

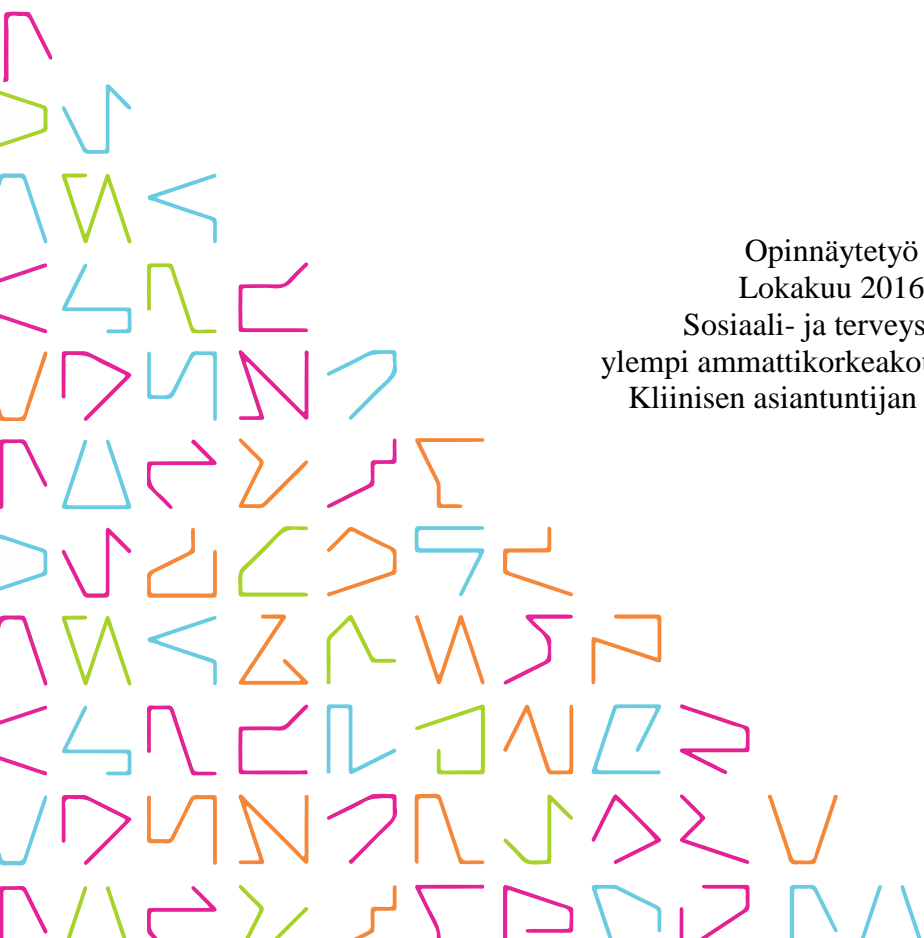


TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOIDON KEHITTÄMINEN AIKUISPSYKIATRIAN OSASTOILLA

Ari Kärkkäinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

KÄRKKÄINEN, ARI:

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen aikuispsykiatrian osastoilla

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Lokakuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa aikuispsykiatrian osastoilla. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisen tavoitteena oli luoda yhtenäiset toimintatavat osastoille. Näiden lisäksi tässä opinnäytetyössä oli tavoitteena luoda suunnitelma yhtenäisten toimintatapojen käyttöönotosta.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen Keskussairaalan psykiatrian tulosalueen kanssa. Hoitotyöntekijöiden haastattelujen avulla kartoitettiin heidän käsityksiään kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilasta, kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisesta, käytössä olevista hoitotyön keinoista sekä toiveista liittyen kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämiseksi. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna ja tästä saatu tieto analysoitiin sisällön analyysillä. Kehittämistyön tueksi perustettiin psykiatrian tulosalueelta projektiryhmä, jonka tehtävänä oli olla mukana kehitystyössä ja lisäksi tehtiin kaksi benchmarking- käyntiä päihdepsykiatrian yksiköihin.

Hoitotyöntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta puuttui yhtenäinen toimintatapa. Kaksoisdiagnoosipotilaan molempien sairauksien samanaikainen hoito koettiin tarpeelliseksi. Hoito oli haasteellista ja tämä potilasryhmä aiheutti hoitotyöntekijöissä jopa negatiivisia asenteita ja turhautumista. Näistä asenteista huolimatta hoitotyöntekijät kokivat työskentelevänsä potilasta ohjaavalla ja tukevalla työotteella. Hoitotyöntekijät toivoivat lisää koulutusta osaamisen vahvistamiseksi, asiantuntijapalveluiden käyttömahdollisuutta sekä tarkempia hoitosuunnitelmia myös lääkehoidon suhteen.

