



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

**Opinnäytetyö**

**KUNTOUTUMINEN  
KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAN  
SILMIN**

**Niina Ylönen**

**Sosiaalialan koulutusohjelma**

**2007**

Sosiaalialan koulutusohjelma	
Tekijä(t) Niina Ylönen	
Työn nimi Kuntoutuminen kaksoisdiagnoosiasiakkaan silmin	
Sosiaalipalvelut	Ohjaaja(t) Sirppa Kinos Tiina Laakso
Opinnäytetyön valmistumisajankohta 15.11.2007	Sivumäärä 53
<p>Ruotsissa ja Norjassa on menestyksekkäästi käytetty henkilökohtaista palveluohjausta mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa. Nyt samaa työmenetelmää kokeillaan Suomessa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa Poiju-projektin parissa.</p> <p>Opinnäytetyöni tutkii neljän Poiju-projektin asiakkaan kuntoutumisprosessia. Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko 2002 määrittelee kuntoutuksen suunnitelmalliseksi toiminnaksi jonka muutosprosessin tavoitteena on ihmisen toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Opinnäytetyöni kysyy kaksoisdiagnoosiasiakkailta mitä mieltä he ovat itse näistä kyseisistä kuntoutumisen osa-alueista nyt kun heidän kuntoutumisensa on vielä kesken. Lisäksi heiltä kysytään miltä psykososiaalisen työn alueilta he tuntevat tarvitsevansa lisää tietoa tai tukea.</p> <p>Kuntoutuksessa korostetaan nykyään asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan omaa asiantuntijuutta. Tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutumista tarkastellaan narratiivisen tutkimuksen avulla. Narratiivisen tutkimusotteen avulla saadaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden oma ääni kuuluviin. Aineiston analyysitapa on tulkinnallinen ja ymmärrykseen pyrkivä.</p> <p>Tutkimustuloksien myötä voidaan paremmin ymmärtää kuinka subjektiivinen kokemus kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutuminen on ja kuinka yksilöllisiä ratkaisuja se edellyttää.</p>	
Hakusanat: henkilökohtainen palveluohjaus, kaksoisdiagnoosi, kuntoutuminen, teemahaastattelu, narratiivisuus	
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto	

Degree Programme Social Services	
Author(s) Niina Ylönen	
Title Rehabilitation Through the Eyes of a Dual Diagnosis Client	
Specialization line Social Services	Instructor(s) Sirppa Kinos Tiina Laakso
Date 15.11.2007	Total number of pages 53
<p>Personal case management has been successfully applied to clients with mental health problems in Sweden and Norway. Now the same method is being experimented with dual diagnosis clients at the Poiju project.</p> <p>This thesis examines the recovery process of four clients in the Poiju project. The Finnish government's Report on Rehabilitation (Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko) from the year 2002 defines rehabilitation as planned activity, which aims to develop a person's capacity to act, independent survival, welfare and employment. This thesis asks the dual diagnosis clients about their opinion of these key aspects of rehabilitation while their own rehabilitation is still underway. In addition to this they are also inquired in which area of psychosocial work they feel they need more support or information.</p> <p>Client's orientation and client's own expertise is nowadays emphasized in rehabilitation. This thesis considers the rehabilitation of dual diagnosis clients through the use of narrative research. The narrative approach enables the voice of dual diagnosis clients to be heard. The material is analysed in an interpretive and comprehension seeking way.</p> <p>The research results allow us to understand it better how subjective experience the rehabilitation of dual diagnosis clients is and how individual solutions it requires.</p>	
Keywords: personal case management, dual diagnosis, rehabilitation, narrative research	
Deposit at: Library of Turku University of Applied Sciences	

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	6
1.1 Opinnäytetyön taustaa.....	6
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	6
1.3 Aikaisemmat aihetta sivuavat tutkimukset .....	7
<b>2 POIJU-PROJEKTI</b> .....	8
<b>3 KAKSOISDIAGNOOSI</b> .....	11
<b>4 PALVELUOHJAUS</b> .....	13
4.1 Näkökulmia palveluohjaukseen .....	13
4.2 Henkilökohtainen palveluohjaus Poiju-projektissa.....	14
4.1.1 Psykososiaalisen työn koordinointi .....	17
4.1.2 Ratkaisukeskeisyys.....	18
<b>5 KUNTOUTUS</b> .....	20
5.1 Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa .....	21
5.2 Valtioneuvoston kuntoutusselonteko .....	22
5.3 Toimintakyky, itsenäinen selviytyminen, hyvinvointi ja työllisyyden edistäminen.....	24
<b>6 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSONGELMA</b> .....	26
6.1 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys .....	26
6.2 Tutkimusongelma.....	27

<b>7 TUTKIMUSMENETELMÄ – JA AINEISTO</b> .....	27
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	27
7.1.1 Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu .....	28
7.1.2 Narratiivinen lähestymistapa .....	29
7.1.3 Narratiivit kuntoutuksessa .....	30
7.2 Tutkimusaineisto .....	30
7.3 Tutkimusaineiston käsittely .....	31
<b>8 TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	33
8.1 Hyvinvointi .....	34
8.2 Itsenäinen selviytyminen.....	36
8.3 Toimintakyky .....	39
8.4 Työllisyyden edistäminen .....	42
8.5 Psykososiaalisen tuen tarve.....	44
8.6 Päätelmät .....	45
<b>9 POHDINTA</b> .....	48
9.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	48
9.2 Lopuksi.....	49
<b>LÄHTEET</b> .....	51

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Asiakkaan palveluprosessi Poiju-projektissa	16
Kuvio 2. Koordinointi alueellisen hoitoverkoston osana	18

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Opinnäytetyön taustaa

Opinnäytetyössäni vahvana taustavaikuttajana on ollut kiinnostukseni palveluohjausta kohtaan. Käsite on niin monella eri tavalla kuvattu ja käytännön työelämässä toteutettu, että kuvan saaminen siitä mitä palveluohjaus oikeastaan on vei paljon aikaa. Tiedon etsiminen kartutti tietoa ja siksi tuntui luonnolliselta yhdistää sitä opinnäytetyöhön. Yhteistyökumppanin opinnäytetyölleni löysin keväällä 2007 henkilökohtaiseen palveluohjaukseen liittyvästä seminaarista.

Poiju-projekti toimii Kaarinassa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa käyttäen työmenetelmänään henkilökohtaista palveluohjausta. Henkilökohtaista palveluohjausta ei ole ennen kokeiltu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa joten pohjoismaisestikin katsoen kyseessä on pilottihanke, ja siksi opinnäytetyön tekeminen tällaiseen hankkeeseen tuntui erityisen mielenkiintoiselta.

Opinnäytetyössäni avaan sellaisia käsitteitä kuin palveluohjaus, henkilökohtainen palveluohjaus, psykososiaalisen työn koordinointi, ratkaisukeskeisyys, kaksoisdiagnoosi ja kuntoutus sekä kuntoutuksen osa-alueista toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja työllisyyden edistämistä. Käsitteiden runsaus antaa käsityksen siitä, että aiheen rajaaminen ei ole ollut helppoa.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Kuntoutuksessa painotetaan nykyään asiakkaan oman äänen kuulemistä ja kuntoutuksen kuntoutujalähtöisyyttä. Halusin opinnäytetyössäni antaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden äänen kuulua jotta heidän tarpeitaan voitaisiin ymmärtää paremmin heidän omista lähtökohdistaan käsin. Koska Poiju-projektissa pyritään henkilökohtaisen palveluohjauksen avulla edistämään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutumista, päätyi kuntoutuminen kiinnostukseni kohteeksi. Tutkin Poiju-projektin toimintasuunnitelmaa ja väliraporttia ja sieltä löysin tietoa siitä millaisia toimenpiteitä asiakkaiden kanssa oli

suoritettu. Suoritetut toimenpiteet liittyivät tavalla tai toisella useimmiten psykososiaaliseen työhön ja sen koordinointiin. Näihin toimenpiteisiin soveltui hyvin myös Valtioneuvoston Kuntoutusselonteossa (2002) mainitut kuntoutuksen osa-alueet eli hyvinvointi, itsenäinen selviytyminen, toimintakyky ja työllisyyden edistäminen. Jos siis yhden määritelmän mukaan ihmisen kuntoutumisen voidaan katsoa olevan näistä osa-alueista riippuvainen, niin haastavan asiakasryhmän asiakkaiden oman äänen kuuleminen näihin seikkoihin liittyen tuntui järkevältä jo siksikin, että siitä saattaisi olla hyötyä heidän kuntoutuksensa parissa työskenteleville ihmisille. Näin nämä neljä kuntoutumisen osa-aluetta rajautuivat opinnäytetyöni kiinnostuksen kohteiksi. Lisäksi halusin tietää millä psykososiaalisen työn alueilla tutkimukseeni osallistuneet asiakkaat tunsivat tarvitsevänsä lisää tukea.

Koska halusin antaa asiakkaiden äänen kuulua niin päädyin teemahaastatteluun narratiivista eli tarinallista tutkimusotetta noudatellen. Hänninen ja Valkonen (1998) kuvailevat tarinallista lähestymistapaa kuntoutuksessa niin inspiroivasti, että se rohkaisi minuakin kokeilemaan sitä kuntoutumisprosessin ymmärtämisen välineenä. Opinnäytetyöni on luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen ja pyrkii ymmärryksen ja tiedon lisäämiseen. Opinnäytetyöni toimii myös kehittämistyön pohjana joten tutkimusmenetelmän valintaa on pitänyt miettiä myös sen pohjalta. Opinnäytetyöni on tarkoitus toimia asiakaskansioiden kehittämisen apuvälineenä. Asiakaskansioiden sisällön muotoutumiseen opinnäytetyöni tutkimuksen tuloksilla on suuri vaikutus koska tieto asiakkaiden yksilöllisistä tarpeista saadaan niiden perusteella.

### 1.3 Aikaisemmat aihetta sivuavat tutkimukset

Yrityksistäni huolimatta en onnistunut löytämään suoranaisia tutkimuksia siitä miten kaksoisdiagnoosiasiakkaat kokevat kuntoutumisensa ja siihen liitetyt toiminnot. Mielenterveyskuntoutujista ja päihteiden väärinkäyttäjistä on tehty useita erilaisia tutkimuksia erilaisin näkökulmin, mutta sellaisia tutkimuksia joissa kuuluisi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden oma ääni kuntoutumisen ollessa vielä kesken en löytänyt.

Asiakasnäkökulmaa ja heidän kokemuksiaan päihdehuollon laitostuntoutuksessa asiakkaiden osalta on tutkinut esimerkiksi Arja Ruisniemi (1997). Akateemisessa väitöskirjassaan Arja Ruisniemi (2006) käsittelee minäkuvan muutosta päihderiippuvuudesta toipumisessa, Mikko Tamminen (2000) puolestaan on tutkinut asiakkaiden kokemuksia raitistumisprosessissa. Asiakaslähtöisyyttä nykyään korostava kuntoutus ja sen tutkimus eivät ilmeisesti vielä ole tuottaneet tutkimustuloksia päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kuntoutumisesta tai sitten kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat ”uponneet” tutkimuksissa joko päihde- tai mielenterveyspotilaiksi siitä riippuen kumman on katsottu olevan ensisijainen diagnoosi.

Seija Mantila on tutkinut osana Hyvinvoinnin rakentajat –hanketta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteita ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sosiaali- ja terveysalan toimijat. Vaikka Mantilan tutkimus ei käsittelekään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden omia kokemuksia heidän hoidostaan ja tuen tarpeestaan, niin on se varsin hyvä katsaus siihen millaista työskentely kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa käytännön tasolla sosiaali- ja terveysalalla on. (Mantila 2005, 1-2.)

Mantilan tutkimus tuo esille sen, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen palvelut ovat sektoroituneet eivätkä ne pysty tarvittavalla tavalla tukemaan asiakkaitaan ja/tai heidän läheisiään. Moniammatillisia työryhmiä joilla olisi käytettävissään sekä mielenterveys- että päihdehoitotyön osaaminen kaivattaisiin lisää. Ammattihenkilöstö nosti työnsä haasteiksi muun muassa asiakkaan tai potilaan monimuotoisen oirehtimisen ja siitä johtuvan häiriöiden tunnistamisen vaikeuden ja erilaiset sosiaaliset ongelmat. Eri palveluja tarjoavien tahojen välillä ilmaistiin olevan tarvetta kehittämistyöhön. (Mantila 2005, 38-40.)

## **2 POIJU-PROJEKTI**

Poiju-projekti on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama projekti jonka tarkoituksena on kehittää palveluohjausmalli, jolla tuetaan niiden asiakkaiden kuntoutusta, joilla on

sekä mielenterveys- että päihdeongelma. Projektin toiminta-aika on toukokuusta 2005 joulukuun loppuun 2008. Poiju-projektiin on palkattu kaksi palveluohjaajaa vastaamaan projektin käytännön toteutuksesta. Lisäksi projektin koordinoinnista vastaa projektin asettajan eli Kaarinan seudun vammaisten palveluyhdistyksen (Kaseva) toiminnanjohtaja. Projektilla on myös johto- ja ohjausryhmät. (Poiju-projektin väliraportti, 3-17; Poiju-projektin toimintasuunnitelma, 7-9.)

Poiju-projektin asiakkaat tulevat Kaarinan Mielenterveyskeskuksen asiakaskunnista eli Kaarinasta, Paimiosta ja Piikkiöstä. Asiakkaaksi voivat tulla vain ne henkilöt, joilla on diagnosoitu sekä mielenterveysongelma että päihderiippuvuus. Poiju-projektin asiakkailta diagnosoidut mielenterveydenongelmat ovat olleet moninaisia. Näitä ovat olleet muun muassa ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, ADHD, paniikkihäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, erilaiset persoonallisuushäiriöt ja masennus. Päihdeongelma on yleensä liittynyt alkoholin liikakäyttöön ja usein siihen on yhdistynyt myös lääkkeiden väärinkäyttöä. Asiakkaina on myös huumeiden väärinkäyttäjii. Joillakin asiakkailta on ollut myös vaikeita somaattisia sairauksia. (Poiju-projektin väliraportti , 6-7; Poiju-projektin internetsivut; T. Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 12.11.2007.)

Projektin asiakkaaksi on useimmiten ohjautettu projektin yhteistyökumppanien, eli sosiaalitoimistojen, mielenterveyskeskuksen, terveyskeskuksen, Halikon sairaalan ja työvoimatoimiston kautta. Asiakkaaksi voi hakeutua myös itse, ja näin on myös tapahtunutkin. (Poiju-projektin väliraportti, 3, 8.) Omaehtoista projektin asiakkaaksi hakeutumista on helpottanut muun muassa se, että asiakkaaksi tuleminen korostetaan olevan vapaaehtoista ja jos kuntoutuja ei halua jatkaa projektin asiakkaana, niin se ei vaikuta mihinkään hänen saamaansa tukeen häiritsevällä tavalla esimerkiksi karenssina tai jonkin tuen hetkellisenä katkeamisena. (T. Koivisto 12.6.2007, henkilökohtainen tiedonanto). Projektin internetsivuilta löytyy palveluohjaajien puhelinnumerot ja tietoa projektista ja sen tarkoituksesta. Tämäkin osaltaan voi vaikuttaa siihen, että projektin pariin hakeudutaan myös omaehtoisesti.

