin oon saanu lääkkeellistäkin apua. Että ei se nykypäivänä ole riittävää. Mutta se on vaa ku lääkäri ei määrää. Ku mä itte tietäsin sillä lailla mikä mulle ois niinku se apu keskustelun lisäksi mutta kun ei...Mitä mä tiän nuita normaaleja ihmisiä nii kyllä ne on lääkkeitä saanu avun. Mutta ku se on se riippuvuus siellä papereissa niin se sen tekee.”*

ADHD on hyvin tyypillinen diagnoosi päihteidenkäyttäjille ja riskitekijä päihderiippuvuuden kehittymiselle (Leppämäki 2016). Kaksi haastateltavista kertoi, että heillä on ollut epäilyä neuropsykiatrisista häiriöistä, mutta varsinaisia diagnooseja heillä ei ollut. He eivät suoraan kertoneet, että he olisivat pyytäneet pääsyä ADHD-tutkimuksiin korvaushoidossa, mutta heidän kertomiensa muiden kokemusten perusteella voidaan olettaa, ettei heitä korvaushoidossa olisi ohjattu jatkotutkimuksiin. Heidän kokemustensa mukaan

korvaushoidossa ei ole saanut apua mielenterveyteen, joten on perusteltua olettaa, ettei apua olisi saanut myöskään neuropsykiatriisiin häiriöihin, esimerkiksi ADHD-epäilyyn.

*H: ”Mut sen mie tiän että toi ADHD mulla on ja niinku monilla muillakin päihteiden käyttäjillä, diagnosoimaton ADHD.”*

*H: ”Ei ne kovin helpolla enää mitään ADHD lääkkeitä ala kirjoittaa jos ei ole mitään syytä. Sekin on silleen jännä koska sehän on kuitenkin sairaus siinä missä muutkin.”*

ADHD:n diagnosoiminen päihteitä käyttävillä ihmisillä on haasteellista sen takia, koska vieroitusoireet ja päihderiippuvaisen oireet muistuttavat ADHD:n oireita (Häkkinen 2023b, 85). Tämä ei kuitenkaan ole syy, miksi asiaa ei lähdetäisi tutkimaan. Olisi tärkeää saada hoidettua henkilöitä kokonaisvaltaisemmin, sillä ADHD:n saaminen hallintaan auttaisi henkilöä rauhoittumaan. Monelle ihmiselle päihteidenkäyttö on juuri sitä, että pyritään saamaan oma mieli rauhoittumaan tai pyritään saamaan muuta helpotusta mielenterveyden häiriöihin. Yksi haastateltavista kertoi omia kokemuksiaan siitä, miten hän kokee päihteidenkäytön ylipäätään alkaneen.

*H: ”Se minun epätasapainoisuus mie en tiä mistä se loppupeleissä juontuu mutta veikkaan että se on vaan syntyny... mie olin vilkas jo pienenä ennen ku mie mitään huumeita käytäkään tai olin kokeillutkaan niin äiti muistelee että mie oon ollut silloin jo niinku että semmoinen rauhaton ja tämmöinen. Niin tuota luulisin näin että jos oltais alussa hoksattu laittaa minut ADHD testiin vaikka ja saaha diagnoosi ja lääkitys siihen niin mie en usko että mie olisin välttämättä alkanut edes koskaan huumeita käyttää koska mie tietämättäni vähän niinku aloin käyttää että se niinku helpotti sitä kaaosta mikä on vieläkin niinku yllä.”*

Tässä kokemuksessa korostuu se, että jo lapsuudessa on koettu ADHD:n tyypisiä oireita ennen kuin päihteidenkäyttö edes tuli mukaan henkilön elämään. Hänen kokemuksensa mukaan päihteidenkäyttö alkoi hänellä aivan huomaamatta, sillä hän koki, että sai päihteistä apua oman pään sisäisiin asioihin. Hän kertoo, ettei välttämättä olisi koskaan alkanut käyttämään päihhteitä, mikäli olisi saanut apua haasteisiinsa jo silloin.

Samantyyppisiä kokemuksia oli myös muilla haastateltavilla. Päihteillä on alun perin yritetty helpottaa omaa pahaa oloa oli kyse sitten masentuneisuudesta, ahdistuneisuudesta

tai neuropsykiatrisista oireista. Yhden haastateltavan kokemuksen mukaan päihteidenkäyttäjille on olennaista ratkaista kaikki ongelmat päihteillä.

*H: ”Että meidän pitää itse keksiä ratkaisut näihin ongelmiin ja mikä se on yleensä, no päihteet. Valitettavasti päihteidenkäyttäjällä on paha tapa ratkaista joka ikinen ongelma päihteillä, siirtää sitä asiaa, turruttaa päätä että se unohtuis. Mut se ei ole vastaus tietenkään, en kellekään suosittelen.”*

Iso syy sille miksi päihteidenkäyttäjät ratkaisevat ongelmiaan päihteillä on se, että muuta apua he eivät ole saaneet. Kuten haastateltavien kokemuksista on käynyt ilmi, apua mielenterveyden häiriöihin ei ole saatu. Tällöin on täysin ymmärrettävää, että apua haetaan jostain muualta, vaikka se vastaus olisikin päihteet. Yksi haastateltava kuvasi tilannetta hyvin siten, että mikäli hän olisi saanut tarvittavaa apua mielenterveyteensä, olisi hän saanut lääkkeet ”valtiolta eikä kadulta”. Hän koki korvaushoidon olleen estävä tekijä mielenterveysasioiden hoitamiseksi ja piti korvaushoidon aloitusta syynä sille, ettei hän ole koskaan saanut apua mielenterveyteensä.

*H ”Mutta sehän [korvaushoito] se on sotkenut koko homman että jos mie en olisi koskaan vaan mennyt siihen tai jos ne olisi tajunnut alkaa hoitaa minua mielenterveys tasolla niin eihän tässä mihinkään korvaushoitoon ois tosi ikinä tarvinnut mennäkään. Että olisi saanut lääkkeet valtiolta eikä tuolta kadulta.”*

Toinen haastateltava korosti kokemuksessaan sitä, että pitkän päihdehistorian takia hän kokee tarvitsevansa jotain ”lääkettä”. Kun apua mielenterveyteen ei ole pitkän yrittämisen jälkeen saanut, ”lääkitään” omaa oloa päihteillä.

*H: ”Realiteetti on se että 20 vuoden päihdehistorialla niin tota koen tarvitsevani jotakin lääkettä nuppiin niin nyt sitten ollaan tässä.”*

On ymmärrettävää, että päihteidenkäyttäjille ei myönnetä lääkkeitä samoin perustein kuin päihteettömille, sillä tähän liittyy paljon haasteita ja erityistä huomiota vaativia asioita. Tällöin päihteidenkäyttäjät kuitenkin turvautuvat päihteisiin, sillä he eivät saa muunlaista apua. Tämä johtaa puolestaan siihen, että oikeaa apua on entistä vaikeampi saada,

erityisesti lääkitystä mielenterveyden häiriöihin. Olisi kuitenkin tärkeää, että henkilölle saataisiin esimerkiksi oikeat diagnoosit, jotta asiaa voitaisiin lähteä edistämään ja samalla tukea henkilöä päihteettömyyteen. Korvaushoidossa toteutettavassa hoidossa korostuu haastateltavien kokemusten perusteella se, että siellä hoidetaan vain oiretta eli päihteidenkäyttöä eikä asiakkaan kokonaistilanteeseen paneuduta. Tämä heijastuu siihen mitä palveluita hän saa ja saako hän esimerkiksi tarvittavaa lääkitystä.

#### 5.4. Puutteet palveluiden resursseissa ja laadussa

Neljäs teema liittyy puutteisiin palveluiden resursseissa ja laadussa. Jokainen haastateltava kertoi kokemuksiaan tähän teemaan liittyen. Resurssit ja niiden puute ovat yleinen keskustelunaihe myös sosiaalityössä (Mänttari-van der Kuip 2016). Resurssien puute aiheuttaa haasteita monella sektorilla, joten ei ole yllättävää, että kyseinen asia nousi esiin myös omassa aineistossani. Yhdistin tässä teemassa resursseihin myös palveluiden laadun, sillä nämä kaksi ovat väistämättä yhteydessä toisiinsa. Mikäli resursseissa on puutteita, palveluiden laatu kärsii.

Luvussa 5.1. mainitsin siitä, miten yhden haastateltavan kokemusten mukaan ajat ovat menneet pidemmälle silloin kun oli käyttänyt päihkeitä verrattuna siihen, kun ei ollut käyttänyt päihkeitä. Mainitsin myös siitä, miten jonoon siirtäminen saattaa tuntua päihkeitä käyttävästä henkilöstä torjuvalta ja että päihkeitä käyttävälle tulisikin pystyä tarjoamaan aika mahdollisimman nopeasti (Vanjusov 2022, 112). Palveluissa voi tapahtua myös priorisointia eli panostetaan niihin henkilöihin, joiden tilanne on ”vähemmän toivoton” (mt., 187). Se, ettei aikaa ole tarjolla heti, saattaa kuitenkin olla myöskin resurssikysymys. Aikoja ei yksinkertaisesti ole välttämättä tarjolla. Riittävä resurssointi onkin yksi saavutettavuuden (tarkemmin institutionaalisen saavutettavuuden) käsitteistä (mt., 130).

Puutteet resursseissa nousivat aineistosta vahvasti esiin. Aikojen pitkälle menemisen lisäksi haastateltavien kertomuksissa korostui se, ettei aikoja ole saatavilla tarpeeksi ja työntekijät vaihtuvat. Apu on koettu riittämättömäksi, kun aikoja on ollut tarjolla vain harvakseltaan. Se, että aikoja ei ole saatavilla tarpeeksi ei tue toipumista.

*H: ”Että tuota siinä alussa on oltava joka päivä tukea ei se...muuten ei tuu mittään. Ja jos sie käyt tuolla kerran viikossa niin se ei vaan riitä, ei se riitä... Vaikka henkilö pysyy samana niin se on auttamatta liian vähän.”*

Tässä kokemuksessa korostuu se, että saatu apu on koettu riittämättömäksi. Apu ei olisi riittävää, vaikka työntekijä pysyisi samanakin. Kun kerran viikossa tarjottu tuki ei riitä, voisi olla syytä miettiä muita vaihtoehtoja kuin avopalveluita. Avopalveluita kuitenkin suositaan nykyisin paljon enemmän. Tällöin avopalveluiden hoidon tulisi olla intensiivisempää kompensoidakseen laitospainotteisen hoidon puutetta. Näin ei kuitenkaan ole käynyt. Asiakas voi kokea tämän niin, ettei palveluiden intensiteetti ole hänelle riittävää. Avopalveluiden painottaminen saattaa perustua juuri kustannustehokkuuteen, sillä ne ovat halvempia järjestää. (Vanjusov 2022, 120–121.)

Kokemuksissa korostuikin se, ettei laitospalveluihin pääse enää niin helposti. Yhdellä haastateltavalla oli pitkä historia mielenterveyspalveluiden asiakkuudesta ja hän kertoi, että aikaisemmin laitokseen pääsi helpommin ja siellä sai olla pidempään. Nykyisin asia oli toinen. Myös toinen haastateltava kertoi siitä, miten laitoshoitoon ei pääse, vaikka olisikin niin sanotusti ”laitoskamaa”.

*H: ”Mutta tuota se niinku minkälainen se vointi sillä hetkellä, siis olin ihan laitoskamaa mutta ei niin kun laitokseenkaan ei näköjään ei sinne pääse.”*

*H: ”Tuntuu vaan niinkö et ei se hoito ole enää semmosta kun oli ennen. Nopeasti vaan aina pukataan pois sieltä [laitoksesta]... Jos on niinku vanhempi ihminen nii ei ne kauan pietäkkään sielä. Saattaa viikon päästä heittää pois. Olis voinu olla pidemmänki aikaa mutta se tulee jotenkin vastaan sitten.”*

Toisesta kokemuksesta on havaittavissa myös se, miten henkilö ajattelee oman ikänsä vaikuttavan myös siihen millaista apua hän saa. Hän kokee, ettei vanhempana ihmisenä saa tarpeeksi apua. Laitushoitajakso jää liian lyhyeksi. Tähän saattaa vaikuttaa esimerkiksi säästöt kustannuksissa sillä laitospalvelut ovat kalliita järjestää. Lisäksi tässä saattaa tapahtua asiakkaiden priorisointia, mistä mainitsin jo luvussa 5.1. eli ikään kuin valikoidaan, keitä halutaan auttaa enemmän.

Työntekijöiden vaihtuvuus on yksi iso tekijä mikä korostui aineistosta. Osa haastateltavista kertoi, miten työntekijät vaihtuvat jatkuvasti. Työntekijöiden vaihtuvuus vaikuttaa

siihen, ettei luottamussuhdetta pääse rakentumaan ja näin ollen saatu apu ei ole laadukasta (Vanjusov 2022, 194). Työntekijöiden vaihtuvuuden koettiin olevan suurta niin korvaushoidossa, mielenterveyspalveluissa, kuin laitoksissa. Yhden haastateltavan kokemuksen mukaan työntekijä vaihtui jokaisella kerralla, kun hän kävi mielenterveyspalveluissa. Tämä saattaa henkilöstä tuntua turhauttavalta, kun saa aina kertoa samat asiat uudestaan ja uudestaan. Seuraavista kokemuksista on havaittavissa se, miten tärkeänä työntekijöiden pysyvyys koetaan. Henkilön ja työntekijän välisen luottamussuhteen merkitys korostuu.

*H: ”Ku ei siinä paljon juttelemaan pääse loppujen lopuksi. Ei ainaskaa siellä osastolla, ei pääse. Tai sitten on niin lyhyt aika että eihän siinä oikee kerkee kertoakkaan mitään. Ja sitten on se et jos yhen vuorohoitajan kanssa juttelee niin seuraavaksi on sitten taas toinen. Vaihtuu jatkuvasti. Työntekijöillä kiire.”*

*H: ”Ja sitten on vuorohoitajat ja aina sitten eri hoitaja. Työntekijät vaihtuu. Ei pääsee sillä viisiin käsiksi tai niinkö siihen suhteeseen. Potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen... siinä ei ole minkään näköistä organisointia. Että sitä järjestelmällisyyttä se kaipaa niin kaikki olisi paremmin, mutta se vaatii resursseja ja nyt kun on tehty leikkauksia niin tässä sitä ollaan sitten, odotellaan niin kauan että leikkaukset tai tilanne paranee.”*

Työntekijöiden vaihtuvuus vaikuttaa myös siihen, että tieto saattaa kadota matkan varrella (Vanjusov 2022, 152). Luottamussuhteen rakentaminen on olennaista päihteidenkäyttäjien toipumisessa. Heillä saattaa olla vaikeuksia luottaa viranomaisiin, muihin ihmisiin ja myös itseensä ja omaan elämään ylipäätään. Tämän takia olisi tärkeää, että pyrittäisiin luomaan turvallista ilmapiiriä ja rakentamaan luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta henkilön ja työntekijän välille. (Mt., 194.)

