

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2011

Satu Pietilä

TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA
KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAIDEN
HOIDOSTA JA HOIDON
KEHITTÄMISESTÄ
UUDENKAUPUNGIN SEUDULLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja (AMK)

Tammikuu 2011 | 58

Satu Pietilä

TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAIDEN HOIDOSTA JA HOIDON KEHITTÄMISESTÄ UUDENKAUPUNGIN SEUDULLA

Tämä opinnäytetyö on jatkoa Uudenkaupungin Diakoniasäätiön hallinnoimaan ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaan Linkki-moniongelmaisen päihdeasiakkaan palveluohjaushankkeeseen (2006-2009).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta, moniammatillisesta yhteistyöstä, palveluohjauksesta sekä koota ideoita hoidon kehittämiseen.

Teoreettinen viitekehys pohjautui käsitteisiin kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaus. Tutkimusongelmiksi muodostuivat: miten työntekijät tunnistavat kaksoisdiagnoosiasiakkaan, miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu, miten palveluohjaus toteutuu ja minkälaisia kehittämisehdotuksia työntekijöillä on kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon.

Tutkimus oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin teemallisina ryhmähaastatteluina. Tällöin haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan ja näkemyksistään omin sanoin. Teemahaastatteluryhmiä muodostui 10 ja haastateltavia oli kaikkiaan 33 henkilöä. Aineiston käsittelyssä käytettiin sekä deduktiivista sisällönanalyysia että induktiivista sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tulokset ovat: 1) yhteisten koulutusten järjestäminen ylitse hallintokuntarajojen, 2) jatkaa kaksoisdiagnoosiasiakkaan prosessikuvausta liittämällä hoitoreititykseen eri palveluntuottajien tehtävät, roolit ja vastuut sekä 3) ”matalan kynnyksen” palveluiden kehittäminen hankeideaksi, jossa huomioidaan kaksoisdiagnoosiasiakkaan fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen tuen tarve.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää päihde- ja mielenterveysstrategian päivittämisessä.

ASIASANAT:

kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö, palveluohjaus

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Satu Pietilä

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

Turku University Applied Sciences

Nursing and Health Care | Bachelor of Health Care

January 2011 | 58

Satu Pietilä

WORKERS' EXPERIENCES OF THE DUAL DIAGNOSIS PATIENT CARE AND DEVELOPMENT IN THE UUSIKAUPUNKI AREA

This thesis is a continuation of Linkki project (2006-2009), which was funded by Finland's Slot Machine Association (RAY) and managed by Deacon Foundation of Uusikaupunki. The project aimed at improving the case management of substance abuse clients with multiple problems.

The purpose of this study was to assemble public, private, and third sector workers' experiences and views of dual diagnosis patient care, multi-professional cooperation and case management, as well as gather ideas for development.

The theoretical framework of this study was based on the concepts of dual diagnosis, multi-professional cooperation and case management. The research problems were: how do the workers' recognize a dual diagnosis client, how is multi-professional cooperation carried out, how is case management carried out and what kinds of ideas do the workers' have for the development of dual diagnosis client care.

This is a qualitative research, and the data was collected through half-structured group interviews. Thus the interviewees had opportunity to express their experiences and views in their own words. There were 10 group interviews and 33 persons in total. The content analysis was both deductive and inductive.

The main results of the thesis are: 1) the need to arrange joint training for social and health care workers, 2) the need to improve the multi-professional care of the dual diagnosis patient and 3) the need to develop low-threshold services, which take into account the physical, social and psychological support that the dual diagnosis clients require.

The results of this thesis can be used for updating the substance abuse and mental health strategy.

KEYWORDS:

Dual diagnosis, multi-professional cooperation and case management

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	6
3	KAKSOISDIAGNOOSIASIAKAS	9
3.1	Päihdehäiriö	10
3.2	Mielenterveyshäiriöt	11
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	14
5	PALVELUOHJAUS	17
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET	20
7	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	21
7.1	Tutkimusmenetelmä	21
7.2	Kohderyhmä	22
7.3	Teemahaastattelu	23
7.4	Aineiston keruu	24
7.5	Eettisyys	25
7.6	Aineiston analyysi	27
7.7	Luotettavuus	29
8	TUTKIMUSTULOKSET	31
8.1	Taustatiedot	31
8.2	Kaksoisdiagnoosiasiakkaan tunnistaminen	31
8.3	Hoitoon pääseminen / sitoutuminen	32
8.4	Ongelmia hoidossa	34
8.5	Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	35
8.6	Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluohjauksen toteutuminen	37
8.7	Kehittämisehdotuksia	39
8.8	Käytännön toimenpiteitä	41
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	43
9.1	Tulosten tarkastelu	43
9.2	Kaksoisdiagnoosi	44
9.3	Moniammatillinen yhteistyö	46
9.4	Palveluohjaus	47
9.5	Opinnäytetyön anti	48
10	LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Saatekirje (TYKS Vakka-Suomen sairaala)

Liite 3. Tietoinen suostumus

Liite 4. Esimerkkejä luokkien muodostumisesta

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Uudenkaupungin seudulla toteutettavaa kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa ja koota kehittämissuhteita hoidon saatavuuteen työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyön keskeiset avainsanat ovat kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaus, joita määritellään kirjallisuuslähteiden, tutkimusten, kehittämishankkeiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön selvitysten ja suositusten perusteella.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu aiheeseen liittyviin tutkimuksiin, artikkeleihin sekä kirjallisuuteen että paikalliseen Uudenkaupungin Diakoniasäätiön hallinnoimaan ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman Linkki-moniongelmaisen päihdeasiakkaan palveluohjaus-hankkeen tuloksiin (2006-2009) ja Vakka-Suomen päihdestrategian (2007-2010) kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa koskevaan ehdotukseen.

Tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosikäsitteellä tarkoitetaan asiakasta, jolla on sekä päihdehäiriö ja vähintään yksi muu mielenterveyshäiriö. (Aalto 2007, 1293.) Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä ymmärretään siten, että eri organisaatioiden työntekijöillä on yhteinen asiakas, jonka ongelman ratkaisemiseksi etsitään uusia näkökulmia yhdessä keskustellen. (Isoherranen 2006, 13.) Palveluohjaus määritellään asiakaslähtöiseksi ja asiakkaan etua korostavaksi työtavaksi, jolla tarkoitetaan eri palveluiden yhteensovittamista asiakkaan hoidon tarpeiden mukaan. Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi koordinoitusti. (Palveluohjaus 2008.)

Haastatteluista saatujen tulosten pohjalta esitetään kaksoisdiagnoosiasiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kehittämissuhteita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi päihde- ja mielenterveysstrategian päivittämisessä.

2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihde- ja mielenterveyspalveluista on tehty paljon tutkimuksia, mutta tutkimustietoa puuttuu siitä miten palvelut ovat juurtuneet toimiviksi toimintamalleiksi ja miten ne toimivat.

Sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteri (HILMO) antaa kuvan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden sairaalahoidoista tarkastelujaksona vuosina 1987-2002. Huomattavaa on, että tutkimuksen seuranta-aikana yhtäaikainen huumeiden ja mielenterveyshäiriöihin liittyvien hoitjaksojen määrä kasvoi noin 30 % nousten 441:sta 2 242:een. Toisaalta samaan aikaan on vähennetty psykiatristen laitospaikkojen määrää 1980-luvulta lähtien. Voidaan kysyä, ovatko toteutuneet leikkaukset palvelujärjestelmässä olleet hyviä? Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito asettaa avohoidolle omat haasteet ja erityisosaamisen tarpeet matalan kynnyksen hoitopaikkojen työntekijöille. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa kansainväliset kokemukset tukevat havaintoa, että hoito on tuloksellisempaa toteutettuna integroidusti, jolloin päihde- ja mielenterveyshäiriön hoito yhdistetään. Palvelujärjestelmä on uusien kehittämishaasteiden edessä. Se vaatii voimavarojen lisäämistä sekä päihdepsykiatrasta osaamisen kehittämistä ja hoidon uudelleen organisointia, jotta hoito vastaisi tarpeeseen. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1673-1676.)

Aalto (2007) toteaa Regierin ym. (1990) tutkimukseen perustuen, että kaksoisdiagnoosien esiintyvyyttä tutkittiin ensimmäisen kerran laajasti Yhdysvalloissa Epidemiologic Catchment Area eli ECA - tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan esimerkiksi skitsofreniapotilaista 47 %:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevista 56 %:lla esiintyi myös päihdehäiriö. ECA-tutkimuksen mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsivillä esiintyi todennäköisemmin päihdehäiriö kuin niillä, jotka eivät kärsineet mistään mielenterveyshäiriöstä.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osuus näyttää olevan kasvussa myös meillä Suomessa. Näiden asiakkaiden hoidon ennuste on huonompi kuin niiden, joilla on vain yksi häiriö ja siksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hyvää hoitoa voidaan pitää suurena haasteena. Integroitu hoito on toimintamalli, jossa Aallon (2007) mukaan työryhmä on perehtynyt sekä päihde- että mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja hoitoon ja ideana on, että ryhdytään eri häiriöiden hoitotoimiin samanaikaisesti.

Aalto (2007) jatkaa, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa käytetään myös jaksottaista mallia, jossa ensin hoidetaan toista häiriötä, ja kun siinä on päästy riittävän hyvään tulokseen, aloitetaan toisen häiriön hoito. Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia häiriöitä, mutta eri tahoilla.

Aalto (2007) tuo esille Mueserin ym. (2003) näkemyksen, että jaksottaisen ja rinnakkaisen hoidon ongelmana on ollut yhteydenpidon lisäksi yhteisten toimintatapojen ja näkemysten löytäminen eri hoitotahojen välillä. Arvioitaessa eri hoitomallien käyttökelpoisuutta tulisi ottaa huomioon hoitomyöntyvyyteen liittyvät tekijät. Todennäköisesti monien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden on helpompi sitoutua yhteen hoitopaikkaan kuin kahteen. (Aalto 2007, 1293-1296.)

HealthQuest-hankkeeseen (2007) liittyvässä Suomen maaraportissa on tutkittu syrjäytymisvaarassa olevien ryhmien kuten maahanmuuttajien, ikääntyneiden ja mielenterveysongelmista kärsivien terveydenhuollonpalveluita ja hoidon saatavuutta. Näiden haavoittuvien ryhmien pääsystä terveydenhuollon piiriin ei kuitenkaan ole saatavilla tietoja, mikä osoittaa riittämätöntä tietoisuutta ongelmasta. Tarvetta on kehittää yksilökohtaisia lähestymistapoja, joilla tuetaan palveluiden saatavuutta ja ehkäistään syrjäytymistä. Tärkeää on, että päättäjät ja tutkijat ovat tietoisia ohjelmatoimenpiteiden ja tutkimusten tarpeista, joilla turvataan laadullisen terveydenhoidon saatavuus, oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus kaikille. (Wahlbeck, Manderbackka, Vuorenkoski, Kuusio & Luoma 2007, 5-6.).

Aikuisväestön mielenterveyspalveluja, niiden alueellista rakennetta ja eroavuuksia sairaanhoitopiirin tasolla on selvitetty Stakesin Merttu-hankkeessa vuonna 2004. Mielenterveyspalveluihin on tullut viime vuosina rakenteellisia muutoksia. Mielenterveystyön järjestämismallista on siirrytty avohoitopalvelujen puolelle kehittämään avohoitomallia. Palveluntuottajia on julkisen sektorin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lisäksi yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoissa. Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämissäyrätoimista huolimatta tilanne on edelleenkin monissa kunnissa epätydyttävä. Laitospainotteisuutta esiintyy, koska avopalvelut eivät ole kehittyneet toivottuun suuntaan. Sairaalan ulkopuolella olevia ympärivuorokautisen palvelun yksiköitä tarvitaan lisää, samoin järjestettyä päivätoimintaa sekä liikkuvia ja päivystäviä avohoitopalveluja. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 7-8.)

Kaksoisdiagnoosipotilaille hoitoonsitoutuminen on usein vaikeaa, ja työntekijä voi kokea hoitosuhteen luomisen mahdottomaksi tehtäväksi. Nämä potilaat ovat usein väliinputoajia, koska he ovat kykenemättömiä pitämään kiinni oikeuksistaan saada hoitoa ongelmiinsa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja hoitojärjestelmien kehittämiseen on kiinnitetty viime vuosina huomiota. Kansallisessa terveyshankkeessa (STM 2003:33) päihdepalvelujen integrointi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla on otettu esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämistarpeista. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa tavanomaiset psykiatriset erikoissairaanhoidon tai päihdehoitoihin erikoistuneiden hoitopisteiden tarjoamat hoitomallit tehoavat usein huonosti tai hoitojärjestelmä ei tavoita potilaita. Tämän takia olisi tehostettava kaksoisdiagnoosipotilaiden tunnistamisen ja hoitointerventioiden polkuja sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrian erikoissairaanhoidossa ja päihdeongelmien hoitoyksiköissä. Eri toimijoiden on tehostettava yhteistyötä, joka on haastavaa ja vaatii riskien tunnistamista. Hoitoyhteistyön vahvistaminen voi tapahtua yhtenäistämällä hoitopolkuja ja –käytäntöjä. Vaikeiden mielenterveydenhäiriöiden hoitoon on kehitetty osallistuva avohoitomalli eli työryhmäpohjainen tehostettu avohoito

(assertive community treatment, ACT). Suomessa näitä tehostetun kotihoidon yksiköitä on perustettu eri paikkakunnille. Tällainen toimintamuoto voi turvata vaikeimpien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon jatkumisen avohoidossa. (Kampman & Lassila 2007, 4447-4451.)

Vakka-Suomen päihdestrategian (2007-2010) painopistealueissa on tiedostettu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hajanaiseen hoitoon liittyvät ongelmat ja epäselvyydet siitä, mikä on kenenkin tehtävä, rooli ja vastuu. (Vakka-Suomen päihdestrategia 2007-2010.) Uudessakaupungissa erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto ovat työstäneet vuodesta 2009 alkaen aikuisen mielenterveyspotilaan prosessikuvausta ja hoitoreititystä, jossa on pyritty huomioimaan mielenterveysasiakkaan erityispiirteet. (Lehtonen 2010.)