## Projektin tavoitteet

Poiju-projektilla on sekä kehittämis- että tulostavoitteita. Kehittämistavoitteiksi on asetettu:

1. Luoda toimintamallit päihde- ja mielenterveyskuntoutujien palveluohjaukseen.
2. Luoda toimintamallit päihde- ja mielenterveyskuntoutujien avohuollossa tapahtuvaan kuntoutukseen, erityisinä tukikohteina elämänhallinta ja asuminen.
3. Luoda Kaarinan seudulla toimivien päihde- ja mielenterveyspalveluja tarjoavien yhdistysten ja ryhmien kesken verkosto, joka tarjoaa sosiaalista tukea kuntoutujien erilaisiin tarpeisiin.
4. Tutkia, voidaanko kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tarvitsema sosiaalinen tuki järjestää tehokkaammin palveluohjauksen avulla ja kehittämällä päihde- ja mielenterveyspalveluja tarjoavien tahojen yhteistyötä. (Poiju-projektin väliraportti, 5; Poiju-projektin toimintasuunnitelma, 3.)

Tulostavoitteiksi Poiju-projektin väliraportissa ja toimintasuunnitelmassa määritellään seuraavat seikat:

1. Projektin tuloksena on päihde- ja mielenterveysongelmiin perehtyneet palveluohjaajat, jotka huolehtivat asiakkaiden tarvitsemien tukitoimien järjestämisestä.
2. Palveluverkosto, joka tarjoaa päihde- ja mielenterveyskuntoutujille päivä- ja työtoimintaa, vertaisryhmätoimintaa ja tukihenkilötoimintaa osana avohuollossa tapahtuvaa kuntoutusta.
3. Mahdollisuus tarjota avokuntoutuksessa olevalle asiakkaalle hänen tarpeidensa mukaista tuettua asumista: yhteisöasumista, päihteettömiä tukiasuntoja ja tukea omaan asuntoon. (Poiju-projektin väliraportti, 5; Poiju-projektin toimintasuunnitelma, 3.)

### 3 KAKSOISDIAGNOOSI

Sorsa ja Laijärvi (2006) ovat tutkimuksessaan (ks. Sorsa ym. 2003) havainneet, että kaksoisdiagnoosilla voidaan tarkoittaa minkä tahansa päihteen käyttöä yhdistettynä mihin tahansa mielenterveysongelmaan. Se voi tarkoittaa samanaikaista huumeiden käyttöä ja persoonallisuushäiriötä tai vaikka skitsofreniaa ja samanaikaista päihderiippuvuutta. (Sorsa & Laijärvi 2006, 214.) Lääketieteessä ja terveydenhuollossa kaksoisdiagnoosikäsitteen rinnalla käytetäänkin komorbiditeetin käsitettä, jolla tarkoitetaan kahden tai useamman eri häiriön yhtäaikaista esiintymistä (Mantila 2005, 3). Komorbiditeetti käsitteenä ei määrittele tarkemmin millaisista päihde- ja mielenterveysongelmista tai muista sairauksista on tarkalleen ottaen kyse, vaan ilmaisee sen, että henkilöllä esiintyy vähintään kaksi itsenäistä sairautta. Laajemmassa merkityksessä komorbiditeetti voidaan ymmärtää siten, että henkilöllä on jossain elämänsä vaiheessa esiintynyt kaksi tai useampia sairauksia samanaikaisesti (Mäkelä 1998, 162).

Todd ym. (2004) ovat määritelleet, että ”Severe Mental Illness” tarkoittaa kaksoisdiagnoosiin liitettyä vakavaa mielenterveyden ongelmaa eli esimerkiksi psykoottista sairautta, skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla tulisi määritellä millainen, ja kuinka vakava sairaus diagnoosiin vaaditaan, ja mistä päihteestä ja minkälaisesta päihteen käytöstä puhutaan. Lehman ym. (1989) ovat arvioineet, että työskenneltäessä joko päihteisiin liittyvien ongelmien kanssa tai mielenterveyden ongelmien parissa, tulisi aina huomioida myös toinen osa-alue. (Sorsa & Laijärvi 2006, 214.) Edellä mainituista seikoista johtuen sekä päihde- että mielenterveysongelman asteen vaikeuden määrittäminen on tärkeää, jotta voitaisiin ymmärtää miten kaksoisdiagnoosi vaikuttaa itse kuhunkin asiakkaaseen.

Mäkelän mukaan kaksoisdiagnoosia tehdessä tulisi huomioida myös se, että alkoholinkäyttö voi laukaista päihtymistilaan ja vieroitusvaiheeseen liittyviä psykiatrisia häiriöitä. Päihtymistilaan itsessään voi liittyä paitsi mielialan muutoksia ja ahdistuneisuutta, myös muita häiriöitä esimerkiksi sekavuutta ja aistiharhoja.

Samanlaisia oireita voi esiintyä myös vieroitusoireina. (Mäkelä 1998, 162). Merkittävää on siis myös se koska, ja missä vaiheessa diagnoosi tehdään, ja miten diagnoosia mahdollisesti arvioidaan uudelleen.

Kaksoisdiagnoosi voidaan käsittää sateenvarjomaisena käsitteenä joka pitää sisällään laajan kirjon olemassa olevia erilaisista riippuvuuksista ja mielenterveyden järkkymisestä johtuvia ongelmia. On sanottu, että kaksoisdiagnoosiasiakkailta psykiatriset ja päihteiden väärinkäyttöön liittyvät ongelmat ovat erillisiä kroonisia oireyhtymiä jotka aiheutuvat kumpainenkin erilaisista syistä, mutta kuitenkin vaikuttavat toinen toisiinsa. (Gafoor & Rassool 1998, 249-250.)

Kaksoisdiagnoosipotilailla esiintyviä ongelmia

Kaksoisdiagnoosipotilailla esiintyviä pääongelmia voidaan luokitella Gafoorin ym.(1998) mukaan niin, että usein ongelmat liittyvät seuraavanlaisiin asioihin:

1. väkivalta, itsemurhat, asunnottomuus, huono vaste hoidolle, korkea uusiutumisen mahdollisuus
2. diagnostisiin ongelmiin liittyvät hoidon suunnittelun ja tarkoituksenmukaisuuden toteuttamisen vaikeudet ja
3. hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne potilaita ja heidän ongelmiaan kohtaan (Mantila 2005, 5).

Mantilan luettelemat ongelmat liittyvät lähinnä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidolliseen puoleen. Päihdekuntoutuksessa on huomattu, että kyky elää arkipäivää ja toimia yhteiskunnassa sen jäsenenä edellyttää myös aineellisia, sosiaalisia ja henkisiä resursseja eli toisin sanoen sosiaalista toimintakykyä (Ruisniemi 2006 [viitattu 20.6.2007]).

Gafoor ja Rassool kirjoittavat, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutuksessa tulisi huomioida, että asiakkailta on usein motivaatio-ongelmia ja vaikeuksia sitoutua kuntoutusohjelmiin. Motivaatiota voidaan kohottaa kehittämällä luottamuksellinen suhde asiakkaaseen ja välttämällä tuomitsevaa työskentelyotetta. Motivaation on

huomattu kasvavan jos asiakkaiden kanssa käytetään haastattelutekniikkaa joka nostaa heidän ymmärrystään omista ongelmistaan ja kohdistaa huomiota siihen miten omaa käytöstä voidaan kääntää positiivisempaan suuntaan. (Gafoor & Rassool 1998, 252.) Luottamuksellisen suhteen luominen ja huomion kiinnittäminen asiakkaan positiivisiin voimavaroihin on havaittu myös Poiju-projektissa auttavan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelyä ja heidän kuntoutumistaan (T. Koivisto 12.6.2007, henkilökohtainen tiedonanto).

## **4 PALVELUOHJAUS**

### **4.1 Näkökulmia palveluohjaukseen**

Valokiven (2002) mukaan palveluohjauksen perustehtävät ovat koordinointi ja asiakkaan asioiden hoitaminen sekä neuvonta sellaisen palvelukokonaisuuden muodostamiseksi, joka tukee parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan selviytymistä. Keskeistä palveluohjausprosessissa on palvelujen keskitetty ja vastuullinen koordinointi sekä jatkuva seuranta ja arviointi yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluohjaus on tavoitteellista toimintaa jossa keskeistä on asiakkaan omien voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. (Linnossuo, O. 2004, 25.) Huomionarvoista on, että asiakasta parhaalla mahdollisella tavalla tukeva palvelukokonaisuus ei tarkoita sitä, että asiakkaalle saadaan mahdollisimman monia eri tukimuotoja, vaan avainsanana toimii saatujen palveluiden tarkoituksenmukaisuus.

Palveluohjaukseen liittyy paljon erilaisia odotuksia, mielikuvia ja käsityksiä. Sen katsotaan menetelmänä pohjautuvan sosiaalityöhön ja sieltä nousevat niin sanotut perinteisen palveluohjauksen toimintamallit. Palveluohjauksen soveltuvuutta on testattu suomalaisen yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään viime vuosien aikana erilaisina projekteina ja kokeiluhankkeina erilaisten asiakasryhmien kanssa. Asiakasryhminä ovat olleet muun muassa vanhukset, pitkäaikaissairaat ja vammaiset lapset, rikoksista tuomitut, huumeista irtaantuvat, pitkäaikaistyöttömät ja mielenterveyspotilaat. (Pietiläinen, E. 2003, 3.)

Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) ja Valokiven (2002) mukaan palveluohjauksen eteneminen kuvataan yleensä viisivaiheisena prosessina:

1. asiakkaan valikointi
2. asiakkaan palvelutarpeiden arviointi
3. palveluiden suunnittelu ja järjestäminen
4. palvelutavoitteiden seuranta ja arviointi
5. tuki- ja palvelujärjestelyiden korjaaminen.

(Pietiläinen, E. 2003, 17 ; Linnossuo, O. 2004, 25.) Joskus prosessikuvaukseen on voitu kirjata kuudentena kohtana palveluohjauksen päättäminen.

Käytännössä palveluohjaus –käsite on vaikeasti hahmotettavissa sillä palveluohjaajan nimikkeellä tehdään töitä muillakin aloilla kuin vain sosiaalialalla, esimerkiksi siivousalalla on myös yhtenä ammattinimikkeenä palveluohjaaja. Sosiaalialallakin palveluohjaus voi tarkoittaa erilaisia työmenetelmiä ja –tapoja. Pietiläinen (2001) on määritellyt erilaisia mahdollisia näkökulmia palveluohjauksen toteuttamiseen sosiaalialalla. Niitä ovat:

- Perinteinen palveluohjaus
- Intensiivinen, henkilökohtainen palveluohjaus
- Asiakkaan itsemääräämisoikeutta korostava palveluohjaus
- Siirtymävaiheiden palveluohjaus
- Asianajomalli.

Harvoin palveluohjaus noudattaa orjallisesti yhtä tiettyä mallia, vaan erilaiset sovellutukset ja toteutustavat sekoittuvat ja vaihtelevat käytännössä asiakkaiden tilanteiden ja tarpeiden mukaan. (Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003, 13.)

#### 4.2 Henkilökohtainen palveluohjaus Poiju-projektissa

Poiju-projektin palveluohjaus on toimintamallina intensiivistä, henkilökohtaista palveluohjausta. Poijun palveluohjauksen työmallina käytetään Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n toimittamaa ja Sauli Suomisen kirjoittamaa ja

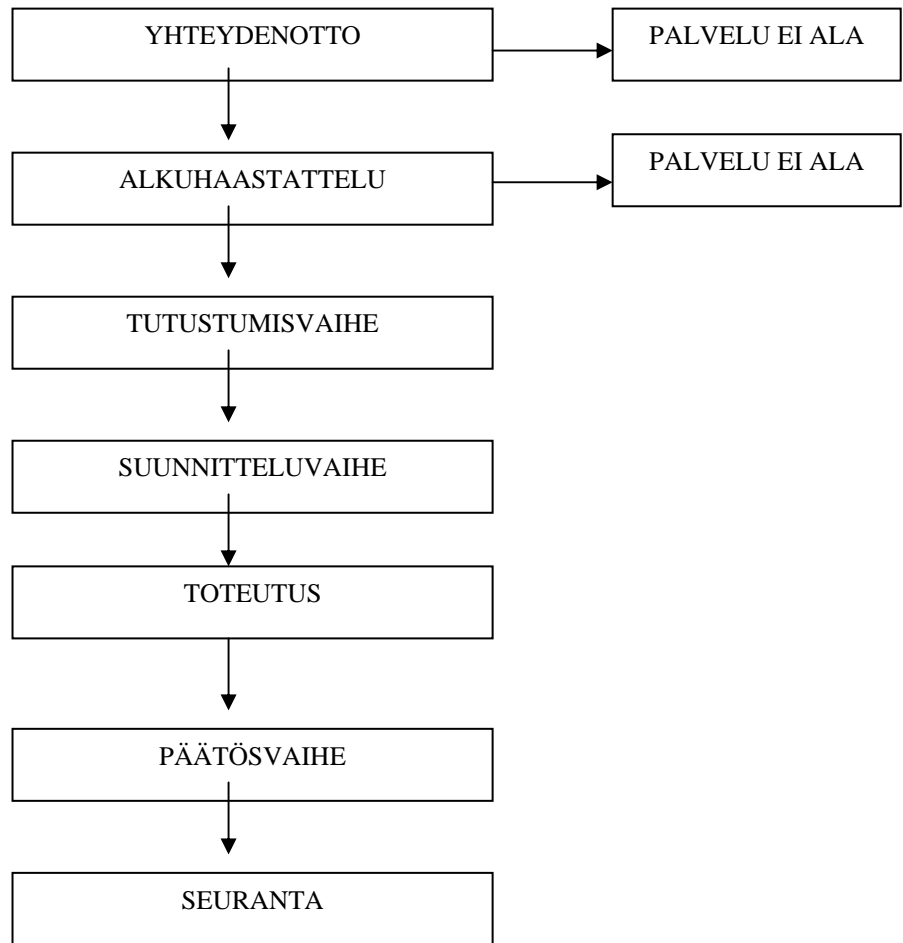
suomentamaa ”Henkilökohtainen palveluohjaus/case management mielenterveystyössä” kirjassa esiteltyä työmallia. (Poiju-projektin projektisuunnitelma, 4). Kirja esittelee Ruotsissa ja Norjassa hyväksi koettua henkilökohtaista palveluohjausta jota on toteutettu mielenterveyskuntoutujien kanssa.