Apu ei myöskään ole riittävää, jos työntekijöillä ei ole tarvittavaa ammattitaitoa. Luvussa 5.1. mainitsin yhden haastateltavan kokemuksen siitä, miten hänelle järjestettiin elämän kriisitilanteessa terapiaa korvaushoidon puolella ja sitä toteutti korvaushoidon työntekijä. Myös terapiaa antanut työntekijä vaihteli välillä. Henkilö koki tämän avun riittämättömänä. Tästä herää kysymys, että onko korvaushoidon työntekijöillä tarvittavaa terapiaosaamista. Kuten muistakin kokemuksista on tullut esiin, korvaushoidossa työskenteilyn pääpaino on päihteidenkäytössä. Täten on ymmärrettävää, että henkilöllä on kokemus, ettei korvaushoidossa järjestetty terapia ollut riittävää.

Toisella haastateltavalla oli kokemuksia siitä, ettei työntekijöillä ole ollut riittävää osaa mista neuropsykiatrisista häiriöistä. Hän toivoikin, että työntekijät perehtyisivät enemmän siihen mitä neuropsykiatriset häiriöt ovat ja miten ne vaikuttavat mielenterveysongelmiin. Hänellä oli kokemuksia siitä, ettei hänen avuntarpeitaan ole nähty tai kuultu.

Työskentelyn tavoitteellisuudessa koettiin olevan myös haasteita. Yksi haastateltava kritisoi sitä, ettei hoito ole millään tavalla tavoitteellista.

*H: ”Tavoitteellista pitäis olla, sen pitäisi tulla selväksi henkilöille että on se päämäärä. Sehän on niinku näköalaton, sie oot pimeydessä, sie oot niinku tilattomuudessa kaikessa tämmösessä.”*

Palveluiden järjestämisen tulisi aina olla tavoitteellista toimintaa ja tavoitteiden toteutumista tulisi seurata säännöllisesti. Näin toteutetaan myös yhdenvertaisuutta. (Vanjusov 2022, 36, 80, 197.) On huolestuttavaa, että toiminta ei aina ole tavoitteellista. Olisi tärkeää kartoittaa henkilön tarpeet palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ja tehdä tarkka toimintasuunnitelma jatkoa varten. Kuten todettu, päihkeitä käyttävien kohdalla palveluntarvetta ei arvioida välttämättä kokonaisvaltaisesti, vaan palveluntarpeen koetaan tulleen vastatuksi yhdellä palvelulla ja usein se on päihdepalvelu.

Kaksi haastateltavista korosti sitä, miten työntekijät ovat heille puhuneet. He olivat kokeneet työntekijöiden puheen liian pehmeänä ja jaarittelevana. Heidän kokemustensa mukaan työntekijät voisivat puhua asioista suorempaan kiertelemättä liikaa. Monesti työntekijät yrittävät lähestyä jotakin asiaa hienovaraisesti. Tässä kokemuksessa korostuu se, että puhuttaisiin niin kuin ”normaalille ihmiselle, ei lapselle”.

*H: ”Tosin niinku mie oon sanonu lapsena sosiaalityöntekijöillekin että sen turhaan lässyttämisen voisivat jättää pois. Se on kans asia mikä tonne korvien väliin alkaa hitsaamaan kiinni...Olla silleen vähän suorapuheisempi mutta silleen että niinku ottaa sen yksilön kuitenkin huomioon. Tai silleen niinku puhuu niinku normaalille ihmiselle, ei niinku vasta leikkauksesta päässeelle lapselle.”*

Toinen henkilö korostaa omana kokemuksenaan, että hänen kohdallaan toimisi paremmin ”rehellinen” lähestymistapa siten, että hänelle kerrottaisiin rehellisesti vaihtoehdot ja mentäisiin niitä kohti. Hänen mielestään ihmisten annetaan tehdä liikaa ”tyhmiä päätöksiä”. Samalla hän kuitenkin pohti sitä, miten samalla pystyttäisiin luomaan turvallinen

ilmapiiri. Hän tiedosti siis, että tässä olisi omat haasteensa. Turvallinen ilmapiiri on avain-tekijä luottamussuhteen rakentamisessa.

On selvää, että luottamussuhteen rakentaminen on olennaista päihteidenkäyttäjien toipumisessa. Haastateltavat korostivat tämän merkitystä paljon. He puhuivat turvallisen ilmapiirin luomisesta, jossa on suuri rooli kohtaamisella. Kohtaaminen ja osallisuus ovat sosiaalityössä tuttuja termejä ja niiden merkitystä korostetaan jatkuvasti (mm. Pohjola 2017). Päihteidenkäyttäjiin liittyy paljon stigmaa. Kuten luvussa 5.2. totesin, henkilön saattaa olla vaikea uskoa omaan muutokseen juuri stigmatisoinnin vuoksi, joten olisi tärkeää, että ammattilaiset olisivat muutoksessa tukena ja kannustaisivat siihen. Päihteitä käyttävät kokevat paljon pelkoa, joten olisi tärkeää, että työntekijät pyrkisivät omalta osaltaan hälventämään tätä pelkoa eli luomaan turvallista ilmapiiriä.

Tämän asian suhteen haastateltavat kokivat paljon haasteita. Ylipäätään kohtaamiset eivät olleet heidän mielestään onnistuneita, vaan niissä kohdattiin paljon haasteita. Yksi oli yksilöllisen kohtaamisen puute. Tällä haastateltavat tarkoittivat sitä, että työntekijät saattavat laittaa heidän niin sanotusti nippuun pelkän päihteidenkäytön perusteella. Eli kaikki päihteidenkäyttäjät niputetaan yhteen eikä heitä tunnisteta yksilöinä. Haastateltavien mukaan olisi tärkeää, että heidät nähtäisiin yksilöinä ja normaaleina ihmisinä, ei päihteidenkäyttäjinä. Henkilöt pitäisi nähdä laajempina kokonaisuutena niin, että päihteidenkäytöllä todennäköisesti helpotetaan omaa oloa tai lievennetään esimerkiksi mielenterveyden häiriön oireilua. Päihteidenkäyttö tulisi nähdä vain jäävuoren huippuna ja sen syitä pitäisi tutkia syvemmin. Negatiiviset kokemukset saattavat aiheuttaa myös sen, ettei henkilö halua tulevaisuudessa hakea enää apua.

*H: ”Justiin tämä yksilöinti että yksilöllisesti kattoo ihmisen tilanteen eivätkä lyö johonkin nippuun että jaha korvaushoito päihdeongelma tuonne. Vaan että jaa korvaushoito okei, sulla näyttäisi olevan vähän keskittymishäiriö niin pistetäänpä sinut ADHD testeihin vaikka. Silleen että niinku minusta tuntuu että se on tuommoista liukuhihnatyötä välillä, ainakin nii mie oon kokenut.”*

*H: ”Jos niinku työntekijä on mulle semmonen välinpitämätön ja semmonen että on niinku vaan yks muitten joukossa, että samat ongelmat muillakin niin siinä vaiheessa mie saatan olla vähä silleen että emmie ehkä uudestaan halua mennä. Mutta siinä vaiheessa jos työntekijä ottaa yksilönä huomioon niin siinä vaiheessa se avun vastaanottaminenkin onnistuu paljon paremmin.”*

Kokemuksissa korostuu vahvasti henkilöiden kokemus siitä, että heidät on nähty vain päihteidenkäyttäjinä. Tämä sama kokemus on noussut esiin jo aiemmissa luvuissa. Päihteidenkäyttäjät nähdään vain päihteidenkäyttäjinä eli heidät niputetaan yhteen. Tässä saattaa olla kyse stigmasta päihteitä käyttäviä kohtaan (Vanjusov 2022, 185). Kokemus kertoo siitä, että työntekijöiden tulisi kohdata päihteidenkäyttäjät aivan normaaleina ihmisinä. Olisi tärkeää nähdä henkilö tavallisena ihmisenä, jolla on muiden haasteiden lisäksi päihteidenkäyttöä. Ei niin, että ihminen on ensisijaisesti päihteidenkäyttäjä ja että päihteidenkäyttö aiheuttaa sitten muut haasteet. Tämä johtaa siihen, että henkilölle tarjotaan palveluita vain riippuvuutensa tueksi. Tähän asiaan siis liittyy asenteellisuus ja stigma hyvin vahvasti.

Kokemuksessa korostuu myös se, että pitäisi toteuttaa hoitoa kokonaisvaltaisesti. Tämäkin on tullut aiemmissa luvuissa esiin mutta liittyy olennaisesti myös kohtaamiseen. Kohtaamisella on valtava merkitys luottamuksen rakentamisessa ja täten koko hoidon laadussa. Tämän takia olisi erittäin tärkeää panostaa kohtaamiseen ja kohdata päihteitä käyttävät kokonaisina yksilöinä, ja panostaa muutenkin hoidon laatuun eli tarjota kokonaisvaltainen hoito. Olisi tärkeää tarttua asioihin, kuten esimerkiksi ADHD-epäilyyn, ja tarjota mahdollisuus tutkimuksille.

Läsnäolo on myös tärkeä taito työntekijöille. Sen puute korostui haastateltavien kokemuksissa, samoin kiire.

*H: ”Kohtaaminen ihmisenä ja ehkä silleen vähän kysyä enempi syvemmillä tasolla, että hei voitko sie oikeasti hyvin eikä sille vaan että miten sä muuten voit...se kuulostaa nii liukuhihnalta kun et hei miten sie muuten voit kun ollaan tietokoneella, ei katsota silmiin. Että unohtaisi sen tietokoneen vähäksi aikaa mutta kun niillä ei ole aikaa, kyllä siinä on sekin.”*

Tästä kokemuksesta korostuu se, että henkilölle välittyy työntekijän kiire ja piittaamattomuus. Työntekijä ei tunnu välittävän vaan työtä tehdään kiireessä ilman kunnollista kohtaamista. Haastateltava on myös itse hyvin tietoinen siitä, miten rajalliset resurssit työntekijöillä on. Kyseinen kokemus on korvaushoidon työntekijän vastaanotolta. Tämä kokemus kohtaamisesta selittää sitä, miksi korvaushoidossa ei tartuta muihin tuen tarpeisiin. Jos kohtaamistilanteet ovat tätä luokkaa, ettei henkilöä edes katsota silmiin lyhyen ajan aikana, on työntekijän vaikea tunnistaa avun tarvetta ja henkilön on myöskin vaikea

kertoa mahdollisesta tarpeesta sillä tilanne itsessään ei ole kovin vastaanottava. Se, että työntekijöillä olisi enemmän aikaa, on edellytys laadukkaalle kohtaamiselle.

Palveluiden resursseissa ja laadussa on paljon haasteita ja olisikin tärkeä tunnistaa miten suuri vaikutus esimerkiksi kohtaamisella on. Päihteidenkäyttäjillä on oikeus tulla kohdatuksi ihmisinä ja heillä on oikeus saada samanlaista kohtelua palveluissa kuin muutkin.

## 5.5. Puutteet palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydessä

Viides teema liittyy puutteisiin palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydessä. Kuten edellisissä luvuissa on jo tullut ilmi, palvelujärjestelmä ei toimi päihteitä käyttävien näkökulmasta kovin hyvin. Edellisissä teemoissa on tullut esiin esimerkiksi se, miten päihteitä käyttävät eivät saa kaikkia tarvitsemiaan palveluita. Palveluntarve koetaan palvelujärjestelmän näkökulmasta tulleen täytetyksi, kun henkilölle tarjotaan yksi palvelu, joka on yleensä riippuvuuspalvelu. Palvelujärjestelmään liittyy myös muita haasteita, joita käsitelen tässä luvussa.

Palvelujärjestelmä kuvautui aineistossa epäselvänä ja sirpaleisena. Ensinnäkin asiointikanavat koettiin epäselvänä. Haastateltavien kokemusten mukaan he eivät aina tienneet minne ottaa yhteyttä. Haasteelliseksi he kokivat sen, että eri asioiden tiimoilta pitäisi ottaa yhteyttä moneen paikkaan. Varsinkin kun monella henkilöllä on tarve sekä mielenterveys- että riippuvuuspalveluille niin olisi tärkeää, että henkilölle tietäisi mistä apua saa.

*H: ”Se on täällä vähän että niin otanko mie [mielenterveyspalveluun], mielenterveyspäivystykseen vai sitten vaa [sairaalaan] yhteyttä. Että ei ole ihan selkeä... No just se että se pitäisi se soitto-hommakin yksinkertaistaa että ko täällä on tällä hetkellä vaikka kuinka monta numeroa mielenterveyspalveluille.”*

*H: ”Nii ettei tarvii eri paikkaan niinkö että [mielenterveyspalveluun] soittaa ja sitte taas [riippuvuuspalveluun] ja sillä lailla...Sillai että ne vois yksinkertaistaa. Se ongelma on se, tässä ja nyt, nii samaan firmaan soittaa ja sillä selevä.”*

Kokemuksista on havaittavissa se, miten raskaaksi yhteydenotto on koettu. Kun henkilö tarvitsisi apua mielenterveyteen ja riippuvuuteen, tulisi hänen ottaa yhteyttä moneen paikkaan, mikä taas saattaa hänestä tuntua raskaalta. Henkilöllä saattaa olla haasteita toimintakyvyn kanssa, jolloin moneen paikkaan soittaminen tuntuu raskaalta. Kokemuksien mukaan, yhteydenottoa palveluihin olisi syytä yksinkertaistaa.

Lisäksi monesti oli käynyt niin, että haastateltavat oli ohjattu soittamaan toiseen paikkaan kuin mihin he alun perin olivat soittaneet. Tämä kokemus tuli käytyä läpi jo luvussa 5.1. Kyseisissä kokemuksissa henkilöitä ”pompoteltiin” palvelusta toiseen.

Monesti päihteitä käyttävillä henkilöillä on rajallinen toimintakyky, eikä eri tahoihin soittaminen ole heille helppoa. Moneen paikkaan soittelu vie heiltä voimavaroja ja saattaa olla, että he eivät saa edes tarvitsemaansa apua. Haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että mielenterveys- ja päihdepalveluita pitäisi saada samasta paikasta ja yhtä helposti.

*H: ”Asiakkaan näkökulmasta olis kuitenkin hyvä, että ne olis samassa paikassa. Tää tämä möinen niinkun toimintakyvyttömyys on sitä luokkaa että ei siihen nyt riitä, ei vaan riitä. Et sie pysty, jaks, kykene hakemaan eri paikoista. Siinä mielessä ois hyvä että ne ois samassa samassa paikassa.”*

Yhtenäistäminen ei kuitenkaan saisi tapahtua sen kustannuksella, että henkilöille tarjotaan vain päihdepalveluita. Helposti tällaisessa tilanteessa käy niin, että palveluntarve koetaan täytyneeksi yhdellä palvelulla. Tämä on käynyt haastateltavien kokemuksista ilmi useita kertoja. Kun palvelut ovat yhtenäiset, pitäisi niitä tarjota myös kaikille asiakkaille tasa-arvoisesti. Ei niin, että tarjotaan automaattisesti päihteitä käyttäville vain päihdepalveluita.