3 KAKSOISDIAGNOOSIASIAKAS

Kaksoisdiagnoosi on yläkäsite, joka pitää sisällään erilaisia häiriöyhdistelmiä. Päihdeongelma koskee alkoholin ja huumeiden käyttöä ja/tai sekakäyttöä. Mielenterveysongelmat liittyvät usein erilaisiin mieliala -, persoonallisuus – ja psykoottisiin häiriöihin. (Mantila 2008, 4.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoa ja hoitovastuuta kunnissa ohjaavat mm. lait ja käypähoitosuositukset. Päihdetyö perustuu päihdehuoltolakiin (1984/41) ja mielenterveystyötä ohjaa mielenterveyslaki (1990/1116). Kuntien veloitteesta järjestää mielenterveyspalveluja on säädetty kansanterveyslaissa (1972/66), erikoissairaanhoidolaissa (1989/1062) ja sosiaalihoitolaissa (1982/710). Päihtyneen henkilön akuutti-hoito-ohjeet kunnille on kirjattu STM:n selvitykseen 2006:65. STM:n Mieli 2009 työryhmän ehdotukset linjaavat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuoteen 2015.

Hölttä (2006) totetaa Gafoorin ym. (1998) mukaan, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat kärsivät usein psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta vajaakunnosta. Vajaakuntoisuus johtaa arjenhallinnan

vaikeutumiseen ja ajautumiseen niin sosiaali- ja terveyspalveluiden perus- kuin erityispalveluiden suurkuluttajiksi. (Hölttä 2006, 1.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on kaksoisdiagnoosiasiakkaille jäykkä ja eriytynyt, mistä syystä avun saanti usein vaikeutuu. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat usein kärsimättömiä, aggressiivisia ja kyvyttömiä sitoutumaan hoitoon, mikä näkyy sääntöjen ja sopimusten laiminlyönteinä ja siten he ovat erittäin vaikeasti kohdattava ja hoidettava asiakasryhmä. (Pirkola & Wahlbeck 2004,1673.)

Päihderiippuvuutta sairastavilla on kansainvälisten tutkimusten mukaan jopa 50-80 prosentilla myös mielenterveyteen liittyviä häiriöitä ja sairauksia, mikä käy ilmi Jan Holmbergin artikkelista. Tarkkoja lukuja on vaikea ilmoittaa, koska puuttuu yhtenäinen määritelmä ja tutkimuksissa käytetyt menetelmät poikkeavat toisistaan. Tosiasia on, että sosiaali- ja terveydenhuollon arjen työssä kohdataan enemmän säännöllisesti kuin poikkeuksellisesti asiakkaita, jotka kärsivät päihde- ja mielenterveyshäiriön yhteisesiintyvyydestä. Suomessa on vuosien 1987-2002 välisenä aikana viisinkertaistunut sellaisten sairaalassa hoidettujen potilaiden määrä, joilla on yhtäaikainen päihde- ja mielenterveyshäiriö. 1990-luvulla on psykiatristen erikoissairaanhoidon resursseja vähennetty yli viidesosan. Tämä antaa haastetta kehittää ja organisoida uudelleen asiakaslähtöisiä palveluja. Perus- ja avohoitopainotteisuutta on kehitettävä vastaamaan hoidon tarvetta. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 13-14.)

3.1 Päihdehäiriö

Päihteet ovat kemiallisia aineita tai yhdisteitä tai luonnontuotteita, joita päihdeongelmainen asiakas käyttää päihtymis -, piristys - ja huumaustarkoituksessa. Päihderiippuvuudesta ja päihteiden ongelmakäytöstä on kyse silloin, kun päihteet kattavat asiakkaan elämästä laajan alueen

heikentäen asiakkaan elämän laatua ja hallintaa. Tällöin puhutaan ilmiöstä, jota tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti huomioiden asiakkaan henkiset, psykologiset, sosiaaliset ja fysiologiset tarpeet. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 34-35.)

Päihderiippuvuussairauteen kuuluu Myllyhoito-ohjelman mukaan oman ongelman kieltäminen ja taipumus siirtyä riippuvuudesta toiseen. Päihderiippuvuuden diagnosointi pohjautuu kansainvälisiin riippuvuussairauksien kriteereihin. Tautiluokitus ICD-10 (eli International Classification of Diseases) on WHO:n kehittämä. Tämä tautiluokitus on ollut virallisessa käytössä Suomessa vuoden 1996 alusta. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osalta ICD-10 on pääosin yhteneväinen DSM-IV (eli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tautiluokituksen kanssa. Oireluokituksista löytyy eroja esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden ryhmittelyssä sekä neuroosi käsitteen käytössä. Kriteeristön avulla todetaan päihderiippuvuus, jos asiakkaalla on esiintynyt vuoden aikana vähintään kolme kriteeristössä mainittua ongelmaa yhtäaikaisesti ja vähintään yhden kuukauden ajan eli:

- Pakonomainen halu tai himo käyttää ainetta
- Heikentynyt kyky hallita aineen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista
- Vieroitusoireet
- Toleranssin eli aineen sietokyvyn kasvu
- Aineen käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi
- Käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista

www.myllyhoito.fi/apuanyt/paeihderiippuvuus

3.2 Mielenterveyshäiriöt

Sanna Sievers (2008) artikkelissa tuodaan esille, että mielenterveysongelmien ja päihdeongelman samanaikainen esiintyminen on diagnostisesti ja

hoidollisesti haastavaa, sillä päihteet ylläpitävät tai pahentavat asiakkaan oireilua. Psykiatristen häiriöiden hoito ei myöskään onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman päihdeongelman riittävää hallintaa. (Sievers 2008, 127.)

Sievers (2008) jatkaa, että masennus on sairaus, joka jää yhä liian usein havaitsematta. Tärkeää on arvioida masennustilan vaikeusaste ja tunnistaa mahdollinen päihdeongelma. Depression luotettava diagnosointi edellyttää vähintään neljän viikon raittiutta tai selkeää masennusoireilua. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD10:n mukaan oireiden lukumäärän perusteella. Lievässä masennustilassa toimintakyky on yleensä säilynyt. Keskivaikea masennustila huonontaa useimmiten jo selvästi työ- ja toimintakykyä. Vaikeassa masennustilassa ihminen on lähes aina työkyvytön ja tarvitsee usein apua päivittäisissä toiminnoissaan. Psykoottisessa masennustilassa esiintyy masennusoireiden lisäksi psykoottisia oireita, kuten harhaluuloisuutta. Tutkimuksen mukaan miehillä päihderiippuvuus tavallisesti edeltää depressiota, kun taas naisilla depressio edeltää päihderiippuvuutta. (Sievers 2008, 128-129.)

Suomessa puolella itsemurhan tekevästä on arvioitu olevan päihdeongelman lisäksi myös masennusta toteaa Sievers (2008), ja siksi masennustilojen tunnistaminen ja hyvä hoito ovat itsemurhien ehkäisykeinoja. Päihteiden runsas käyttö lisää itsemurhariskiä voimistamalla mielialavaihteluita sekä impulsiivisuutta. Päihdeongelmaisella erilaiset menetykset ovat merkittäviä itsetuhoisuuteen johtavia tekijöitä. Sekä itsemurha-ajatukset että itsemurhayritykset kertovat aina psyykkisestä pahoinvoinnista, johon on suhtauduttava vakavasti. (Sievers 2008, 147.)

Sievers (2008) on artikkelissaan käsitellyt kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaihteita, jotka ovat maniajakso, masennusjakso, sekamuotoinen jakso ja hypomaaninen jakso. Yleensä henkilöt eivät itse tunnista manioitaan ja hypomanioitaan sairaudeksi. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan päihdeasiakkaan hoidossa tulee turvata molempien sairauksien samanaikainen

hoito. Hoitamattomana nämä sairaudet hankaloittavat toisiaan. (Sievers 2008, 138-141.)

Päihteiden aiheuttamaa psykoottista tilaa on tutkinut Kaisa Koivisto (2003). Psykoottisessa tilassa asiakas voi olla hyvinkin aggressiivinen ja sekava. Hänellä on pelottavia visuaalisia hallusinaatioita, jotka voivat olla hyönteisten, käärmeiden tai rottien näkemistä tai hän voi tuntea näiden eläinten kosketusta ihollaan. Psykoottisessa tilassa asiakas suojautuu uhkaa vastaan esimerkiksi piiloutumalla, eristäytymällä, juoksemalla ja olemalla ärsyttämättä muita, mutta hän voi myös käyttäytyä uhkaavasti, jolloin hän on vaarallinen ympäristölleen. Ulkopuoliset ihmiset tulkitsevat tämän asiakkaan kontrollin menetyksenä. Asiakas tarkkailee, havainnoi ja seuraa muiden suhtautumista itseensä, koska kokemuksiin itsestä ja todellisuudesta liittyy pelko ”hulluksi” tulemisesta. (Koivisto 2003, 55.)

Holmberg (2008) tuo esille näkemyksen, että persoonallisuushäiriöiden taustalta löytyy perimän sijasta perityn alttiuden ja traumaattisen ympäristön yhteisvaikutus. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä sairastaa 5-15 prosenttia väestöstä. Persoonallisuushäiriön esiintyvyys vaihtelee eri päihdetutkimuksissa alkoholin väärinkäyttäjien 30-45 prosentista huumeriippuvaisten 50-90 prosenttiin. Päihteiden käyttäjien hoidossa tavataan yleisemmin epävakaata ja epäsosiaalista persoonallisuustyyppiä. Persoonallisuushäiriö huonontaa muiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ennustetta. (Holmberg 2008, 154.)

Persoonallisuushäiriöissä on ominaista psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttusen (2010) mukaan henkilön käytöksen erikoisuus ja outous. Persoonallisuushäiriöissä on piirteitä useista häiriöistä, jotka jaotellaan seuraavasti: *epäluuloinen persoonallisuus* (henkilö on epäluuloisen herkkä lukemaan negatiivisia viestejä itsestään), *eristäytyvä persoonallisuus* (henkilö vetäytyy pois sosiaalisista suhteista mielikuvitukseen), *psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö* (henkilöllä ilmenee skitsofreniaa), *epäsosiaalinen persoonallisuus* (henkilö on piittaamaton sosiaalisista velvollisuuksistaan ja toisten tunteista, aggressiivisuus ja väkivaltaisuus leimaavat käytöstä),

huomionhakuinen persoonallisuus (henkilö esiintyy teatraalisesti ja hän ilmaisee tunteitaan liioittelevasti), *narsistinen persoonallisuus* (henkilöllä on suuruuskuvitelmat itsestään, voimakas ihailuksi tulemisen tarve ja empatian vähäisyys, kokee olevansa oikeutettu erikoiskohteluun, on kateellinen ja ylimielinen ja käyttää muita hyväksi), *estynyt persoonallisuus* (henkilö pelkää ja jännittää jatkuvasti, hänen itsetuntonsa on huono ja hän kaipaa jatkuvasti toisten hyväksyntää), *riippuvainen persoonallisuus* (henkilö haluaa tukeutua muihin ihmisiin ja hänen on vaikea tehdä itse päätöksiä) ja *pakko-oireinen persoonallisuus* (henkilöllä on korostunut järjestyksen, täydellisyyden ja kontrollin tarve. (Huttunen 2010.)

Holmberg (2008) toteaa, että persoonallisuushäiriöisten asiakkaiden mielenrakenteet ovat vakiintumattomia. Tämä näkyy hoidossa yleensä rajattomuutena ja sääntöjen kiertämisenä. Elämäntilanteet kriisiytyvät nopeasti. Asiakkaiden tunteet eivät aina kiinnity nykyhetkeen vaan traumaattisiin kokemuksiin. Keskeistä hoito-otteessa onkin pysyvyys ja jatkuvuus. Persoonallisuushäiriöiset päihdeasiukkaat ovat yleensä lääkehakuisia. Hoito- ja apteekkisopimusten tekeminen sekä erilainen rajaaminen ovat osa asiakkaiden hoitoa. Erityisesti epäsosiaalisesta ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat tällöin narsistisella tavalla manipulatiivisia tai käyttävät aggressiivisia lähestymiskeinoja. (Holmberg 2008, 162.)

Linkki-hankkeen (2006-2009) kautta saadut kokemukset vahvistavat näkemystä, että runsas päihteiden käyttö johtaa usein mielenterveyshäiriöiden puhkeamiseen, jonka lisäksi eriasteiset persoonallisuushäiriöt vaikeuttavat asiakkaan selviytymistä oman elämänsä arjesta tai päin vastoin. Asiakkaiden taustalta löytyy fyysistä, sosiaalista, psyykkistä ja henkistä vajaakuntoisuutta. Hoitamattomana nämä asiat johtavat asiakkaan syrjäytymisen syvenemiseen entisestään. (Pietilä 2009.)

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Moniammatillinen yhteistyö on parhaimmillaan toimintamalli, jonka avulla voidaan vastata sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin yhteistyössä. Yhteistyö moniammatillisissa työryhmissä luo pohjan, jonka avulla voidaan vastata asiakastyön haasteisiin, koska eri ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden yhteistyö takaa tasapuolisemman ja läpinäkyvämmän hoitotyön. (Nikander 2003, 279.)

Moniammatillisessa yhteistyössä salassapitosäännökset luovat reunaehdot työntekijöille, kuten laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (810/2000) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Moniammatillista yhteistyötä säädellään useissa laeissa. Erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) ja kansanterveyslaissa (66/1972) on yhteistyövelvoite erikoissairaanhoidolle ja perusterveydenhuollolle. Mielenterveyslaissa (1116/1990) ja sosiaalihuoltolaissa (1982/710) painotetaan yhteistyötä kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon kesken. Tietosuojalaki (516/2004) määrittelee mm. mikä on yksityisyyden ja luottamuksellisen viestin suoja ja mikä on vaitiolovelvollisuus ja hyväksikäyttökielto.

Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä moniammatillinen yhteistyö nähdään eri asiantuntijoiden työskentelynä. Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon tarpeet luovat paineita kehittää toimintamallia, jossa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2006, 14-15.)

Moniammatillisen auttamistyön lähtökohtana on työntekijöiden kyky nähdä asiakkaan ihmisarvo. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan moniongelmaisuudesta huolimatta työntekijöiden on osoitettava suhtautumisellaan arvostavansa asiakkaan yksilöllisyyttä ja ihmisyyttä. Asiakaslähtöisen auttamissuhteen kulmakiviä ovat 1) *luottamuksellisuus* (syntyy luottamuksellisesta ilmapiiristä, jossa kunnioitus, välittäminen ja kuuntelu ovat keskeisiä), 2) *pyrkimys ymmärtää asiakasta* (ammattillisuutta tarvitaan

ymmärtää asiakkaan käyttäytymisen taustalla olevaa viestiä), 3) *kyky tunnistaa transferenssi-tunne* (tiedostamattaan ihminen heijastaa nykyhetken ihmissuhteissa varhaisemmista suhteista peräisin olevia tunteita ja reaktioita), 4) *vastatransferenssi-tunne* (tarkoittaa asiakkaan ja hänen vuorovaikutuksensa työntekijässä herättämiä tunteita ja reaktioita) ja 5) *toivo* (auttamissuhteen keskeisin elementti on toivon ja muutoksen mahdollisuus, työntekijän tehtävä on luoda toivoa ja motivoida asiakas motivoitumaan muutokseen). (Vuori-Kemilä ym 2007, 49-50.)

Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö luo tilan eri työntekijöiden erilaisen tiedon kohtaamiselle. Moniammatillisen yhteistyön vaikeutena on usein yhteisen kielen ja työn kohteen puuttuminen, toisaalta moniammatillisuus on erilaisen tiedon sietämistä. Jaettu tila kuvaa onnistunutta moniammatillista tilaa, joka rakentuu eri työntekijöiden luottamuksen ja tasavertaisen vuoropuhelun varaan arvostavassa ilmapiirissä. Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö edellyttää työntekijöiden oman ammatti-identiteetin vahvuutta, joka luo pohjan tasavertaiseen vuorovaikutukseen muihin ammattilaisiin nähden. Liian vahvaksi kehittynyt ammatti-identiteetti aiheuttaa jännitettä tiimiin ja liian heikko ammatti-identiteetti johtaa vetäytyvään tai henkilökohtaistavaan tilaan tiimityöskentelyssä, koska työ herättää liiaksi tunteita. Moniammatillisessa yhteistyössä on osattava ottaa etäisyyttä omaan työhönsä ja on tunnistettava oma rooli suhteessa muihin. (Seikkula & Arnkil 2005, 8-11.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista osalla on moniongelmaisuutta ja heidän auttamiseensa tarvitaan eri organisaatioiden työntekijöiden asiantuntijuutta ja keskinäistä yhteistyötä. Tarvitaan uudenlaisia reflektiivisiä ja konstruktivisia organisoitumisen ja yhteistyön toimintatapoja. (Ala-Nikkola 1999, 102.) Parhaimmillaan yhteistyö on suunnitelmallista, jossa on huomioitu jatkuvuus ja moniammatillisessa yhteistyössä korostuu yhteiseen tavoitteeseen tähtäävä työskentely. (Pohjola 1999, 124.)

Uudessakaupungissa toteutetun Linkki-hankkeen (2006-2009) aikana pyrittiin vahvistamaan moniammatillista yhteistyötä ja poistamaan ennakkoluuloja eri

organisaatioiden työntekijöiden väliltä moniongelmaisen päihdeasiakkaan hoidossa. Hankkeen aikana muun muassa järjestettiin yhteisiä koulutuksia, työstettiin yhdessä kuntouttavaan työtoimintaan asiakaslähtöistä psykososiaalista kuntoutussuunnitelmaa, jonka yksi osa oli asiakkaan arjenhallintaa vahvistava osio ”keskiviikon klubi – kurssi”. Moniammatillinen yhteistyö ja sen vahvistaminen koettiin tärkeänä, jossa jokainen tietää oman tehtävänsä, roolinsa ja vastuunsa moniongelmaisen päihdeasiakkaan hoitoprosessissa. (Pietilä 2009.)

Moniammatillisen yhteistyön esteiksi voidaan nähdä: 1) eri organisaatioiden työntekijäryhmien erilaiset tavat havaita ympäristöä, 2) työntekijäryhmien perustehtävään liittyvät tekijät ja 3) työntekijäryhmien välisiin valtaeroihin liittyvät tekijät. Myös asennoituminen yhteistyöhön voi vaihdella. Ryhmän perustehtävän suhde muiden ryhmien tehtäviin voi olla itsenäinen, kun se voidaan suorittaa ilman muita ryhmiä. Liukuhihnalla tapahtuva ryhmätyöskentely perustuu riippuvuuteen muiden ryhmien työstä. Vuorovaikutukseen perustuvaa on esimerkiksi sairaalan osaston työryhmän työskentely. Ryhmän perustehtävän selkeys on yhteydessä vuorovaikutuksen laatuun. Selkeä perustehtävä luo mahdollisuudet itsenäiseen suoriutumiseen, mutta roolikonfliktit ja tehtävien epämääräisyydet johtavat usein ryhmien välisiin konflikteihin. (Tiuraniemi, 1993, 60-61.)

5 PALVELUOHJAUS

Palveluohjaus on toimintamalli, jossa kootaan asiakkaan ympärille työntekijöitä, jotka ovat keskeisiä asiakkaan hoidon kannalta. Kuka tahansa viranomaistahon edustaja (esim. sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja, työvoimaneuvoja) voi toimia palveluverkoston koordinoijana ja auttaa asiakasta jäsentämään avuntarvettaan. Palveluohjaus voidaan määritellä suppeasti, jolloin

palveluohjaaja on asiakkaan palveluverkoston yhteensovittaja. Palveluohjauksen laajempi määritelmä pitää sisällään työtavan, jossa keskeistä on taito luoda hyvät suhteet kaikkien toimijoiden välille ja ajaa asiakkaan asioita eteenpäin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden viidakossa. Palveluohjaajan tehtävä on antaa asiakkaalle henkilökohtaista tukea selvitä arjesta. (Suominen & Tuominen 2007, 5.)

Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996) palveluohjausta käsittelevässä tieteellisessä artikkelissa tuodaan esille, että Englannissa Thatcherin hallitus asetti Sainsburyn toimitusjohtajan Sir Roy Griffithsin rakentamaan ohjelmaa, jolla sosiaali- ja terveydenhuoltoa parannettaisiin ilman lisäkuluja. Griffithsin julkaisi raportin vuonna 1988, jossa hän totesi, että käytössä olevat resurssit ovat niukkoja suhteessa tehtävien laajuuteen. Hän ei esittänyt laajaa palvelujen yksityistämishjelmaa vaan palveluvastuun keskittämistä julkiselle sektorille. Griffithsin mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suurin heikkous oli eri organisaatioiden tehtävien, roolien ja vastuiden koordinoimattomuudessa. Griffithsin ilmaisi asian: ”Mikään ei olisi radikaalimpaa julkisella sektorilla kuin määrittää vastuut, vaatia suorituksia ja tulosvastuuta sekä näyttöä siitä, että toimiin on ryhdytty.” Yhteenvetona todettiin ettei järjestelmä toimi ilman sosiaali- ja terveydenhuollon tiivistä yhteistyötä ja selvää vastuunjakoja. Tulee tunnistaa henkilöiden palvelutarpeet ja varmistaa, että palveluita tuottavat tahot myös tuottavat palveluita. Griffithsin ehdotti, että kuntien on palkattava ”care managerita” valvomaan palveluiden järjestämistä ja koordinoimista. Englannissa on toteutettu Griffithsin ohjelmaa 1990-luvulla, johon kuuluu, että asiakkailla on oikeus palvelutarpeiden arviointiin ja kotihoitoa tuetaan yhtäläisin ehdoin kuin laitoshoidon. Sosiaalipalvelutoimistojen käyttöön on osoitettu sosiaalivakuutusetuja, joita käytetään kotihoidon kustannuksiin. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 66-67.)

Suomessa palveluohjauksen tarve on lisääntynyt 1990-luvulta lähtien. Sosiaali- ja terveystalouden etuuksien leikkaukset ja sosiaalisten suojaverkostojen oheneminen ovat lisänneet moniongelmaisuuksien kasvamista heikommassa asemassa olevien henkilöiden keskuudessa. Asiakkaan ongelmien

ratkaisemiseksi tarvitaan monien eri palveluntuottajien välistä yhteistyötä, yhteistä koordinaattoria palveluohjaajaksi. (Suominen & Tuominen 2007, 45-47.)

Palveluohjaus voidaan jakaa kolmeen pääryhmään asiakkaan palvelutarpeesta riippuen. 1) Yleinen eli perinteinen palveluohjaus, jossa palveluohjaajalta odotetaan, että hän hallitsee palvelujärjestelmän ja osaa ohjata asiakasta hänen tarvitsemiensa palveluiden piiriin. 2) Voimavarakeskeinen palveluohjausmalli, jossa korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, tähän lasketaan kuuluvan myös asianajomalli ja kuntoutusmalli. Nämä mallit lähtevät liikkeelle asiakkaan voimavaroista ja korostavat asiakkaan omien tavoitteiden toteuttamisen tärkeyttä. 3) Intensiivinen palveluohjaus on malli, josta käytetään nimitystä case management. Malli lähtee liikkeelle olettamuksesta, että asiakkaan vaikea tilanne vaatii intensiivisen työtteen. Palveluohjaajan rooliin kuuluu asiakkaan tukeminen ja motivoiminen sekä palveluiden yhteensovittaminen että myös omia hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä. Palveluohjaajan asiakasmäärä on intensiivisessä mallissa rajallinen. (Suominen & Tuominen 2007, 31-33.)

Sekä palveluohjaus (PO) että case management (CM) lähtevät liikkeelle asiakkaan tukemisesta. Palveluohjauksessa tuetaan asiakkaan itsenäistä elämää ja voimavaroja asiakkaan ilmaisemien tavoitteiden mukaisesti ja case managementissa huomio kiinnitetään asiakkaan sairauteen ja sen mukanaan tuomiin rajoituksiin, joihin yritetään vaikuttaa hoitopalveluja varmistamalla ja koordinoimalla. (Suominen & Tuominen 2007, 34.)

Käypähoitosuosituksessa Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (2007) todetaan, että työryhmäpohjainen yksilökohtainen palveluohjaus (assertive community treatment, ACT) on hoitomalli, joka saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalajaksojen määrää ja kestoja. Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito on case management -toiminnan malli, jossa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu esim psykiatri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, päihdetyöntekijä ja työllisyysneuvoja, vastaa potilaan

hoidosta. Palveluita on saatavilla ympäri vuorokauden ja tarvittaessa potilaan omassa kodissa. (Käypähoitosuositus työryhmäpohjainen tehostettu avohoito 2007.)

Tunnusomaista ACT-mallille on, että työ tapahtuu etsivällä työtoteella. Jos asiakas on jäänyt tulematta sovitulle vastaanottoajalle, niin häneen otetaan aktiivisesti yhteyttä. Toiminta perustuu intensiiviseen hoitoon. Toiminnassa pyritään helppoon saavutettavuuteen ja hoitotoimenpiteiden koordinoimiseen. Työryhmä tekee yhteistyötä alueen muiden palveluntuottajien kanssa ja on tiiviissä kontaktissa asiakkaan ja hänen sosiaalisten tukiverkostojensa kanssa. (Suominen & Tuominen 2007, 33-34.)

Palveluohjausasiakkaaksi valikoitumisen kriteerit saattavat olla erilaiset eri organisaation työntekijöillä ja näkemys itse asiakkaan tarpeesta päästä palveluohjauksen piiriin saattavat poiketa toisistaan. (Hugman 1991, 114.) Yksilökohtainen palveluohjaus pitää sisällään asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnin ja eri palveluiden yhteensovittamisen asiakkaan tarpeita vastaavaksi. (O'Connor 1988, 100.)

Linkki-hankkeen (2006-2009) yksi tärkeimmistä tavoitteista oli moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva palveluohjausmallin mallintaminen moniongelmaiselle päihdeasiakkaalle. Asiakkaan fyysinen, sosiaalinen, psyykinen ja henkinen vajaakuntoisuus vaikeuttaa usein asiakasta löytämästä hänen tarpeisiinsa sopivaa palvelua. Haasteena oli rakentaa ja juurruttaa käytäntöön asiakkaan kannalta aidosti yhteneväinen palvelukokonaisuus, mikä estää asiakkaan asioiden hoitamatta jättämisen ja sitä kautta syrjäytymisen syvenemisen entisestäänkin. (Pietilä 2009.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata Uudenkaupungin seudulla kaksoisdiagnoosiasiakkaita työssään kohtaavien julkisen, yksityisen ja

kolmannen sektorin työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja palveluohjauksesta sekä koota kehittämissuhteita kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijät tunnistavat kaksoisdiagnoosiasiakkaan?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoidossa?
3. Miten kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluohjaus toteutuu?
4. Minkälaisia kehittämissuhteita työntekijöillä on kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon ja palveluohjaukseen?

Opinnäytetyön aihe on jatkoa Uudenkaupungin Diakoniasäätiön hallinnoiman Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman (2006-2009) Linkki-moniongelmaisen päihdeasiakkaan palveluohjauksen hankkeelle. Hanke lähti liikkeelle seuraavien ongelmakohtien tiedostamisesta, joihin pyrittiin löytämään ratkaisu: 1) Moniongelmainen päihdeasiakas asioi usein yhtä aikaa monen eri työntekijän asiakkaana. 2) Palvelut ovat hajanaisia ja koordinoimattomia. 3) Palveluiden tuottajien välillä ei ole tietoa siitä mikä on kenenkin tehtävä, rooli ja vastuu. (Pietilä 2009.)

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen, koska tarkoitus on saada uutta tietoa vähän tutkittuun asiaan, nostaa esiin uusi näkökulma. Tällöin

tutkijaa kiinnostaa ihmisten kokemusten, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen ja ihmisten näkemysten kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus pohjautuu uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50.) Tiedon hankinta ja aineisto kootaan laadullisessa tutkimuksessa luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja painotetaan metodeja (esimerkiksi teemahaastattelua), joissa tutkittavien näkemykset pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Tämän opinnäytetyön prosessi etenee deduktiivisesti, koska tutkija on tutustunut aiheita käsittelevään kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin etukäteen, jonka jälkeen tutkija havainnoi tilannetta tämän esiyymmärryksen valossa. (Krause & Kiikkala 1996, 63.)

7.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmä rajattiin työntekijöihin, jotka Uudenkaupungin seudulla työssään kohtaavat kaksoisdiagnoosiasiakkaita eli kyseessä on harkinnanvarainen otanta julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin puolelta. Kohderyhmän edustajilla on oltava asiantuntemusta ja omakohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä, koska tarkoitus on pyrkiä etsimään ja tekemään mahdollisimman todellisia havaintoja työntekijöiden näkemyksistä, kokemuksista ja käsityksistä tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83-84.) Vilka tähdentää Laineen (2001) mukaan, että kokemuksen ja käsityksen välillä ei aina ole yhteyttä. Kokemus on aina henkilön oma kokemus jostakin asiasta ja käsitykset antavat taas informaatiota työyhteisön perinteellisistä ja tyypillisistä tavoista ajatella. (Vilka 2009, 97-98.)

Julkisen sektorin organisaatioista haastateltavat olivat TYKS Vakka-Suomen sairaalan ensiapupoliklinikalta, kirurgian osastolta ja sisätautien osastolta sekä tutkimus- ja hoito-osastolta ja aikuispsykiatrian poliklinikalta. Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen haastateltavat olivat sosiaalityöstä, terveyskeskuksen lääkärin ja hoitajien vastaanotolta ja A-klinikalta.