Ruotsissa henkilökohtainen palveluohjaus on työtapa jolla tuodaan esiin niin sanottuja systeemivirheitä joihin tulisi saada korjausta. Tämä tarkoittaa sitä, että Ruotsissa sosiaalishallitus on ollut kiinnostunut siitä miten palveluita voitaisiin kehittää niin, että ne olisivat paremmin asiakasta palvelevia ja toisaalta tulisivat edullisemmaksi valtiolle. Käytännössä palveluohjaajina toimivalla henkilöllä on velvollisuus raportoida huomaamistaan systeemivirheistä palveluohjauksen johtoryhmälle joka puolestaan raportoi ja vie asiaa eteenpäin lääninhallitukselle ja sosiaalishallitukselle. Palveluohjauksen johtoryhmä on useimmiten koostunut sosiaalitoimen, työvoimatoimiston, kansaneläkelaitoksen ja psykiatrian hoitopuolen johtohenkilöistä. Henkilökohtainen palveluohjaus alkoi Ruotsissa kokeilutoimintana vuonna 1995 kymmenessä eri toimipisteessä ja tulokset olivat niin hyviä, että työmenetelmä on nyt vakiintunut käytännöksi. (Järkestig Berggren 12.4.2007.)

Henkilökohtainen palveluohjaus Suomessa toimii sikäli eritavalla, että havaituista systeemivirheistä voidaan kyllä raportoida johtoryhmälle jos sellainen on, mutta tieto havaituista tukijärjestelmän puutteista tai muista epätarkoituksenmukaisista menetelmistä ei välttämättä kulje siitä eteenpäin päättäjien tietoon saakka. Toisin sanoen havaitut puutteet eivät välttämättä korjaannu vaikka tarvetta sille olisikin.

Henkilökohtainen palveluohjaus on usein pitkäaikaista toimintaa joka on kestoltaan vähintään 2-3 vuotta. Palveluohjaajan toimeksiantajana toimii asiakas ja työskentely perustuu asiakkaan elämismaailmaan, hänen päämääriinsä ja voimavaroihinsa. Palveluohjaaja huolehtii siitä, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja pysyy palveluiden piirissä. Palveluohjaaja ei edusta mitään viranomaistahoa vaan on mahdollisimman itsenäinen suhteessa palveluntuottajiin. (Suominen 2002, 9.) Palveluohjaajan itsenäisyydellä pyritään varmistamaan se, että palveluohjaajan toimia eivät ohjaa jonkun tietyn viranomaistahon resurssit, vaan liikkeelle panevana voimana

olisivat asiakkaan tarpeet. Suominen (2002) kirjoittaa, että henkilökohtaisen palveluohjaajan suhde palveluntuottajiin ei kuitenkaan saa olla liian etäinen, vaan palveluohjaajalla tulee olla pääsy kaikkiin asiakkaan kanssa työskentelevien palveluntuottajien verkostoihin. Tämä edellyttää toimivaa yhteistyötä palveluohjaajan ja palveluntuottajien välillä. (Suominen 2002, 9.) Henkilökohtainen palveluohjaus Poiju-projektissa on kuvattu projektin väliraporttiin kuviona.



Kuvio 1: Asiakkaan palveluprosessi Poiju-projektissa (Poiju-projektin väliraportti, 9).

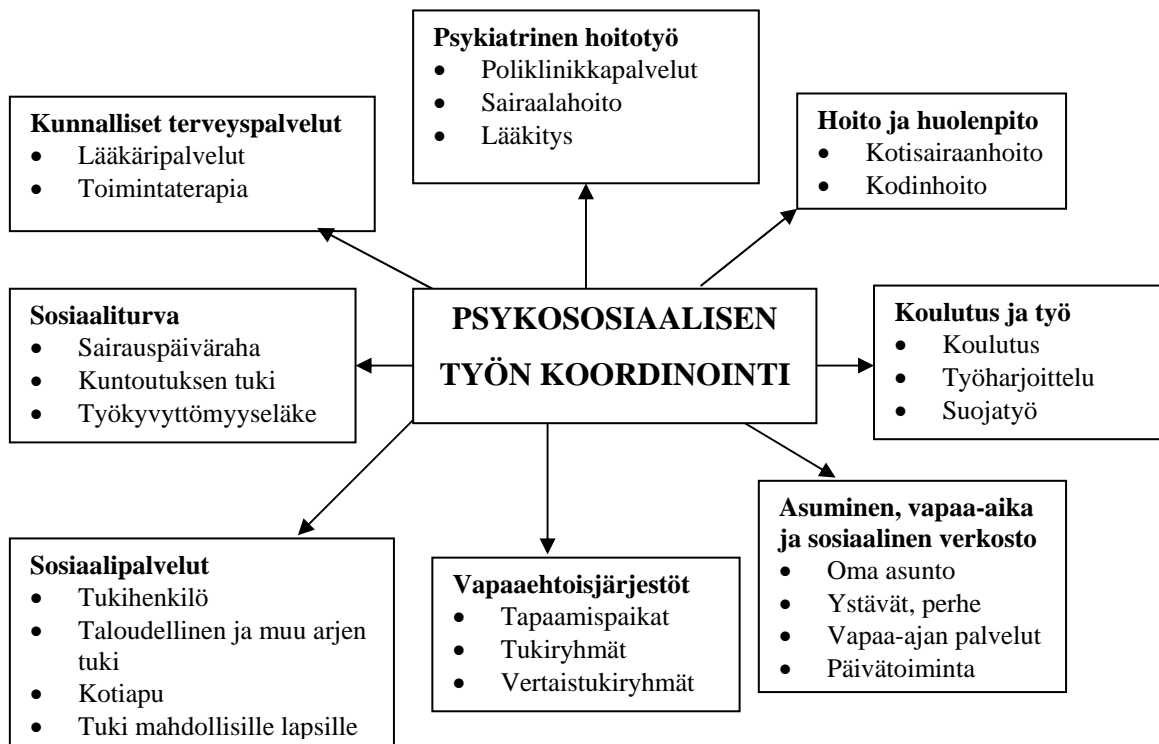
Poiju-projektissa asiakkaan kanssa kuljetaan prosessi läpi vaihe vaiheelta ja dokumentoidaan onnistumiset ja epäonnistumiset. Suunnitteluvaihetta ei oikeastaan voi kuvion tapaan nimetä selvästi erilliseksi toiminnoksi sillä suunnittelua tapahtuu palveluprosessin jokaisessa vaiheessa (T. Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 13.11.2007). Yhdessä asiakkaan kanssa tarkastellaan kuljettua matkaa ja tehdään johtopäätökset. Poiju-projektin väliraportista käy ilmi, että asiakkaan palveluprosessin

haastavin vaihe on ollut tutustumisvaihe jonka aikana luodaan luottamus asiakkaan ja palveluohjaajan välille. (Poiju-projektin väliraportti, 10-11.)

#### 4.1.1 Psykososiaalisen työn koordinointi

Psykososiaalinen työ henkilökohtaisessa palveluohjauksessa on yleisnimitys niille terveys- ja sosiaalitoimen järjestämille palveluille, jotka on tarkoitettu psyykkisistä ongelmista kärsiville henkilöille. Psykososiaalinen työ voi käsittää erilaisia palvelumuotoja aina ennaltaehkäisevästä työstä psykiatriseen ja lääketieteelliseen hoitoon. (Suominen 2002, 57.) Samaa psykososiaalista työtä tehdään myös niiden asiakkaiden kanssa joilla on psyykkisten ongelmien lisäksi päihdeongelma.

Henkilökohtainen palveluohjaus työmenetelmänä on usein vaativaa koska asiakkailta voi olla hyvinkin erilaisia hoitoon liittyviä tarpeita jotka vaativat erilaisia toimenpiteitä. Yksi keskeisimpiä henkilökohtaisen palveluohjaajan tehtäviä onkin se, että hän huolehtii tarkoituksenmukaisen palveluverkoston luomisesta eli siitä, että terapia-, kuntoutus-, ja huolenpitopalvelu saavuttaa asiakkaansa. Tärkeä rooli henkilökohtaisella palveluohjaajalla on myös siinä, että palveluketjusta tulisi katkeamaton ja että eri palveluntuottajien välille ei tulisi tiedonkulun ongelmia. Tämä edellyttää vuorovaikutustaitojen lisäksi tietämystä siitä mitkä alueellisen palveluverkoston osat vastaavat mistäkin palvelusta ja miten ne ovat saatavissa eli kykyä hallita psykososiaalisen työn koordinointi. (Suominen 2002, 57-60; Rapp & Goscha 2003, 324-325.) Psykososiaalisen työn koordinoinnin ymmärtämisen hahmottamista helpottaa siitä laadittu kuvio.



Kuvio 2: Koordinointi alueellisen hoitoverkoston osana (Suominen 2002, 60).

Norjassa on havaittu, että vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivät asiakkaat ovat hyötynet psykososiaalisen työn koordinoinnista parantuneen terveydentilan ja elämänlaadun muodossa. Vaikutuksia on pystytty osoittamaan ainakin toimintakyvyn lisääntymisen, itsetunnon vahvistumisen ja työkyvyttömyyden vähenemisen saroilla. Psykososiaalinen työ on antanut parhaan vasteen silloin kun se on keskittynyt johonkin asiakkaan keskeiseen ongelmaan. Etusijalle tulisikin aina asettaa sellainen toimenpide josta voidaan olettaa olevan asiakkaalle eniten hyötyä. (Suominen 2002, 61.)

#### 4.1.2 Ratkaisukeskeisyys

Ratkaisukeskeinen näkökulma tai työote voidaan määritellä monin eri tavoin. Perinteisesti ratkaisukeskeisyyden katsotaan kuuluvan lyhytterapeuttisesti suuntautuneisiin työotteisiin jolloin asiakas ja terapeutti tapaavat keskimäärin 5-15 kertaa. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 123.) Ratkaisukeskeinen suuntaus on ongelmanratkaisumenetelmä jossa ongelmanratkaisu on kuvaus siitä miten asioiden

pitäisi olla toivotussa ja hyvässä tilanteessa. Sundmanin mukaan (1994) ratkaisukeskeinen työmenetelmä hyödyntää eri osapuolten osaamista arkisten ja elämänarvojen tavoitteiden saavuttamiseksi. Osapuolilla Sundman tarkoittaa kaikkia niitä henkilöitä jotka osallistuvat yhteistyöhön ja ammatillisissa yhteyksissä toivotaan, että kaikki asiakkaan mielestä tärkeät ihmiset osallistuisivat. Ratkaisujen löytämiseksi menneisyyttä tai ongelmia ei välttämättä tarvitse käsitellä, sillä ratkaisut löytyvät kun huomio kiinnitetään tulevaisuuteen. (Sundman 1994 [viitattu 11.6.2007]). Ratkaisukeskeisyydessä perusfilosofia koostuu kolmesta ohjeesta jotka ovat:

1. on jatkettava siitä mikä on toiminut,
2. sitä mikä on kerran toiminut kannattaa kokeilla uudelleen, ja
3. sen tilalle mikä ei ole toiminut, täytyy neuvotella jokin uusi keino

(Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 133; ks. Berg 1991).

Ratkaisukeskeisessä toiminnassa lähtökohtina pidetään asiakkaan omia näkemyksiä ja tavoitteita ja niiden mukaan arvioidaan myös hoidon tuloksellisuutta. On vain luotettava siihen, että asiakkaalla on ongelmanratkaisuun tarvittavia resursseja, ja että asiakas itse tietää mikä hänelle on hyväksi. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 133.) Poiju-projektin palveluohjaajat ovat huomanneet, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat kohtaavat usein ennakkoluuloja juuri näissä asioissa. Eri viranomaistahojen osalta on ollut huomattavissa, että ei osata ajatella kaksoisdiagnoosiasiakkaan ymmärtävän omaa parasta etuaan. Heillä ei välttämättä ole keinoja tai taitoa ilmaista itseään niin, että se olisi heille edullista ja toisaalta päihteidenkäyttöön liittyvät repsahdukset vievät pohjaa heidän uskottavuudeltaan. (T. Koivisto 12.6.2007, henkilökohtainen tiedonanto.)

Henkilökohtaisen palveluohjauksen voi katsoa olevan ratkaisukeskeistä toimintaa vaikka kyseessä ei olekaan lyhytterapeuttinen tai muutoin terapeuttiseksi katsottava asiakas/terapeutti –suhde. Henkilökohtainen palveluohjaus ei ole luonteeltaan kiirehtivää vaan paneutuu Ruotsin mallin mukaan ja Poiju-projektissa nimenomaan haastavan asiakasryhmän kanssa työskentelyyn jolloin etukäteen on mahdoton sanoa kuinka monta tapaamiskertaa asiakkaan ja palveluohjaajan kesken tulee olemaan. Ratkaisukeskeisyyden perusfilosofia ja lähtökohdat sopivat kuitenkin myös henkilökohtaiseen palveluohjaukseen siltä osin, että niiden avulla voidaan auttaa

asiakasta näkemään oma tilanteensa ja keksimään ratkaisuja ongelmilleen. Vilen, Leppämäki ja Ekström (2002) kirjoittavatkin, että ratkaisukeskeisyys ei ole pelkästään menetelmä tai työote vaan tapa ajatella, katsoa maailmaa ja elää maailmassa. Ratkaisukeskeisyyttä on myös se miten ihminen on vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 124.)

Ratkaisukeskeisessä työmenetelmässä konkreettinen tekeminen ja avoimia, uusia mahdollisuuksia kartoittavien kysymysten tekeminen korostuu. Sundman on listannut ratkaisukeskeisen työmenetelmän mukaisesti keinoja tehdä asiakkaalle tarkentavia ja laajentavia kysymyksiä. Esimerkkejä tällaisista kysymyksistä ovat muun muassa seuraavat:

- Mikä voisi auttaa?
- Mikä on auttanut tähän asti?
- Mitä teit kun sujui paremmin?
- Mitä neuvoisit parhaalle ystävällesi?
- Minkälaisia hyviä neuvoja olet itse saanut?
- Kenellä voisi olla hyviä ideoita?

(Sundman 1994 [viitattu 11.6.2007]).

Edellä mainitut kysymykset sopivat hyvin käytettäväksi myös henkilökohtaiseen palveluohjaukseen sillä ne nostavat asiakkaan omaa näkemystä esille ja siten korostavat asiakkaan oman itsensä asiantuntijuutta itseään koskevissa asioissa. Tarkoituksena on saada asiakkaan omat voimavarat käyttöön. (T. Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 13.11.2007.)

## **5 KUNTOUTUS**

Suomessa sosiaalipolitiikka painottaa väestön omaa aktiivisuutta ja sosiaalisen hyvinvoinnin perustana pidetään väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitoa ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämän eri tilanteissa. Kuntoutus on yksi keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä. Kuntoutuksella pyritään myös antamaan

voimavaroja oman elämän hallintaan. Kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottaminen on yhä vaikeampaa sekä kuntoutujille että kuntoutuksesta päättävillä tahoilla sillä kuntoutuksen ympärille on syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Kuntoutuksen käsitteellä on perinteisesti tarkoitettu sellaista vallitsevaa yhteiskunnallista sääntelyjärjestelmää, jonka tavoitteena on ylläpitää kansalaisten yhteiskuntakelpoisuutta. Kuntoutusta on perusteltu sekä yhteiskunnallisella että yksilölle koituvalla hyödyllä, vaikka kaikkein tärkeimpinä perusteina kuntoutukselle onkin pidetty työvoiman turvaamista, hoito- ja sosiaalikulujen säästöä ja yhteiskunnallista turvallisuutta. (Hänninen & Valkonen 1998, 1; kts. Järvikoski & Härkäpää 1995.) Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002 kirjaakin kuntoutuksen tavoitteeksi työkyvyn ylläpitämisen ja siten kansantalouden huoltosuhteen parantamisen sekä muiden sosiaali- ja terveystalouden tarpeen vähentämisen. Näiden tavoitteiden kansantaloudellista merkitystä ei yritetäkään vähätellä ja kuntoutusta onkin mitattu myös sillä millaisia rahamääräisiä hyötyjä sillä voidaan saavuttaa. (Kuntoutusselonteko 2002, 6-7.)