Tämänhetkisessä palvelujärjestelmässä asiakkaalla on suuri vastuu siinä, saako hän asianmukaista hoitoa vai ei. Tämä korostui paljon aineistossa. Asiakkaalla on vastuu myös edellä olevissa kokemuksissa eli silloin, kun hän etsii oikeaa paikkaa mihin ottaa yhteyttä. Mikäli kyseessä olikin väärä paikka, tulee asiakkaan itse ottaa yhteyttä toiseen paikkaan. Eri paikat eivät siis kommunikoi keskenään. Tämä tuli havaittua myös luvussa 5.1. kun henkilö kertoi kokemuksiaan siitä, miten hän oli kertonut lääkärille traumaistaan ja lääkäri oli vastannut vain, että sitä varten on traumaterapia. Häntä ei ollut ohjattu eteenpäin tämän perusteella, vaan asia jäi itse henkilön vastuulle. Asiakkaan vastuu korostui myös

muissa tilanteissa. Yksi haastateltava kertoi kokemuksiaan ja kuvaili palvelujärjestelmää itseohjautuvaksi järjestelmäksi.

*H: ”Niinku tämä maailma on itseohjautuva. Sun pitää tietää mitä sie tarviit, sie et muuten saa sitä. No ei ihminen voi tietää. Kun on rikki, oot jäänyt, oot dissosioitunut, oot psykoosissa missä lie. Niin et sie pysty sanomaan mitä sie tarviit ku sie et tiää...Enkä mie nyt tarkoita että jokaisen, joka menee nyt tänään tuonne valittamaan vointejaan ja näin, mutta jos sie vuodesta toiseen sitä teet niin kyllähän nyt jossakin vaiheessa pitäisi jonkinlaista selvitystä, että mikä tätä vaivaa. Mut kun tämä on itseohjautuva tämä juttu niin se on vähän niinku että sori pärjäile. Sehän siinä karmivaa onkin.”*

Tässä kokemuksessa korostuu se, miten henkilön vastuullistaminen ei toimi, mikäli hänen toimintakykynsä on alentunut. Haastateltava kuvaa järjestelmää sellaiseksi, että apua ei saa, ellei itse tiedä mitä tarvitsee. Lisäksi sitä pitäisi osata itse vaatia. Haastateltava kertoo, että kun toimintakyky on merkittävästi alentunut, on mahdotonta tietää mitä tarvitsee ja pystyä vaatimaan sitä. Hän sanoo myös että ei jokaiselle apua pyytävälle välttämättä tarvitsisi antaa monenlaista palvelua, mutta jos henkilö jatkaa avunpyyntöä vuodesta toiseen, tulisi sitä kuunnella.

Kuten luvussa 5.2. tuli jo käytyä läpi, usein henkilö saa apua vasta kun hän on löytänyt pohjansa. Palvelujärjestelmässä saatetaan vaatia, että henkilöllä menee tarpeeksi huonosti eli hän on niin sanotusti pohjalla ennen kuin hänelle annetaan apua (Vanjusov 2022, 188). Tämä on huolestuttavaa, sillä kun henkilön toimintakyky alentuu, ei hän lopulta pysty hakemaan apua lainkaan. Lisäksi se, että henkilön pitäisi itse osata sanoa mitä kaikkea hän palvelulta tarvitsee, on monesti liikaa pyydetty. Kuten edellä olevasta kokemuksesta voi havaita, ei henkilö tällaisessa tilassa pysty sanelemaan kaikkia palveluntarpeitaan. Tämän tulisi olla ammattilaisten tehtävä. Ammattilaisten tulisi tehdä kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi. Pitäisi riittää, että henkilö ilmaisee avun tarpeensa, jonka jälkeen on työntekijöiden tehtävä selvittää tarkemmin mitä palveluita henkilö tarvitsee, ja mitä palveluita hänelle voidaan tarjota (Vanjusov 2022, 132).

Päihteidenkäyttäjät saattavat kokea sopimattomuutta suhteessa palvelujärjestelmään. Palvelujärjestelmä saattaa vaatia henkilöltä monia asioita, mitkä voivat päihteitä käyttävälle olla mahdottomia. Ainoa vaihtoehto on siis sopeutua ja yrittää miellyttää palvelujärjestelmää. (Virokannas 2017a, 279.) Tällainen palvelujärjestelmä saattaa päihteidenkäyttäjien kohdalla johtaa siihen, että apua haetaan enemmän päihteistä. Kuten luvussa 5.3. kävi ilmi, päihteidenkäyttäjillä on paha tapa ratkaista eteen tulleita haasteita ja ongelmia

päihteillä. Kun palvelujärjestelmä on sirpaleinen ja ei-asiakaslähtöinen, on päihteidenkäyttäjälle monesti helpompaa jäädä palvelun ulkopuolelle ja helpottaa omaa oloa päih-teillä.

Luvussa 5.3. tuli käytyä läpi myös sitä, miten palveluissa toimitaan järjestelmän edun mukaisesti, jolloin asiakkaan etu jää varjoon. Usein järjestelmän toimimattomuus jää yhteiskunnallisessa keskustelussa huomioimatta, ja vastuu siirretään pelkästään henkilölle (Virokannas 2017b, 122). Tämän voisi sanoa olevan ongelmana monen asian suhteen. Sen lisäksi, että palvelukokonaisuus on sirpaleinen, työntekijöiden asenteellisuus ja henkilön itsensä syyttäminen omista ongelmistaan, tekee palveluiden saamisesta hyvin haasteellista (mt., 120). Tällainen palvelujärjestelmä ei palvele asiakkaita, keillä on haasteita useammalla elämän osa-alueella. Haastateltavista kaikki olivatkin sitä mieltä, että mikäli henkilöllä on päihteiden ongelmakäyttöä ja haasteita mielenterveyden kanssa, tulisi näitä hoitaa yhtenäisesti.

*H: ”Minä en ja minä väitän ettei kukaan muukaan voi erotella päihde ja mielenterveys-ongelmia. Se on niinkun ihan hullun hommaa yrittääkään.”*

Kuten todettu, päihde- ja mielenterveysongelmat kulkevat usein käsi kädessä, joten olisi tärkeää tarjota apua molempiin, ei vain päihteidenkäyttöön. Tähän liittyy kuitenkin muita itse henkilöön liittyviä haasteita, mitkä saattavat osaltaan estää avun saamista. Tästä lisää seuraavassa luvussa.

## 5.6. Henkilökohtaiset esteet palveluihin hakeutumisessa

Kuudes teema liittyy henkilökohtaisiin esteisiin palveluihin hakeutumisessa. Tämä teema korostui aineistossa monella tavalla. Kuten edellisissä luvuissa on tullut ilmi, päihteidenkäyttäjien mielenterveyspalveluiden saamiseen liittyy paljon haasteita. Luvussa 5.5. tuli käytyä läpi sitä, miten palvelujärjestelmä vastuullistaa itse henkilöä palveluiden saamisen suhteen. Lisäksi työntekijöiden asenteellisuus ja muut ennako-oletukset vaikuttavat palveluiden saamiseen merkittävästi. On siis selvää, että henkilöllä itsellään on iso vastuu siinä, saako hän palveluita vai ei. Tämä ei missään nimessä ole oikeudenmukaista. Tässä

osiossa käynkin läpi sitä, millaisia palvelujärjestelmässä selviytymistä hankaloittavia haasteita päihteitä käyttäviin henkilöihin itsessään aineiston perusteella liittyy.

Edellisissä luvuissa olen maininnut päihteidenkäyttöön ja päihteidenkäyttäjiin liittyvästä stigmasta. Päihteitä käyttäviä kohtaan liittyy paljon asenteita ja stigmaa, mikä osaltaan vaikuttaa siihen miksi heitä kohdellaan palvelujärjestelmässämme näin. Päihteidenkäyttäjiin liittyy myös leimaamista, minkä vaikutukset ovat kauaskantoiset. Kun henkilö kokee asenteellisuutta päihteidenkäyttöä kohtaan ja stigmatisointia, alkaa hän nähdä itsensä huonolla tavalla poikkeavana. (Vanjusov 2022, 183–186.) Lisäksi aiemmat huonot kokemukset saattavat aiheuttaa sen, että henkilö on hyvin tietoinen siitä, mitä ihmiset hänestä ajattelevat.

*H: ”Voin varmaan puhua tässä moneenkin niinkö päihdeongelmaisen puolesta, että ko suurin osa varmaan pelkää mennä niinku justiinsa hakemaan apua ongelmiinsa on se, että kun ne pelekää leimaa. Että ne pelekää vaikka alkoholistin leimaa, narkkarin leimaa niin pois päin niin pois päin.”*

Tästä kokemuksesta voikin havaita sen, miten leimaa eli stigmaa pelätään, kun haetaan mielenterveyspalveluita. Stigman takia henkilö itse alkaa näkemään itsensä negatiivisessa valossa (mt.). Koska päihteidenkäyttäjiin suhtaudutaan yleisesti yhteiskunnassa asenteellisesti, ei henkilöllä välttämättä ole edes omakohtaisia kokemuksia tilanteista, joissa hän olisi kohdannut stigmaa. Omakohtaiset kokemukset lisäävät kuitenkin tunnetta häpeästä ja henkilön tietoisuutta asiasta. Huonot kokemukset palveluissa saattavat aiheuttaa sen, ettei henkilö enää hae palveluita. Yksi haastateltava kertoi, ettei enää oikein hae apua. Hän kertoi olevansa kyllästynyt siihen, miten riittämätöntä apu on. Hän kertoi, ettei apua saa, ellei kerro suoraan, että on itsetuhoisia ajatuksia. Hän on kokenut tämän turhauttavana, sillä ei ole kyennyt tilanteissa sanottamaan omaa palveluntarvettaan. Se, ettei kykene sanoittamaan omaa palveluntarvettaan on myös henkilöön itseensä liittyvä este.

Aineistossa korostui se, ettei henkilö välttämättä pysty sanoittamaan tai myöntämään palveluntarvettaan. Tätä kuvailtiin monesti pelkona.

*H: ”No sanotaan sitten sen niinku asiakkaan, sen potilaan näkökulmasta niin suurin ongelma on pelko. Ei se uskalla alkaa toipumaan, ei se uskalla alkakaa pyytään apua tai ensinnäkin pyytään apua ja ottamaan vastaan apua.”*

Pelkoa saattaa liittyä siihen, ettei henkilö uskalla yrittää raitistumista, kun hän pelkää retkahtamista eli toisin sanottuna epäonnistumista. Pelko voi näkyä myös siinä, ettei uskalla myöntää sitä, että hän tarvitseekin oikeasti apua. Tällöin henkilö joutuisi myöntämään itselleen, että hänellä on päihdeongelma tai mielenterveyden häiriö. Pelko voi liittyä myös avun vastaanottamiseen. Se saattaa heijastua siihen, että henkilö ei myönnä edes itselleen omaa avuntarvettaan. Tällöin saatetaan myös laiminlyödä esimerkiksi ajoille tulemista tai katkaistaan palveluita. Yksi haastateltava kertoi katkaisseensa ja aloittaneensa korvaushoidon aina uudestaan ja uudestaan hoitoväsymyksiensä takia. Henkilö kertoi pyytäneensä jatkuvasti apua myös mielenterveyteensä korvaushoidossa ollessaan. Tätä ei ollut kuultu. On siis täysin ymmärrettävää, että henkilö uupuu tällaisessa tilanteessa ja lopettaa korvaushoidossa käymisen. Henkilö kertoi myös, että aina hänellä ei ole ollut edes voimavaroja pyytää apua. On kohtuutonta, että henkilön vastuu palveluiden saamisessa on näin suuri.

Yksi haastateltava kertoi, miten hänellä on ollut tapana jättää saapumatta varatuilla ajoilla mielenterveyspalveluissa. Hän kertoi isoimman haasteen olevan hänen oma aikaansaamattomuutensa.

*H: ”No mie oon veikkaillu ja veikkaillu omassa päässä näitä asioita mutta varmaan isoin haaste on minun aikaansaamattomuus ollut välillä...Siihen kyllä suhtauduttas ymmärtäväisesti jos mie ilmasisin minun huoleni ja ongelmani. Aiemmin pystyin kyllä puhumaan. Nykyään mie oon tottunut sulukemaan kaikki sissään päin. Eläny vähän pidempään tossa päihdemaailmassa nii ollu vähän semmonen että ei oikein pysty näyttään tunteita.”*

Haastateltava kertoo, että hänelle tunteiden näyttäminen ja asioista puhuminen on haasteellista sen takia, koska hän on elänyt päihdemaailmassa pitkään. Haastateltava myös kertoo, että hänen mielestään työntekijät ymmärtäisivät asian, mikäli hän kertoisi siitä avoimesti. Oman tilanteen sanoittaminen saattaakin olla monesti liikaa vaadittu (Vanjusov 2022, 147). Seuraavasta kokemuksesta on havaittavissa se, että haastateltava uskoi saavansa apua, mikäli vain haluaisi ottaa sitä vastaan.

*H: ”Apua sais varmaa jos mie haluaisin ottaa sitä tarpeeks vastaan. Mutta nytte mie oon todennu että mie koitan pärjätä ilman mittää ylimäärästä. Mulla on justii kontaktit sosuun ja muualle että niille mie pystyn käyä puhumassa jos on tilanteita mistä puhua.”*

Kokemuksesta korostuu se, miten haastateltava on tyytynyt omaan tilanteeseensa. Toisaalta voi olla helpompaa uskotella itselleen, että apua varmasti saisi. Tilanne siitä, että myöntää oman avun tarpeensa ja jää tästä huolimatta ilman apua, olisi varmasti pelottavaa. Tämän takia saattaa olla helpompaa elää ajatuksessa, että kyllä sitä apua saisi, jos vain haluaisi. Kyse voi täten olla myös pelosta, eli ei uskalleta myöntää avun tarvetta todellisuudessa.

Sanoittamisen vaikeuteen ja ylipäättään asioiden myöntämiseen myös itselle liittyy myös toinen kokemus. Tämä kokemus liittyy siihen, miten päihdeidenkäyttäjät eivät myönnä omia mielenterveysongelmiaan.

*H: ”Tässähän se sitten tulee semmoinen ongelma, että kun lähes kaikki päihdeongelmaiset, joita mie tunnen ei myönnä olevansa mielenterveysongelmaisia. Ku eihän mulla, mulla on vaan toi pullo tai mikä nyt liekin. Eikä pidä paikkaansa ja mie oon koittanu tätä selittää niinkun että päihde ja mielenterveysyksikkö eikö niinku sano mitään. Mutta sekin on sitä pelkoa.”*

Tämän haastateltavan kertomuksen mukaan pelko on esteenä sille, ettei henkilö myönnä omia mielenterveyden haasteitaan. Se, ettei henkilö myönnä omia mielenterveyden haasteitaan on väistämättä este avun saamiselle. Haastateltavan kertoman mukaan päihdeitä käyttävät piiloutuvat monesti oman riippuvuutensa taakse. He eivät uskalla myöntää omia haasteitaan mielenterveyden kanssa. Jostain syystä on helpompaa myöntää olevansa päihdeidenkäyttäjät kuin henkilö, jolla on haasteita mielenterveyden kanssa.