Yksityiseltä sektorilta haastateltavat olivat Ketunkallion palvelukodista, joka tarjoaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaille porrasteista asumispalvelua.

Kolmannelta sektorilta haastateltavat olivat A-killasta, joka toimii vapaaehtois- ja vertaistukityön pohjalta, ja Uudenkaupungin Diakoniasäätiöstä, joka toimii ammatillisesti johdettuna.

7.3 Teemahaastattelu

Teemahaastattelun nimitys johtuu siitä, että se kohdistetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu ei edellytä tiettyä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta, vaan lähtee ajatuksesta, että myös yhteisiä jokapäiväisiä kokemuksia voidaan tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-48.)

Haastattelun aihepiirit ja teemat ovat tutkijan valmiiksi laatimia, mutta kysymysten muotoiluun voi tulla tilanteesta riippuen täsmennyksiä ja kysymysten järjestys voi vaihdella. Teemahaastattelun avulla pyritään löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Opinnäytetyön empiirinen eli kokemusperäinen aineisto kerättiin teemahaastattelulla, josta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Varsinaiset kysymykset, joissa on tarkka muoto ja järjestys, puuttuvat verrattuna strukturoituun haastatteluun. Tämä haastattelu ei ole yhtä vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. Teemahaastattelun ominaispiirteitä ovat Mertonin, Fiskin ja Kendallin (1956) mukaan seuraavat asiat: 1) Haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen. 2) Tutkittavan ilmiön sisällönanalyysin avulla on päädytty tiettyihin oletuksiin. 3) Analyysin perusteella kehitetään haastattelurunko. 4) Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-48.)

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvistä teoreettisista käsitteistä muodostettiin teemahaastattelun runkoalueet kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaus sekä haastateltavien näkemykset kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon liittyvistä asioista. Tarkoitus on, että kaikista teema-alueista jokainen haastateltava ryhmä antaa oman kuvauksensa. (Vilka 2009, 102.)

Teemahaastattelulomake liite 1.

7.4 Aineiston keruu

Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiltä kerättiin nauhoitettuna teemahaastatteluna kokemuksia ja kehittämisehdotuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta ja hoidon tarpeesta.

Haastateltavat henkilöt valittiin oman vapaaehtoisuutensa perusteella teemahaastatteluryhmiin. Vapaaehtoisia työntekijöitä löytyi kiitettävästi, ainoastaan yhdestä työyksiköstä ei löytynyt haastateltavia. Teemahaastatteluryhmiä muodostui siten kymmenen (10) ja haastateltavia oli yhteensä 33 työntekijää julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Julkiselta sektorilta haastatteluun osallistui ylilääkäri, psykiatri, sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, psykiatrisia sairaanhoitaja, sairaanhoitaja (AMK), lähihoitaja, terveyskeskusavustaja, kanslisti, mielenterveyshoitaja, sosionomeja (AMK), sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja. Yksityiseltä sektorilta haastatteluun osallistui psykiatri, sairaanhoitaja (AMK), lähihoitaja ja mielenterveyshoitaja. Kolmannelta sektorilta haastatteluun osallistui sosionomi (AMK), mielenterveyshoitaja, suunnittelija ja KUTY (kuntouttava työtoiminta) työntekijöitä. Ryhmäkoot vaihtelivat siten, että yhdessä haastattelutilanteessa oli vain yksi (1) työntekijä ja suurimmassa ryhmässä oli seitsemän (7). Yleisin koko ryhmässä oli kaksi - kolme (2-3) työntekijää. Haastattelut kestivät 45 – 60 minuuttia haastatteluryhmää kohden. Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi

opinnäytetyössä ei tuoda julki haastateltavien nimiä, ammattinimikkeitä eikä heidän organisaatiotaan.

Haastateltavilta selvitettiin taustatietoina heidän koulutus- ja työhistoriansa sekä arvot, joihin heidän organisaationsa toiminta perustuu. Taustatietojen kuvaaminen auttaa hahmottamaan haastateltavien maailmaa ja siten ymmärtämään, millaista asiantuntemusta vasten haastateltavat kuvaavat asioita. (Vilkkä 2009, 110-111.)

Haastateltavien työkokemus vaihteli yhdestä vuodesta jopa yli kolmenkymmenen vuoden työkokemukseen. Haastateltavien joukossa oli myös kaksi työntekijää, joilla itsellään on omakohtainen kokemus kaksoisdiagnoosiasiakkaana olemisesta.

Haastattelulla selvitettiin lisäksi mitä käsitteet kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaus tarkoittavat, sekä koottiin kehittämissuhteita kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2009, 161) mukaan on tärkeää pyrkiä saamaan tutkittavasta ongelmasta mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys.

7.5 Eettisyys

Terveydenhuoltoon kohdistuvaa tutkimusta ohjaa terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) ja sen tutkimusjaosto. Neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä toiminnasta ja päivittänyt ohjeet vuonna 2002. (Kuula 2006,33-34.)

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä ratkaisuja. Haastatteluissa tutkijan on hyvä tiedostaa eettiset ongelmat, jotka ovat erityisen monitahoisia, koska ollaan suoraan kontaktissa tutkittaviin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 19.)

Eettisesti kestävien tutkimustapojen yhteinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Pyrkimyksenä on turvata tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus sekä yksityisyys. (Kuula 2006, 60.)

Eettiset kysymykset koskevat tutkimuksen kaikkia vaiheita, joita ovat: *tarkoitus* (miten se parantaa tutkittavana olevaa tilannetta), *suunnitelma* (eettisenä sisältönä on saada kohteena olevien haastateltavien suostumus ja taata heille luottamuksellisuus), *haastattelutilanne* (taata tutkittavien antamien tietojen luottamuksellisuus ja informoida mitä haastattelu voi aiheuttaa haastateltaville), *litterointi* (on oltava luottamuksellista ja haastateltavien anonymiteettia kunnioittavaa jossa harkiten noudatetaan haastateltavien lausumia), *analyysi* (eettisyys näkyy siinä, miten syvällisesti ja kriittisesti haastattelut analysoidaan ja miten haastateltavien lauseita tulkitaan), *todentaminen* (eettinen velvollisuus on esittää tietoa, joka on niin varmaa ja todennettua kuin mahdollista) ja *raportointi* (haastattelujen raportoinnissa on otettava huomioon luottamuksellisuus ja anonymiteettisyys ja ne seuraukset, joita raportilla on sekä haastateltaville että heitä koskeville ryhmille). (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Periaatteena on se, että tutkijan on annettava haastateltaville asianmukaista informaatiota tutkimuksen tavoitteista. Haastateltavien henkilöiden tulee voida hyväksyä tutkimus tai kieltäytyä osallistumasta siihen sen tiedon varassa, joka koskee tutkimuksen luonnetta ja tarkoitusta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Opinnäytetyön tekijä anoi tutkimusluvut tutkimukseen osallistuvilta julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin johdoilta heidän sääntöjensä ja ohjeidensa mukaan. Luvan saatuaan opinnäytetyöntekijä informoi kunkin eri sektorin lähiesimiestä saatekirjeellä opinnäytetyöstään ja siihen liittyvästä ryhmähaastattelusta ja suostumuslomakkeesta, joka tarvittaisiin haastatteluun osallistuvilta. Eri sektorien lähiesimiehet kertoivat henkilökunnalleen opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä ryhmähaastattelusta. Haastattelut toteutettiin kunkin eri sektorin lähiesimiehen osoittamassa paikassa sovittuna aikana. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiltä kerättiin nauhoitettuna

teemahaastatteluna kokemuksia ja kehittämisehdotuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta ja hoidon tarpeesta.

Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuslomakkeen osallistumisestaan haastatteluun tietäen, mistä tässä opinnäytetyössä on kyse. Näin varmistettiin, että jokainen haastateltava on varmasti ymmärtänyt mikä on tämän opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat ja mitkä oikeudet ovat jokaisella haastateltavalla. Haastattelu oli luottamuksellista, ja siinä kunnioitettiin haastateltavien anonymiteettiä. Haastattelu oli mahdollista keskeyttää niin halutessaan, mutta tässä opinnäytetyössä ei kukaan haastatteluun osallistuneista keskeyttänyt haastattelua. Opinnäytetyön valmistuttua aineiston kaikki keruumateriaali kuten nauhat, päiväkirjamerkinnot ja tulostetut paperiversiot hävitetään asianmukaisesti noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä.

7.6 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sekä teorialähtöisesti eli deduktiivisella (haastattelun teemat / luokat) sisällönanalyysillä että aineistolähtöisesti eli induktiivisella (haastateltavien näkemykset) sisällönanalyysillä.

Deduktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa, että tutkimus lähtee liikkeelle jonkun teorian pohjalta. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä teoria ja aiemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat käsitteiden ja kategorioiden määrittelyä tutkimuksessa ja sen analyysiä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on haastateltavien antamien kokemusten ja näkemysten avulla uudistaa teoreettista käsitystä tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2009, 140-141.)

Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä. Tällöin sisällönanalyysi kuvaa tutkittavien merkitysmaailmaa ja tavoite on ymmärtää haastateltavien toiminta-

ja ajattelutapoja tutkimuksessa muodostuneiden käsitteiden, luokitusten tai mallien avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115-116.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi alkoi kokonaisuuden hahmottamisella. Haastattelut purettiin sanatarkasti litteroiduksi tekstiksi, jota kertyi 49 sivua fonttikoon ollessa 11 ja rivivälin 1. Kokonaiskuvan saaminen edellytti, että nauhoitusta kuunneltiin muutaman kerran ja sanatarkasti kirjoitetut litteroidut haastattelut luettiin useampaan kertaan. Kokonaisuuden hahmottaminen auttoi sijoittamaan haastatteluissa esiin tulleita asioita teoriapohjaan.

Tuomi & Sarajärvi kuvaavat aineistolähtöisen induktiivisen aineiston analyysia kolmevaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen = aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen pois ja koodataan tutkimustehtävälle olennaiset pelkistetyt ilmaukset, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely / luokittelu = koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään luokiksi ja 3) abstrahointi = käsitteellistämässä edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111-114.)

Aineiston luokittelu on olennainen osa analyysiä, mikä luo kehyksen millä haastatteluaineistoa voidaan tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Deyn (1993) mukaan luokilla on oltava yhteys analyyttiseen kontekstiin ja luokat pitää voida perustella käsitteellisesti ja empiirisesti. Luokkien on siis oltava sopusoinnussa aineiston kanssa. Luokittelussa on kyse päättelystä. Tutkimusmenetelmä voi toimia luokittelun pohjana siten, että esimerkiksi teemahaastattelun teemat ovat jo karkeita alustavia luokkia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147-149.)

Aineiston yhdistely tarkoittaa sitä, että luokkien välille pyritään löytämään säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Yhdistelyvaiheessa on tutkijan ajattelun ja ymmärtämisen osuus tärkeää, koska löydettyt luokkien väliset yhteydet pitää ymmärtää sekä empiirisenä että teoreettisena ilmiönä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 149-150.)

Aineiston abstrahointi pitää sisällään käsitteellistäminen, jossa edetään haastateltavien ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114.) Abstrahoinnissa empiirinen eli kokemuksellinen aineisto liitetettiin tässä opinnäytetyössä käsitteisiin kaksoisdiagnoosi, moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaus sekä kehittämissuhteet, joista muodostettiin pääkategoriat. Muodostettuihin kategorioihin etsittiin haastateltavilta vastauksia induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Pelkistäminen tarkoitti tässä opinnäytetyössä sitä, että litteroidusta tekstistä karsittiin pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen. Alkuperäisistä ilmauksista etsittiin opinnäytetyölle olennaiset ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja joista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistämällä muodostettiin alakategoriat.

Sisällönanalyysin pelkistäminen ja luokittelu taulukoksi liite 4

7.7 Luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia ei voi erottaa toisistaan yhtä jyrkästi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollisuus kulkea vapaasti edestakaisin aineiston analyysin, tehtyjen tulkintojen ja tutkimustekstin välillä. (Eskola & Suoranta 2008, 208.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa nousevat esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Objektiivisuuden ongelmaa tarkasteltaessa on totuuskyseen lisäksi syytä erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus, eli huomioida tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Puolueettomuus tarkoittaa sitä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehyksen läpi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa aina tutkijan suhde

tutkittavaan asiaan, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131-133.)

Opinnäytetyöntekijällä on 20 vuoden työkokemus päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoidosta, mikä tuo mukanaan tekijän subjektiiviset näkemykset tutkittavasta aiheesta. Oletuksena on, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat monien eri palveluiden suurkuluttajia ja hoitoon motivoituminen ja sitoutuminen on hyvin heikkoa. Lisäksi asiakkaiden sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat näyttävät olevan useille työntekijöille epäselviä. Voidaan pitää luotettavuutta edistävänä tekijänä, että opinnäytetyöntekijällä on asiantuntemus havaintojen erotteluun.

Haastattelun luotettavuutta lisää myös se, että aineisto litteroitiin mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Litteroinnin laatua parantaa Silvermanin (1993) mukaan se, että litteroituja tekstejä tarkastelee tutkijan ohella esimerkiksi tutkijan assistentti tai työryhmä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185.)

Kuudessa (6) eri haastattelutilanteessa oli mukana assistenttina sairaanhoitaja -opiskelija, joten neljä (4) haastatteluyksikköä opinnäytetyöntekijä toteutti yksin ilman assistentin apua. Nauhoitetut haastattelut opinnäytetyöntekijä itse litteroi heti kunkin haastattelun jälkeen. Litteroidut tekstit ja nauhoitukset käytiin läpi assistentin kanssa, jolloin kävi ilmi, ettei haastattelijalla ollut johdatellut haastateltavien vastauksia. Tätä tukivat myös assistentin päiväkirjamerkinnot haastattelun kulusta. Haastatteluissa noudatettiin haastattelurunkoa ja tehtiin ainoastaan tarkentavia kysymyksiä.

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta tarkastellaan perinteisesti käsittein: 1) Validiteetti = onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä on luvattu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Validiteettikysymykseen liittyy tulkinnan paikkansapitävyys eli päteekö esitetty tulkinta koko tutkimusaineistossa. Teoreettisten käsitteiden ja tutkimusaineistosta nousevien käsitteiden välisen suhteen on oltava looginen, kuten myös teoreettisten johtopäätösten ja empiirisen aineiston välinen suhde. (Pyörälä 1995, 15.)