### 5.1 Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa

Yleisesti vallitsevaa järjestelmäkäsitystä kuntoutuksesta on kritisoitu muun muassa siitä, että se jättää kuntoutujan toiminnan kohteeksi, vaille todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa kuntoutuksen tavoitteisiin tai sisältöihin. Esimerkiksi Aila Järvikoski (1994) toteaa, että ”kuntoutustoiminnassa edelleen vallitseva kliininen paradigma on yksipuolinen tai riittämätön käsittelemään yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen myötä syntyneitä työ- ja toimintakykyisyyden ja sosiaalisen selviytymisen ongelmia”. Järvikoski ja Härkäpää (1995) näkevät toimivammaksi lähtökohdaksi kuntoutuksen määritelmäksi sen, että kuntoutuksen tehtävänä olisi auttaa kuntoutujaa arvioimaan ja toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntilanteensa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat uhattuina tai heikentyneet. Riikonen (1992) on

esittänyt, että hedelmällisempi lähtökohta kuntoutukselle olisikin asiakkaan roolia korostava tulkinnallinen ja kertomuspainotteinen ajattelutapa. (Hänninen & Valkonen 1998, 1.) Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002 selventää vielä, että kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus käsittää yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Kuntoutuksen tavoitteiden tulisi lähteä kuntoutujasta itsestään ja niiden tulisi olla realistisia. Tavoitteet voivat olla pieniäkin kunhan kuntoutuja itse sitoutuu niihin. Hoitosuunnitelma voi olla taiten laadittu, mutta käytännössä toimimaton jos kuntoutuja ei siihen sitoudu. Kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteisistä sopimuksista rakentuu myös luottamuksellinen yhteistyösuhde, jonka perusteella tuen tarvetta arvioidaan. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1999, 138-139; Kuntoutusselonteko 2002, 6). Kuntoutuksen ja kuntoutumisen voi käsittää tarkoittavan tulevaisuudessa sitä, että asiakkaiden subjektiiviset tarpeet on otettava entistä enemmän huomioon.

Poiju-projektin palveluohjaajat ovat huomanneet, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ohjaamista kuntouttaviin toimenpiteisiin ei ole tarkoituksenmukaista hoputtaa tai ohjata asiakkaita kuntoutukseen palveluohjaajan tai jonkin muun tahon oman katsomuksen mukaan, sillä tuloksena on silloin todennäköisesti kesken jäänyt kuntoutus. Asiakkaan omien tavoitteiden asettamiselle tulee antaa aikaa ja tilaa. (T. Koivisto 12.6.2007, henkilökohtainen tiedonanto.)

## 5.2 Valtioneuvoston kuntoutusselonteko

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002 pohjaa aikaisempiin valtioneuvoston tekemiin kuntoutusselontekoihin. Aikaisemmat kuntoutusselonteot eduskunnalle on tehty vuosina 1994 ja 1998. Vuoden 1998 kuntoutusselonteon johdosta eduskunta edellytti kirjelmässään, että hallitus antaa uuden selonteon kuntoutuksesta neljän vuoden kuluessa. Tarve uudelle kuntoutusselonteolle perusteltiin sillä, että uudessa selonteossa tulisi selvittää edellisen selonteon pohjalta havaittuja ongelmia, niistä

johtuen suoritettuja toimenpiteitä ja kuntoutuksen kehittämislinjojen toimeenpanoa. (Kuntoutusselonteko 2002, 2.)

Kuntoutusselonteossa kuvataan suomalaista kuntoutusjärjestelmää kokonaisuudessaan ja tarkastellaan vuoden 1997 jälkeen kuntoutuspalveluissa tapahtuneita muutoksia. Selonteossa kiinnitetään huomiota myös tulevaisuuden kehittämislinjauksille kuntoutusta koskien. Vuoden 1997 jälkeen kuntoutujan asemaa on pyritty parantamaan muun muassa palvelunohjaus- ja yhteispalvelukokeiluilla. Yleisen hallituspolitiikan keskeisiä tavoitteita on ollut työkyvyn säilyttäminen ja sitä ylläpitävään toimintaan on kannustettu. Aktiivisen sosiaalipolitiikan tavoitteena on ollut pitkäaikaistyöttömien kuntoutuminen. Toisaalta kuntoutusselonteossa tiedostetaan, että tiedon katvealueita on edelleen paljon ja etenkin monien ongelmaryhmien kuntoutuksen ja kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ei ole vielä tutkimukselliset kriteerit täyttävää tietoa. (Kuntoutusselonteko 2002, 2,7.)

Valtioneuvoston kuntoutusselontekojen voi hyvällä syyllä sanoa olevan kuntoutuksen kehittämiseen tähtäviä koska ne etsivät kuntoutusjärjestelmässä olevia puutteita ja pyrkivät tekemään muutoksia niiden suhteen. Selonteoissa näitä toimia tarkastellaan ja arvioidaan laajasti. Kuntoutusselonteot eivät toimi irrallisina muusta poliittisesta toiminnasta vaan ottavat huomioon myös sosiaalipolitiikan, työllisyyspolitiikan ja yleisen hallituspolitiikan. Kuntoutusselonteoissa listataan tulevaisuuden haasteita ja niitä toimia joilla näihin haasteisiin pyritään vastaamaan tai millaisia kehitystoimenpiteitä on ryhdyttävä tekemään.

Kuntoutusselonteko 2002 määrittelee kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutuksen ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen (Kuntoutusselonteko 2002, 3).

### 5.3 Toimintakyky, itsenäinen selviytyminen, hyvinvointi ja työllisyyden edistäminen

Kuntoutuslonteossa mainitut kuntoutumisen osa-alueet tähtäävät siihen, että ihminen voisi hyvin. Hyvinvointi on subjektiivinen kokemus ja sitä on siksi vaikea mitata. Ihmisen toimintakykyä voidaan kyllä mitata erilaisin testein, esimerkiksi muistitestein tai ihmisen kehon toimivuutena. Itsenäinen selviytyminen puolestaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviää arkielämässään ilman toisten ihmisten kohtuulliseksi katsottua apua. Työllisyyden edistämällä pyritään paitsi yhteiskunnan toimivuuteen ja varojen säästämiseen, niin myös yksittäisen ihmisen työllistymiseen ja sitä kautta ihmisen taloudelliseen kykyyn tulla toimeen omillaan.

Kuntoutuslonteossa mainituille kuntoutumisen osa-alueille löytyy hyvin erilaisia määritelmiä riippuen määrittelijästä ja siitä tarpeesta jonka perusteella määritelmää tehdään. Kautto summaa teoksessa ”Suomalainen hyvinvointi” hyvinvoinnin koostuvan eri tekijöistä tai ulottuvuuksista joilla kaikilla on merkitystä jokapäiväisen elämän kannalta. Näitä hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat muun muassa taloudellinen toimeentulo, terveys, työ, koulutus, asuminen, turvallisuus ja sosiaaliset suhteet. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia ei voida laittaa Kauton mukaan tärkeysjärjestykseen sillä niiden merkitys vaihtelee ihmisen elinkaarella ja myös eri ulottuvuuksien kehityksen seurauksena. (Kautto 2006, 33.)

Kaarinan kaupungin mielenterveysohjelma vuosille 2006 – 2012 summaa hyvinvoinnin koostuvan psyykkisestä, fyysisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta ja taloudellisesta hyvinvoinnista. Lisäksi todetaan, että nämä hyvinvoinnin osatekijät vaikuttavat toinen toisiinsa voimakkaasti ja siksi niitä on vaikea erottaa toisistaan. Työttömyyden, taloudellisten vaikeuksien ja sosiaalisen elämän ongelmien nähdään vaikuttavan psyykkiseen hyvinvointiin eli mielenterveyteen - ja toisaalta heikentyneen mielenterveyden nähdään olevan uhka työelämästä syrjäytymiselle. (Kaarinan kaupungin mielenterveysohjelma vuosille 2006-2012, 1 [viitattu 17.8.2007]).

Käytännön tasolla näitä määritelmiä ihmisten kuntoutumisesta tekevät ammattilaiset jotka työskentelevät eri tehtävissä sosiaali- ja terveysalalla. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla usein määritelmiä kuntoutumisesta tarkastelevat

myös sosiaalityöntekijät. Sosiaalityöntekijä Anna-Mari Karlsson Kaarinan kaupungista toteaa, että eräänlaisina mittareina kaksoisdiagnoosiasiakkaan kuntoutumisessa voitaisiin pitää sitä miten asiakas hoitaa esimerkiksi työnhaun voimassa pitämisen, sovittujen asioiden tai ajanvarauksien hoitamisen ja lääkehoidosta huolehtimisen itsenäisesti. Nämä seikat kertovat sosiaalityöntekijälle asiakkaan hyvinvoinnin tasosta. Pitkällä aikavälillä hyvinvointia voidaan tarkastella asiakkaiden sairauslomien, työkyvyttömyyseläkkeiden ja mahdollisten työelämään palaamisten ja työkykyisyyden kautta. Psykkistä vointia voidaan tarkastella ja mitata sairaalajaksojen pituuden, kotijaksojen pituuden, palvelutarpeen ja psyykkisten oireiden lisääntymisen tai vähentymisen myötä sekä päihdeiden käytön muutoksien kautta. (A-M. Karlsson, sähköpostiviesti 27.9.2007.)

Asiakkaan voi katsoa olevan kuntoutunut sosiaalityöntekijän ammatillisen näkökulman mukaan silloin kun hänen tilansa on sellainen, että hän kykenee itsenäisesti selviytymään arkipäivästä ja arkeen kuuluvista tehtävistä ja asioiden hoidosta. Kuntoutumisesta voidaan puhua vasta silloin kun tällainen vakaa tila on jatkunut pitkään. Asiakas selviää tuolloin asioiden hoitamisestaan ilman jatkuvaa viranomaistukea ja kykenee myös ennakoimaan ja suunnittelemaan asioita. Päihdeongelma on tuolloin hallinnassa ja psyykkisen sairauden hoito on tasapainossa ja lääkitys kunnossa. Kuntoutuneen asiakkaan toimintakyky on sellainen, että hän itse kokee vointinsa hyväksi ja jaksaa ja pystyy suoriutumaan arjestaan omatoimisesti. Asiakkaan työllistymisen hyväksi voidaan ajatella toimia siinä vaiheessa kun muut asiakkaan kuntoutumisen osa-alueet ovat suurelta osin hoidossa, eli kuntoutumisen loppuvaiheessa. Tukityöllistäminen, kuntouttava työtoiminta tai työkokeilu osaltaan saattaa auttaa asiakasta juuri päihdeongelman hoidossa ja työkyvyn selvittämisessä. (A-M. Karlsson, sähköpostiviesti 27.9.2007.)

## **6 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSONGELMA**

### 6.1 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Käytän tutkimuksessani teoreettista viitekehystä tutkimuksen tavoitteiden täsmentämiseen ja ohjaamiseen. Tutkimuskysymykset hahmottelen deduktiivisen logiikan mukaisesti teoriasta lähtevinä kysymyksenasetteluina.

Teoreettinen viitekehyseni liittyy kuntoutuksen käsitteeseen tarkasteltuna asiakasnäkökulmasta subjektiivisten kokemusten valossa. Kuntoutuksen voi nähdä olevan laaja käsite joka alkaa yleisestä hyvinvointipolitiikasta ja sosiaalipolitiikan väestön aktiivisuutta painottavan näkemyksen kautta itse kuntoutukseen. Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa luodaan kuva suomalaisen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudesta ja tarkastellaan määrääjain kuntoutuspalveluissa tapahtuneita muutoksia.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle vuodelta 2002 määrittää kuntoutumisen ihmisen tai ihmisten ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Nämä neljä kuntoutumisen osa-aluetta rajautuivat opinnäytetyöni kiinnostuksen kohteiksi.

Henkilökohtainen palveluohjaus ja sen psykososiaalisen työn koordinoinnin luonne sekä ratkaisukeskeinen työote on myös luettava tutkimukseni teoreettiseen viitekehykseen kuuluviksi koska opinnäytetyöni toimii Poiju-projektin asiakkaille laadittavien asiakaskansioiden pohjana. Henkilökohtaisen palveluohjauksen on todettu Ruotsissa ja Norjassa liittyneen useimmiten psykososiaaliseen työhön ja sen koordinoimiseen. Tätä tietoa olen käyttänyt hyväksi kun olen haastattemiltani asiakkailta kysynyt millaista tukea he mielestään tarvitsevat kuntoutuakseen. Näiden vastausten perusteella tulen jatkamaan heidän kanssaan työskentelyä asiakaskansioiden

luomisen parissa. Olen ottanut nämä vastaukset mukaan opinnäytetyöhöni koska ne liittyvät mielestäni tutkimukseni lopputuloksiin ymmärtämystä lisäävinä.

Ratkaisukeskeistä toimintatapaa opinnäytetyöni sivuaa niiltä osin, että asiakkaiden kanssa tehtävä henkilökohtainen palveluohjaus työmenetelmänä pyrkii löytämään ratkaisun olemassa oleviin ongelmiin. Nimettyyn ongelmaan etsitään keinoja joilla siitä voisi selvitä. Ratkaisukeskeinen työtapo minun piti ottaa huomioon ennen kuin lähdin tekemään haastatteluja. Työtavan tietäminen toimi eräänlaisena tukirankana johon olisin voinut nojata jos sellainen tilanne olisi tullut eteen haastatteluja tehdessä. Haastatteluihin valmistautuminen oli näin ollen helpompaa.

## 6.2 Tutkimusongelma

Mitä Poiju-projektin kaksoisdiagnoosiasiakkaat ajattelevat omasta toimintakyvystään, itsenäisestä selviytymisestään, hyvinvoinnistaan ja työllisyyden edistämisestään? Millaisia vaikeuksia he ovat kohdanneet kyseisillä osa-alueilla ja millaista tukea he toivoisivat saavansa selvitäkseen näistä ongelmista?

# **7 TUTKIMUSMENETELMÄ – JA AINEISTO**

## 7.1 Tutkimusmenetelmä

Arja Ruisniemi kirjoittaa, että tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat aina sekä tutkimuskysymys että tutkimuksen teorettinen viitekehys (Ruisniemi 2006, 80). Opinnäytetyöni teorettinen viitekehys on alkuperäiseltä luonteeltaan suhteellisen laaja joten sitä on rajattu opinnäytetyön laajuuteen sopivaksi. Opinnäytetyöni pyrkii ymmärtämyksen lisäämiseen sanojen ja merkitysten tulkinnan kautta. Tarkoituksena ei ole tuottaa mittareita ja numeerisin arvoin saatavia tietoja joten tutkimusmenetelmäksi valikoitui hyvin tutkimukseni tarkoitukseen soveltuva luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus.