Kuten luvussa 5.3. olevassa kokemuksessa kävi ilmi, päihdeidenkäyttäjillä on oma tapansa ratkaista ongelmat ja se on monesti päihdeet. Päihdeidenkäyttäjät turvautuvat siis monesti päihteisiin ja siirtävät niin sanotusti ongelmaa. Juuri tämä on havaittavissa myös edellä olevasta kokemuksesta. Henkilö piiloutuu oman päihdeidenkäytön taakse. Olisikin tärkeää, että heille yritettäisiin asiasta kertoa esimerkiksi riippuvuuspalveluissa. Mutta toisaalta apua pitäisi olla myös tarjolla, ja kuten todettu, monesti päihdeidenkäyttäjille tarjotaan vain riippuvuuspalveluita.

Pelkoon liittyy olennaisesti se, että tyydytään ikään kuin omaan tilanteeseen. Tällöin tiedostetaan oman haasteet, mutta niiden suhteen ei välttämättä tehdä mitään.

*H: ”Mutta enää ei jaksaa niin paljon. Ko mie arvostan jo sitä, että ossaa puhua ja näkee, hengittää, kuulee. Niin mie osaan arvostaa jo niitä asioita niin paljon, että emmie vaadi elämältä enää hirveästi, että kun saa vaan olla elossa. Ja ko sais naita nykyajan nuoria vähän aisoihin, että ne ei kävis samaa rataa, samaa paskaa läpi mitä itte on joutunu. Ku harva sieltä selviää hengissä.”*

Tässä kokemuksessa haastateltava kertoo siitä, miten hän tyytyy nykyiseen elämäntilanteeseen ja arvostaa sitä, että on ylipäättään hengissä. Hän toivoo nuorille parempaa elämää kuin mitä hän on elänyt. On ymmärrettävää, että henkilö väsyä ja uupuu palveluiden hakemisen suhteen, jos apua yrittää saada vuodesta toiseen tuloksetta. Ei kukaan jaksaa loputtomasti yrittää saada apua. On helpompaa tyytyä sen hetkiseen tilanteeseen ja arvostaa niitä asioita, joita hänellä on.

Yksi haastateltava kertoi kokemuksiaan siitä, miten suuri vastuu henkilöllä itsellään on palveluiden saamisen suhteen. Hän kertoi, että huonompikin palvelujärjestelmä voi toimia, mikäli henkilön pelkoa saataisiin lievenemään ja hän uskaltaisi yrittää jatkaa eteenpäin.

*H: ”On se järjestelmä minkälainen tahansa, niin tämä on se suurin ongelma, että se ihmisen pääsisi jollain tavalla eteenpäin. Koska vähän huonompiki järjestelmä voi toimia hyvin, jos sitä kaverilla on halua mennä. Että se pelko siitä jotenkin täytyisi saada niin kun lievenemään.”*

Tästä kokemuksesta on havaittavissa se, että henkilön täytyy ottaa itse vastuu palveluiden hakemisesta, sillä järjestelmä ei tule joustamaan henkilön suuntaan. Haastateltava kertoo, että huonompikin palvelujärjestelmä voi toimia, jos henkilö jaksaa ja pystyy yrittämään tarpeeksi. Kuten todettu, nykyinen palvelujärjestelmä vastuullistaa itse avun hakijaa paljon. Tämä on ongelmallista, sillä päihteitä käyttävillä ihmisillä on monesti haasteita toimintakyvyn kanssa ja lisäksi hän saattaa kokea muita estäviä tekijöitä kuten pelkoa.

On selvää, että palveluiden saaminen on myös kiinni henkilöstä itsestään. On kuitenkin järjetöntä vastuullistaa henkilöä niin että palveluiden saaminen olisi täysin hänen vastuullaan. Lisäksi monet henkilöihin itseensä liittyvät haasteet ovat peräisin stigmasta ja sen aiheuttamasta pelosta taikka palvelujärjestelmän asettamista odotuksista. Päihteidenkäyttäjillä voi olla haasteita palveluihin sitoutumisessa ja ajoille tulemisessa, mutta tähän tulisi suhtautua ymmärtäväisemmin. Lisäksi henkilön vastuuta palveluiden hakemisessa tulisi vähentää. Kun henkilön toimintakyky on alentunut, ei hän kykene täyttämään

järjestelmän asettamia vaatimuksia. On kohtuutonta, että henkilölle asetetaan suuret vaatimukset, jotta hän saisi tarvitsemaansa apua. Tämä saattaa johtaa siihen, että ongelmia ratkotaan entistä enemmän vain päihteillä.

## 6. Päihteitä käyttävien tarvitsema tuki mielenterveyspalveluihin pääsemiseksi

Tässä luvussa käsittelen teemoja, jotka liittyvät toiseen tutkimuskysymykseeni eli siihen, millaista tukea päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen. Näitä teemoja on huomattavasti vähemmän kuin haasteita, sillä tarvittava tuki liittyy myös edelliseen, mielenterveyspalveluihin pääsyn haasteita kuvanneeseen tuloslukuun. Haasteet havainnollistavat samalla tuen tarpeita, sillä haasteiden poistaminen olisi juuri sitä tukea, mitä päihteitä käyttävät ihmiset tarvitsisivat päästäkseen palveluihin. Tässä luvussa käyn läpi sellaisia tuen tarpeita ilmentäviä teemoja, mitkä nousivat aineistosta esiin selkeinä kokonaisuuksina.

### 6.1. Asiakaslähtöisempi ja rakenteellisesti toimiva palvelujärjestelmä

Ensimmäinen teema liittyy asiakaslähtöisempään ja rakenteellisesti toimivaan palvelujärjestelmään. Tätä teemaa sivuttiin jo luvussa 5.5., joka käsitteli palvelunjärjestelmän puutteita asiakaslähtöisyydessä. Käyn tässä luvussa myös läpi asioita, mitkä helpottaisivat palveluihin pääsyä haastateltavien näkökulmasta. Haastateltavat kertoivat siitä, miten välillä on hankala tietää mihin heidän tulisi ottaa yhteyttä. Monesti heidän kohdallaan on käynyt myös niin, että heidät on ohjattu soittamaan toiseen paikkaa. Kun toimintakyky on alentunut, tällainen vie henkilöltä paljon voimavaroja. Haastateltavista osa toivoikin yksinkertaisempaa yhteydenottoa mielenterveyspalveluihin. Kuten todettu, päihteitä käyttävillä ihmisillä saattaa olla vaikeuksia sitoutua palveluun ja he saattavat jättää saapumatta varatulle ajalle. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei tarvetta palveluille olisi. Yksi haastateltava kertoi omista kokemuksistaan päivystyksessä mielentilansa vuoksi. Päivystyksessä hänet oli haastateltu ja hänelle oli varattu aika mielenterveyspalveluihin. Hän kuitenkin unohti mennä varatulle ajalle, eikä hän kuullut enää mielenterveyspalveluista tämän jälkeen.

*H: ”Oltas aktiivisemmin yhteyksissä niin se saattaisi auttaakin. Että kun se on vähän semmoista että ne sanoo sellaisen ajan ja sitten vaan että joo sie oot vapaa lähtemään että selevä.”*

Haastateltavan kertoman mukaan hän olisi kaivannut tilanteessa enemmän huolenpitoa työntekijöiltä. Hän olisi toivonut, että häntä olisi yritetty tavoittaa tämän jälkeen. Tilanteessa hän oli ensin käynyt päivystyksessä missä oli varattu aika mielenterveyspalveluihin. Olisi ollut hyvä, että päivystyksen työntekijät olisivat tiedottaneet mielenterveyspalveluihin tarkasti asian kiireellisyydestä ja kehottaneet tavoittelemaan asiakasta, mikäli hän ei saapuisi paikalle. Kun huomataan, että ensimmäinen aika jää käyttämättä, olisi kohtuullista tarjota uutta aikaa tai edes soittaa perään. Toisaalta työntekijöillä on varmasti kiire, eivätkä he ehdi välttämättä tavoittelemaan kaikkia asiakkaita useita kertoja. Erityisesti päihteitä käyttävän asiakkaan tavoittaminen, jolla on mielenterveyden haasteita, olisi tärkeää, koska heillä saattaa olla omia pelkoja ja asenteita, mitkä estävät avun hakemista. Tavoittaminen onkin yksi suurimmista haasteista. Usein vaikeasti tavoitettavilla ihmisillä on moniongelmaisuuksia ja tarve palveluille on kova (Vanjusov 2022, 181).

Työntekijöiden kiire voi kuvastaa myös palvelunjärjestelmän rakenteellisia ongelmia. Palvelujärjestelmässä voi olla myös paljon muita rakenteellisia ongelmia. Se että päihteitä käyttävät eivät saa tarvitsemiaan palveluita ei välttämättä johdu työntekijöiden asenteellisuudesta ja toimintatavoista. Saattaa siis olla, että työntekijöiden ääni hukkuu palvelujärjestelmässä yhtä lailla kuin asiakkaidenkin. Työntekijöillä saattaa siis olla tarvittava ammattitaito ja valmiudet työskennellä, mutta palvelunjärjestelmän rakenteet ovat onnistumisen tiellä. (Vanjusov 2022, 213.) Rakenteet osaltaan siis ylläpitävät päihteitä käyttäviin liittyvää stigmaa (Orhanli 2024, 18).

Olisikin tärkeää kehittää palvelujärjestelmää toimivammaksi sekä asiakkaiden että työntekijöiden vuoksi. Aineistossa nousi esiin ehdotus ratkaisemaan tavoittamiseen liittyvää problematiikkaa. Yksi haastateltava kertoi omasta aikaansaamattomuudestaan ja sen tuottamista haasteista. Hän kertoikin, että terapeutin kotikäynnit olisivat hänelle toimivampi ratkaisu. Tämä voisi olla toimiva ratkaisu, kun on haasteita toimintakyvyn kanssa. Palvelujärjestelmä pitäisi vain saada mukaan muutokseen.

*H: ”Terapeutin kotikäynnit. Se saattas vähän auttaa siihen että pystys noita terapia aiko-  
jaki ottamaan kun ei tarvii koko aikaa olla silleen että niin mihin mulla pitäääkään mennä,  
aa tuonne ja tuonne ja tuonne. Että ku ois se yks paikka ja se on se minun olohuone ja  
sohva.”*

Tästä kokemuksesta on havaittavissa se, miten henkilö kokee oman aikaansaamattomuutensa ja ajoille menemättömyytensä haasteellisena ja toivoisi, että palvelut voitaisiin vaihtoehtoisesti tuoda hänen luokseen. Kotiin tuotavat palvelut auttaisivat päihteidenkäyttäjien kohdalla siinä mielessä, että heitä olisi helpompi tavoittaa ja ajat tulisivat varmemmin käytetyksi.

Tähän teemaan liittyi vielä yksi tärkeä nosto aineistosta. Haastateltavat toivat usein esiin sen, miten eri palveluista pitäisi tiedottaa enemmän. Yksi haastateltava kertoi kokemukseensa siitä, kun oli päässyt riippuvuuspalveluihin asiakkuuteen, mutta muita palveluita hänelle ei myönnetty. Hän kertoi, miten oli myöhemmin oman vanhan tuttavansa kautta löytänyt vertaistukiryhmät avuksi toipumiseen. Hän ihmetteli sitä, miksi itse palveluissa ei kerrota asiakkaalle, että mitä kaikkia muita palveluita heille olisi tarjolla. Hänen mielestään itse palvelussa pitäisi ohjata asiakasta muiden palveluiden piiriin ja tiedottaa ylipäätään, että mitä vaihtoehtoja on tarjolla. Jos henkilö kertoo työntekijöille, että hänen saamansa apu ei ole riittävää, pitäisi henkilökunnan edes kertoa, mistä hän voisi mahdollisesti saada lisää tukea tilanteeseensa. Usein tämä jätetään henkilön omalle vastuulle.

*H: ”No silloin mulla olisi ollut tarve niille ryhmille ja ne tuli sitten myöhemmin. Mie olin kerennyt ensin sinne [riippuvuuspalveluun] ja sitten myöhemmin [vertaistuki] ryhmiin niin se että koska se oli kerran viikossa ja se oli ihan liian vähän niin siihen olisi pitänyt olla joku vertaistukiryhmä tai hengailupaikka tai joku tällöinen niinku joku tällöinen [OODI] esimerkiksi mutta ei mulla ollut tietoa niin ja oot viimeiset 20 vuotta ollut yksin niin et sie käsitä edes mistä hakea.”*

Tästä kokemuksesta korostuu se, että henkilö on ollut palvelussa ja yrittänyt saada lisää tukea mielenterveyteensä mutta ei ole tätä saanut. Tämän jälkeen hän on itse löytänyt tueksi vertaistukiryhmät ja OODI:n. Henkilö oli elänyt kauan palveluiden ulkopuolella. Tämän takia hänellä ei ollut tietämystä eri palveluista ja kolmannen sektorin toimijoista, joiden tarjoama tuki olisi ollut hänen tilanteessansa toivottua. Olisi siis hyvä, että palveluissa, niin mielenterveys- kuin riippuvuuspalveluissa, tiedotettaisiin asiakkaita enemmän siitä, että mitä vaihtoehtoja heillä on, mikäli he kaipaavat elämäänsä lisätukea. On

kohtuutonta olettaa, että henkilö kykenee itse tekemään kaiken taustatyön ja tätä kautta ottaa selvää palveluista. Palveluissa todennäköisesti tiedetään paikallinen palvelutarjonta, joten olisi kohtuullista, että siellä ohjattaisiin henkilöitä oikeaan suuntaan.

## 6.2. Päihde- ja mielenterveysongelmien normalisointi

Toinen mielenterveyspalveluihin pääsyssä tarvittavaan tukeen kytkeytyvä teema liittyy päihde- ja mielenterveysongelmien normalisointiin. Tämä stigmaan kytkeytyvä teema korostui jo luvussa 5. esitetyissä mielenterveyspalveluihin pääsyn haasteita kuvanneissa teemoissa. Kuten todettu, päihteitä käyttäviin liittyy paljon stigmaa, mikä puolestaan aiheuttaa heissä monenlaista pelkoa, mikä puolestaan tekee avun hakemisesta ja ylipäättään avun tarpeen myöntämisestä haasteellista.

Stigma, asenteellisuus ja odotukset asiakasta kohtaan syntyvät usein tiedostamatta, sillä niiden juuret ovat syvällä yhteiskunnassa. Ensimmäinen askel muutokseen olisi näiden asioiden tiedostaminen, jotta niiden vaikutuksia saataisiin vähennettyä. (Vanjusov 2022, 201.) Tilanteesta haasteellisen tekee se, että nämä asenteet ja käsitykset ovat juurtuneet syvälle yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmä on rakennettu niin, ettei se palvele päihteitä käyttäviä ihmisiä hyvin.