2) Reliabiliteetti = tutkimustulosten toistettavuus, luotettavuus. Laadullisessa tutkimuksessa on näiden käsitteiden käyttöä kritisoitu, koska ne vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Reliabiliteettikysymykset liittyvät siihen tutkimuksen vaiheeseen, jossa siirrytään empiirisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan. (Pyörälä 1995, 15-16.)

Tässä opinnäytetyössä reliabiliteetin keskeinen kysymys kohdistuu teemahaastattelun käsitteiden operationalisointiin eli teoreettisten käsitteiden yhdistämistä tutkimuskohteesta havaittaviin ominaisuuksiin ja haastatteluaineiston analysointiin.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Taustatiedot

Opinnäytetyön kohdejoukon muodostivat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijät, jotka työssään kohtaavat kaksoisdiagnoosiasiakkaita. Haastatteluun osallistui vapaaehtoisesti lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sosionomeja, terveyskeskusavustajia, kanslisti, suunnittelija ja kuntouttavan työtoiminnan työntekijöitä yhteensä 33 henkilöä, joista muodostui kymmenen (10) teemahaastatteluryhmää. Haastateltavien työkokemus vaihteli yhdestä vuodesta yli kolmenkymmenen vuoden työkokemukseen. Haastateltavien joukossa oli kaksi työntekijää, joilla itsellään on omakohtainen kokemus kaksoisdiagnoosiasiakkaana olemisesta.

8.2 Kaksoisdiagnoosiasiakkaan tunnistaminen

Haastateltavat eivät kokeneet vaikeutta tunnistaa kaksoisdiagnoosiasiakasta. Tunnistamista helpotti monien kohdalla se, että diagnoosi oli jo valmiiksi tehty.

Usein päihdeasiakkaan paranoidisen aggressiivinen käytös tai itsetuhoisuus, syvä masennus, mikä viittaa mielenterveyshäiriöihin, antaa aihetta selvittää tarkemmin asiakkaan diagnoosia ja kokonaisvaltaista hoitoa.

”Asiakkaat, jotka meille tulee on jo diagnosoitu vamiiksi. Meidän oma lääkäri voi vaihtaa diagnooseja jos hän näkee, että kyseessä on jokin muu diagnoosi tai sitten uusi diagnoosi aikaisempien lisäksi.”

”Lähetteessä voi olla jo tietoa asiakkaan kaksoisdiagnoosista ja yleensäkin asiakkaan taustasta ja aikaisemmasta hoidosta.”

”Jos asiakas on ollut pidempään kuivilla päihteistä, mutta masentuneisuus vain jatkuu, niin silloin tulee mieleen, että tässä taustalla on myös mielenterveyden ongelma. Lisäksi huumeidenkäyttäjille tulee usein esille myös eriasteisia persoonallisuushäiriöitä. Joidenkin asiakkaiden kohdalla esiintyy paranoidisuutta, jopa skitsofreniaa, minkä puhkeamista edes auttaa vuosia kestävä päihteiden käyttö.”

8.3 Hoitoon pääseminen / sitoutuminen

Kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon pääsemisessä ja hoitoon sitoumisessa haastateltavilla oli erilaisia näkemyksiä. Osa vastaajista koki, että jokainen asiakas saa avun somaattiseen vaivaan. Mielenterveysongelmiin avun saanti ja hoitokäytäntö näytti olevan epäselvää muutamille, koska ei ollut tietoa miten käytännössä hoitoreititys menee. Uudessakaupungissa erikoissairaanhoido (esh) ja perusterveydenhuolto (pth) ovat työstäneet aikuisen mielenterveyspotilaan prosessikuvausta ja hoitoreititystä vuoden 2009 alusta alkaen, mikä näkyi niiden henkilöiden vastauksista, jotka ovat olleet itse mukana prosessoimassa hoitoreititystä. Prosessikuvauksen ja hoitoreitityksen avulla on pyritty työstämään aikuisen mielenterveyspotilaan hoitopolku

saumattomaksi, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto tietävät tehtävänsä, roolinsa ja vastuunsa ja asiakas saa tarvitsemansa hoidon.

Prosessikuvauksen työstäminen on monivaiheinen. Prosessikuvaukseen kuuluu työkäytännön tunnistaminen (miten tunnistan ja käsitteellistän käytännön?), arviointia (miten arvioin käytännön hyvyttä?), tiivistäminen (miten tiivistän käytännön) ja siirtäminen (miten siirrän tiivistyksen eteenpäin?). (Prosessi 2009.)

Epäselvyyttä kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitopolussa ja hoidon koordinoinnissa näytti olevan haastatteluiden perusteella erikoissairaanhoidon somaattisen puolen ja sosiaalitoimen työntekijöillä sekä yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöillä.

”Ei me täällä ehditä paljon huolehtimaan siitä, että hoito jatkuisi saatika sitten jos asiakkaalla on mielenterveysongelmia. Akuuttivamma on se mitä täällä ehditään hoitamaan ja selvittämään ja se on siinä. Semmosta psyykkistä puolta ei ehditä huomioimaan kovinkaan paljon.”

”Oli yksi itsemurhaa yrittävä asiakas ja tota noin mä yritin häntä saada hoitoon. Mun piti soittaa poliisille ja ea-polille monta kertaa ennen kuin mitään apua alkoi tapahtumaan. Kukaan ei neuvonut miten mun pitäis toimia. Ea-poli käski soittaa poliisille ja poliisi ea-polille. No mä soitin ees taas. Sitte mua neuvottiin poliisista, että mun pitää pyytää ea-polilta joku sellanen avunpyyntö heille, vai mikä se nyt on? No sitten poliisit lähti, kun ne sai ea-polilta sen avunpyynnön ja se asiakas vietiin pakkopaidassa hoitoon.”

”Meillä on prosessikuvaus siitä miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito ohjautuu. Periaatteessa meillä saadaan ohjattua potilas oikeaan paikkaan, mutta ajoittain kun potilaan kunto on huono niin tota tulee potilaan kautta

semmosta työntekijöiden töiden sekottamista ja silloin se asiakkaan hoito ei ole laadukasta, vaan se menee pompotteluksi. Mutta aika nopeasti tämä pompottelu pyritään katkaisemaan kun se huomataan. Meillä on psykiatriset sairaanhoitajat, joilla on päivystysaika ja sitten meillä on A-klinikka, jonne myös saadaan nopeasti yhteys.”

8.4 Ongelmia hoidossa

Haastatteluista kävi ilmi, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat saattavat tuoda monenlaista ylimääräistä työtä työyhteisöön. Heidän hoitomotivaationsa on usein heikkoa tai sitten he hoidatuttavat itseään monella eri työntekijällä. Haastatteluista tuli esille, että osalla työntekijöistä oli epätietoisuutta kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitokäytännöistä ja siitä, kuka vastaa mistäkin ja mihin asiakas ohjataan.

”Meidän työstä katsottuna, että jos on kaksoisdiagnoosiasiakas ja mielenterveysongelma on aktivoitunut niin on todella vaikeaa saada jatkohoitoon. Sitten täällä mietitään, että mitä tehdään, kun psykiatrissa arviota ei voi tehdä humalaiselle. Tämä on iso ongelma yhäkin. Eli jos potilas on vahvassa humalassa ja mielenterveyshäiriöinen niin ikävä kyllä se meidän yhteistyökumppani on silloin poliisi ja putka ja se on ihan järkyttävän huono vaihtoehto.”

”Must on kummallista, että me odotetaan psykiatria esim intoksikaatio-potilaalle, että se arviois potilaan tilan ja kirjoittais lähetteen psykalle. Ja joskus on käynyt niinkin ettei sit psykiatri ole tullukaan. Musta olis järkevää, että kuka tahansa lääkäri vois kirjoittaa sen M1, jos kerran täällä on potilas, joka on yrittänyt ottaa

iteltään hengen. Tätä mä en ymmärrä, että sit suisidi-potilas vaan kotiutetaan ja kukaan ei oo sen kans jutellu?”

”Näiden asiakkaiden motivaatio hoitoon on huono varsinkin jos niillä ei oo edes kämppää vaan ne ajeeraa kavereiden luona. Yhteiskunnalle he ovat kalliita asiakkaita, toistuvat katkaisuhoidot ja muut sairaalahoidot ja kaikenlaiset vahingonteot yms. Varhainen asioihin puuttuminen olisi ensiarvoisen tärkeää, mutta keinoja puuttua on vähän.”

”Hoitaja valvoo yksin ja joskus sattuu, että potilas menee deliriumiin tai saa huumepsykoosin ja se ei todellakaan ole kivaa. Silloin me joudutaan pitämään potilasta remmeissä. Remmeihin laitto vaatii luvan ja se vaatii koko ajan valvomista ja ei voi hetkeksikään kääntää selkää pois kaverista.”

Työntekijät väsyvät näihin potilaisiin, koska usein ne samat pyörii täällä ja mitään parannusta ei ole näkyvissä ja sit päivitellään miten meidän verorahoilla hoidetaan toisten ryyppääminen ja siitä johtuvat psyyken ja somaattisen puolen vaivat.”

8.5 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen

Haastateltavat ymmärsivät moniammatillisen yhteistyön tarkoittavan työskentelyä, jossa eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa asiakkaan ongelmien kokonaisvaltaiseen hoitoon, jossa huomioidaan asiakkaan sosiaalinen, fyysinen, psyykinen ja henkinen puoli. Moniammatillisen yhteistyön suunnittelu ja toteutus vaatii onnistuakseen sekä asiakkaan että yhteistyötahojen kokemuksen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Eroja näkyi

käsityksessä siitä, tarkoitetaanko moniammatillisella yhteistyöllä työtä oman organisaation sisällä vai ylitse oman organisaation. Moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa ei aina haastateltavien mielestä ollut toteutunut asiakaslähtöisyys, jossa olisi kunnioitettu asiakkaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta.

”Mä näen sen meidän sisäisenä moniammatillisena yhteistyönä, että me kaikki pidämme kiinni siitä mitä ollaan sovittu.”

”Siin pitäis toimia yli rajojenkin vähän ja se on yhteistyötä esimerkiksi esh:n ja pth:n ja yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Sit tulee vastaan tietosuoja, mitä asioita voidaan puhua moniammatillisessa yhteistyössä toisten kanssa?”

”Moniammatillinen yhteistyö ei aina toteudu hoitoketjussa, koska ei tiedetä, jos asiakas on esim A-klinikan asiakas ja me ei välttämättä saada tästä tietoa ellei asiakas itse kerro. Meillä on kokemus, että työnohjauksen kautta tuli esille, että meidän asiakas oli jo monta vuotta käynyt aivan saman ongelman kanssa psykiatrilla, A-klinikalla ja eri verkostoissa ja sitten se oli myös meillä aivan saman ongelman kanssa, mutta me eri sektorien työntekijät emme tieneet toistemme työstä, asiakas vain asioi saman ongelman kanssa eri auttajatahoissa ilmeisesti vain eri päivinä?”

”Asiakkaan luvalla otetaan yhteyttä eri paikkoihin, joissa asiakas asioi esim psykiatrian puolelle, jos asiakkaalla on sinne hoitosuhde tai mikä se sitten onkin. Mutta yhteydenotto on aina asiakkaan luvalla.”

”Mä olen vähän eri mieltä moniammatillisen yhteistyön tarpeellisuudesta. Se ei välttämättä ole hyvä asia. Kun mä jouduin kokemaan sen, kun mun asioitani levitettiin monen eri työntekijän kesken ja aina vain katsottiin mitä mun elämässä on ollut eikä sitä mitä on nyt ja tästä eteenpäin. Olis ollut parempi, että olis saanut aloittaa puhtaalta pöydältä. Niillä aikaisemmilla asioilla ei ole enää mitään merkitystä mitä mun yksityiselämässä on tapahtunut.”

8.6 Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluohjauksen toteutuminen

Osa haastateltavista näki palveluohjauksen tarpeen nousevan asiakkaan tarpeesta saada palveluita, varsinkin jos asiakas itse ei syystä tai toisesta kykene hakeutumaan hänelle kuuluvien palveluiden piiriin. Esiin tuli myös näkemys, että palveluohjauksen pitäisi olla koordinoitua toimintaa, jossa olisi nimetty joku taho tai työntekijä, joka seuraisi asiakkaan hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden viidakossa.

Palveluohjaus toteutui joko omassa organisaatiossa tapahtuvana potilaan ohjauksena tai ylitse oman organisaation tapahtuvana palveluohjauksena. Osa haastateltavista koki että palveluohjauksen koordinointi on puutteellista, mikä estää palveluohjauksen toteutumisen, varsinkin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka tarvitsevat ”kädestä pitäen” palveluohjausta.

”Se on asiakkaan tarpeesta lähtevä ja siinä mietitään mitä palveluita asiakas tarvitsee ja hoidetaan, että asiakas saa myös palvelut ja tarvittaessa varataan aika ja saatetaan asiakas eri palvelutuottajien luo. Huolehditaan, että menee varatulle ajalle ja autetaan eri lomakkeiden täyttämässä. Toimitaan asiakaslähtöisesti huomioiden asiakkaan oma näkemys ja tarve.”

”Jollakin työntekijällä pitäis olla kokonaiskuva näiden moniongelmaisten asiakkaitten tilanteest, ett voitais muodostaa palvelukokonaisuus asiakkaan tarpeist eikä tulis päällekkäisyyksiä eri tahojen kesken, että sit yks kaks vain huomattais jopa kolmen työntekijän hoitavan samaa asiaa asiakkaan kans.”

”Tarvitaan raskasta räätälöityä ”kädestä pitäen” palveluohjausta ainakin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka eivät itse kykene fyysisen, sosiaalisen tai psyykkisen vajaakuntonsa takia hakeutumaan palveluiden luo ja jos nämä asiakkaat ei saa palvelua mikä heille kuuluisi niin heillä on vaarana syrjäytyä vielä entisestäänkin kaikesta.”

”Palveluohjaukseen pitäis kuulua myös hoidonarviointi ja sen tekis työntekijä, joka ensin ottaa vastaan asiakkaan ja sitten tehdään hoitosuunnitelma. Toisaalta nämä ovat niitä asioita, jotka ovat meidän prosessikuvauksen alla ja siinä me pyritään etsimään solmukohtia ja aukaisemaan niitä.”

”Kun työkkäristä ja kelalta saa lomakkeen täytettäväksi, niin jokainen lomake on erilainen riippuen siitä onko kuntouttavassa työtoiminnassa, työkokeilussa tai työmarkkinatuella ja mitä niitä nyt onkaan? Ja sit on asumistukipaperit, joihin tulee aina muutoksia, kun olet jossain työtoiminnassa. Ja se on oma juttu, jos tulee sairaaksi kesken kaiken, niin miten ne sairaspäivärahat menee ja mitä pitää ilmoittaa mihinkin? Olis hyvä jos olis palveluohjaaja, joka kertoo mitä ne kaavakkeet tarkoittavat ja mitä tietoja mihinkin tarvitaan?”