Haastattelujen tulosten ja projektiryhmässä esiin tulleiden ehdotusten ja ideoiden perusteella yhtenäisiksi toimintatavoiksi esitettiin kaksoisdiagnoosipotilaille tarkoitettujen tietoutta lisäävien ryhmätoimintojen kehittämistä ja vakiinnuttamista, perhe- ja verkostotyön systematisoimista ja hoidon suunnitelmallisuuden kehittämistä siten, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon laaditaan selkeä hoitosuunnitelma, jota jokaisen osastolla työskentelevän terveydenhuollon ammattilaisen on helppo noudattaa. Lisäksi kaksoisdiagnoosiosaamista vahvistetaan henkilökunnan koulutuksilla. Jatkossa on myös hyvä miettiä sairaalan sisäisen päihdepsykiatrisen asiantuntijasairaanhoidajan toimen perustamista hoitotyön tueksi.

Yhtenäisten toimintatapojen käyttöönottamiseksi ja kehitystyön jatkumiseksi luotiin suunnitelma, joka esiteltiin tulosalueen johdolle. Tämän suunnitelman pohjalta toimintatavat voidaan ottaa käyttöön.

Asiasanat: kaksoisdiagnoosi, psykiatria, hoitotyö, kehittäminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

KÄRKKÄINEN, ARI:

The Development of Dual-diagnosis Patient Care in Adult Psychiatric Wards

Master's thesis 59 pages, appendices 2 pages
October 2016

The purpose of this study was to develop the treatment of a dual diagnosis patient in adult psychiatric wards. The goal for the development of dual diagnosis patient's treatment was to create consistent methods for the wards. In addition, the goal of this thesis was to create a plan for the implementation of the consistent methods.

The master's thesis was conducted in collaboration with the psychiatric division of the Central hospital of Päijät-Häme. The nursing professionals' interviews charted their perception of dual diagnosis patient's current state of treatment, dual diagnosis patient recognition, means of treatment in use and wishes related to the development of dual diagnosis patient care. The interviews were conducted as a group interview, and the information obtained from the interview was analyzed using content analysis.

According to the nursing professionals, the dual diagnosis patient care is lacking consistent methods. Concurrent treatment of dual diagnosis patient's both diseases was considered necessary. The treatment was challenging, and this patient group caused even negative attitudes and frustration in the care workers. In spite of these attitudes, the nursing professionals used work methods that guide and support the patient. The nursing professionals hoped for more training to strengthen their know-how, possibilities to use professional services, as well as more detailed treatment plans also in relation to medical treatment.

The development proposals include developing and consolidating of dual diagnosis patients' group activities in order to raise knowledge, systematizing of family work and networking and developing of systematic treatment by making a clear treatment plan for the dual diagnosis patient's care so that every health professional working in the ward can follow it easily. In addition, knowledge in dual diagnosis will be strengthened with staff training. In future, it is also good to consider establishing a hospital's internal position for a psychiatric nurse specialized in substance abuse welfare in order to support nursing.

For the implementation of the consistent methods a plan was created and presented to the division management. On the basis of this plan the procedures can be implemented.

Key words: dual diagnosis, psychiatric, nursing, developing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	9
4	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Kaksoisdiagnoosi	10
4.2	Kaksoisdiagnoosin hoito	12
5	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
5.1	Toimintatutkimus.....	14
5.2	Aineiston keruu.....	17
5.2.1	Teemahaastattelu.....	17
5.2.2	Ryhmähaastattelu	18
5.2.3	Benchmarking	18
5.3	Sisällön analyysi	20
6	TULOKSET	23
6.1	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila.....	23
6.1.1	Hoitosuunnitelman puute	23
6.1.2	Hoidon haasteellisuus.....	24
6.2	Hoitotyön keinot	27
6.2.1	Kartoitus ja ohjaus.....	27
6.2.2	Potilaan selviytymisen tukeminen.....	28
6.3	Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen	30
6.3.1	Potilaalla on kaksoisdiagnoosi tai hän tulee päihtyneenä hoitoon	30
6.3.2	Esitiedoista ja omaisilta saaduilla tiedoilla	30
6.3.3	Kartoittamalla päihteidenkäyttöä	30
6.4	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen	31
6.4.1	Ryhmätoiminta säännölliseksi	31
6.4.2	Perhe- ja verkostotyö.....	32
6.4.3	Suunnitelmallisuus	33
6.4.4	Kaksoisdiagnoosiosaamisen vahvistaminen	34
6.5	Kehittämissuhteet yhtenäisiksi toimintatavoiksi	37
6.5.1	Hoidon suunnitelmallisuutta parannetaan	37
6.5.2	Päihdelääketieteen osaamista lisätään.....	37
6.5.3	Osastojen päihdevastaavien roolia vahvistetaan	38
6.5.4	Perhe- ja verkostotyö systematisoidaan	38
6.5.5	Ryhmätoiminnot vakiinnutetaan	38
6.5.6	Säännölliset koulutukset	39