Yksi haastateltava korosti, miten olisi tärkeää normalisoida päihde- ja mielenterveysongelmat ja ymmärtää, että myös päihteidenkäyttäjät ovat ”vain ihmisiä”.

*H: ”Minun mielestä pitäis vaan normalisoida niinku justiinsa päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat tai niinku suoraan ei romantisoida vaan normalisoida. Me ollaan kaikki vaan ihmisiä, ei mitään muuta. Kaikilla on se oma juttunsa, joillakin se on päihdeongelma. Että kaikilla meillä on se oma hommansa, että kukaan ei ole täydellinen, kaikilla on heikkoutensa.”*

Tästä kokemuksesta on havaittavissa se, miten henkilö haluaa vaan tulla ymmärretyksi. Hän haluaa, että hänen haasteensa ymmärretään ja että hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on. Kyseinen asia juontaa juurensa juuri stigmasta ja asenteellisuudesta, mutta jokainen pystyy vaikuttamaan tähän myös omalla toiminnallaan. Päihteidenkäyttäjien

kuntouttaminen vaatii turvallisuudentunteen luomista sekä luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentamista (Vanjusov 2022, 194). Yksi tapa vaikuttaa tähän ja tehdä kohtaamistilanteista ylipäättään laadukkaampia ja turvallisempia henkilölle, on itse kohtaamiseen panostaminen. Luvussa 5.4. kävin läpi sitä, miten iso merkitys kohtaamistilanteilla on. Hyvä kohtaaminen ja asiakkaan ja työntekijän välinen luottamussuhde tarkoittaa sitä, että työntekijä aidosti tuntee asiakkaan ja hänen historiansa. Työntekijän tulisi olla käytettävissä, sekä pyrkiä vähentämään riittämättömyyden tunnetta ja häpeää. (Virokannas 2017b, 116.) Olisikin tärkeää, että työntekijät ymmärtäisivät kohtaamisen ja luottamussuhteen merkityksen ja pyrkisivät antamaan henkilölle sen pienen ajan mitä heillä on käytettävänä ja aidosti kuunnella henkilöä. Tämä auttaisi sekä työntekijää ymmärtämään henkilön tilannetta paremmin, sekä parantaisi henkilön kokemusta palveluista ja täten hänelle tulisi turvallisempi olo asioida siellä jatkossa. Ammattilaisella on kuitenkin näissä kohtaamisissa suuri vastuu. Toisaalta tätä saattaa estää jo aiemmin esille tulleet rakenteelliset tekijät (Vanjusov 2022, 213).

Aineistossa korostui erityisesti OODI:n merkitys haastateltaville. OODI:n merkitys välittyi aineistosta selkeästi. Sen merkityksellisyys korostui erityisesti niin, että se tuntui paikalleen palvelujärjestelmän epäkohtia monella tapaa. Haastateltavat kehuivat OODI:a ja sen merkitystä oman toipumisen suhteen. He kuvasivat OODI:a muun muassa ”turvasatamana”. OODI:n palvelua kehuittiin ja työntekijöiden kerrottiin olevan loistavia.

*H: ”OODI on ollu mulle semmonen ns. turvasatama aina välillä. Ollu semmoisia vaikeita päiviä niin mie oon tullut tänne istahtamaan hetkeksi. Täällä saa hetken hengähtää ja olla vaan niin se on auttanut aika paljon.”*

*H: ”Silloin ko on semmoinen tarve, että pakko päästä jutulle niin mie tuun tähän [OODI:in].”*

Näiden kokemusten mukaan OODI näyttäytyy paikkana, jonne voi tulla matalalla kynnyksellä juttelemaan tai vain olemaan. OODI on siitä merkityksellinen, että jokainen on tervetullut sellaisena kuin on. Monesti palveluissa henkilö kohtaa asenteellisuutta ja tämän takia eriarvoista kohtelua, eikä siksi välttämättä saa apua omiin haasteisiinsa. OODI:n merkitys korostuu siinä, että siellä kukaan ei esimerkiksi syyttele henkilöä omista ongelmistaan. OODI näyttäytyy siis aineistossa helposti saavutettavana paikkana, verrattuna muuten vaikeasti saavutettavissa olevaan palvelujärjestelmään.

*H: ”Niin sitten kun mie kävin täällä [OODI] ja tota tää henkilökunta niinkun ei ollut mitään painostusta tai syyllistelyä tai tämmöisiä. Mie ihmettelin että miksi mulle tulee hyvä olo kun mie käyn täällä juttelemassa... Ja tota niin no sitten mie siinä jossakin vaiheessa tajusin että okei ja tää on tää niinku turvallisuus ja luottamus ja se miten se peleko alkaa hellittää sitten jossain vaiheessa. Niin tota kun tuota se kyllä se niinku taas jonkinlaisen muutoksen teki tässä minun toipumisessa ihan selkeesti.”*

Tästä kokemuksesta on havaittavissa aito kiitollisuus OODI:n tekemää työtä kohtaan. Henkilö on kokenut OODI:n turvallisena paikkana missä ei tarvitse esittää mitään. Henkilö kertoo, että OODI:lla on ollut suuri merkitys hänen toipumisessaan. Turvallisuus ja luottamus on juuri niitä asioita, mitkä poistavat henkilön pelkoa, mitä kävin läpi luvussa 5.6. Pelkoa voi liittyä siihen, ettei henkilö uskalla hakea apua tai myöntää ylipäätään omia mielenterveyden haasteitaan. Pelon lieventäminen korostuikin aineistossani merkittävänä asiana mikä on tukenut henkilöiden avun saamista. OODI lieventää siis omalta osaltaan päihteitä käyttävien kokemaa pelkoa, ja täten auttaa henkilöitä saamaan tarvitsemiaan palveluita.

Pelon hälventäminen näkyy esimerkiksi siinä, että OODI:ssa yritetään niin sanotusti ”houkutellessa” ihmisiä palveluiden piiriin. Yksi haastateltava kertoi, että hänen mielestään tällainen toimii hyvin.

*H: ”Tämä OODI on sillä lailla hyvä, että täällä on tarjolla kuitenkin apua ja voi siinä niinku tavallaan ohimennen näyttää, että tämmöistäkin on ja okei toikin kaveri käyttää sitä [palvelua]. Että minun mielestä tämmöinen houkuttelu tavallaan toimii paljon paremmin, kun se että siellä lukee, että mielenterveystoimisto. Niin tota se ei houkuttele. Tai vasta siinä vaiheessa, kun se mieli on jo hajonnut niin tota jos sittenkään.”*

Tästä kokemuksesta on havaittavissa se, miten OODI auttaa henkilöitä pääsemään palveluiden piiriin. Kun henkilö käy OODI:ssa ja rakentaa luottamussuhdetta työntekijöihin, voivat työntekijät ehdottaa henkilölle myös muihin palveluihin hakeutumista. Työntekijät voivat myös auttaa näihin palveluihin hakeutumisessa. OODI:n työntekijät auttavat kävijöitä monenlaisissa asioissa ja monesti he toimivat ikään kuin väylänä asiakkaan ja palveluiden välillä. OODI lieventää omalla työllään päihteidenkäyttäjiin liittyvää stigmaa ja tätä kautta myös henkilöiden kokemaa pelkoa. OODI:lla on näin ollen tärkeä rooli juuri päihde- ja mielenterveysongelmien normalisoinnin suhteen. OODI parantaa omalla toiminnallaan myös muiden palveluiden saavutettavuutta.

## 7. Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä pro gradu – tutkielmassa olen selvittänyt päihteitä käyttävien aikuisten kokemuksia heidän mahdollisuuksistaan päästä mielenterveyspalveluiden piiriin. Tarkemmin sanotuna tarkoituksena oli selvittää, millaisia haasteita päihteitä käyttävät ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluihin, ja millaista tukea he tarvitsevat mielenterveyspalveluihin päästäkseen. Minua kiinnosti, millaisia kokemuksia päihteitä käyttävillä ihmisillä on mielenterveyspalveluista. Halusin pro gradu – tutkielmallani saada heidän oman äänensä kuuluviin, sillä koin että sen mahdollistaminen olisi merkityksellistä niin heille itselleen kuin laajemmin sosiaalityön tutkimuskentällä ja myös yhteiskunnallisesti. Tutkielman aineistonkeruun toteutin yhteistyössä Osallisuuskeskus OODI:n kanssa.

Tutkielmani valottaa osaltaan niitä epäkohtia, joita julkisessa palvelujärjestelmässämme on päihteitä käyttävien ihmisten näkökulmasta. Tutkielmani tuloksista on havaittavissa monenlaisia haasteita, joita päihteitä käyttävät ihmiset ovat kohdanneet hakiessaan apua mielenterveyden haasteisiinsa. Aineistossa korostuneiden haasteiden ytimessä on stigma, joka päihteitä käyttäviin ihmisiin kohdistuu. Stigma on osaltaan syyllinen siihen, miksi päihteitä käyttävien palveluihin ei resursoida tarpeeksi. Stigma aiheuttaa kierteen, jossa henkilöä saatetaan palvella huonosti tai hänen ongelmiaan saatetaan vähätellä. Häntä saatetaan syyllistää omista ongelmistaan tai hänelle puhutaan negatiiviseen sävyyn. Samalla henkilö alkaa nähdä itse itsensä negatiivisessa valossa. Stigma aiheuttaa myös pelkoa, mikä vaikeuttaa palveluihin hakeutumista ylipäätään. (Vanjusov 2022, 183–185; Rovamo & Toikko 2019.)

Päihteitä käyttävät ihmiset ovat monesti menneisyytensä vankeja, sillä merkintä päihteidenkäytöstä säilyy henkilön tiedoissa pitkään, minkä ansiosta työntekijöillä on mahdollisuus saada tästä tieto ennen kuin henkilöä on edes tavattu. Merkintä säilyy, vaikka henkilö olisi jo lopettanut. (Vanjusov 2022, 186.) Tutkielmani tuloksissa tämä koettiin ongelmalliseksi ja henkilöillä on sen vuoksi tarve todistella omaa muutostaan. Tulos on merkityksellinen myös muutostyötä ja muutoksen mahdollisuutta korostavan sosiaalityön näkökulmasta. Muutostyön voidaankin ymmärtää olevan asiakkaan tarinan kuulemista. On pystyttävä uskomaan, että muutos tapahtuu jossain vaiheessa. (Koskinen 2007, 5, 45.) Työntekijöiden tulisi pystyä uskomaan asiakkaan muutokseen ja olla aidosti läsnä kohtaamisissa ja kuunnella hänen tarinaansa.

Tutkielmani tuloksista käy ilmi, että päihteitä käyttävät ihmiset ovat kokeneet paljon asenteellisuutta, välinpitämättömyyttä, vähättelyä sekä eriarvostamista työntekijöiden puolelta. Tämä on johtanut monesti siihen, että henkilö on saanut apua vain päihteidenkäyttöön, mutta muu palveluiden tarve on jäänyt kartoittamatta. Tilanteissa on todettu, että palveluntarve on täytetty yhdellä palvelulla. Tämä on muidenkin tutkimuksien perusteella yleistä (esim. Vanjusov 2022; Virokannas 2017a). Tutkielmani tulokset korostavat sitä, ettei päihteidenkäyttäjien avun tarvetta mielenterveysasioissa oteta tosissaan. Heidän kohdallaan hoidetaan vain oireita eli päihteidenkäyttöä eikä syytä eli mielenterveysongelmia. Päihteidenkäyttö on monelle ihmiselle selviytymiskeino. Kun tarvittavaa apua mielenterveyteen ei ole saatu, helpotusta on haettu päihteistä. Tutkielmani tulosten mukaan päihteidenkäyttäjien palveluntarvetta ei kartoiteta tarvittavan kokonaisvaltaisesti, vaan palveluntarve todetaan täytetyksi yhdellä palvelulla, joka on usein riippuvuuspalvelut.

Tutkielmani tuloksista oli havaittavissa myös se, että päihteitä käyttävät ihmiset halutaan pitää asiakkuudessa nimenomaan päihdepalveluissa eikä heitä siirretä mielenterveyspalveluiden puolelle, vaikka tarve olisi. Tätäkin havaintoa vahvistavat muut tutkimukset (esim. Rovamo & Toikko 2019). Tutkielmassa kävi myös ilmi se, että henkilö on voinut ensin olla mielenterveyspalveluiden piirissä ja saanut apua ongelmiinsa. Tämän jälkeen hänen päihteidenkäyttönsä on paljastunut työntekijöille ja hänen asiakkuutensa siirretty päihdepalveluihin ja samalla mielenterveysasiat jäivät hoitamatta. Samanlaisia havaintoja on tehty muissakin tutkimuksissa (esim. Virokannas 2017a; Virokannas 2017b). Voisi siis todeta, että palvelujärjestelmässä laajasti tavoiteltu palveluintegraatio (ks. Raitakari 2025, 19–20) eli palveluiden yhteensovittaminen ei päihteitä käyttävien kohdalla toteudu. Tutkielmani tuloksien mukaan palveluita ei soviteta yhteen, vaan henkilölle tarjotaan lähtökohtaisesti vain riippuvuuspalveluita.

Tutkielmani tulosten mukaan päihteitä käyttävät ihmiset kokevat saamansa hoidon laadun riittämättömäksi. Riippuvuuspalveluissa saatu keskusteluapu on koettu riittämättömäksi. Mielenterveyden häiriöihin ei myöskään määrätä lääkityksiä, mikä on koettu myös riittämättömäksi. Aiemmat lääkitykset on sen sijaan lopetettu, kun päihteidenkäyttö on selvinnyt. Lääkkeiden määräämättömyys on johtanut siihen, että henkilö lääkitsee itseään edelleen päihteillä.

Hoidon laadun riittämättömyyttä lisää se, että työntekijät vaihtuvat ja heillä on kiire. Tämä johtaa siihen, ettei luottamussuhde pääse rakentumaan, mikä puolestaan estää toimimista (Vanjusov 2022, 194). Päihteiden käyttäjien kokemuksia ilmentävien

kokemusten perusteella tapaamisilla ei panosteta kohtaamiseen, jolloin asiakkaalle on jäänyt kuva, ettei työntekijää todellisuudessa kiinnosta. Kohtaamisella on suuri merkitys, joten tähän tulisi panostaa. Hyvällä kohtaamisella voitaisiin mahdollistaa se, että henkilö tulee kuulluksi ja kokee olevansa arvokas ja merkittävä. (Mt., 189.) Päihteitä käyttävän ihmisen olisi tärkeää kokea olevansa arvokas ja merkittävä. Tällä olisi hänelle suuri merkitys ja se voisi osaltaan parantaa aiempia huonoja kokemuksia. Yksittäisen työntekijän toiminnalla voi olla valtava merkitys henkilön elämään. Samalla on kuitenkin hyvä muistaa, että työntekijöiden toiminnan taustalla vaikuttavat monenlaiset yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän rakenteelliset tekijät. Työntekijät saattavat tunnistaa päihteidenkäyttöön liittyvät erityispiirteet, ja he saattavat toimia tilanteessa parhaimmalla mahdollisella tavalla. Vika voi työntekijöiden sijaan olla rakenteissa, jolloin työntekijöiden ääni ei pääse kuuluviin eikä täten vaikuttamaan palvelujärjestelmän rakentumiseen. (Vanjusov 2022, 213.) Juuri nämä rakenteet yllä pitävät päihteitä käyttäviin liittyvää stigmaa (Orhanli 2024, 18).