”Meillä palveluohjaus toteutuu kentälläkin, koska me ollaan jalkauduttu myös tekemään kotikäyntityötä ja siellä palveluohjaus on usein ohjausta ”kädestä pitäen” neuvoen ja ohjaten, että asiakas löytäisi oikean avun mikä tukisi hänen kuntoutustaan ja selviytymistään arjesta.”

8.7 Kehittämisehdotuksia

Kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa ja hoidon saatavuutta haastateltavat pohtivat laajasti. Esiin nousi asioita, jotka ovat hoidon kehittämisen kannalta tärkeitä, jos tavoitteena on saada jokin hyvä käytäntö toimintamalliksi. Johdon konkreettista tukea kaivattiin etenkin lähiesimiehille, jotka työskentelevät jatkuvien muutosten keskellä ja joiden tehtävänä on viedä kentän työntekijöille uusia asioita työkäytännöiksi. Toivottiin aikaa prosessoida asioita johdon, lähiesimiesten ja kentän työntekijöiden kesken, koska muutosjohtaminen vaatii aikaa. Haastateltavat nostivat esiin myös asioita, jotka vaikeuttavat kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa ja esittivät vastauksia, miten näihin esteisiin voitaisiin vaikuttaa. Toisaalta pohdittiin myös hoidon etuja suhteessa esteisiin. Käytännön toimenpiteitä kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoidon kehittämiseen löytyi haastateltavilta kiitettävästi.

”Tarvittais selkeä johdon tuki ja aikaa muutosjohtamiseen, prosessit ja hoitoreitit ei jalkaudu itsestään työkäytännöiksi. Ja aina pitäis uudestaan ja uudestaan kelata näitä asioita yhteisissä kokouksissa ja palavereissa, että nämä asiat tulis työkäytännöiksi ja se vie aikaa ja aina ei ehdi edes tekemään sitä omaa perustehtävääkään. Se on stressaavaa, kun aina tulee uusia asioita.”

”Must tuntuu että näiden asiakkaiden hoitoon motivoituminen on mahdotonta jos ei oo edes omaa kämppää. On se aika vaikeeta sitoutua mihinkään asunnottomana, että näiden asuntoasiat pitäis saada jotenkin kuntoon.”

”Mun mielest näiden asiakkaiden hoidon esteenä on joskus vaitiolo- ja tietosuoja-asiat. Pitäis saada niihin lakeihin muutos mikä mahdollistais moniammatillisen hoitokokonaisuuden eri tahojen kesken.”

”Joskus hoidon esteenä on myös työntekijän antipatia ja silloin olis hyvä, että joku toinen työntekijä vois hoitaa sen potilaan asioit.”

”Tarvittais hoitoneuvotteluita asiakkaan asioissa siten, että asiakasta hoitavat tahot olis läsnä. Verkostopalavereita tarvittais myös, jossa edustus olis niistä tahoista, joissa asiakas asioi esim. työkkäri, kela, edunvalvoja yms.”

”Asiakkaan hoidon toteuttamista pitäis valvoo siten, että olis selkeä vastuunottaja ja minkä organisaation alle nämä asiakkaat kuuluvat, mikä on pth:n ja esh:n rooli näiden asiakkaiden hoidossa? Pitäis olla selkeä hoitopolku /-reititys, että jokainen työntekijä eri organisaatiossa tietäis miten toimia ja mikä on kenekin tehtävä, rooli ja vastuu.”

”Näitä asiakkaita kannattais hoitaa, koska jos nämä asiakkaat jätetään hoitamatta, niin he ovat vaaraksi itselle ja muille. Siinä tulee mieleen turvallisuus näkökulma ja yhteiskuntarauha. He voivat, jos ovat jääneet hoidotta, aiheuttaa monenlaista häiriötä. Ahdistunut, ”nurkkaan ajettu” ja itsetuhoinen henkilö voi tehdä helpommin väkivaltarikoksia ja omaisuusrikoksia.”

”Jos ei hoideta, niin rikollisuus ja yleinen yhteiskuntarauha häiriintyy, koska hoitamaton sairas voi olla hyvin arvaamaton ja väkivaltainen ja täysin sivulliset voivat joutua tällaisen asiakkaan vihan kohteeksi jos vain ovat väärässä

paikassa väärään aikaan eli silmittömät väkivallan teot, tapot ja murhat lisääntyö omaisuusrikosten kanssa.”

”Kyll näitäkin pitäis vain hoitaa. Näitä tulee enemmän ja enemmän ja aina vain nuorempia. Toisten mielest nämä kuluttaa vain yhteiskunnan rahoja, mutta jos ne sais hoitoa, siit vois hyötyä ja sit ei tarttis käyttää niitä palveluita niin paljon.”

8.8 Käytännön toimenpiteitä

Käytännön toimenpiteistä nousi esiin kolme kehittämistä vaativaa ideaa ylitse muiden ehdotusten. 1) Yhteiset koulutukset, hoitoneuvottelut yms. eri organisaatioiden (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) työntekijöiden kesken. Tavoitteena on löytää riittävän yhteneväinen kieli ja näkemys asiakkaan ongelmista. 2) Työstää hoidon prosessikuvausta hoitoreitteineen, jossa on huomioitu asiakkaan hoitavat tahot sosiaaliselta, fyysiseltä ja psyykkiseltä puolelta ja jossa on määritelty julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tehtävät, roolit ja vastuut. 3) Kehittää ns ”matalan kynnyksen” palvelukokonaisuutta vastaamaan asiakkaiden ja yhteistyötahojen tarvetta resurssien mukaan. ”Matalan kynnyksen” palveluiden sisällön kehittäminen, jossa on huomioitu ammatillisesti johdettu vapaaehtois- ja vertaistukityö, asiakaslähtöinen ammatillinen palveluohjaus ja porrasteinen asumispalvelu.

”Tarvittais enemmän yhteisiä koulutuksia tai jotain sellaista eri organisaatioiden työntekijöiden kesken jo senkin takii, että löytyis yhteinen ”kieli” ja riittävän yhteneväinen näkemys asiakkaan ongelmasta. Ja tämä on usein tosi vaikeeta, kun tekijöitä on sosiaali- ja terveydenhuollon puolelta, erikoissairaanhoidosta ja sit on vielä yksityinen puoli ja kolmannen sektorin työntekijät, niin joskus on tosi

vaikeeta löytää yhteistä kieltä ja näkemystä ja tämä tuo ongelmia ja väärinkäsityksiä yhteistyöhön.”

”Vapaaehtois- ja vertaistukityöhön pitäis saada selkeä ammatillinen taustatuki. Tämä työ on vaativa ja asiakkaat hyvin sairaita, ei tätä työtä voi säilyttää yksin vapaaehtoisten ja vertaistukijoiden päälle. Työn on oltava organisoitua ja ammattilaisten on oltava taustalla ja koulutettava vapaaehtoisia ja oltava työnohjaustukena, koska kaikkia meitä tarvitaan. Ei ainakaan asiakkaat loppu.”

”Tarttis tiivistää eri tahojen välistä yhteistyötä, niin näiden asiakkaiden edestakainen liike hoitavasta tahosta toiseen vähentyy, mikä vapauttaa resursseja ja saadaan keskitettyä asiat jotenkin ja tiedetään missä mennään.”

”Tarttis luoda yhteneväiset ja samaan tavoitteeseen tähtäävät tavoitteet asiakkaan hoidosta eri toimijoiden kesken. Ja sitten pitää yhdessä myös riittävän usein arvioida sitä hoidon kehitystä, että missä kohtaa mennään ja onko hoidon tavoite ollut realistinen yms mistä on ollut hyötyä ja mikä ei ole toiminut tässä tilanteessa.”

”Tarvittais organisoitu kehittämisprojekti, jossa olis huomioitu asumispalvelut, matalan kynnyksen palvelut niinku päihde- ja mielenterveysasiakkaille. Toiminnan pitäis olla organisoitua ja moniammatillista ja siinä pitää olla nimetty koordinoija, jolla on myös työaika tehdä em työtä koordinoiden eikä niin, että joku tekee sen oman työnsä ohella tai sitten projektirahalla maksetaan jonkun jo työsuhteessa olevan henkilön palkka ja kuitenkin työntekijälle ei anneta aikaa tehdä varsinaista projektia, johon raha on saatu, vaan hän tekee omaa työtään ja ainoastaan hänen palkkansa tulee projektirahasta.”

”Me ollaan jo kehittämässä päihde- ja mielenterveystyötä. Meillä on yhteinen prosessikuvaus meneillään hoitoreitteineen esh:n ja pth:n ja sosiaalityön ja A-klinikan ja psyk.sairaanhoitajien kanssa ja meillä on psykiatri ja yhteisiä palaverreja niin kyl mä katson, että meillä on jo edes aloitettu se kehittämistyö ja ollaan parannettu hoidon laatua kun vertaa vuosi sitten mitä meillä oli esim juuri näitä asiakkaita ajatellen.”

”Ilta- ja viikonloppuisin tänne tulee potilaita, joita ei ole hyvä laittaa kadulle, kun on hoidettu akuutti vaiva, niin tarvittais paikka, jonne vois mennä, jossa olis ruokailumahdollisuus ja peseytymismahdollisuus. Paikan pitäis toimia ilman ajanvarausta ja lähetettä ja sieltä sais vertaistukea ja ammatillista ohjausta.”

”Tarvittais joku matalan kynnyksen kohtaamispaikka. Sinne vois mennä ilman lähetettä ja mikä olis auki ympäri vuorokauden ja missä olis myös ammatillista ohjausta ja apua saatavilla, mutta riittääkö resurssit? Ehkä tämmönen vois olla jonkun jo toimivan palvelupisteen ”kylkiäisenä” esim poliisilla vois olla ”päihtymisputka”, jossa olis myös hoidollista osaamista ja aamulla päihtynyt toimitettaisiin tänne ja täällä arvioitais sitä mielenterveyden häiriö.”

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä haluttiin saada mahdollisimman kattava ja syvä tietämys kokemuksista ja näkemyksistä työntekijöiltä, jotka työssään kohtaavat kaksoisdiagnoosiasiakkaita Uudenkaupungin seudulla. Tämän opinnäytetyön kohderyhmän otanta oli harkinnanvarainen, koska haastateltavilta henkilöiltä odotettiin kokemusta ja tietoa tutkittavasta asiasta ja siksi haastattelussa piti olla edustus sekä julkiselta että yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoidosta ja hoidon tarpeesta sekä koota kehittämissuhteita hoidon laadun parantamiseen.

9.2 Kaksoisdiagnoosi

Opinnäytetyön tulosten mukaan haastateltavat eivät kokeneet vaikeutta tunnistaa kaksoisdiagnoosiasiakasta. Asiakkailla oli jo kaksoisdiagnoosi tehty tai sitten asiakkaiden esim. paranoidisen aggressiivinen käytös tai itsetuhoisuus yms. antoi aiheita lähteä tarkemmin selvittämään asiakkaan diagnoosia.

Kaksoisdiagnoosin tunnistamista ja diagnoosin tekoa saattaa vaikeuttaa se, että eri potilailla on yksilöllisesti vaihtelevia oireita. Mielenterveyshäiriöiden kirjo on laaja, ja jo skitsofrenian oirekuva ja kulku voivat olla eri potilailla vaihtelevia. Päihteiden käyttö saattaa tuottaa myös yksilöllisesti hyvin erilaisia terveysongelmia. Päihteiden rinnakkais- ja sekakäyttö voi vielä mutkistaa tilannetta. (Kampman & Lassila 2007, 4448.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoon pääsemisestä oli haastateltavilla eriäviä näkemyksiä. Osa oli sitä mieltä, että hoitoon pääseminen on todella vaikeaa. Heidän kokemuksena oli, että ne asiakkaat, jotka M1- läheteellä pääsevät psykiatrisen sairaalan osastolle, saavat kokonaisvaltaisen hoidon, johon kuuluu myös sairaalajakson jälkeen jatkohoito saattaen avohoitoon. Puutteena nähtiin se ettei ole yhteneväistä käytäntöä näiden asiakkaiden hoidosta ja kukaan ei kanna päävastuuta. Kaksoisdiagnoosiasiakas on ensimmäisen kohdalleen

osuvan työntekijän ”armoilla”, miten paljon hän jaksaa lähteä selvittämään asiakkaan hoitoasioita. Se, että terveyskeskuksessa on oma psykiatri nähtiin edistyksellisenä asiana, koska psykiatri toi terveyskeskukseen kaivattua osaamista nimenomaan päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoitoihin. Muutama haastateltava toi esille näkemyksen, että asiakkaalla pitäisi joka tapauksessa olla oikeus valita lääkäriinsä, vaikka olisikin kyse mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Nyt käytäntö on se, että nämä asiakkaat pyritään ohjaamaan terveyskeskuksen omalle psykiatrille.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmien monimuotoisuus ohjaa usein potilaat hoidon eri pisteisiin melko sattumanvaraisesti. Erikoistuneisiin hoitopisteisiin saattaa osa kaksoisdiagnoosipotilaista ohjautua saamaan tehostettua hoitoa ongelmiinsa. Mutta osa hoidon tarvitsijoista jää kuitenkin hoidon ulkopuolelle. Hoitojärjestelmien sisällä on myös havaittavissa jonkin verran potilaiden pallottelua hoitopisteestä toiseen silloin, kun ongelma näyttää painottuvan liiaksi joko päihde- tai mielenterveyshäiriön puolelle. Tämä voi pahimmillaan johtaa potilaiden jäämiseen hoitojärjestelmän ulkopuolelle ja joidenkin kohdalla sosiaaliseen syrjäytymiseen tai vakaviin terveysongelmiin. (Kampman & Lassila 2007, 4448-4449.)

Toisaalta taas koettiin, että hoitoon pääseminen on selkiintynyt, mihin on vaikuttanut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon aikuisen mielenterveysasiakkaan prosessikuvaus ja hoitoreititys. (Lehtonen 2010) Ilmeisesti prosessikuvauksen työstäminen on vielä alkutekijöissä, koska somaattisen puolen, sosiaalityön, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöillä oli puutteellista tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitopoluista ja prosessikuvauksista.