Kvalitatiivista tutkimusta ei voi tiivistää yhteen muottiin vaan erilaisia tapoja tehdä kvalitatiivista tutkimusta on lukuisia. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara ovat koonneet metodikirjallisuuden pohjalta joitakin sellaisia kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä joita voidaan pitää tyypillisinä. Näitä ovat muun muassa ne, että tutkimuksen tekemisessä suositetaan ihmistä tiedon keräämisen välineenä, sellaisten metodien suosiminen joissa tutkittavien oma ääni pääsee esille ja se, että tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 154-155.)

Opinnäytetyössäni käytän puolistrukturoitua teemahaastattelua tiedonkeruun menetelmänä. Asiakkailta kysyttiin heidän kokemuksiaan omasta toimintakyvystään, itsenäisestä selviytymisestään, hyvinvoinnistaan ja työllisyyden edistämisestään.

#### 7.1.1 Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu

Tiedon keräämisen menetelmänä käytän puolistrukturoitua yksilöhaastattelua siten, että haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä en ole etukäteen päättänyt vaikka teema-alueita onkin vain neljä. Tarkoitukseni on, että haastateltavat saavat mahdollisimman vapaasti kertoa omin sanoin haastattelun teema-alueista. Puolistrukturoiduille haastatteluille ominaista onkin, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47). Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa sitä, että haastattelun kuluessa teema-alueita käydään läpi sellaisessa järjestyksessä joka tuntuu sujuvalta sen perusteella mihin edellinen kerrottu teema-alue on päättynyt.

Hirsjärvi & Hurme (2004) listaavat haastattelun eduiksi muun muassa sen, että haastattelutilanteessa ihminen nähdään subjektina jolla on mahdollisuus tuoda esiin itseään koskevia asioita varsin vapaasti. Haastateltava on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastattelulla voidaan myös syventää tietoja tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 35.)

### 7.1.2 Narratiivinen lähestymistapa

Nikkanen (2006) kirjoittaa, että narratiivinen eli tarinallinen lähestymistapa sopii hyvin ihmistutkimukseen jossa tarkastellaan ihmistä aktiivisena, merkityksiä antavana toimijana. MacIntyren (1987) on esittänyt narratiivisen lähestymistavan lähtökohdaksi ajatusta siitä, että ihminen elää elämäänsä ikään kuin se olisi tarina jonka päähenkilö hän itse on. Omaa tarinaansa tulkiten ihminen tekee menneisyyttään ymmärrettäväksi, nykyhetkensä mielekkääksi ja tulevaisuutensa ennakoitavaksi. (Nikkanen 2006, 27-28.)

Nikkanen kirjoittaa narratiivisuuden toimivan tutkimuksessa kahteen suuntaan: kertomukset ovat sekä tutkimuksen lähtökohta että lopputulos. Kun ottaa huomioon, että konstruktivistinen käsitys tiedosta on suhteellista – ajasta, paikasta ja tarkastelijasta riippuvaa, niin on myös selvää, että tietäminen itsessään on myös kontekstuaalista ja sidoksissa johonkin aikaan, paikkaan ja sosiaaliseen kenttään. (Nikkanen 2006, 28.) Tietynlainen elämä tuottaa siis tietynlaista tietoa. Näin ollen voidaan ajatella, että narratiivisen tutkimuksen tulokset kertovat tietyn ajankohdan tiedosta jota ei voida pitää yleispätevänä tietona pidemmän aikavälin tapahtumista tiedon muuttuvan luonteen vuoksi. Narratiivinen tutkimus on siis oman aikakautensa kuvaus.

Narratiivisuutta voi käyttää myös tutkimusaineiston luonteen kuvaamiseen. Tällöin viitataan kerrontaan tekstilajina. Tällaista tutkimusaineistoa ovat esimerkiksi haastattelut ja vapaat kirjalliset vastaukset, joissa tutkittavalle annetaan mahdollisuus kertoa käsityksiään omin sanoin. Narratiiviselta aineistolta voidaan vaativimmassa merkityksessä edellyttää enemmän kertomuksen tunnuspiirteitä siten, että tarinalla on alku, keskikohta ja loppu sekä ajallisesti etenevä juoni. Yksinkertaisimmillaan narratiivinen aineisto voi olla mikä tahansa kerrontaan perustuva aineisto. (Nikkanen 2006, 28.) Narratiivista lähestymistapaa ei voi kuvata yhtenäiseksi teoriaksi ja jopa itse käsite ”tarina” saatetaan eri yhteyksissä ymmärtää eri tavoin (Hänninen & Valkonen 1998, 3).

### 7.1.3 Narratiivit kuntoutuksessa

Hänninen ja Valkonen (1998) kuvailevat narratiivista eli tarinallista lähestymistapaa kuntoutuksessa siten, että siinä sairastuminen ja kuntoutuminen nähdään osana ihmisen elämäntarinan osina. Näkökulma korostaa sairauden ja kuntoutumisen yksilöllistä merkityksellisyyttä, kuntoutujan aktiivisuutta, hänen oikeuttaan määritellä itse omat elämänprojektinsa ja elämäntilanteiden tulkinnallisuutta. Tarinallinen lähestymistapa auttaa ymmärtämään erilaisten merkitysten, tulkintojen ja toiminnan sosiaalista ja kulttuurista luonnetta. (Hänninen & Valkonen 1998, 1.) Jokainen kuntoutuja luo omat merkityksensä ja kaksi täsmälleen samanlaista sairautta sairastavaa ihmistä voivat kokea sairautensa aivan eritavalla. Tarinallinen lähestymistapa suo mahdollisuuden ymmärtää kuntoutujan tarpeita niille jotka kuntoutujan kanssa työskentelevät.

Tarinallisuus jäsentää elämisen ajallisuutta. Nykyhetken voi ajatella olevan piste tiellä menneisyydestä tulevaisuuteen. Tulevaisuuden suunnitelmia voidaan pitää tarinallisina projekteina, eräänlaisena tarinana siitä millaisia pyrkimyksiä ihmisellä on tulevaisuutensa suhteen. Ihmisen elämälleen antama tarinallinen tulkinta voi ohjata hänen valintojaan ja motivoida hänen toimintaansa. Tarinallinen lähestymistapa kuntoutumiseen voi parhaimmillaan tuoda asiakkaalle oivalluksen siitä, että sairastuminen on vain yksi osa hänen subjektiivista tarinaansa, ja sairastumiskokemuksen saaminen hallintaan luo pohjan kuntoutumisen tarinalle. (Hänninen & Valkonen 1998, 3-6.)

## 7.2 Tutkimusaineisto

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston suuruuden päättäminen voi olla varsin ongelmallista. Aineistona voi olla vain yksi tapaus tai haastattelu. Toisaalta aineisto voi käsittää useita yksilöhaastatteluja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä tai tilastollisia säännönmukaisuuksia ja siksi aineiston koko ei määräydy näihin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 170.) Opinnäytetyössäni tutkimusaineiston laajuutta ohjasi minun kannaltani minusta riippumattomat seikat ja siihen osallistuneiden haastateltavien kannalta vapaaehtoisuus.

Tutkimusaineistona opinnäytetyössäni on neljän kaksoisdiagnoosiasiakkaan sanalliset kertomukset siitä mitä he ajattelevat omasta toimintakyvystään, itsenäisestä selviytymisestään, hyvinvoinnistaan ja työllisyyden edistämisestään niin kuin he ovat ne omassa kokemusmaailmassaan eläneet. Lisäksi he ovat nimenneet ja näyttäneet kuvion pohjalta millä psykososiaalisen työn koordinoinnin alueilla he tuntevat tarvitsevansa lisää tietoa ja/tai tukea.

Tutkimusjoukkoni muotoutui siten, että ensin Poiju-projektin asiakkaita tiedotettiin siitä, että projektin parissa ollaan tekemässä opinnäytetyötä. Projektin palveluohjaajat hoitivat asiasta tiedottamisen projektin asiakkaille. Ne asiakkaat jotka olivat halukkaita osallistumaan opinnäytetyöni tutkimusjoukoksi saivat aiheesta lisää tietoa heille sitä varten järjestetyssä tiedotus- ja tapaamistilaisuudessa. Tapaamiseen tuli neljä asiakasta. Tapaaminen oli varsin vapaamuotoinen ja he saivat kysyä siellä mieltään askarruttavia asioita liittyen opinnäytetyöhöni ja heidän osuuteensa siitä. Tämän jälkeen he saivat päättää haluavatko he olla osallisina tutkimuksessani. Kaikki neljä halusivat osallistua.

### 7.3 Tutkimusaineiston käsittely

Tutkimusaineistoni eli haastateltavien tarinat nauhoitettiin. Haastateltavien henkilöllisyys turvattiin siten, että haastattelu aloitettiin nimeämällä haastateltavat heidän sukupuolensa ja ikänsä mukaan. Haastattelun kuluessa heidän nimiään ei missään vaiheessa mainittu vaan tarvittaessa sinuttelin heitä. Varmuuden vuoksi jokainen yksilöhaastattelu tallennettiin sanelukoneelle omaan kansioonsa jotta mahdollisilta haastateltavien tarinoiden sekaantumiselta tai mahdolliselta päällekkäin nauhoittamisen riskiltä vältyttiin. Tämä toiminto suojasi myös sen, että haastateltavat eivät voineet kuulla toinen toistensa ääniä sanelukoneen nauhalta.

Haastattelut suoritettiin heinä- ja elokuun aikana Poiju-projektin tiloissa. Poiju-projektin tila valittiin haastattelujen tapahtumapaikaksi koska se oli paitsi asiakkaille tuttu paikka, niin myös paikka jossa haastateltavat saivat rauhassa kertoa omista asioistaan.

Haastattelujen tekemisen aikana paikalla ei ollut haastateltavan ja haastattelijan lisäksi muita henkilöitä.

Haastattelut suoritettiin narratiivista tutkimusotetta käyttäen eli ennen varsinaisen haastattelun alkamista haastateltaville kerrottiin, että he saavat kertoa kysytyistä aihealueista sen miten he ne ovat kokeneet ja millainen heidän tilanteensa juuri nyt oli. Valitsin teemahaastattelun tueksi narratiivisen tutkimusotteen koska erilaista tutkimusmenetelmistä juuri narratiivinen tutkimusmenetelmä tuntuu vastaavan hyvin nykyään kovasti painotettuun kuntoutuksen asiakaslähtöisyyteen. Koska Nikkasen (2006, 28) mukaan yksinkertaisimmillaan narratiivinen aineisto voi olla mikä tahansa kerrontaan perustuva aineisto, niin katsoin tutkimusotteeni sopivan hyvin teemahaastattelun luonteeseen, vaikka en teemahaastattelulle ominaiseen tapaan aikonutkaan esittää haastateltaville varsinaisesti aiheeseen liittyen tarkentavia kysymyksiä jotta haastateltavien kerronta ei häiriintyisi. Haastatteluiden aikana esitetyt kysymykset varsinaisten teema-alueiden lisäksi liittyivät siihen haluaisiko haastateltava vielä sanoa jotain kyseiseen teema-alueeseen liittyen.

Tallennettu aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti eli toisin sanoen aineisto litteroidaan käyttäen sellaista kirjoitusasua jollaisena asiat on sanallisestikin ilmaistu. Litteroinnin suhteen ei ole tarkkoja sääntöjä vaan tutkija voi itse päättää tehdäänkö litterointi koko kerätystä aineistosta tai valikoiden, esimerkiksi teema-alueiden mukaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajajärvi 2006, 210).

Opinnäytetyössäni päädyin litteroimaan aineiston sanasanaisesti teema-alueiden mukaan. En litteroinut koko aineistoa koska osa aineistosta ei koskenut varsinaista tutkimusaiheeni ja varsin työlään ja hitaan työstämisen vuoksi en katsonut sitä tarpeelliseksi. Kaiken kaikkiaan aineistoa kertyi sanelukoneeseen 2 tuntia 56 minuuttia 55 sekuntia (2:56:55). Haastattelujen kesto lyhimmillään oli 28 minuuttia 32 sekuntia (28:32) ja pisimmillään 1 tunti 15 minuuttia 36 sekuntia (1:15:36). Tämän aineiston purin tietokoneelle. Haastattelut litteroin niin että ensimmäisellä kuuntelukerralla kirjasin ylös kaiken mikä tuntui liittyvän selvästi tutkimusaiheeseeni. Toisella

kuuntelukerralla kirjasin sellaisiakin asioita jotka eivät ensimmäisellä kuuntelukerralla olleet tuntuneet olevan selvästi oleellista materiaalia, mutta joista kuitenkin saattaisi olla hyötyä tutkimuksellisesta näkökulmasta ajateltuna. Kolmannella kuuntelukerralla seurasin jo litteroimaani aineistoa materiaalin kuuntelemisen ohella ja tein vielä joitain lisäyksiä. Kuuntelin aineiston vielä neljännekin kerran, mutta en tehnyt enää lisäyksiä aiempiin litterointeihin. Aineisto vaati useamman kuuntelukerran sillä haastateltavat saattoivat palata aikaisempaan teema-alueeseen jossain toisessa teema-alueessa tai jo loppumassa ollut tarina ei loppunutkaan. Näin ollen liian vähillä kuuntelukerroilla olisi saattanut jäädä litteroimatta vahingossa jotain jolla olisi voinut olla merkitystä tutkimuksen kannalta. Aineiston litteroinnissa pyrin neutraaliuteen eli välttämään jo osittain haastatteluissa syntyneitä mielikuvia.

Litteroinnin jälkeen poistin haastattelut sekä sanelukoneelta että tietokoneelta. Näin varmistin sen, että haastateltavien äänijälki oli pyyhitty pois. Litteroitua aineistoa syntyi ensin yhteensä 18 sivua sivun asetusten ja tekstiasun ollessa Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportin ja kypsyysnäytteen kirjoitusohjeiden mukainen. Poistin litteroidusta aineistosta vielä sellaista materiaalia jonka katsoin tulkinnallisesti olevan liian kaukana tutkittavina olevista kuntoutumisen osa-alueista ja lopulta litteroitua aineistoa oli 13 sivua.

Haastatelluille näytettyyn psykososiaalisen työn koordinointiin liittyvään kuvioon jokainen haastateltu joko itse kertoi ja merkitsi, tai minä merkitsin heidän kertomansa mukaan ne alueet joilla he tunsivat tukea vielä tarvitsevansa. Nämä kuviopaperit nimettiin haastateltujen sukupuolen ja iän mukaan ja tiedot niistä on purettu tietokoneelle.

## **8 TUTKIMUSTULOKSET**

Tutkimustulokset esitän kuntoutuksen osa-alueiden mukaan nimettyinä ja lisäksi listaan ne psykososiaalisen tuen tarpeet joita haastatteluissa tuli esiin. En kiinnittänyt huomiota haastateltuihin yksilöllisellä tasolla vaan kiinnitin huomiota teema-alueisiin ja siihen

mitä niistä kerrottiin. Yksilöllisellä tasolla haastateltujen tarpeet tulevat huomioiduksi myöhemmässä vaiheessa asiakaskansioiden kokoamisen muodossa.