Tutkielmani havaintojen mukaan esteet mielenterveyspalveluiden saamisen suhteen liittyvät usein juuri päihteisiin. Tutkielmani tulosten mukaan päihteettömänä on helpompi saada apua mielenterveyteensä. Palveluissa saattaa tapahtua tahallista tai tahatonta priorisointia asiakkaiden tilanteiden perusteella. Asiakkaita saatetaan luokitella toivottomiin ja vähemmän toivottomiin. (Mt., 187.) Toisaalta henkilöltä saatetaan vaatia tarpeeksi huonoa vointia, jotta hän saa apua. Tutkielmassani tätä kuvailtiin niin, että henkilön tulee olla ”pohjalla” ennen kuin hän saa apua. Tulosten mukaan henkilön tulee olla jopa itsetuhoinen, jotta hänet otetaan ”tosissaan”. Tämä havaittiin myös Vanjusovin (mt., 188) tutkimuksessa.

Päihteitä käyttävien henkilöiden kokemuksia ilmentävien tulosten perusteella myös henkilöön itseensä liittyy paljon estäviä tekijöitä. Toisaalta monet näistä kumpuavat juuri stigmasta ja esimerkiksi aiemmista kokemuksista (mt., 184–185; Virokannas 2017a, 277–278). Tutkielmani mukaan päihteidenkäyttäjät kokevat paljon häpeää ja pelkoa. Päihteidenkäyttäjä ei välttämättä uskalla hakea apua tai edes myöntää omaa avun tarvettaan. Tutkielmani tuloksissa korostui se, ettei päihteidenkäyttäjä välttämättä myönnä omia mielenterveyden haasteitaan, vaan piiloutuu päihteiden taakse. Päihteidenkäyttö on kuitenkin monesti itsensä ”lääkitsemistä” juuri omien mielenterveyden haasteiden takia. Päihteidenkäyttö aiheuttaa myös sitä, ettei henkilö osaa välttämättä sanoittaa tarpeitaan tai ottaa apua vastaan. Päihteitä käyttävät ihmiset saattavat jättää menemättä varatuille ajoille tai katkaista palvelun kokonaan. Tulkintani mukaan suurin syy henkilöön itseensä

liittyville haasteille on hänen kokemansa pelko, mikä juontaa juurensa stigmasta ja syvälle rakenteisiin juurtuneista asenteista. Pelon hälventäminen kuvailtiin merkittäväksi tekijäksi toipumisessa. Olisikin tärkeä panostaa turvalliseen ja luottamukselliseen kokemukseen palveluista.

Ylipäättään koko julkisessa palvelujärjestelmässä koettiin olevan paljon haasteita. Tutkielmani tulosten mukaan henkilön täytyy usein itse tietää mitä hän tarvitsee ja vaatia sitä. Tällöin saattaa olla mahdollista saada tarvitsemaansa apua. Monesti toimintakyky on kuitenkin niin heikko tai henkilö ei vain pysty vaatimaan apua, joten hän jää avun ulkopuolelle. Palvelujärjestelmä on sirpaleinen ja kaikki vastuu hoidon saamiseksi on usein henkilöllä itsellään. Mikäli henkilö ei pysty vastaamaan palvelujärjestelmän kriteereihin, putoaa hän palveluiden ulkopuolelle (Vanjusov 2022, 189). Työntekijöiltä ei myöskään löydy riittävästi ymmärrystä sen suhteen, miksi päihteitä käyttävien ihmisten näkökulmasta palveluihin pääseminen ja niissä pysyminen on niin haasteellista. Henkilön ei pitäisi joutua vaatimaan oikeaa palvelua itse. Se, että henkilö ilmaisee tarvitsevansa apua, pitäisi olla riittävä. Tämän jälkeen työntekijöiden tehtävänä on selvittää, mitä palveluita hänelle voidaan tarjota. (Mt., 132.)

Tutkielmani tuloksista korostui Osallisuuskeskus OODI:n merkitys tutkimukseen osallistuneille. Jokainen haastateltava oli kokenut OODI:n auttaneen heitä tavalla tai toisella. OODI:n kuvailtiin olevan turvallinen paikka, missä ei tarvitse esittää mitään muuta kuin on. Henkilöt ovat saaneet OODI:sta esimerkiksi keskusteluapua sekä neuvoja palveluihin hakeutumiseen. OODI onkin toiminut monesti päihteitä käyttävien henkilöiden ja palveluiden välillä eräänlaisena linkkinä. Tulosten perusteella kolmannen sektorin matalan kynnyksen toimintaa edustava OODI on erittäin merkityksellinen toimija ja sillanrakentaja yhteiskunnassa heikommassa asemassa olevien päihteitä käyttävien henkilöiden ja julkisen sektorin palvelujärjestelmän välissä. OODI näyttäytyy tuloksissa helposti saavutettavana paikkana ja eräänlaisena ”turvasatamana”. OODI tekee omalla toiminnallaan palveluista paremmin saavutettavia päihteitä käyttäville henkilöille. Kolmas sektori esiintyy tutkielmani tuloksissa julkisen palvelujärjestelmän tärkeänä täydentäjänä.

Seuraavaksi suhteutan oman tutkielmani tuloksia Vanjusovin (2022) saavutettavuuden ulottuvuuksiin. Vanjusovin (2022) mukaan saavutettavuuden ulottuvuuksia on viisi. Institutionaalinen, informatiivinen, taloudellinen, fyysinen, ja kokemuksellinen. Tutkielmasani näistä korostuivat erityisesti institutionaalinen, informatiivinen ja kokemuksellinen saavutettavuus.

Institutionaalinen saavutettavuus pitää sisällään sen, että henkilön yksilöllisiin tarpeisiin vastataan (mt. 111). Tämä liittyy olennaisesti tutkielmassani esiin nousseeseen ilmiöön, jossa henkilön palveluntarpeen todetaan tulleen täytetyksi, kun hänelle tarjotaan päihdepalveluita. Tällöin henkilön palveluntarpeeseen ei paneuduta tarpeeksi kokonaisvaltaisesti. Yksi haastateltava kuvasi tätä seuraavasti: ”hoidetaan oiretta, ei syytä”. Esimerkiksi pelkkä korvaushoito ei tarkoita sitä, että palvelu vastaa asiakkaan tarpeeseen tarvittavalla tasolla. Päihteidenkäyttö tapahtuu henkilön omassa elämässä, mikä on paljon laajempi kokonaisuus kuin pelkkä päihteidenkäyttö. Täten myös palveluntarve on usein laajempi. (Mt., 118–119.) Jos palvelujärjestelmässä ei pystytä tunnistamaan onko päihteidenkäyttö seurausta mielenterveyden haasteista vai ovatko mielenterveyden haasteet seurausta päihteidenkäytöstä käy helposti niin, ettei henkilöä ja hänen päihteidenkäyttöänsä hoideta kokonaisuutena, vaan keskitytään vain oireiden hoitamiseen (mt., 127).

Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, miten hyvinvointialueet ja kunnat panostavat enemmän avopalveluihin, kun laitospalveluihin. Tämä perustuu siihen, että avopalvelut ovat lähtökohtaisesti halvempia järjestää. (Mt. 120–121.) Tämä korostui tutkielmani tuloksissa. Tulosten mukaan avopalveluita suositaan laitospalveluita enemmän, vaikka tarve olisi nimenomaan laitospalveluille. Lisäksi osastojaksot ovat olleet myös aiempaa lyhyempiä. Tuloksissa näkynyttä kehityssuuntaa voisi selittää säästötoimilla ja resurssien puutteella. Hyvinvointialueiden talousvaikeudet ovat olleen paljon esillä julkisessa keskustelussa (Halme 2025). Lapin hyvinvointialue (Lapha) on kertonut panostavansa enemmän ehkäisevään työhön ja avopalveluihin (Lapha 2024). Myös Sosiaali- ja terveysministeriö (Sosiaali- ja terveysministeriö d) kehottaa turvautumaan laitospalveluihin vasta sitten, kun muita vaihtoehtoja ei enää ole. Tästä voisikin päätellä, että laitospalvelut ovat hankalasti saavutettavia hyvinvointialueilla tänä päivänä.

Institutionaaliseen saavutettavuuteen liittyy myös resurssointi tai tarkemmin sanottuna resurssien puute. Kuten todettu, palvelut ovat ruuhkautuneita ja työntekijöistä on jatkuva pula (mt., 135). Tutkielmani tuloksissa korostuivat pitkät jonotusajat palveluihin sekä työntekijöiden vaihtuvuus ja kiire, mitkä vaikuttavat luottamussuhteen rakentumiseen ja täten henkilön toipumiseen ja kokemukseen palvelusta. Järjestöjen merkitys nostaa päätään, kun julkisen sektorin palvelut eivät ole riittävät. Tutkielmassani korostuikin Osallisuuskeskus OODI:n merkitys. OODI koettiin paikkana, minne voi tulla juttelemaan, kun sitä tarvitsee. Ilmapiiri on avoin eikä henkilöihin kohdistu samanlaista asenteellisuutta, kuin palveluissa. Samalla OODI:n kaltaiset matalan kynnyksen kohtaamispaikat paikkaavat institutionaalisen saavutettavuuden ongelmia.

Toinen tutkielmani tuloksissa korostunut saavutettavuuden ulottuvuus on informatiivinen saavutettavuus. Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy olennaisesti palvelukentän sirpaleisuus ja palveluista tiedottaminen asiakkaille. Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy se, että esimerkiksi korvaushoidossa saatetaan tehdä linjauksia, joilla ei todellisuudessa ole lääketieteellisesti hyväksyttäviä kriteereitä (mt., 143). Tutkielmani tuloksissa korostui, miten korvaushoidossa ei ole hoidettu henkilöä kokonaisvaltaisesti, ja miten henkilöltä on poistettu aiemmin olleet mielialalääkkeet. Haastateltavat olivat kokeneet haasteelliseksi esimerkiksi ADHD:n diagnosoimattomuuden. Opioidikorvaushoitosuosituksen (Häkkinen 2023b, 85–86) mukaan päihteidenkäyttö ei kuitenkaan automaattisesti ole este esimerkiksi neuropsykiatristen tutkimusten tekemiselle vaikkakaan aktiivisen ja runsaan päihteidenkäytön aikana lääkitystä ei suositella. (Mt., 85–86.)

Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy myös palveluiden lyhytnäköisyys sekä se, että asiakas joutuu itse määrittelemään palveluntarpeensa. Informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy myös se, miten palveluissa ei hyväksytä päihteitä käyttävien ihmisten haasteita, kuten retkahtamista. (Vanjusov 2022, 146–147.) Lisäksi informatiiviseen saavutettavuuteen liittyy se, miten palveluiden pitäisi olla helposti löydettävissä. Palveluiden kuvaus pitäisi olla toteutettuna myös tarpeeksi selkeästi, jotta henkilö pystyy helposti päättämään, vastaisiko palvelu hänen tarpeisiinsa. Monesti palvelukentän monimutkaisuuden takia käy niin, että muut toimijat paikkailevat tilannetta. (Mt., 154–155.) OODI tekee juuri tällaista työtä ohjatessaan ja kannustaessaan henkilöitä palveluiden piiriin. Tutkielmani tuloksista on havaittavissa, miten haastavaa oikean palvelun löytäminen välillä on. Henkilön tulee itseohjautuvassa järjestelmässä myös itse tietää mitä palvelua hän tarvitsee. Näin ei kuitenkaan saisi olla, vaan henkilön ilmaisu avun tarpeesta pitäisi riittää, jotta asiaa lähdetäisiin selvittämään (mt., 132).

Kokemuksellinen saavutettavuus pitää sisällään ehkä kaikista merkityksellisimmän tutkielmani tuloksen eli stigman. Stigman merkitys on tullut tutkielmani tuloksissa paljon esiin. Stigma on osaltaan vaikuttanut kaikkiin esiin nousseisiin teemoihin. Pohjimmiltaan stigmassa on kyse häpeäleimasta (mt., 184). Stigma aiheuttaa epätasa-arvoista kohtelua sekä syrjintää (mt., 185). Stigma liittyy siihen, miten päihteitä käyttävät ovat saaneet eriarvoista kohtelua palveluissa ja miten heitä on ”pompoteltu” palvelusta toiseen (Rovamo & Toikko 2019, 288). Henkilöiden palveluntarve on katsottu täytetyksi, kun heille on tarjottu päihdepalveluita. Stigma on iso syy miksi, päihteitä käyttävät kohtaavat asenteellisuutta ja huonoa kohtelua palveluissa. Päihteitä käyttävien kohtaama asenteellisuus ja ennakkoluulot korostuivat tutkielmani tuloksissa. Tuloksissa korostui myös se, miten

päihteitä käyttävät on niputettu yhteen pelkästään päihteiden aiheuttaman leiman perusteella. Heitä ei olla kohdattu ihmisyksilöinä, vaan päihteidenkäyttäjinä. Stigma aiheuttaa myös sitä, että henkilö näkee itsensä negatiivisella tavalla, mikä johtaa moniin haasteisiin. Henkilöllä on tarve todistella muutostaan, eikä hän välttämättä usko itseensä. Tuloksissa korostuu henkilöiden kokema pelko, mikä estää palveluiden hakemista, avuntarpeen myöntämistä sekä palveluissa pysymistä.

Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyy myös asiakkaiden priorisointi (Vanjusov 2022, 187–188) ja se miten kauaskantoiset päihdemerkinnän vaikutukset kyseiselle henkilölle on (mt., 186). Nämä asiat korostuivat myös tutkielmani tuloksissa. Päihteidenkäyttäjän leimaan liittyy myös tarve todistella omaa muutostaan. Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, kun henkilöltä on ”vaadittu” jopa itsetuhoisuutta ennen kuin hän on saanut apua. Hänen on pitänyt olla niin sanotusti pohjalla. Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyvät myös henkilön aiemmat kokemukset palveluista, ennakkokäsitykset, sekä kohtaaminen (mt., 190–191). Erityisesti kohtaamisen merkitys painottui tutkielmani tuloksissa ja se onkin iso osa kokemuksellista saavutettavuutta. Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyy myös se, että henkilöllä tulee olla halu ottaa vastaan palveluista (mt., 207).