6.5.7	Hoitotyön asiantuntijapalvelut tulosalueen käyttöön	39
7	POHDINTA.....	42
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
7.2	Tulosten tarkastelu	44
7.2.1	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila	44
7.2.2	Hoitotyön keinot	46
7.2.3	Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen.....	47
7.2.4	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen	47
7.3	Jatkotutkimusaiheet	50
8	SUUNNITELMA TOIMINTATAPOJEN KÄYTTÖÖNOTTAMISEKSI JA KEHITTÄMISTYÖN JATKUMISEKSI.....	51
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	58
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	58
	Liite 2. Tiedote tutkimukseen osallistuville hoitotyöntekijöille.....	59

1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosi viittaa monihäiriöisyyteen. Kaksoisdiagnoosi kuvaa kahden eri ongelman, mielenterveys- ja päihdeongelman, yhteisesiintyvyyttä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on kasvussa suomalaisessa terveydenhuollossa. Näin ollen on entistä tarpeellisempaa arvioida tämän, haasteelliseksi mielletyn potilasryhmän hoitoa. (Aalto 2007, 1293.) Kaksoisdiagnoosipotilaita kohdataan kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Merkittävä osa tämän potilasryhmän potilaista jää kuitenkin hoidon ulkopuolelle osittain hoidon rakenteiden, kuten hoitojonojen, maksusitoumusongelmien ja hankalien ajanvarauskäytäntöjen vuoksi, mutta myös terveydenhuollon henkilöstön asenteista johtuvista syistä. (Aalto & Vormaa 2013, 2079.)

Jotta kaksoisdiagnoosipotilaita saadaan tehokkaammin hoidon piiriin, tarvitaan hoidon laajentamista kaikilla terveydenhuoltojärjestelmän tasolla. Vakavimmissa tapauksissa kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on vaativaa ja edellyttää sekä psykiatrian että päihdehoidon osaamista. (Aalto & Vormaa 2013, 2079.) Molempien häiriöiden tunnistaminen ja riittävän varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito parantavat potilaan ennustetta. Näin toimien voidaan myös varmemmin ehkäistä näiden häiriöiden kroonistumista, mikä taas osaltaan vähentää yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. (Mikkonen 2007, 4749.) Ei myöskään voida sivuuttaa sitä, että yhtenäistämällä hoitopolkuja ja -käytäntöjä voidaan vahvistaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoyhteistyötä sekä helpottaa potilaan ja hoitotyöntekijän sitoutumista hoitoon. (Kampman & Lassila 2007, 4451.)

Oma kiinnostukseni kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa kohtaan syntyi työskennellessäni päivystyksessä psykiatrisena sairaanhoitajana. Työssäni tein havaintoja liittyen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolkuun ja hoidon pirstaleisuuteen. Lisäksi käymäni keskustelut psykiatrisilla osastoilla työskentelevien kollegoideni kanssa vahvistivat ajatustani siitä, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa tulee kehittää.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilasta ja kaksoisdiagnoosin tunnistamisesta aikuispsykiatrian osastoilla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia toiveita hoitotyöntekijöillä on kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämistä aikuispsykiatrian osastoilla ja luoda yhtenäiset toimintatavat kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Kehittämistyössä on ollut mu-

kana kaksi kertaa kokoontunut projektiryhmä, joka on antanut näkemyksensä ja mielipiteensä opinnäytetyön tuloksien pohjalta luotaviin yhtenäisiin toimintatapoihin. Opinnäytetyön toteutus pohjautui sovelletusti PEPPA-viitekehukseen, joka kuvataan kappaleessa 5. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden keskuksen sairaalan psykiatrian tulosalueen kanssa.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Päijät-Hämeen keskussairaala sijaitsee Lahdessa. Se tuottaa palveluita kaikille jäsenkunnilleen. Vuoden 2016 alusta lähtien jäsenkuntia on 14. Keskussairaalaan erikoissairaanhoidon tulosalue muodostuu konservatiivisesta, operatiivisesta, psykiatrisesta ja kuntoutuskeskuksen tulosalueesta. Keskussairaala on osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymää. (Soittu 2015.)