Tutkimusaineistoa läpikäydessäni kiinnitin huomiota siihen, mitkä seikat eri kuntoutumisen osa-alueiden kohdalla tulivat mainituiksi usein tai joista haastatellut puhuivat paljon, tai joille he tuntuivat antavan paljon merkitystä. Näin syntyi ensin yksittäisiä sanoja tai merkityksiä kuten esimerkiksi ”raha” tai ”yksin, yksinäisyys”. Sanoista ja merkityksistä pidin tukkimiehen päiväkirjaa. Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei olekaan tarkoitus tuottaa määrällistä aineistoa, niin analysoidessani aineistoa tukkimiehen päiväkirjasta oli minulle apua. Näin tulin kiinnittäneeksi huomiota niihin seikkoihin jotka usein mainittiin. Nämä seikat luokittelin edelleen aihealueittain ja päädyin sellaiseen tulokseen, että mielestäni ne kaikki liittyivät kuntoutujan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Näitä seikkoja kuvailen myös tutkimustuloksissa. Tämän tyyppinen luokittelu oli tarpeen koska ilman sitä tutkimustuloksien esittäminen olisi ollut sekavaa.

Tutkimustuloksiin olen kirjannut ylös myös sellaista haastateltujen kertomaa kritiikkiä jonka tietämyksestä uskon olevan hyötyä kenelle tahansa joka työskentelee kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutuksen parissa.

## 8.1 Hyvinvointi

Haastateltavien puhuessa hyvinvoinnista heistä kolme neljästä mainitsi heti alkuun rahan ja taloudellisen tilanteen hyvinvointiinsa vaikuttavina tekijöinä. Tämä tukee sitä näkemystä, jota henkilökohtainen palveluohjaus on tuonut voimakkaasti esiin, eli asiakassuhteen alkaessa on ensisijaista hoitaa ensin jokin asiakkaan elämään konkreettisesti vaikuttava tekijä. Tämä on usein todettu liittyvän asiakkaan taloudelliseen tilanteeseen. (Järkestig Berggren 12.4.2007; T.Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 12.6.2007.)

*Mun hyvinvointiin liittyy oma koti ja ystävät ja mitäs muuta...Lemmikit ja no tietysti raha. Et ilman sitä on tosi vaikeeta pärjätä. (Mies 32v)*

*Et mul on siisti koti ja et mul on rahaa, et mun poika voi hyvin et sil ois kivaa. Et ettei oo mitään kaaosta, et joku juttu ois hoitamatta. Et jos mä en vaiks oo maksanu vuokraa ni sit ei oo hyvin, kenelläkää ei oo hyvin. Se on sit kokoajan tuol takaraivos sit. Ja siit voi sitte se juomakierre lähteä.  
(Nainen 39v)*

*Yks mikä vaikuttaa todella, todella paljo mun hyvinvointiin on raha.  
(Nainen 45v)*

Kolme haastateltua neljästä liitti hyvinvointiinsa myös päihdeongelmansa ja sen miten sen kanssa juuri sillä kyseenomaisella hetkellä meni. Pitkän tähtäimen suunnitelmia ei kukaan tuonut esille päihdeongelmansa hallintaan liittyen. Enemminkin päihdeongelman ja sen kanssa selviämisen nähtiin olevan sellainen muuttuva tekijä johon vaikutti erilaiset haastatellusta riippumattomat seikat. Päihdeongelman syntyä ja sen kehittymistä ongelmaksi pohti vain yksi haastatelluista. Mielenkiintoista oli se, että psyykkiset ongelmat tai yleinen terveydentila eivät nousseet hyvinvointiin liittyvinä esiin kuin yhdellä neljästä haastatellusta.

*Nyt mä voin mielestäni ihan kohtuullisesti. Et paremmin vois olla ton kaljanjuonnin kans, et sitä mä kyllä juon liikaa. ...Emmä sit kuitenkaa nii paljoo oo juonu et en olis voinu töissä käydä. Et se on kyl pysyny. Mut eihän sitä sitte tiedä miten senki kans käy syksyllä ku ei tiedä miten se työjuttu jatkuu tai jatkuuks enää. (Mies 32v)*

*Et nykyään jos mul jää putki päälle ni mä kyl osaan sen sit jossain vaiheessa katkasta ihan itte, mut sit mää oon jo todella huonos kunnos siinä vaihees, et...(naurahdus). Tosi heikos jamas siis. (Mies 42v)*

*Terveys on ihan selvä juttu et se liittyy mun hyvinvointiin, se et miten mun pääkoppa voi. ... Ja sit se et mä oon selvänä on hyvinvointii. Voi olla et*

*mä en juo puoleen vuoteen mut sit tuleeki jotain ja sit sitä mennään.  
(Nainen 39v)*

Sosiaaliset suhteet nähtiin myös hyvinvointiin liittyvinä seikkoina. Sosiaalisia suhteita kuvailtiin erilaisista näkökulmista. Oma hyvinvointi saatettiin nähdä riippuvaiseksi muiden hyvinvoinnista. Sosiaaliset suhteet osana hyvinvointia kirvoitti kaksi haastateltua kertomaan myös ystävyysuhteista tai oikeammin siitä miten niissä voi pettyä.

*Et muut vois hyvin. Kissat ja koirat vois hyvin ja tietty et mun lapset vois hyvin. Et läheisimmil olis hyvä olla etten mä niinku pyörittelis niittenki murheit omas päässäni ku on niitäki ollu. (Nainen 45v)*

*Ystävyys, ystävät on tärkeitä sille, että voi hyvin. Mullakin on ollu sellasii kokemuksii et vaikka on samanlaiset arvot ja ajatellaan asioist samalla tavalla ni sitte käännetäänki takki ja petetään luottamus. (Nainen 39v)*

Sosiaaliset suhteet haastateltujen puheissa esiintyivät sekä tukevinä (tukihenkilö, palveluohjaaja, isä, ystävät) että omaa vointia rajoittavina (huoli ja murhe, petolliset ystävät, toimimaton parisuhde).

## 8.2 Itsenäinen selviytyminen

Itsenäinen selviytyminen sosiaalialan ammattilaisen mukaan on muun muassa sitä, että asiakas ei tarvitse tiivistä apua ja tukea asioidensa hoitamiseen viranomaisilta tai Poiju-projektin asiakkaiden tapauksessa palveluohjaajalta. Asiakkaan tulisi osata hakeutua itsenäisesti sopivan avun ja tuen piiriin sitä mahdollisesti tarvitessaan. (A-M. Karlsson, sähköpostiviesti 27.9.2007.) Itsenäiseen selviytymiseen haastatellut liittivät erilaisia toimintoja kuten esimerkiksi pystyvätkö he huolehtimaan kodistaan itse, miten selviävät raha-asioidensa hoidossa ja miten sosiaaliset suhteet on pystytty hoitamaan.

Kaksi haastateltua mainitsi raha-asioiden liittyvän heidän itsenäiseen selviytymiseensä. Toinen haastateltu totesi, että ilman apua hänen talousasiansa olisivat niin huonosti, että se vaikuttaisi hänen itsenäiseen selviytymiseensä. Ilman rahaa kuitenkin esimerkiksi ravinnon saanti jäisi heikoille ja sitä kautta koko oleminen vaikeutuisi huomattavasti. Toinen haastateltu harmitteli vuokrien nousua koska pienistä tuloista vuokra vei jo nytkin ison osan. Haastateltu koki asian niin, että silläkin summalla minkä vuokra oli noussut olisi voinut tehdä jotain muuta, ehkä vaikka jotain omaa olemista piristävää.

Yleiseen terveydentilaan ja mielenterveyden tilaan kiinnitti huomiota kolme haastateltua. Fyysisen ja psyykkisen puolen huomattiin olevan tiiviissä yhteydessä toisiinsa jopa siinä määrin, että niiden välillä oli yksi haastateltu joutunut tekemään valintoja siinä suhteessa kumpaa painottaa enemmän oman hyvinvointinsa kannalta. Omaa sairautta ja sen luonnetta kuvailtiin joko hyvin rajoittavana tekijänä tai tekijänä jonka kanssa on tavallaan opittu elämään ja ollaan hyväksytty se osaksi itseä.

*Siel (asunnosta) on hometta ja astmapiippuja menee vaikka kuinka, korvatulehduksia on ollu ja keuhkot vinkuu ja kaikkee tällai näi. Mut mun eläinten takii ja itteniki takii mä en voi muuttaa. Kissatki on pihakissoja ja mulle luonto on tärkeetä, se on päälle hyvä. (Nainen 39v)*

*Mä voin töljöttää sitä pyykkikoriiki mut silti mä en vaa niinku tee sille mitää. Ja sit tulee se päivä et mä nousen seittemältä ja hoidan kaikki pyykit ja teen kaikki ennen ku ”Matti” (nimi muutettu) tulee kotii. Mut kai se liittyy aika pitkälti siihen mun kakssuuntaasee juttuun, et se on niinku sitä ylämäki-alamäki, ylämäki-alamäki –juttuu. (Nainen 45v)*

*Mä tiedän, et sellane holtittomuus kuuluu mun sairauteen, mut en mä silti voi sille mitää. Ei se sairaus mikää häpeä silti oo, se on vaan sairaus. (Mies 42v)*

Sosiaalisten suhteiden ja tuen merkitystä itsenäiseen selviytymiseensä haastatellut kuvailivat muun muassa näin:

*Mä en usko et mä pärjäisin ilman sitä tukee mitä mä täältä saan. Et aika helposti lähtis kyl luisumaan. Tää projektinvetäjä on kuitenkin auttanu mua niin paljo täs selvitymises ja hoitanu mun talousasioitaki aika pitkälti. (Mies 42v)*

*Nii... Kyllä mä ihan hyvin itekseen pärjäilen. (hiljaisuus)...Mut en mä sit kuitenkaa ite ihan yksin pärjää millää. Mul on nyt kuitenkin Poiju ja sit mul on tukihenkilö ja sit mä voin käydä miestenklubilla eikä siel oo niinku sillee mitään ohjattua toimintaa vaa et sinne voi vaa mennä ja olla. Se on mulle sitte se, että ei tarvi niinku yksin olla. Et ihan kokonaan yksinäni mä en varmaan pärjäisi noissa virallisissa jutuissa, tai no kyllä kai mä jotenki selviäisin. Ainakin työssä käyminen vois olla pirun vaikeeta jos ei olis mitään tukea. (Mies 32v)*

*Mun parisuhde on niin paljo päi helvettiä, ollu jo pidemmän aikaa... Mun parisuhde on sellai rajottava tekijä. (Nainen 45v)*

Subjektiivinen kokemus itsestä toimijana ja oman itsensä parhaana asiantuntijana tulee tällä kuntoutumisen osa-alueelle hyvin esiin. Esimerkkinä tästä pidän yhden haastatellun kertomusta siitä kuinka hän selviää hyvin itsenäisesti, mutta pienen hiljaisuuden jälkeen hän havaitsikin, että ei selviäisikään ilman tukea. Toinen haastateltu puolestaan kertoi kuinka hän asetti itselleen tehtäviä sen mukaan mitä kello osoitti, esimerkiksi niin, että kellon ollessa 11.30 hänen piti laittaa pyykinpesukone päälle. Haastateltu tiedosti sen, että mikäli hän ei toimisi joskus omaehtoisesti asetetun pakon sanelemana niin hän voisi olla pian tilanteessa jossa mikään tekeminen ei enää onnistuisi.

Tuen tarve ja sen laatu olivat hyvin yksilöllisiä ja osittain myös sellaisia, joita ei heti osattu ajatellakaan tueksi. Täysin itsenäisesti ja omatoimisesti ilman ulkopuolista tukea ei näyttäisi vielä kukaan haastatelluista selviävän.

### 8.3 Toimintakyky

Heikkoa taloudellista tilannetta toimintakykyä rajoittavana tekijänä pohti vain yksi haastatelluista. Hän toi esille sitä kuinka vaikeaa on lähteä esimerkiksi kursseille jos se vaatii linja-autolla matkustamista ja rahat eivät ole riittävä matkalippuihin. Fyysisen puolen reistaillessa ei voi kuitenkaan kursseille kulkea kävellen tai pyöräillen joten kuvatuunlainen tilanne on koettu hyvin vaikeaksi.

Terveys tuli vahvasti esiin toimintakyvystä puhuttaessa. Terveysteen liittyvät ongelmat eivät olleet vain psyykkisiä vaan kolmella neljästä haastatellusta ne olivat myös fyysisiä ja sellaisia joiden vuoksi elämä oli vaikeutunut. Näitä terveysongelmia olivat muun muassa reuma, paha tyrä, allergiat, migreeni ja leikkausta vaativat vaivat. Toimintakykyyn kolme neljästä haastatellusta liittyivät fyysisen puolen lisäksi vahvasti myös psyykkisen puolen.

*Nii no mulle on se liikkeel lähtö vaikeet ja sit mulla on sellane auktoriteettikammo, et se vaikuttaa kaikkee. Mul jää niin helpost se itsenäinen tekeminen et mul on hyvä et on joku auttaja sit siin mukan. Se riippuu niin paljo siit et millanen aamu mul on ollu ja millanen on ollu ilta ja nii... Emmä oikee ruppee ite mitää tekemää. Mä en oo enää nii sosiaalinen ku mä olin joskus. (Nainen 45v)*

*Niinku mä kävin tuol lääkäris ni seki sano, et nyt pitäis mennä niinku sillai tasasesti. Et se piirsi sellasen kaavion jos oli kaks viivaa ja niiden välis sit mun fiilisten pitäis niinku mennä. Sillee aika tasasesti ja nyt kaikki onki ihan tasapaksuu. Et ei ennen nii tasapaksuu kyl ollukkaa. Et ennen meniki niinku niitten viivojen yli railakkaasti. Nyt on vähän vaikeeta ku ei niinku osaa elää sillee tasasesti. Nyt mun elämä on niinku tylsää... Et on tosi tylsää, vähän ku hiljasta ku ei oo niinku ennen. (Mies 42v)*

Toimintakykyyn haastatellut liittyivät päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Näistä ongelmista selviämiseen yksi haastatelluista olisi kaivannut selvästi enemmän tukea.

Yhteiskunnan nyt tarjoama tuki sai kritiikkiä paitsi käytäntönsä joustamattomuuden niin myös sen hitauden vuoksi.

*Et sit jos johonki katkolleki meet ni kyl se on sit enemmän sitä pillereitten syömistä. Se maksimi sielä on se yheksän päivää ja sen jälkee potkitaa pihalle. Et sit jos vaa haluu ni voiha ne sit kirjottaa viel lähetteen jonnekki, niinku mulle ne kirjotti Järvenpään sosiaalisairaalaan. Se et koska sinne sit pääsee ni riippuu ihan siit et millane jono sinne sit on. Mulla meni vissiin se pari viikkoo. Se meni hyvinki pitkälle sitte ryypätessä. Ku ei ihminen pysty ittees vuorekskaa tekemää ja jotenki pitäis kuitenkin pärjätä. Enemmän se kuntoutus onki sitä et saahaan taas vähä kroppa pelaamaa ja sitte alkaa taas se sama. (Mies 32v)*

Kritiikkiä palvelusysteemin toimintatavoista kertoi myös toinen haastateltu jonka toimintakykyyn vaikutti rajoittavasti fyysiseen terveyteen liittyvä tila.