Haastateltavien mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat toivat monenlaisia ongelmia hoitoon. Ensinnäkin heidän hoitomotivaationsa oli usein heikkoa, mikä haastoi työntekijöitä motivoimaan asiakasta motivoitumaan hoitoon. Asiakkaat olivat usein kärsimättömiä, aggressiivisia, vaativia, uhkailevia, paranoidisia, itsetuhoisia, masentuneita ja heidän oli vaikea sopeutua sääntöihin. He toivat

levottomuutta ja pelkoa ympärillä oleviin henkilöihin ja työllistivät kohtuuttomasti työntekijöitä jakaen heidät vielä hyväksi ja pahoiksi työntekijöiksi. Usein nämä asiakkaat ovat asiakkaina virka-ajan jälkeen, mikä vaikeuttaa heidän jatkohoitamistaan. Muutama haastateltava oli huolissaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asumisen ongelmista. Ilman asuntoa on vaikeaa sitoutua ja motivoitua mihinkään hoitoon. Asumisen ongelmiin toivottiin ratkaisua, jossa huomioitaisiin asiakkaan hoito kokonaisvaltaisesti.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaat, jotka tarvitsevat runsaasti palveluita monihäiriöisyytensä takia, antavat haasteen kehittää tiedon keruuta ja tutkimusta, jotta voitaisiin paremmin vastata heidän hoidon tarpeisiin. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla nousee esiin vakava huoli, että pitkäaikaista psykiatrista sairautta potevat ovat erityisen alttiita sekä huumausaineiden vaikutuksille että käytön leviämislle. Ennaltaehkäisevät ja sosiaalisen tuen huomioon ottavat toimet, matalan kynnyksen yksiköt, huumausaineriippuvuuden lääkeettömien ja lääkkeellisten hoitojen tarjoaminen ja kaikkein vaikeimpien, eli monihäiriöisten potilaiden hoidon järjestäminen ovat tärkeitä osia hoidon ja palveluiden kokonaisuudessa. Palvelujärjestelmä on uusien haasteiden edessä ja nyt tulisi tukea päihdepsykiatrista osaamista koulutuksellisin keinoin ja erityisosaamista hallitsevia päihdepsykiatrian keskuksia perustamalla. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1677.)

9.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö ymmärrettiin työnä, jota tehdään omassa organisaatiossa ja myös työnä ylitse oman organisaation. Melkein kaikki haastateltavat kaipasivat enemmän moniammatillista yhteistyötä, koska kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat usein eri palveluiden suurkuluttajia ja heidän ongelmiansa hoitaminen vaatii monen eri ammattilaisen osaamista. Vaikka miltei kaikki toivoivat enemmän avointa yhteistyötä toistensa kanssa, niin silti moniammatillinen yhteistyö ei toiminut saumattomasti kaikkien eri tahojen kesken.

Asiantuntijat itse tunnistavat, että moniammatillista yhteistyötä tarvitaan monimutkaisten ja vaikeiden ongelmien ratkaisemiseksi. Tällaisen työskentelyn organisointi on vaikeaa, mutta on välttämätöntä tehokkaan työskentelyn aikaansaamiseksi erityisesti monimutkaisissa ja monitasoisissa ongelmia sisältävissä tapauksissa. Isoherranen lainaa Paynen (2000) kuvausta yhteistyön eri muodoista, jotka ovat kehittyneet Isossa-Britanniassa vastaamaan moniammatillisuuden käytännön työn haasteisiin. 1) Avaintyöntekijän koordinointi (jonkun ammattiryhmän edustaja kertoo eri palveluista palvelun saajalle ohjaten häntä). 2) Strateginen koordinointi (työntekijät kokevat saavansa hyötyä yhteisestä työn suunnittelusta, kolmas, yksityinen ja julkinen sektori voivat muodostaa yhdessä "sateenvarjon", haasteena on saada toiminnasta pysyvä käytäntö yhteistyön syntymiseen). 3) Epävirallinen yhteistyö (saman asiakasryhmän kanssa työskentelevät toimivat epävirallisesti yhdessä yli rajojen. Epävirallisen yhteistyön vaikeutena on se, että siltä puuttuu strateginen päätöksenteko ja johtajuus. (Isoherranen 2006, 144-145.)

Poikkeuksena tähän oli kahden haastateltavan kokemus siitä, että moniammatillista yhteistyötä ei tarvita, koska se ei välttämättä ole asiakkaan etu. Asiakas saattaa jäädä altavastajaksi monen eri ammattilaisen keskellä. Työntekijöiden on hyvä muistaa, että asiakasta itseään on aina informoitava ja kuunneltava, jos hänen asioitaan viedään moniammatillisiin hoitoneuvotteluihin.

Asiakkaan mukaan ottaminen hänen asioistaan keskusteltaessa ja päätettäessä edellyttää uudenlaista työskentelykulttuuria, jossa dialoginen vuoropuhelu on keskeistä. Haasteena on, että kuinka saada keskustelu onnistumaan niin, että kaikki ymmärtävät ja tulevat ymmärretyksi ja riittävästi huomioiduksi keskustelussa. (Isoherranen 2006, 146.)

9.4 Palveluohjaus

Haastateltavat näkivät palveluohjauksen tarkoittavan asiakkaan ohjausta oman organisaation sisällä eri palveluihin sekä asiakkaan ohjausta eri palveluiden piiriin oman organisaation ulkopuolella. Haastatteluista nousi esille, että

kaksoisdiagnoosiasiakkaiden fyysinen, sosiaalinen, psyykinen ja/tai henkinen vajaakunto on usein esteenä, että he itse kykenisivät hakeutumaan heille kuuluvien palveluiden piiriin. Ja jos he eivät pääse palveluiden piiriin, jotka heille kuuluisivat, heidän syrjäytymisensä syvenee entisestään. Palveluohjauksen tarve on eritasoista eri henkilöillä riippuen henkilön kunnosta. Tämä on hyvä huomioida, kun mietitään mitä resursseja palveluohjaus tarvitsee. Haastateltavat toivat esille, että onnistuakseen palveluohjaus tarvitsee nimetyn koordinaattorin, joka kokoaisi asiakkaan hoidon eri tahojen kesken. Haastatteluista ilmeni myös, että joissakin organisaatioissa on jo työkäytäntönä eräänlainen palveluohjausmalli, johon sisältyy tarvittaessa työryhmäpohjainen kotikäyntityökin. Hoitomallissa on yhtymäkohtia ACT- mallista (Suominen & Tuominen 2007). Haastatteluiden perusteella työntekijöillä ei ole yhteneväistä tietoa siitä, miten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa menetellään iltaisin ja viikonloppuisin.

Hyvinvointipalvelut toimivat pitkälle eriytyneen työnjaon perusteella, jossa jokainen palveluntuottaja kantaa vastuuta omasta sektoristaan oman alansa asiantuntijana. Monia palveluita samanaikaisesti tarvitsevalle asiakkaalle tilanne on usein ongelmallinen; asiakkaan menestyksellinen tukeminen ja kuntoutuminen kun tulisi perustua kaikkien palveluntuottajien yhteistyöhön. Palveluohjauksen keskeiseksi tehtäväksi on esitetty palvelujärjestelmän hajanaisuuden poistamista sekä eri toimijoiden työn yhteen sovittamista. Palveluohjaajan suhde muihin palveluntuottajiin tai viranomaisiin tulee olla hyvä. Välimatka viranomaisiin ei saa muodostua liian etäiseksi, koska tällöin vaarana on, ettei palveluohjaajaan luoteta. Neuvottelutaito on palveluohjaajan tärkeimpiä ominaisuuksia, ja hänen tulee kyetä hyvään yhteistyösuhteeseen niin asiakkaan kuin palveluntuottajien kanssa. (Suominen & Tuominen 2007, 19-21.)

9.5 Opinnäytetyön anti

Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, miten julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijät kokevat kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoidon ja

hoidon tarpeet, sekä minkälaisia kehittämideoita haastateltavien keskuudesta nousi hoidon tehostamiseen.

Ensimmäisenä tärkeänä kehittämisasiheena nähtiin yhteisten seminaarien, keskusteluareenojen, koulutuksien yms. järjestämistä ylitse hallintokuntarajojen. Tämä koettiin tarpeellisena yhteisen kielen löytämisen takia. Väärinkäsityksiä ja ongelmia syntyy helposti eri tahojen työntekijöiden kesken, kun ei tunneta toistensa ammattikieltä. Yhteisten koulutuksien pitäisi olla tällöin enemmän vapaamuotoisia, keskustelevia ja dialogisia liitettynä teoriapohjaan.

Toisena asiana tuli esille, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon aikuisen mielenterveysasiakkaan prosessikuvaus hoitoreitteineen on ollut todella hyvä alku lähteä työstämään hoitopolkua ylitse hallintokuntarajojen. Jatkokehittämistä tarvitaan, jotta prosessikuvaukseen ja hoitoreititykseen saataisiin liitetyksi selkeämmin yksityinen ja kolmas sektori. Toisaalta työstämistä vaatii myös sosiaalityön ja erikoissairaanhoidon somaattisen puolen liittäminen tiiviimmin prosessikuvaukseen ja hoitoreititykseen yhdeksi osaksi, jota ilman hoitopolku on vajaa eikä toimi toivotulla tavalla. Tärkeää on ottaa huomioon eri tahojen aikaisemmat päihde- ja mielenterveysstrategiat ja –suunnitelmat ja analysoida ja reflektoida niitä, mitä hyvää ja kehittämisen arvoista niissä on ollut ja toisaalta mikä ei ole toiminut ja luoda katse tulevaisuuteen kooten voimavarat yhteen. Seinäjoen kaupungin päihde- ja mielenterveysstrategiassa (2009-2012) on pyritty kokoamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen strategia, johon liittyy myös seuranta ja arviointi.

Esiin nousi myös lähiesimiesten tarve saada johdon tukea viedä kehittämisprosessia läpi. Muutosjohtaminen on haasteellista, kun työstetään uutta toimintamallia käytännöksi. Kehittämistä vaatii myös se, minkälaista konkreettista tukea johto pystyy antamaan lähiesimiehille ja kentän työntekijöille, jotka tekevät työtä jatkuvien paineiden ja uusien haasteiden keskellä.

Kolmantena asiana työstämistä vaatii ns. ”matalan kynnyksen kohtaamispaikka” toiminnan kehittäminen siten, että palvelu vastaisi

kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palveluiden tarpeisiin ja palvelut olisivat saatavilla myös virka-ajan ulkopuolella. ”Matalan kynnyksen kohtaamispaikan” palveluun on tarvetta sisältää ammatillisesti johdettua vapaaehtois- ja vertaistukityötä, asiakaslähtöistä ammatillista palveluohjausta ja porrasteista asumispalvelua, jonka alin porras voisi olla ”yömaja”, josta noustaan seuraavalle asumisen portaalle tuettuna.

Tämän opinnäytetyön raporttia voidaan hyödyntää projektisuunnittelun esityönä. Uudenkaupungin Diakoniasäätiö tai joku muu taho voi etsiä kumppaneita hankkeeseen, jonka kohderyhmänä ovat kaksoisdiagnoosiasiakkaat, jotka ovat kaikkien jo olemassa olevien tukipalveluiden ulkopuolella syystä tai toisesta. Tavoitteena on kehittää ”matalan kynnyksen” palveluita kokonaisvaltaisesti, jossa huomioidaan asiakkaiden fyysisen (ruoka, puhtaus, terveys, asunto, talous), sosiaalisen (sosiaalinen verkosto, yhteisöllisyys) ja psyykkisen (mielenterveyshäiriöt) tuen tarve ja ammatillisesti palveluohjaten tuetaan asiakasta löytämään tarvitsemiaan palveluita eri palveluntuottajien välillä ja siten estetään asiakkaan syrjäytymisen syveneminen entisestään. Tavoitteena on kehittää vapaaehtois- ja vertaistukityöntekijöille ammatillisista tukea koulutuksen ja työnohjauksen muodossa ja liittää heidän arvokas työpanoksensa osaksi ”matalan kynnyksen kohtaamispaikan” toimintaan.

Tämän opinnäytetyön haastatteluiden yhteenvetona voidaan todeta, että kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoito ja hoidon kehittäminen kustannustehokkaaksi asiakkaita tasa-arvoisesti palvelevaksi hoitoverkostoksi vaatii moniammatillista yhteistyötä ja koordinoitua palveluohjausta eri palveluntuottajien välillä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää päihde- ja mielenterveysstrategian päivityksessä.

10 LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 11/2007, 1293-8.

Ala-Nikkola, M. 1999. Moniammatillisuus ja -toimijuus. Teoksessa Hakonen, S. 1999 (toim.) *Sinä poljet – minä ohjaan*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 2. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 102-107.

Ala-Nikkola, M & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Nurminen, E (toim.) *Sosiaalityö ristipaineissa*. Helsinki: Helsingin yliopisto 63-75.

Eskola, J & Suoranta, J. 1996. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä. Gymerus Kirjapaino Oy.

Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. 2006. *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa*. Helsinki: Kuntaliitto & Stakes.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hugman, R. 1991. *Power in caring professions*. Houdmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan.

Holmberg, J, Hirschovits, T, Kylmänen, P & Agge, E (toim.) 2008. *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki. Sairaanhoidajaliitto ry.

Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä häirikkö..." Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Isoherranen, K. 2006. *Moniammatillinen yhteistyö*. Porvoo-Helsinki: WSOY.

Kampman, O & Lassila, A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. *Suomen lääkirlehti* 47/2007, 4447.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki. WSOY.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos; Psykiatrian klinikka. Oulun Yliopisto.

- Krause, K, & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mantila, S. 2008. Kaksoisdiagnoosipotilaat päihde- ja mielenterveystyön haasteena. Hyvinvoinnin rakentajat - hanke. Helsinki: Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorvaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003:40, 279-288.
- O'Connor, G. 1988. Case management: system and practice. Social Casework 2/1988, 97-106.
- Pietilä, S. 2009. Moniongelmaisen päihdeasiakkaan palveluohjaus – loppuraportti. Uusikaupunki. RAY.
- Pirkola, S & Wahlbeck, K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1997-2002. Suomen lääkirilehti 15-16/2004, 1673-1677.
- Pohjola, A. 1999. Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa P. Virtanen (toim.) Verkostoituva asiakastyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 110-128.
- Pyörälä, E. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Teoksessa Leskinen, J (toim.) 1995. Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Helsinki. Ykköspaino, 11-20.
- Seikkula, J & Arnkil, T E, 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Sievers, S. Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Holmberg, J ym. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Sairaanhoidotaloy ry, 127-152.
- Suominen, S & Tuominen, M. 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami Oy.
- Tiuraniemi, J. 1993. Yksilö, ryhmä, organisaatio. Turku. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Painosalama Oy.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1-3 painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Vuori-Kemilä, A, Stenberg, E, Saarelainen, R & Annala, T (toim.) 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki. WSOY.

Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H, Luoma M-L. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQUEST Country Report for Finland. 2007. Helsinki. Stakes.

SÄHKÖISET LÄHTEET

Erikoissairaanhoidolaki [viitattu 22.2.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Huttunen, M. 2010. Persoonallisuushäiriöt. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä. [viitattu 19.12.2010] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407

Kansanterveyslaki [viitattu 22.2.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 22.2.2010]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 22.2.2010]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Mielenterveyslaki [viitattu 22.2.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Myllyhoito. Päihderiippuvuus. (viitattu 22.2.2010) www.myllyhoito.fi/apuanyt/paeihderiippuvuus

Palveluohjaus. Sosiaaliportti 31.12.2008. [viitattu 22.2.2010] http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/palveluohjaus/mita_on_palveluohjaus/

Prosessi. Sosiaaliportti. 23.1.2009. [viitattu 19.12.2010] <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/>

Päihdehuoltolaki [viitattu 22.2.2010] <http://www.paihdeasiamies.fi/LAIT/paihdehuoltolaki.htm>

Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategia vuosille 2009-2012 [viitattu 15.12.2010] <http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/mielenterveysjapaihdestrategia.pdf>

Sosiaalihuoltolaki [viitattu 22.2.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

STM:n selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. [viitattu 22.2.2010] <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

STM:n selvityksiä 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet 2006 [viitattu 22.2.2010] <http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>

Tietosuojalaki [viitattu 15.12.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040516>

Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (ACT) [viitattu 15.12.2010]
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak01292>

Vakka-Suomen päihdestrategia 2007-2010. [viitattu 22.2.2010]
<http://uusikaupunki.fi/docs/Vakka%20Suomen%20paihdestrategia.pdf>

LUENTO

Lehtonen, Taina 2010. Aikuinen mielenterveysasiakas –prosessi ja hoitoreititys. 13.10.2010
Crussell. Uusikaupunki

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Liite 1(1)

1. TAUSTATIEDOT

- koulutus
- työkokemus
- arvot, joihin organisaation toiminta perustuu

2. KAKSOISDIAGNOOSIASIAKAS

- mitä kaksoisdiagnoosi-käsite tarkoittaa?
- mistä tunnistat kaksoisdiagnoosiasiakkaan?
- mitä ongelmia kaksoisdiagnoosiasiakas tuo työyhteisöön?
- miten kaksoisdiagnoosi vaikuttaa asiakkaan hoitoon / hoitoon pääsyyn entä asiakkaan hoitoon sitoutumiseen?

3. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- mitä moniammatillinen yhteistyö-käsite tarkoittaa?
- minkälaista moniammatillista osaamista kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoito vaatii?
- miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoidossa?

4. PALVELUOHJAUS

- mitä palveluohjaus-käsite tarkoittaa?
- minkälaista palveluohjausta kaksoisdiagnoosiasiakas tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotta hän saisi oikean hoidon oikeaan aikaan?
- miten kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluohjaus toteutuu?

5. KEHITTÄMISEHDOTUKSET

- mitkä asiat vaikuttavat kaksoisdiagnoosiasiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseen? Mitkä asiat vaikuttavat edistävästi ja mitkä ehkäisevästi?
- mitä pitäisi mielestäsi tehdä, jotta kaksoisdiagnoosiasiakas saisi tarvitsemaansa apua ja hoitoa päihde- ja mielenterveydenhäiriöihinsä?
- miten organisoisit / järjestäisit kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitokokonaisuuden?

ARVOISA OSASTONHOITAJA!

Liite 2(1)

Olen psykiatrian erikoissairaanhoitaja ja opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa täydentäen vanhaa opistotasoista tutkintoa ammattikorkeakoulu-tutkinnoksi. Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää Uudenkaupungin seudulla toteutettavaa kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa ja hoidon tarvetta sekä koota kehittämissuhteita hoidon saatavuuteen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna. Kaksoisdiagnoosi käsitteellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä asiakasta, jolla on päihdeongelman lisäksi ainakin yksi mielenterveydenhäiriö.

Toivon myönteistä suhtautumistanne tämän opinnäytetyön teemalliseen ryhmähaastatteluun, joka koskee TYKS Vakka-Suomen sairaalan ensiapupoliklinikan -, sisätautien - ja kirurgisen – sekä aikuispsykiatrian poliklinikan että psykiatrisen sairaalan tutkimus- ja hoito-osaston osastoja. Mainittujen osastojen työntekijöistä muodostetaan jokaisesta yksi haastatteluryhmä eli yhteensä viisi (5) ryhmää. Teemahaastatteluun voivat osallistua kultakin osastolta vapaaehtoisuutensa mukaan osaston lääkäri, sairaanhoitaja, perus- ja/tai lähihoitaja sekä mielenterveyshoitaja. Suotavaa on, että haastateltavia löytyisi 3-6 / osasto. Toivon Teidän kertovan oman osastonne työntekijöille tästä opinnäytetyöstä. Jos koette tarpeelliseksi, niin voitte pyytää opinnäytetyön tekijää kertomaan osastonne henkilökunnalle teemahaastattelun toteutuksesta ja haastateltavien luvalla siihen liittyvästä nauhoituksesta ja päiväkirjamerkinnoista. Ryhmähaastattelut kestävät 30-45 minuuttia. Haastattelut toteutetaan kunkin osaston osastonhoitajan osoittamassa paikassa sovittuna aikana. Teemalliset ryhmähaastattelut toteutetaan kesän aikana 2010. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ulkopuolisten tietoon. Aihe on tärkeä ja siksi toivon myönteistä suhtautumista haastatteluun osallistumisesta!

Satu Pietilä

AMK sairaanhoitaja-opiskelija

SUOSTUMUS HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN

Liite 3 (1)

Olen saanut tietoa Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Satu Pietilän tekemästä opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Uudenkaupungin seudulla toteutettavaa kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitoa ja hoidon tarvetta sekä koota kehittämis ehdotuksia hoidon saatavuuteen työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna. Kaksoisdiagnoosi käsitteellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä asiakasta, jolla päihdeongelman lisäksi on ainakin yksi mielenterveydenhäiriö.

Olen tietoinen, että opinnäytetyö toteutetaan teemallisena ryhmähaastatteluna (3-6 haastateltavaa), joka nauhoitetaan ja siitä tehdään päiväkirjamerkintöjä luvallani. Luvallani haastattelussa saa olla mukana haastattelijan assistentti. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Ymmärrän myös, että tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyteni tule missään vaiheessa ulkopuolisten tietoisuuteen. Haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Annan luvan Satu Pietilän haastatella minua opinnäytetyötään varten. Lupaudun siihen, että antamiani vastauksia saa käyttää nimettömänä opinnäytetyössä.

Paikka ja aika:

Suostun osallistumaan haastatteluun.

Allekirjoitus:

Suostumuksen vastaanottaja:

Satu Pietilä

AMK sairaanhoitaja-opiskelija

Esimerkkejä luokkien muodostumisesta

Liite 4 (1)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
"Asiakkailla on jo diagnoosi esim masennus, ahdistus, paniikkihäiriö, joku persoonallisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen lisäksi päihdeongelma"	Henkilölle on jo tehty diagnoosi (5 mainintaa), henkilön käytös kertoo (7 mainintaa), henkilö kertoo itse (2 mainintaa)	Tunnistaminen	Kaksoidiagnoosi
"Nyt ihan näinä päivinäkään ei tahdo päästä hoitoon. Kattoo ne sitten, että toi on jo niin rapakunnossa harhoineen, että sille ei enää voida mitään"	Somaattinen akuutti vaiva-pääsee hoitoon (4 mainintaa) kaksoidgn - vaikea päästä hoitoon (7 mainintaa) PTH ja ESH prosessikuvaus - pääsee hoitoon (6 mainintaa) Itsestä kiinni pääseekö hoitoon vai ei (2 mainintaa) Tarvitaan M1 lähete - pääsee hoitoon (3 m	Hoitoon pääseminen/ sitoutuminen	
"Akutivamma on se mitä täällä ehditään hoitamaan ja selvittämään ja se on siinä. Sitä psyykkistä puolta	Henkilöt arvaamattomia, aggressiivisia, sekavia, rajattomia (14 mainintaa) Hoito koordinoimatonta, työntekijät väsyneitä, tuovat ongelmia työyhteisöön (10 mainintaa)	Ongelmat hoidossa	
"Deliriumissa olevat pelottavat toisia potilaita. Heidät täytyy välillä viedä muualle toiseen huoneeseen, koska näiden potilaiden levottomuus ja sekopäisyys vaikuttaa toisiin potilaisiin häiritsevästi"	Henkilöt arvaamattomia, aggressiivisia, sekavia, rajattomia (14 mainintaa) Hoito koordinoimatonta, työntekijät väsyneitä, tuovat ongelmia työyhteisöön (10 mainintaa)	Ongelmat hoidossa	
"Mielenterveyspotilaan prosessikuvaus on kuvattu yli organisaatorajojen. Siinä on mukana ESH ja PTH"	Tehdään yhteistyötä ylitse oman organisaation /3 mainintaa)	Toteutuminen	Moniammatillinen yhteistyö
"Meidän työssä moniammatillisuus on itsestään selvä asia, kun jo meidän työryhmään kuuluu eri ammattien edustajia"	Tehdään yhteistyötä omissa organisaatioissa(3 mainintaa)		
"Pahimmillaan tehdään kolmessa eri paikassa samaa työtä toistensa tietämättä, kun tieto ei kulje ja moniammatillinen yhteistyö ei toimi. Onko se tietosuojalaki vai mikä se on, mikä estää yhteistyön?"	Ei toteudu, tieto ei kulje (5 mainintaa)		
"Asiakkaan luvalla otetaan yhteyttä eri hoitopaikkoihin, missä asiakas asioi ja tehdään moniammatillista yhteistyötä"	Toteutuu asiakkaan luvalla (9 mainintaa)		
"Mitä enemmän on ihmisiä moniammatillisesti asiakkaan asioissa kiinni sitä enemmän on mielipiteitä ja itse asiakas jää vähän niin kuin altavastajaksi"	Ei tarvita moniammatillista yhteistyötä (2 mainintaa)		
"Palveluohjaus on asiakkaan tarpeiden mukaista ohjausta miten hakea esim asuntoa, erilaisia tukia, terveyspalveluja yms"	Pitäisi lähteä asiakkaan tarpeesta saada palveluita (2 mainintaa)	Minkälaista palveluohjausta tarvitaan?	Palveluohjaus
"Palveluohjaus on sitä, että se palvelu on myös jonkun hanskassa, joka tietää missä paikoissa asiakas kulkee ja mitä suunnitelmia on ja tarvittaessa kädestä pitäen saattamista eri palveluiden välillä"	Pitäisi olla koordinoitua palveluohjausta kädestä pitäen (4 mainintaa)		
"Palveluohjaus ei toteudu meidän paikkakunnalla koordinoitusti, koska se makaa tällä hetkellä eri hankkeiden päällä ja kun projekti loppuu loppuu myös palveluohjaus" "Kaksoidiagnoosi-asiakkaiden palveluohjaus ei ainakaan toteudu kaksisesti sairaalassa"	Palveluohjaus ei toteudu ollenkaan (2 mainintaa)	Miten palveluohjaus toteutuu?	
"Kun meille tulee potilas, niin me mietitään mitä eri meidän organisaation palveluita hän tarvitsee. Tämä on kai sitä palveluohjausta, vaikka me ei olla ajateltu, että se olis palveluohjausta?"	Palveluohjaus toteutuu omissa organisaatioissa (4 mainintaa)		
"Meidän työntekijät nähdäkseen huolehtivat pitkälti asiakkaiden asioiden palveluohjauksesta esim työkäriin ja sosiaalitoimeen päin. Meidän työote on jo tietynlainen palveluohjaus"	Palveluohjaus toteutuu ylitse oman organisaation (8 mainintaa)		
"Tarvittais selkeä johdon tuki ja aikaa muutosjohtamiseen, prosessit ja hoitoreitit ei jalkaudu itsestään työkäytännöiksi"	Antaa sekä lähesimiehille että kentän työntekijöille aikaa prosessoida prosessikuvausta hoitoreitteineen, muutosjohtamiseen on annettava aikaa (4 mainintaa)	Johdon tuki	Kehittämisehdotuksia
"Edistävasti on vaikuttanut kaksoidiagnoosi-asiakkaiden hoidon saatavuuteen se, että me ollaan tehty prosessikuvausta hoitoreitteineen ja jonkin verran on jalkauduttu kentälle ja otettu käyttöön kotikäyntiyö"	PTH:n ja ESH:n prosessikuvaus hoitoreitteineen (5 mainintaa) STM 2006 päihtyneen henkilön akuutti hoito-ohje (1 maininta)	Hoidon yhtenäistäminen	
"Mun mielest esteenä on vaihtolovelvollisuus ja tietosuoja-asiat. Pitäis saada niihin lakeihin muutos mikä mahdollistais moniammatillisen hoitokokonaisuuden eri tahojen kesken"" Vaikeet sitoutua hoitoon jos ei oo edes kämppää missä punkkaa, pitäis saada	Jokainen taho tekee vain omaa työtään ja silloin on päällekkäisyyttä (4 mainintaa) Tietosuojalaki, vaihtolovelvollisuus (1 maininta) Antipatia (1 maininta) Asunnottomuus estää hoitoon sitoutumisen (2 mainintaa)	Hoidon esteisiin vaikuttaminen	
"Jos nämä asiakkaat jätetään hoitamatta, niin ne ovat vaaraksi itselle ja muille"	Rikollisuus vähenee, turvallisuus lisääntyy (4 mainintaa) Kuntoutus on halvempaa kuin hoitamatta jättäminen ja mitä se maksaa tulevaisuudessa (9 mainintaa) Ei kannata hoitaa, halvempaa yhteiskunnalle (1 maininta)	Hoidon edut	
"Tarttis olla joku matalan kynnyksen paikka, joka olis auki ympäri vuorokauden ja jossa olis myös saatavilla ammatillista apua asioiden selvittämiseen" " Asunnottomana on vaikeet sitoutua hoitoon siks pitäis saada näitten asuntoasiat jotenkin hoitoon " Pi	Pitäis organisoida matalan kynnyksen paikka, jossa olisi ammatillista palveluohjausta vapaaehtois- ja vertaistuen lisäksi, auki ympäri vuorokauden, (15 mainintaa) Asuntoasiat pitää saada kuntoon (2 mainintaa) Selkeä malli miten toimitaan ja se olisi kaik	Käytännön toimenpide	