Kuten todettu, Vanjusovin (2022) määrittelemät saavutettavuuden ulottuvuudet korostuvat tutkielmani tuloksissa. Olisikin syytä kiinnittää huomiota näihin asioihin, jotta mielenterveyspalveluista saataisiin saavutettavampia päihteitä käyttäville ihmisille. Tärkeä olisi tiedostaa mielenterveyspalveluiden merkityksellisyys päihteitä käyttävien ihmisten näkökulmasta. Tutkielmani tuloksista on havaittavissa selvästi se, miten heille ei tarjota ansaitsemaansa kokonaisvaltaista hoitoa. Toivonkin, että tätä asiaa pystyttäisiin valottamaan, jotta sen merkitys huomattaisiin ja kenties ymmärrettäisiin, ettei näistä palveluista voi enää leikata. Päinvastoin rahoitusta pitäisi lisätä, sillä valitettavasti resurssien puute on monen haasteen taustalla. Lisäksi päihteidenkäyttöön ja päihteidenkäyttäjiin liittyvää stigmaa pitäisi purkaa. Stigma on juurtunut syvälle rakenteisiin, joten muutos tämän suhteen ei olisi helppoa, mutta tähän olisi pyrittävä. Ei riitä, että stigman olemassaolo tunnistetaan. Pitäisi pyrkiä vaikuttamaan stigmaa ylläpitäviin rakenteisiin, jotta muutos olisi mahdollista (Orhanli 2024, 18). Rakenteellinen sosiaalityö on pitkäjänteistä muutossosiaalityötä, jolla muutokseen pystyttäisiin vaikuttamaan. Rakenteellista sosiaalityötä tulisi tehdä yhdessä asiakkaan kanssa ja saada sekä asiakkaan että työntekijän ääni kuuluviin yhteiskunnallisessa keskustelussa. (Koskinen 2007, 21, 92.)

Tutkielmani tuloksissa kävi ilmi se, miten huonossa asemassa päihteitä käyttävät ihmiset ovatkaan palvelujärjestelmässä. Moni heidän kohtaama haaste liittyi työntekijöihin (mm. asenteellisuus) mutta näistä asioista ei voida yksin syyttää työntekijöitä. Ongelman juuri on todennäköisesti syvemmällä eli rakenteissa. Olisi tärkeää saada asiakkaiden ja työntekijöiden ääni selkeästi kuuluviin, jotta heidän näkökulmaansa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi lainvalmistelutyössä. (Vanjusov 2022, 213.) Päihteitä käyttävien ja mielenterveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden kokemustietoa tulisi hyödyntää myös palvelujärjestelmän ja sen rakenteiden kehittämisessä.

Lopuksi arvioin hieman tutkimusprosessiani. Tutkielmani luotettavuutta ja pätevyyttä olen arvioinut koko tutkimusprosessin ajan. Heti pro gradu -tutkielmaa aloittaessani perehdyin tutkimusetiikkaan ja siihen liittyvään kirjallisuuteen, ja noudatin työssäni tutkimuseettisiä ohjeita. Reflektoin kriittisesti, millaisia ennako-oletuksia itselläni oli lähtiesäni tutkimaan näin sensitiivistä aihetta. Toteutin haastattelut ja käsittelin haastatteluaineistoani erityistä huolellisuutta noudattaen. Haastateltavien määrä jäi melko vähäiseksi, mutta sisällöltään aineisto oli rikasta ja mahdollisti tutkimuskysymyksiin vastaamisen.

Jatkossa olisi tarpeen tehdä lisää tutkimusta päihteitä käyttävien ja mielenterveyden haasteista kärsivien asemasta palvelujärjestelmässä, jotta saataisiin enemmän tietoa heidän tosiasiallisista mahdollisuuksistaan saada palveluita. Mikäli aihetta tutkittaisiin enemmän, saataisiin epäkohdat mahdollisesti nostettua tieteellisen keskustelun lisäksi myös osaksi laajempaa yhteiskunnallista keskustelua. Koen, että aihepiirin tutkiminen sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta olisi tärkeää. Asiakkaille tilanteet näyttävät monesti sellaisina, että työntekijä on syyllinen siihen miksi hän ei saa hoitoa. Todellisuudessa työntekijän toimintamahdollisuudet voivat olla hyvinkin rajoitetut, minkä vuoksi olisi tärkeä tuoda molempien näkökulmia esiin. Lisäksi olisi kiinnostavaa tehdä tutkimusta aiheesta myös palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan ylemmällä tasolla. Tämän kautta voitaisiin selvittää esimerkiksi sitä, miten päihteitä käyttävät ja mielenterveyden häiriöistä kärsivät asiakasryhmänä näkyvät osana päätöksentekijöiden keskustelua niin hyvinvointialueilla kuin valtion tasolla eduskunnassa.

Olen erittäin kiitollinen yhteistyöstä Osallisuuskeskus OODI:n kanssa. Kiitos että sain tutustua toimintaanne, ja kiitos että autoitte minua tutkielmani teossa. Teette arvokasta työtä. Kiitän myös haastateltaviani kokemustenne jakamisesta. Halusin antaa äänen juuri heille, keitä palvelujärjestelmä kohtelee huonosti ja keiden ääni monesti jää kuulematta. Koen, että tällaisia tutkimuksia pitäisi toteuttaa jatkossakin, sillä äänen antaminen niille, keiden asioista on kyse, on erityisen arvokasta.

## Lähteet

- Aalto Mauri 2017: Samanaikainen päihde- ja mielenterveyden häiriö. Päihdelinkki.fi. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/samanaikainen-paihde-ja-mielenterveyden-hairio/> Viitattu 7.12.2024.
- Alasuutari, Pertti 1999: Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Auramies, Jukka & Palmén, Tiia 2024: Amfetamiini palasi rajusti takaisin: Kuvat kertovat tylyn totuuden Suomen huumekriisistä. Uutinen 9.10.2024. Mtvuutiset.fi. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/amfetamiini-palasi-rajusti-takaisin-kuvat-kertovat-tylyn-totuuden-suomen-huumekriisista/9022882> Viitattu 5.5.2025.
- Bergström, Tomi 2022: Mielelön häiriö: Psykiatrian ongelma ja sen ratkaisu. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Blomgren, Jenni & Perhoniemi, Riku 2021: Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: trends by gender, age and diagnostic group in 2005–2019. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2022; 50: 318–322. <https://doi.org/10.1177/1403494821993705>
- Braun, Virginia & Clarke, Victoria 2022: Thematic analysis: A practical guide. London: SAGE Publications Ltd.
- Clark, Duncan B. 2014: Chapter 12 – Adolescent substance use disorders. Teoksessa: Daley, Dennis C. & Douaihy, Antoine Substance use disorders. Oxford: Oxford University Press.
- Daley, Dennis C. & Douaihy, Antoine 2014: Chapter 11 – Co-occurring disorders. Teoksessa: Daley, Dennis C. & Douaihy, Antoine Substance use disorders. Oxford: Oxford University Press.
- Eskola, Jari & Lätti, Johanna & Vastamäki, Jaana 2018: Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa Valli, Raine (toim.) 2018: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5. uudistettu painos, 1. painos 2001. PS-kustannus. Jyväskylä, 27–51.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos, 1. painos 1998. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari 2018: Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uudistettu painos. PS-kustannus. Jyväskylä. 209-231.
- Francis, Abraham P. 2014: Social work in mental health: Areas of practice, challenges and way forward. New Delhi, India: Sage Publications.
- Hakala, Juha T 2024: Laadullisen tutkimuksen ABC: Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle. Helsinki: Gaudeamus.
- Halme, Kaisa 2025: Hyvinvointialueet pulassa säästöjen kanssa – STM: ”Meiltä kysytään usein, mitä lakia olisi vähiten haitallista rikkoo”. Uutinen 10.1.2025. Yle.fi. <https://yle.fi/a/74-20135234> Viitattu 15.5.2025.

- Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina & Kitchener, Betty & Jorm, Anthony 2008: Käsi-  
kirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen mielenterveysseura.
- Häkkinen, Margareeta 2023a: Huumeiden aiheuttama päihtymys, käytön ongelmat ja  
huumeriippuvuus. Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00414> Viitattu  
9.1.2025.
- Häkkinen, Margareeta (toim.) 2023b: Opioidikorvaushoidon hoitosuositus. Päihdelääke-  
tieteen yhdistys ry.
- Härkönen, Janne & Warpenius, Katariina & Mäkelä, Pia 2023: Suomalaisten alkoholin-  
käyttötavat 2023 - Suomalaisten säännöllinen alkoholinkäyttö on vähentynyt. THL  
– Tilastoraportti 59/2023.
- Jormakka-Keränen, Hanna 2014: Päihde- ja mielenterveysongelmaisten tukiasuminen ja  
asumispalvelut Kuusamossa. Teoksessa Orjasniemi, Tarja (toim.): Moniammatillisen  
päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmiöitä, menetelmiä, strategioita  
ja rajapintoja. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita  
57. 486–498.
- Juhila, Kirsi 2021a: Koodaaminen. Teoksessa Jaana Vuori (toim.): Laadullisen tutkimuk-  
sen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/> Viitattu 9.4.2025.
- Juhila, Kirsi 2021b: Teemoittelu. Teoksessa Jaana Vuori (toim.): Laadullisen tutkimuk-  
sen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/> Viitattu 9.4.2025.
- Juuti, Pauli & Puusa, Anu 2020: Johdanto – Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan?  
Teoksessa, Anu & Juuti, Pauli 2020: Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja me-  
netelmät. Helsinki: Gaudeamus. 9–20.
- Kallinen, Kati & Pirskanen, Henna & Rautio, Susanna 2015: Sensitiivinen tutkimuksessa.  
Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet. United Press Global, Tal-  
linna.
- Kankaanpää, Aino 2024: Alfa-PVP (peukkuhuume). Päihdelinkki.fi. [https://paihde-  
linkki.fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-muut-paihdyttavat-aineet/alfa-pvp/](https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-muut-paihdyttavat-aineet/alfa-pvp/) Vii-  
tattu 5.5.2025.
- Karhunen, Maria 2022: Huumeita käyttävien ihmisten kokemat haasteet ja toimintamah-  
dollisuudet paikallisessa palvelujärjestelmässä sekä Osallisuuskeskus OODI:ssa.  
Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka & Salasuo, Mikko 2023: Suomalaisten  
huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022 Suomalaisten huumeekokeilut yleistyvät,  
asenteissa ja mielipiteissä isoja muutoksia. THL – Tilastoraportti 15/2023.
- Karlsson, Linnea 2013: Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa:  
Marttunen, Mauri & Huurre, Taina & Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta  
(toim.): Nuorten mielenterveyshäiriöt Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille.  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kela 2024: Mielenterveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspois-  
saololle vuonna 2023. [https://www.kela.fi/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-  
veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023](https://www.kela.fi/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023) Vii-  
tattu 9.1.2025.

- Koponen, Veera & Jehkonen, Mervi 2019: Naisen tarkkaavuushäiriö - lapsuudesta aikuisuuteen. *Duodecim* 2019;135. 283–288.
- Koskinen, Anna-Kaisa 2007: ”Vaihtoehtoinen tarina” - Mitä on sosiaalinen muutostyö? SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisuja 14. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kotovirta, Elina 2009: Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. *Tutkimus* 10/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kotovirta, Elina & Markkula, Jaana & Pajula, Mari & Paavola, Meri & Honkanen, Reetta & Tuominen, Ismo 2021: Päihde- ja riippuvuusstrategia - Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.
- Kuula, Arja 2011: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Kuussaari, Kristiina & Karjalainen, Karoliina & Kataja, Kati & Hakkarainen, Pekka 2017: Sekakäyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Duodecim* 2017;133. 2152–2160.
- Laaksonen, Maarit & Kääriäinen, Aino & Penttilä, Marja & Tapola-Haapala, Maria & Sahala, Heli & Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu 2011: Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa - Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laitila, Minna 2013: Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia: Opas strategiseen suunnitteluun. [Helsinki]: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523. <https://www.finlex.fi/fi/lain-saadanto/2015/523> Viitattu 8.5.2025.
- Lapha 2024: Lapin hyvinvointialueen vuoden 2025 talousarvioesityksessä talous on tasapainossa, riskeihin varaudutaan ja palvelut varmistetaan. Julkaisu 5.12.2024. Lapha.fi. <https://lapha.fi/fi/w/lapin-hyvinvointialueen-vuoden-2025-talousarvioesityksessa-talous-on-tasapainossa-riskeihin-varaudutaan-ja-palvelut-varmistetaan%C2%A0> Viitattu 15.5.2025.
- Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville 2004: Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.
- Lawson Hellu, Sophia 2022: Ennakkoluulot ja jäykät rakenteet ihmisoikeuksien tiellä sosiaali- ja terveyspalveluissa – ”Ihminen nähdään vain päihteiden käyttäjänä”. Ihmisoikeusliitto. <https://ihmisoikeusliitto.fi/ennakkoluulot-ja-jaykat-rakenteet-ihmisoikeuksien-tiella-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/> Viitattu 12.1.2025.
- Lepistö, Joonas 2024a: Asiantuntijat vaativat huumehaittoihin puuttumista – ”Jos meillä olisi joku toinen sairaus, johon kuolisi viisi ihmistä viikossa...”. Uutinen 8.10.2024. Mtvuutiset.fi. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/asiantuntijat-vaativat-huumehaittoihin-puuttumista-jos-meilla-olisi-joku-toinen-sairaus-johon-kuolisi-viisi-ihmista-viikossa/9021880> Viitattu 5.5.2025.
- Lepistö, Joonas 2024b: ”Kovaaääniset saavat hoitoa, hiljaiset eivät” – professori vaatii uhkasakkoja kriisin korjaamiseksi. Uutinen 19.9.2024. Mtvuutiset.fi. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/kovaaääniset-saavat-hoitoa-hiljaiset-eivat-professori-vaatii-uhkasakkoja-kriisin-korjaamiseksi/9010820> Viitattu 5.5.2025.