*Mä en saa nostaa oikein mitää kiloo painavampaa, ei vetää tai työntää mitää. Mutta kun mä oon saanu sairaslomaa aina niit kolmen kuukauden pätkii nyt neljä kertaa ja mä oon menny hakeen sairauspäivärahaa ni ne on hylätty. Kielteinen päätös on tullu ku se ei kuulemma tää tämmöne rajota työntekoo. Kelan lääkärin mukaan mua ei siis rajota mikään tekeen semmosta työtä mitä mulle on annettu. Sitte kuitenkin terveyskeskuksen lääkäri on sitä mieltä, että tää mun tila on vaarallista ja on tehny B-lausunnon ja se ei sitte vaikutakaa mihinkää... (Nainen 39v)*

Kuntoutuksen mainitsi kolme neljästä haastatellusta puhuessaan toimintakyvystä. Kuntoutusta toimintakyvyn lisääjänä ei mainittu kovinkaan positiivisessa valossa. Osaltaan tähän vaikutti aiemmat huonoiksi tai hyödyttömiksi koetut kuntoutukseen liittyvät toimenpiteet. Kuntoutuksesta ja kuntouttavasta työtoiminnasta kerrottiin muun muassa näin:

*Kyllähä sitä saa olla kuntoutuksissa vaikka koko loppuikänsä, mut se et onko niistä sit apuu tai hyötyy, ni se onki sit toinen juttu. (Mies 32v)*

*Olin mä sielä joskus kaks päivää ja sillon jo mä sitä touhuu kattelin, et hei mitää tää on? Tuol on äijii jonos ja mitä ne siel teki? No niil oli kiljupänikkä siel ja ne ottaa siel kuppii. Ei siel kukaan niinku välitä heistä, et kunha ne tulee sinne ni se riittää. Ei se oikeen edistä kuntoutumista. (Nainen 39v)*

Sosiaalisten suhteiden merkitystä toimintakykyä lisäävänä tekijä pohti yksi haastatelluista. Sosiaaliset suhteet näyttelivät hänen elämässään suurta roolia. Huonoksi koettu parisuhde tuntui rajoittavalta tekijältä, hyvin toimivat sosiaaliset suhteet puolestaan tukea antavilta. Toimintakykyä oli lisännyt myös hakeutuminen Poiju-projektin pariin ja projektin työntekijään luotu hyvä suhde.

*Se (palveluohjaaja) potkasee mut liikkeel ja pakottaa mut puoliks sit tulemaa et jos mä oon sanonu et en mä nyt varmaa jaksaiskaa lähtee nii sit se on vaa soittanu ja sanonu, et takki pääl, mä oon vartin pääst parkkipaikal. Ja sit mul tulee se, et mä lähden ja tottelen jollai taval ja se on mulle tosi hyvä. Mä voin olla vapautunu hänen seurassaa ku hän tuntee ja tietää mut. Meil on luottamuksellinen suhde. (Nainen 45v)*

Toimintakyvyn osalta haastatellut kertoivat monin tavoin kuinka se voi olla rajoittanutta ja miten vaikeaa eräänlaisesta oravanpyörästä on irrottautua kun kaikki vaikuttaa kaikkeen. Kritiikkiä annettiin etenkin eri viranomaistahojen joustamattomuudesta. Yksi haastatelluista oli kokenut työvoimatoimiston toimenpiteitä myös ihmisarvoa alentavana ja nöyryyttävänä. Hänelle oli osoitettu hänen fyysiseen terveydentilaansa sopimaton tukityöllistämispaiikka, jossa hänen oli ollut pakko kuitenkin käydä selvittämässä terveydentilaansa, tai muuten hänen työmarkkinatukensa olisi katkennut.

Toimintakykyyn liittyen haastatellut tarvitsevat selvästi vielä tukea. Jokainen haastatelluista olikin hakeutunut tai ohjautunut Poiju-projektin pariin jossa heitä on

tuettu henkilökohtaisen palveluohjauksen avulla. Haastatellut tarvitsevat selvästi tukea muun muassa asioidensa hoidossa ja siinä, että he tulevat kuulluiksi eri viranomaisissa. Kriitikki päihde- ja muissa kuntoutuksissa olevia katkoksia tai epäjohtonmukaisuuksia kohtaan osoittivat myös sen, että asiakkaat tarvitsevat enemmän tukea.

#### 8.4 Työllisyyden edistäminen

Taloudellinen puoli työllistymiseen liittyen tuli esiin jokaisen haastatellun kohdalla. Kolme neljästä pohti sitä miten taloudellinen tilanne voisi muuttua. Asia ei ollut täysin ongelmaton, sillä yksi haastatelluista totesi, että töiden pitäisi olla oikeita töitä jotta siitä olisi taloudellista hyötyä, ja sitä kautta hyötyä muillekin elämän osa-alueille. Vaikka fyysisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia kaikki haastatellut pohtivatkin rajoittavina tekijöinä työllistymistä ajatellen, niin yksi haastatelluista myös nimesi sen millaisia ominaisuuksia se hänestä vaatii, että työllistymisen onnistuisi ja taloudellinen tilanne sitä kautta paranisi.

*Työ on semmosta mistä mä tykkään ja sitte se et talous voi paremmin. Täytyyhä sitä olla sit sitä omaa tahtoa et halua töitä tehdä, sitä se joo vaatii. (Mies 32v)*

Työtä ja työllistymistä haastatellut pohtivat realistisesti tarkastellen sekä omia fyysisiä että psyykkisiä ominaisuuksiaan jotka työllistymiseen heidän mielestään vaikuttivat. Kolme neljästä haastatellusta suhtautui työhön ja työllistymiseen positiivisesti. Yksi haastatelluista ei nähnyt mahdollisuuksiaan työllistyä kovinkaan hyvinä.

*Mä olisin valmis menemään töihin. Mä tunnen niinku päässäni sen. Et mul on oikeet lääkkeet nyt. Nyt mä voin mielestäni hyvin. Pää voi hyvin ja mä oisin valmis jo tekemää jotai ja mä oon niinku motivoitunu myös. Mä haluisin töihin, mut nyt on toi terveyspuoli mikä junnaa vastaan. (Nainen 39v)*

*Mul on päällimmäisenä nyt nää kaikki muut mun jutut. Mun on kuitenkin hyvin vaikee kuvitella et mä menisin töihin. Mä en varmaa oo siinä kunnossa et mä vois in. (Nainen 45v)*

Omia mahdollisuuksia työllistyä haastatelluista jokainen pohti varsin monesta näkökulmasta. Yksi haastatelluista oli tehnyt suunnitelmia joita voisi pitää tavallaan pitkän tähtäimen suunnitelmina (vaikkakin vielä epävarmoina sellaisina) joita ei vain vielä ole lähdetty toteuttamaan. Hänen kohdallaan oli selvää, että entiseen työhön hän ei voisi enää palata.

*Mä oon ajatellu hakeutuu takas töihin. Kuntoutuksen kautta ehkä. Et kai mun pitäis mennä ammatinvalintapsykologille ku ei mul oo hajuukaan et mitä sitä rupeis tekemää. (Mies 42v)*

Se, millaisia toimia työllisyyden edistämiseen olisi käytettävissä nimesi kaikki neljä haastateltua. Kurssit ja koulutukset näyttäytyivät haastateltujen puheissa eri tavoin. Yksi haastatelluista oli tuntenut olevansa niin valmis työelämään, että oli hakenut töitä itsenäisesti.

*Mä kyllä nyt vähän yllätyinki ku työkkäristä tuli postia, et syksyl alkais sellane maalauskurssi tai et mä olin sanonu, et sellanen maalarin homma vois kiinnostaa mua ku mä tykkään tehdä jotain. (Mies 32v)*

*Mut en mä näkis mitää järkee nyt lähtee sellasil kursseil tai muil mis harjotellaa työs olemist. Mähän oon ollu töis 15-vuotiaasta asti. (Nainen 45v)*

*Tän työn mis mä nyt oon ni mä hommasin ite. Netin kautta laitoin tietoo itestäni varamiespalveluun ja sitte mä kohta sainki työtä. (Mies 32v)*

Sosiaalisia suhteita työllisyyden edistäjänä ei pohtinut varsinaisesti yksikään haastatelluista. Haastattelujen aikana sosiaaliset suhteet ja sosiaalisuus yleensäkin

vilahtelivat välillä puheissa muissa merkityksissä. Yksi haastatelluista koki, että vanhassa työpaikassa kohdatut ongelmat sosiaalisissa suhteissa rajoittivat vieläkin hänen työllistymistään. Olisi vaikea enää luottaa työkavereihin kun entisen työpaikan ystävinä pidetyt työkaverit olivatkin pettäneet luottamuksen. Haastatellun mielestä tästä oli seurannut kammo sellaista työtä kohtaan jossa pitäisi olla ihmisten kanssa tekemisissä. Toinen haastateltu kertoi, että oli saamassa syksyllä työpaikan jonka saamisessa Poiju-projektin palveluohjaajan suhteet kyseiseen työpaikkaan olivat auttaneet suuresti.

Työllisyyden edistämiseen tähtäävät toimenpiteet haastateltujen kohdalla tulisi pohtia hyvin monenlaisista näkökulmista käsin. Sosiaalityöntekijä Anna-Mari Karlssonin mukaan työllistymisestä voidaan ajatella siinä vaiheessa kun muut asiat ovat suurelta osin hoidossa eli kun päihdeongelma on sellaisessa kunnossa ettei sen hoitamiseen kulu kohtuuttomasti voimavaroja. Silloin ollaan kuntoutumisen loppuvaiheessa. Liian aikaisin ei kuitenkaan pitäisi työllistymiseen liittyviä toimia aloittaa sillä silloin vaarana voi olla epäonnistuminen. (A-M. Karlsson, sähköpostiviesti 27.9.2007.)

### 8.5 Psykososiaalisen tuen tarve

Haastateltujen nykyisen tuen tarpeen selvittämisessä käytin hyväkseni kappaleessa 2.3.1 (katso sivu 18) esittämäni kuviota josta käy ilmi psykososiaalisen työn koordinoinnissa havaitut psykososiaalisen työn osa-alueet. Haastatellut nimesivät ja/ tai näyttivät kuvioista ne osa-alueet joissa he vielä tukea tai tietoa tunsivat tarvitsevansa. Jokainen kuvion kahdeksasta osa-alueesta tuli nimetyksi.

Kunnalliset terveystalvelut kokonaisuudessaan nimesi kaksi haastateltua. Molemmilla heistä oli sellaisia terveyteen liittyviä ongelmia jotka eivät liittyneet mielenterveyteen tai päihteisiin, mutta jotka kuitenkin haittasivat heidän arjessa selviytymistään juuri kyseisellä hetkellä. Tähän liittyen toinen heistä nimesi hoidon ja huolenpidon osa-alueen sellaiseksi osa-alueeksi josta hän haluaisi lisää tietoa.

Psykiatrisen hoitotyön nimesi kokonaisuudessaan yksi haastateltu. Toinen haastateltu halusi lisää tietoa psykiatrisen hoitotyön alueelta lääkitykseen liittyen.

Koulutuksen ja työn nimesi kaksi haastateltua. Molempia kiinnosti koulutus, mutta ei työharjoittelu tai suojatyö.

Asumisen, vapaa-ajan ja sosiaalisen verkoston osa-alueen nimesi yksi haastateltu. Erityisesti omaan asuntoon, ystäviin ja perheeseen liittyvät seikat olivat niitä joissa hän halusi tukea enemmän. Hän halusi lisää tietoa myös vapaaehtoisjärjestöistä ja niiden tapaamispaikoista. Vapaaehtoisjärjestöjen osa-alueelta lisää tietoa halusi myös toinenkin haastateltu, mutta häntä kiinnosti vertaistukiryhmät.

Sosiaalipalvelut kokonaisuudessaan nimesi yksi haastatelluista. Tukihenkilötoiminnasta halusi lisää tietoa yksi haastateltu. Tosin hänellä oli jo tukihenkilö, joten todennäköisesti hän tarkoitti tarvitsevansa vielä jatkossakin tukihenkilönsä antamaa tukea. Taloudellista ja muuta arjen tukea kaipasi kaksi haastatelluista.

Sosiaaliturvan nimesi kolme haastateltua. Heistä kaikki tunsivat tarvitsevansa tukea tai tietoa erityisesti kuntoutuksen tukeen liittyen. Yksi haastateltu nimesi erikseen työkyvyttömyyseläkkeen, toinen sairauspäivärahan.

Se, että kaikki psykososiaaliseen työhön luetut alueet tulivat nimetyiksi osoittaa sen, että tuen tarpeet ovat hyvin moninaiset ja edellyttävät kuntoutuksen parissa työskenteleviltä työntekijöiltä vähintäänkin laajaa tietopohjaa siitä mistä ja millaista tukea kaksoisdiagnoosiasiakkaat voivat saada. Yllättävää on mielestäni se, että myös perusterveydenhoitoon liittyvät asiat kaipasivat selvennystä.

## 8.6 Päätelmät

Hyvinvointi on jokaiselle erilaista ja käsitteenä se on niin laaja, että mielestäni siitä ei voi tehdä yleispäteviä määritelmiä tai päätelmiä muutoin kuin ehkä perustarpeiden,

kuten nälkä ja jano, tyydyttämisen osalta. Kautto on kirjoittanut, että hyvinvoinnin ulottuvuuksia ei voida laittaa tärkeysjärjestykseen sillä niiden merkitys vaihtelee ihmisen elinkaarella ja myös eri ulottuvuuksien kehityksen seurauksena. (Kautto 2006, 33.) Tämän tutkimuksen osalta se mitä haastateltavat ovat kertoneet hyvinvointiinsa liittyen voikin katsoa olevan neljä erillistä kokemusta hyvinvoinnista. Mielestäni tutkimustuloksia voi tulkita myös siten, että oikeastaan teema-alueista itsenäinen selviytyminen, toimintakyky ja työllisyyden edistäminen voisivat kaikki olla selityksiä hyvinvoinnille. Haastateltujen kertomuksia tulkiten lisäksi vielä sen, että hyvinvointiin liittyy vahvasti taloudellinen tilanne. Heikko taloudellinen tilanne vaikuttaa kaikkiin hyvinvoinnin osa-alueisiin eräänlaisena vallitsevana tilana jonka puitteissa muu tekeminen pitää järjestää.

Vaikka kuntoutumisen ymmärtääkin tutkimustuloksiin viitaten olevan juuri niin monitahoinen ja subjektiivinen kokemus kuin sen voi olettaa olevankin, niin silti löysin tästä tutkimuksesta odottamattomiakin tuloksia. Mielestäni huomion arvoista on se, että se mikä yleisesti katsotaan kuntoutumisen tavoitteeksi ei välttämättä kuntoutujasta esiinnykään pelkästään positiivisessa valossa. Yksi haastatelluista toi esiin tylsyyden ja tasapaksuuden joka oli seurannut kun lääkitys oli saatu kohdalleen ja psyykkinen oirehtiminen kuriin. Tällainen tilanne antaa yleisesti mielikuvan siitä, että asiat ovat kunnossa ja kuntoutuja voi hyvin koska psyykkistä oirehtimista ei enää ole. Olisikin tärkeää kuulla ja tukea kuntoutujaa kunnes hän omasta mielestään on saavuttanut tilan jossa uskoo pärjäävänsä itse.