- Leppämäki, Sami 2016: ADHD ja päihteidenkäyttö. Päihdelinkki.fi. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/adhd-ja-paihteidenkaytto/> Viitattu 1.5.2025.
- Luoto, Kaisa 2023: Improving Care for Patients with Dual Disorders: Depression and co-occurring alcohol use. Tampereen Yliopisto.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> Viitattu 10.1.2025.
- Mieli ry, 2024: Tilastotietoa mielenterveydestä. Mieli.fi. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/> Viitattu 6.1.2025.
- Miettinen, Riikka 2024: Sankareita, taistelijoita, mystikoita ja marttyyreitä - Narratiivinen tutkimus psykoosin kokeneiden omaelämäkerrallisissa teksteissä ilmenevistä kertomustyypeistä. Lapin yliopisto.
- Murray, Margaret M. & Begun, Audrey L. 2020: The Routledge handbook of social work and addictive behaviors. Abingdon, Oxon, England; New York: Routledge.
- Mäkelä, Pirjo 1998: Tutkijan vastuu. Teoksessa Saarnilehto, Ari 1998: Tutkijan oikeudet ja velvollisuudet. Helsinki: Werner Söderström lakitieto.
- Mäkelä, Rauno & Simojoki, Kaarlo & Partanen, Markus & Häkkinen, Margareeta 2024: Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Päihdelinkki.fi. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/opioidiriippuvuuden-laakkeellinen-vieroitus-ja-korvaushoito/> Viitattu 8.5.2025.
- Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Tammi. Helsinki.
- Mänttari-van der Kuip, Maija 2016: Julkinen sosiaalityö pysyvän niukkuuden aikakaudella. Teoksessa Kannasoja, Sirpa & Kuronen, Marjo & Poikolainen, Tytti (toim.): Tutkiva sosiaalityö: sosiaalityön aika. Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura.
- Nykänen, Eeva & Laatikainen, Tiina 2022: Oikeus riittäviin terveydenhuollon palveluihin ja miten riittävyttä voidaan mitata. Teoksessa: Toivonen, Virve & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Nykänen, Eeva (toim.) 2022: Hyvinvointioikeus – kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista. Kauppakamari.
- Orhanli, Eve 2024: Valtayhteiskuntaan integroitunut kannabiksen käyttö - Kannabiksen kanssa tekemisissä olevien kertomat rationaaliteetit, hallinnan kokemukset ja subjektifikaatio. Lapin yliopisto.
- Osallisuuskeskus OODI 2025: Osallisuuskeskus OODI. <https://rovala.fi/oodi/> Viitattu 8.5.2025.
- Paananen, Veera 2024: Hallitus leikkaa mielenterveystyötä tekevältä järjestöltä yli 450 000 euroa: ”Henkeä pidätellen odotamme”. Uutinen 7.10.2024. HS.fi. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000010745385.html> Viitattu 5.5.2025.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina 2019: Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (toim.) 2019: Oikeus päihdehuoltoon. Vastapaino. Tampere.
- Pennanen, Paula & Jansson, Miia & Torkki, Paulus & Harjumaa, Marja & Pajari, Iida & Laukka, Elina & Lakoma, Sanna & Härkönen, Henna & Verho, Anastasiya

- & Martikainen, Susanna & Kouvonen, Anne & Leskelä, Riikka-Leena 2023: Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52. Valtioneuvoston kanslia Helsinki.
- Pohjola, Anneli 2017: Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa: Anneli, Pohjola & Maarit, Kairala & Asta, Niskala (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa. Vastapaino. Tampere, 208–325.
- Puusa, Anu 2020a: Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020: Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. 103–117.
- Puusa, Anu 2020b: Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020: Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. 145–156.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> Viitattu 10.1.2025.
- Raitakari, Suvi 2023: Yhteiskunnan marginaaliin sijoittuvien palveluiden saavutettavuus koronan aikana asumispalveluiden työntekijöiden kertomana. Teoksessa M. Heikkala & S. Raitakari (toim.): Osallisuutta ja osattomuutta yhteiskunnan marginaaleissa. Tampereen yliopisto. Tampere. 177–200.
- Raitakari, Suvi 2025: Integraatiokeskustelun kriittisiä jäsennyksiä. Teoksessa Ritala-Koskinen, Aino & Räsänen, Jenni-Mari & Salo, Arttu (toim.): Sosiaalityö ja sote-integraatio. Tampere University Press. 16–44.
- Romakkaniemi, Marjo 2011: Masennus - Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopisto.
- Rovamo, Essi & Toikko, Timo 2019: Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiativinen stigma, Yhteiskuntapolitiikka 3/2019. 281–291.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti 2010: Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa: Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvuori, Johanna (toim.) 2010: Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Rönkä, Sanna & Markkula, Jaana 2020: Huumetilanne Suomessa 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2020.
- Rönkä, Sanna & Ollgren, Jukka & Alho, Hannu & Brummer-Korvenkontio, Henriikki & Gunnar, Teemu & Karjalainen, Karoliina & Partanen, Airi & Väre, Tiina 2020: Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. *Duodecim* 2020; 136: 927–935.
- Sampedro-Piquero, Patricia & Zancada-Menéndez, Clara & Fernández, Román Darío Moreno 2023: Introductory Chapter: Adolescent Substance Abuse – Risk Factors and Consequences. Teoksessa: Sampedro-Piquero, Patricia & Zancada-Menéndez, Clara & Fernández, Román Darío Moreno: Substance Use Disorder New Research Perspectives in the Diagnosis, Treatment, and Prognosis. London, United Kingdom.
- Schleim, Stephen 2023: Mental Health and Enhancement: Substance Use and Its Social Implications. 1st ed. 2023. Cham: Springer International Publishing.

- Sosiaali- ja terveysministeriö a: Mielenterveyden hoito. Stm.fi. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> Viitattu 6.1.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriö b: Päihde- ja riippuvuushoito. Stm.fi. <https://stm.fi/paihde-ja-riippuvuushoito> Viitattu 6.1.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriö c: Päihde- ja riippuvuustyön palvelut. Stm.fi. <https://stm.fi/paihdepalvelut> Viitattu 8.5.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriö d: Sosiaalihuollon laitospalvelut. Stm.fi. <https://stm.fi/laitoshoido> Viitattu 15.5.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä 642/2023. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskoelma/2023/642> Viitattu 8.5.2025.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731> Viitattu 7.12.2024.
- Tammi, Tuukka & Stenius, Kerstin 2014: Capabilities for Handling Complex Substance abuse Problems and its Relationship to the Treatment System: Using the DDCAT Instrument to Explore Local Treatment Systems in Finland. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Volume 31, Issue 1. 45–58. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0004>
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Viitattu 10.1.2025.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2023: Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi. Thl.fi. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys-eli-mielen-hyvinvointi> Viitattu 7.5.2025.
- Tilastokeskus 2024: Huumeisiin kuolleita ennätysellisen paljon vuonna 2023. Helsinki: Tilastokeskus. <https://stat.fi/julkaisu/clmyrhswxmlxh0aun1y86ai3p> Viitattu 7.12.2024.
- Toivonen, Hilma 2022: Väliin pudonneet. Uutinen 29.8.2022. Yle.fi. <https://yle.fi/a/3-12574427> Viitattu 12.1.2025.
- Toivonen, Pasi 2024: ”Tämä on kansallinen hätätila”, sanoo huumetyön ammattilainen nopeasti lisääntyneistä huumekuolemista. Uutinen 29.11.2024. Yle.fi. <https://yle.fi/a/74-20128002> Viitattu 12.1.2025.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. 1. painos 2002. Tammi. Helsinki.
- Tuominen, Petra 2023: Asiantuntija: Suomessa on mielenterveyskriisi, joka maksaa meille miljardeja – ”Kestämätön tilanne”. Uutinen 26.3.2023. Mtvuutiset.fi. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/asiantuntija-suomessa-on-mielenterveyskriisi-joka-maksaa-meille-miljardeja-kestamaton-tilanne/8662816> Viitattu 5.5.2025.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2019: Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. 2. uudistettu painos. Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2023: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. 1. painos. Helsinki.

- Vanjusov Heidi 2022: Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä. Publications of the University of Eastern Finland.
- Vanjusov, Heidi & Ranta, Johanna 2023: Päihdepalvelujen kokemuksellinen saavutettavuus. Teoksessa K. Nuotio, K. Simojoki & E. Yli-Hemminki (toim.) Parempaa päihdepolitiikkaa: rangaistuksista hoidon poluille. Gaudeamus. Helsinki
- Virokannas, Elina 2017a: Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint”. Yhteiskuntapolitiikka 3/2017. 274–283.
- Virokannas, Elina 2017b: Rajoitettuja avunsaannin kokemuksia ja hallinnan suhteita huumeita käyttävien naisten keskusteluissa hyvinvointipalvelujärjestelmästä. Janus 2/2017. 111–126.
- Virta Ida & Väkinen Maaret 2023: EPT-viikon blogi: Laissa ei ole esteitä yhtäaikaisille päihde- ja mielenterveyspalveluille. Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto. <https://www.ept-verkosto.fi/ept-viikon-blogi-laissa-ei-ole-esteita-yhtaaikaisille-paihde-ja-mielenterveyspalveluille/> Viitattu 7.12.2024.
- Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Koslof, Anu 2020: Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Vuorilehto, Maria & Larri, Tuulevi & Kurki, Marjo & Hätönen, Heli 2014: Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.
- World Health Organization (WHO) 2018: Mental health: strengthening our response. [https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/connecti-ions\\_lab/glossary\\_citation/mental\\_health\\_strengthening\\_.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/connecti-ions_lab/glossary_citation/mental_health_strengthening_.pdf)
- World Health Organization (WHO) 2022: World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization.

# Liitteet

## Liite 1. Infokirje

### Kutsu tutkimukseen

Hei!

Olen Elli Väliaho ja opiskelen sosiaalityötä Lapin yliopistossa. Teen Pro Gradu -tutkielmaa, jonka aiheena on **Mielenterveyspalveluiden saavutettavuus päihteitä käyttävien nuorten aikuisten näkökulmasta**.

**Olen kiinnostunut kuulemaan kokemuksia siitä, millaisia haasteita ihmiset kohtaavat hakeutuessaan mielenterveyspalveluihin, ja millaista tukea he tarvitsisivat.** Päihteitä käyttävät ihmiset saattavat kohdata palvelujärjestelmässä ennakkoluuloja. Lisäksi palvelurakenne saattaa olla monimutkainen eikä oikein tiedetä, mistä apua voisi saada. Tämän takia on tärkeää, että tällaista kokeneille ihmisille annettaisiin mahdollisuus kertoa kokemuksiaan. Näin saataisiin kartoitettua sitä, mitkä asiat estävät ja mahdollistavat hoitoon pääsyä.

**Tutkielmaan osallistumiseksi riittää, jos sinulla on kokemusta mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta.** Sillä ei ole merkitystä oletko käyttänyt palveluita viime aikoina. Minua kiinnostavat erityisesti sellaiset tilanteet, joissa olet kokenut, että sinua on kohdeltu huonosti, ohjattu turhaan paikasta toiseen tai jopa jätetty kokonaan ilman palvelua. Minua kiinnostaa myös, jos olet itse vapaaehtoisesti jättäytynyt pois palveluista ja mistä tämä on johtunut. Mikäli sinulla on kokemusta tällaisesta, olet juuri oikea henkilö osallistumaan tutkimukseeni! Lisäksi toivoisin, että olisit alle 35-vuotias, mutta jos olet vanhempi niin voit silti ilmoittaa kiinnostuksesi osallistumiseen. Ikä ei ole esteenä.

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluinä osallisuuskeskus OODI:n tiloissa ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelussa kysytään ainoastaan tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja ja halutessaan voi jättää myös vastaamatta kysymyksiin. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelun voi myös keskeyttää milloin tahansa. Osallistuminen edellyttää suostumuslomakkeen allekirjoittamista. Ennen haastattelua käymme yhdessä läpi suostumuslomakkeen sekä tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät seikat. Tutkimuksessa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvää tieteellistä käytäntöä koskevia ohjeita.

Mikäli olet halukas osallistumaan tutkimukseen, ilmoitathan siitä OODI:n työntekijöille, niin voimme sopia haastatteluille mahdollista ajankohtaa, jolloin olisit tavattavissa osallisuuskeskuksessa.

Olisi hienoa, jos tulisit mukaan ja kertoisit kokemuksistasi! Nähdään OODI:ssa!

## Liite 2. Suostumuslomake

Tutkimuksen nimi: Mielenterveyspalveluiden saavutettavuus päihteitä käyttävien nuorten aikuisten näkökulmasta

Osallistutte tutkimukseen omasta vapaasta tahdostanne ja voitte keskeyttää tai peruuttaa tutkimukseen osallistumisen minulle ilmoittamalla, milloin vain niin halutessanne ilman, että siitä seuraa haittaa teille. Haastattelussa kertomanne asiat jäävät vain tutkijan ja haastateltavan välisiksi, eivätkä haastattelutilanteessa kerrotut asiat vaikuta asiointiinne Osallisuuskeskus OODI:ssa. Tietojanne ei luovuteta tutkijan lisäksi muille ulkopuolisille henkilöille, ja niitä käytetään ainoastaan tämän Pro Gradu -tutkielman tekoon. Olette valikoituneet tutkimukseen, koska sovitte sen kohderyhmään, eli olette Osallisuuskeskus OODI:n asiakas, iältänne sopiva sekä teillä on kokemuksia mielenterveyspalveluihin haikutumisesta.

Haastattelussa teiltä tullaan kysymään ainoastaan tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja, eikä muuta teihin liittyvää tietoa tulla keräämään esimerkiksi Osallisuuskeskus OODI:n työntekijöiltä tai muista käyttämistänne palveluista. Haastattelut nauhoitetaan erillisellä ääninauhurilla, jonka jälkeen tulen kirjoittamaan ne tekstimuotoon. Haastatteluaineistoa säilytän omalla kannettavalla tietokoneellani ja varmuuskopiota muistitikulla, joihin kennelläkään muulla henkilöllä ei ole pääsyä. Tietokone sekä muistitikku ovat myös suojattu salasanoin. Kun aineisto on muutettu tekstimuotoon, tuhoan äänitallenteet. Aineiston tekstimuodosta poistan kaikki mahdolliset tunnistetiedot anonymiteetin varmistamiseksi, eikä teitä pystytä tunnistamaan lopullisesta tutkimuksesta vastaustenne perusteella. Haastattelun yhteydessä allekirjoitettuja suostumuslomakkeita tulen säilyttämään lukittavassa kaapissa, johon muilla ihmisillä ei ole pääsyä. Säilytän suostumuslomakkeita haastatteluaineistosta erillään. Heti tutkimuksen päätyttyä tulen poistamaan kaiken haastatteluaineiston laitteiltani sekä tuhoamaan tietoturvallisesti myös suostumuslomakkeet. Tutkimuksen tulokset ovat luettavissa lopullisessa Pro Gradu -tutkielmassa, joka on tavoitteena saada valmiiksi kesään 2025 mennessä.

Haluan korostaa sitä, että en ole tutkijana tuomitsemassa tai ottamassa kantaa kokemuksienne, vaan olen aidosti kiinnostunut elämästänne ja haluan kuulla, mitä juuri teillä on sanottavaa tutkimastani aiheesta. Kiitos, kun osallistutte tutkimukseni toteuttamiseen!

Olen ymmärtänyt yllä olevat tiedot ja suostun osallistumaan kyseiseen tutkimushaastatteluun:

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Tutkijan nimenselvennys

### Liite 3. Teemahaastattelurunko

#### **Taustatiedot** (tallennin ei vielä päällä)

- Vapaamuotoinen molemminpuolinen esittely, tutustumista/jään rikkomista
- Lisäksi käydään läpi tutkimuksen tarkoitus, tutkittavan oikeudet eli vapaaehtoisuus ja mahdollisuus peruuttaa osallistuminen, henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat, sekä suostumuslomakkeen allekirjoitus.

#### **1. Teema: Kokemukset mielenterveyspalveluista**

Palvelupolku

Vaikuttamismahdollisuudet

Palvelukäyttäytyminen

#### **2. Teema: Haasteet mielenterveyspalveluihin pääsyssä**

Esteet

Asenteet

Rakenteet

#### **3. Teema: Tuen tarpeet mielenterveyspalveluihin pääsyssä**

Palvelupolku

Tuki