Haasteltujen kuntoutumisen saattoi huomata olevan hyvin erilaisissa vaiheissa ja varsin erilaisista seikoista riippuvaisia. Tämä kertoo mielestäni siitä, että kaksoisdiagnoosin takana olevat diagnosoidut sairaudet vaikuttavat kuntoutumiseen niin, että vaikka haastateltuja olisi ollut useita kymmeniä niin olettaisin silti, että jokainen heistä tarvitsisi omanlaisensa tukijärjestelmän kuntoutumiselleen. Sosiaalityöntekijä Anna-Mari Karlsson piti työllisyyden edistämistä mahdollisena siinä vaiheessa kun kuntoutuminen oli jo loppuvaiheessa. Silti yksi haastatelluista oli tuntenut olevansa jo niin valmis työelämään, että oli itse hakeutunut työelämään ja onnistunut töitä saamaankin vaikka edelleen olikin Poiju-projektissa tavallista suuremman tuen piirissä.

Tästä ei mielestäni voikaan vetää suoraan sellaista johtopäätöstä, että jos asiakas on työkykyinen niin hän selviää jo ilman tukea. Joskus voikin olla niin päin, että asiakas ei tarvitse tukea työtä saadakseen vaan tarvitsee työtä saadakseen siitä tukea muuhun elämiseensä. On otettava huomioon, että yhden kuntoutumisen osa-alueen ollessa kunnossa eivät muut osa-alueet sitä välttämättä ole.

Ennakkokäsitykseni siitä, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskennellessä tarvitaan paljon tietoa siitä mistä, milloin ja millaista tukea on saatavilla osoittautuivat todeksi jopa suuremmissa määrin kuin olin oletanut. Tämän osoitti selvästi se, että jokainen psykososiaaliseen työhön kuuluvaksi laskettu alue tuli haastatteluissa nimetyksi vaikka haastateltuja asiakkaita oli vain neljä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat tarvitsevat tukea jota ei yhdestä virastosta saa. Koska itsenäistä asioiden hoitamista vaikeuttavat erinäiset fyysiset ja psyykkiset ongelmat niin selvää on, että psykososiaalista työtä ja kykyä koordinoida siihen liittyviä palveluita tarvitaan. Kuntoutumisen osa-alueista toimintakyvyn kohdalla kaksi haastateltua antoi fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyen kritiikkiä joka koski päihdekuntoutusta ja eri viranomaistahojen päätösten ristiriitaisuutta. Nämä esimerkit kertoivat siitä kuinka vaikeaa joskus oli selvittää kun viranomaisten taholta tulevat päätökset tuntuivat järjettömiltä. Nämä esimerkit olivat mielestäni osoitus siitä kuinka Suomessakin voitaisiin hyötyä henkilökohtaisesta palveluohjauksesta systeemivirheiden esille tuojana kuten Ruotsissa tehdään. Näin voitaisiin saada henkilökohtaisesta palveluohjauksesta sellaista hyötyä josta olisi apua mahdollisimman monelle.

Mielestäni tämä kaikki kertoo lisäksi siitä, että moniammatilliset työryhmät tukisivat parhaiten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutumista. Tätä mieltä ovat myös Iija, Almqvist ja Kiviharju-Rissanen mielenterveyskuntoutujista todetessaan, että kuntoutuminen edellyttää asiakasta hoitavien tahojen yhteistyötä ja halua toimia tukea tarvitsevan ihmisen kokemusten ja tavoitteiden näkökulmasta (Iija, Almqvist, & Kiviharju-Rissanen 1999, 131). Myös esimerkiksi Mantila (2005) on tutkimustuloksissaan todennut vastaavaa, joten moniammatillisten työryhmien tarve on toki todettu aiemminkin haastavien asiakasryhmien kanssa työskennellessä.

Opinnäytetyöni tuloksista nostaisin esiin kaksi mielestäni tärkeää seikkaa. Ensimmäinen näistä on se, että kuntoutuja saattaa tarvita tukea myös sen jälkeen kun hän on saavuttanut tilan joka yleisesti määritellään kuntoutuksen tavoitteeksi. Toinen tärkeänä pitämäni seikka on se, että Suomessakin voitaisiin hyötyä henkilökohtaisesta palveluohjauksesta enemmän jos noudatettaisiin Ruotsin ja Norjan mallia

Mielestäni tutkimustulokset vastaavat asetettuihin tutkimusongelmiin ja ne tuovat esille kaksoisdiagnoosiasiakkaiden oman kokemusmaailman. Tutkimustuloksia voi kukin lukija tulkita omalla tavallaan, mutta mielestäni ne vastaavat ymmärryksen lisäämisen tarpeeseen. Tutkimustuloksista käy ilmi se millaisia vaikeuksia kaksoisdiagnoosiasiakkailta voi olla ja missä tilanteissa tarvittaisiin lisää tukea. Opinnäytetyöni tulokset vastaavat osaltaan myös Poiju-projektin tavoitteisiin koska se lisää tietoa siitä mikä vaikuttaa projektin asiakkaiden elämänhallintaan, avohuollossa tapahtuvaan kuntoutukseen ja asiakkaiden asumiseen. Uskon, että tutkimustuloksista on hyötyä niille jotka työskentelevät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutumisen parissa tai niille jotka ovat aiheesta muuten kiinnostuneita.

## **9 POHDINTA**

### **9.1 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimukseni tulokset ovat minun tulkintojani tutkimusaineistosta joten menetelmä on sellainen, että joku toinen samaa aineistoa analysoiva voisi saada toisenlaisia tulkintoja. Tämä johtuu siitä, että jokainen ymmärtää ja tulkitsee sanoja ja merkityksiä omalla tavallaan. Oma osuuteni tutkimustuloksiin on ilmeinen jo senkin perusteella, että olen jo tutkimusta suunnitellessaan valinnut tiettyjä näkökulmia joiden mukaan tutkimusta on lähdetty toteuttamaan. Näitä näkökulmia ovat muun muassa olleet teoreettisen viitekehyksen, tutkimusmenetelmän ja tutkimusongelmien päättäminen.

Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi olen kuvannut mahdollisimman tarkkaan tutkimuksen toteuttamista ja tutkimusaineiston käsittelyä. Tämä on tarpeen yleensäkin

kvalitatiivisessa tutkimuksessa, mutta tässä tutkimuksessa erityisesti siksi, että alkuperäinen haastattelumateriaali eli haastateltujen nauhoitetut kertomukset on kokonaan hävitetty. Näin on suojattu haastateltujen anonyymiyttä. Kukaan toinen tutkija ei enää voi käyttää samaa aineistoa kuin minä, joten siten tutkimuksen tulokset eivät ole reliabeleita eli ne eivät ole toistettavissa.

Opinnäytetyöni aihetta voisi mielestäni jatkojalostaa niin, että tutkittaisiin suurempaa asiakasryhmää jolloin tuloksista voitaisiin mahdollisesti saada kehittämissuhteita kuntoutustoiminnalle. Henkilökohtaisen palveluohjauksen merkitystä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutumiseen olisi myös mielenkiintoista tutkia jos tarjoutuisi mahdollisuus tarkastella sitä niin, että kartoitettaisiin asiakkaiden lähtötilanne, tilannetta tietyn määräjän ja lopputilannetta (jos sellainen kaikkien kohdalla ylipäänsä pystyttäisiin nimeämään). Tällainen tutkimus voisi tuoda esille esimerkiksi sitä kuinka paljon kustannussäästöjä henkilökohtaisella palveluohjauksella voitaisiin saavuttaa.

## 9.2 Lopuksi

Opinnäytetyössäni kiinnostukseni palveluohjaukseen ja erityisesti henkilökohtaiseen palveluohjaukseen oli liikkeelle panevana voimana. Olen tyytyväinen siihen, että en tyytynyt helpoimpaan mahdolliseen reittiin vaan lähdin etsimään yhteistyötahoa jolle voisin opinnäytetyön tehdä. Opinnäytetyössäni en kuitenkaan lähtenyt selvittämään vain henkilökohtaista palveluohjausta ja siihen liittyviä käytäntöjä vaan tutkin sitä mihin sillä pyritään eli kuntoutumiseen. Yhteistyötahon löytyminen Poiju-projektista oli kuin pieni lottovoitto sillä pääsin tekemään opinnäytetyötäni sellaisen asiakasryhmän kanssa jonka tunnen itselleni läheiseksi. Opinnäytetyötä tehdessäni oma tietämykseni kaksoisdiagnoosiin liittyen kasvoi kuitenkin huomattavasti joten huomasin, että tutuksikin luullusta aiheesta voi oppia aina lisää.

Itse tutkimuksen tekemiseen paneuduin huolella ja kuvittelin etukäteen millaisia tilanteita haastatteluissa voisi tulla eteen. Siksi ennen haastatteluja perehdyin

ratkaisukeskeiseen ajattelutapaan ja narratiiviseen tutkimukseen. Nämä molemmat ohjasivat omaa toimintaani haastatteluissa vaikka tutkimukseni ei olekaan mielestäni puhtaasti narratiivinen.

Tutkimusaineistoa analysoidessani olin aika hämmentynyt kun päädyin siihen, että haastateltujen kertomukset liittyivät heidän fyysiseen, psyykkiseen, taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseensa. Olin ehkä odottanut jollain tavalla suurempia tai ”ihmeellisimpiä” päätelmiä. Tuntui ihan siltä, että tuosta tyypittelystä puuttui vielä ihmisen kulttuurinen puoli ja kun Kaarinan kaupungin mielenterveysohjelmassa vuosille 2006 - 2012 mainittiin hyvinvointiin liittyvän myös kulttuurinen puoli ([viitattu 20.9.2007]), niin kävin litteroidun aineiston läpi erikseen sitä silmällä pitäen. Päädyin kuitenkin siihen, että se menisi liian laajaksi analyysitavaksi eikä minulla ole siihen tarvittavaa tietoa tai taitoa.

Olen tyytyväinen siihen, että päädyin tekemään kvalitatiivista tutkimusta jota olin pitänyt ennakkoon itselleni liian hankalana ja vaikeasti tulkittavana. Ennakkokäsitykseni pitivät osittain paikkansa, mutta nyt voin olla tyytyväinen että käytin hyväkseni tilaisuuden koetella omia rajojani.

## LÄHTEET

### Kirjallisuus

Gafoor, Mike. & Rassool, G. Hussein 1998. Working with Dual Diagnosis Clients. Teoksessa Rassool, G. Hussein 1998. Substance Use and Misuse: Nature, Context and Clinical Interventions. Blackwell Science Ltd. Great Britain. MPG Books Ltd. Bodmin. Cornwall.

Hirsjärvi, Sirkka. & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka., Remes, Pirkko. & Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyypä, Markku T. Kuorossa elämä pitenee. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.) 2002. Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Jyväskylä. PS-kustannus.

Hänninen, Vilma. & Valkonen, Jukka 1998. Kunnan tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. 2. muuttamaton painos. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59/1998. Yliopistopaino.

Iija, Aulikki., Almqvist, Sinikka. & Kiviharju-Rissanen, Upu 1997 Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. 2.-3. painos. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Kautto, Mikko (toim). 2006. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Gummerus Kirjapaino Oy.

Linnossuo, Outi 2004. Syrjäytymisestä selviytymiseen? Arviointitutkimus työttömien nuorten palveluohjauksesta. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 61. Edita Prima Oy. Helsinki 2004.

Mantila, Seija 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaat päihde- ja mielenterveystyön haasteena. Hyvinvoinnin rakentajat - hanke. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Mäkelä, Rauno 1998. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, Mikko, Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija 1998. Päihdelääketiede. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Nikkanen, Pirjo 2006. Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2006. Vammalan kirjapaino Oy.

Pietiläinen, Erja. (toim) 2003. Lapsi, perhe ja palvelunohjaus. Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuoreten sekä heidän perheidensä palveluohjauksoikeilu 2001-2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:11. Helsinki 2003.

Poiju-projektin toimintasuunnitelma

Poiju-projektin väliraportti

Rapp, Charles A. & Goschka Richard J. (2004) The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, issue 4, 319-333.

Ruisniemi, Arja 1997. Asiakkaana päihdekuntoutuksessa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 23. Helsinki.

Ruisniemi, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Saarelainen, Ritva, Stengård, Eija & Vuori-Kemilä, Anne 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 3., uudistettu painos. WS Bookwell Oy. Porvoo 2003.

Sorsa, Minna. & Laijärvi, Heli 2006. Äiti, kaksoisdiagnoosin selitysmallit ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Nätkin, Ritva. (toim.) 2006. PS-kustannus. WS Bookwell. Juva 2006.

Suominen, Sauli 2002. Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielenterveystyössä. Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Satakunnan Painotuote Oy. Kokemäki 2002.

Tamminen, Mikko 2000. Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihteidenkäytön lopettamisesta. Stakes raportteja 247. Saarijärvi: Gummerus.

Vilen, Marika, Leppämäki, Päivi. & Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos, 2005. Werner Söderström Osakeyhtiö.

#### Elektroniset lähteet

Kaarinan kaupungin mielenterveysohjelma vuosille 2006-2012.[viitattu 20.9.2007]. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.kaapiitk.fi/palvelut/kaarinan\\_mielenterveysohjelma\\_8032006.pdf](http://www.kaapiitk.fi/palvelut/kaarinan_mielenterveysohjelma_8032006.pdf)

Poiju-projektin internetsivut [viitattu 20.6.2007]. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaseva.info/poiju.htm>

Ruisniemi, Arja 2006. Psykososiaalinen työ päihdekuntoutuksessa – teoriaa ja käytännön työn tuloksia. Luento. Päihdehuollon sosiaalityön päivät 16.11.2006 [viitattu 20.6.2007]. Saatavilla www-muodossa: [http://www.talentia.fi/files/2760\\_Ruisniemi.ppt](http://www.talentia.fi/files/2760_Ruisniemi.ppt)

Sundman, Peter. Ratkaisukeskeinen työmenetelmä. Miten ratkaisukeskeinen työmenetelmä toimii? [viitattu 11.6.2007]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/tekstiversiot/ratkaisu.htm>

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002. Saatavilla www-muodossa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>

### Seminaari

Järkestig Berggren, Ulrika. Seminaari 12.4.2007. Personligt ombud –på klientens uppdrag. Förhandlare och gränsöverskridare. Tulkattu suomeksi. Helsingin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitos.

### Henkilökohtainen tiedonanto

Koivisto, Tapio, vastaava projektityöntekijä, palveluohjaaja. Henkilökohtainen tiedonanto 12.6.2007 ja 12.11.2007. Poiju-projekti.

### Sähköpostilähde

Karlsson, Anna-Mari 27.9.2007. Ammattilaisen näkökulmaa kaivataan (Poiju-projektiin tehtävä opinnäytetyö) viitattu [24.10.2007]. Ylönen, Niina. [niina.ylonen@students.turkuamk.fi](mailto:niina.ylonen@students.turkuamk.fi)