Psykiatrian tulosalue kuuluu keskussairaalaan erikoissairaanhoidon tulosryhmään. Se jakautuu neljään eri yksikköön. Yksiköt ovat sairaalapsykiatria, psykiatrian avohoito, lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Sairaalapsykiatrian alaisuudessa toimii aikuispsykiatrian osastot 5,6,7,8 ja 9, joihin tutkimuksiin kohdistuu. Lisäksi sairaalapsykiatrian alaisuudessa toimii hoito- ja toimenpideyksikkö, sekä yleissairaalapsykiatrian poliklinikka. (Soittu 2015.)

Osastot 5 ja 7 ovat akuuttipsykoosien hoito-osastoja. Osastot kuusi, kahdeksan ja yhdeksän ovat kuntoutusosastoja, joiden pääpainoalueena ovat psykoottistasoiset häiriöt ja vaikeoireiset krooniset psykoosit. (Soittu 2015.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilasta ja kaksoisdiagnoosin tunnistamisesta aikuispsykiatrian osastoilla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia toiveita hoitotyöntekijöillä oli kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisestä aikuispsykiatrian osastoilla ja kehittää yhtenäiset toimintamallit näiden potilaiden hoitamiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen käsitys hoitotyöntekijöillä on kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilasta?
2. Mitä hoitotyön keinoja hoitotyöntekijät käyttävät tällä hetkellä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskennellessä?
3. Miten hoitotyöntekijät tunnistavat kaksoisdiagnoosipotilaan?
4. Millaisia toiveita hoitotyöntekijöillä on kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisestä osastoilla?

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisen tavoitteena oli yhtenäisten toimintatapojen luominen aikuispsykiatrian osastoilla. Yhtenäisten toimintatapojen avulla tavoitteena oli hoidon laadun parantaminen ja tietoisuuden lisääminen. Tavoitteena oli lisäksi laatia ehdotus siitä, kuinka tämän tutkimuksen avulla luodut yhtenäiset toimintatavat otetaan käyttöön opinnäytetyön valmistuminen jälkeen.

4 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan häiriötä, jossa potilaalla esiintyy samanaikaisesti päihdehäiriö tai muu päihdeongelma ja vähintään yksi mielenterveyden häiriö. (Aalto 2007, 1293; Aalto & Vormaa 2013, 2079.) Päihderiippuvuutta ja kaksoisdiagnoosia käsittelevissä tutkimuksissa on osoitettu, että persoonallisuushäiriö on tavallisin mielenterveyshäiriödiagnoosi päihdehäiriön rinnalla. Seuraavaksi yleisimpiä ovat mielialahäiriöt, erityisesti masennus ja sopeutumishäiriö. Skitsofreenikoilla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla päihdehäiriöiden määrä on pienempi. On arvioitu, että Euroopassa 30-50 %:lla mielenterveyspotilaista on päihdeongelma (alkoholi, kannabis, lääkkeet). (Turtiainen & Kuoppasalmi 2005, 5-6; Sanchez-Pena, Alvarez-Cotoli, & Rodriguez-Solano 2012, 129.) On kuitenkin huomioitavaa, että Sanchez-Penan ym. (2012, 130) tutkimuksessa persoonallisuushäiriö kaksoisdiagnoosipotilaan ainoana mielenterveyden häiriönä oli vain 8 %:lla potilaista, mutta kun persoonallisuushäiriön rinnalla oli joku muu mielenterveyden häiriö, nousi luku 30 %:iin.

Aalto (2007, 1294) esittelee artikkelissaan Regierin ym. (1990) tekemän yhdysvaltalais-tutkimuksen, jossa todetaan, että jossakin elämänsä vaiheessa 17%:lla väestöstä todettiin päihdehäiriö. Mielenterveyshäiriötä sairastavilla potilailla sama luku oli 29%. Samassa tutkimuksessa todettiin, että skitsofreniapotilailla päihdehäiriö on 47%:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla 56%:lla potilaista. Tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosit ovat siis hyvin yleisiä. (Regier, Farmer & Rae 1990, Aallon 2007, 1294 mukaan).

Kaksoisdiagnoosi viittaa siis monihäiriöisyyteen, eli komorbiditeettiin. Kaksoisdiagnoosi-termin tilalle on ehdotettu myös muita ilmauksia, jotka kuvaavat häiriötä täsmällisemmin. Yksi tällainen on MICAA (mentally ill chemical abuser and addicted). Täsmällisempään ilmaisuun on pyritty, koska monihäiriöisyys on yleistä muutenkin kuin pelkästään päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintyvyydessä. Nämä muut ilmaisut eivät kuitenkaan ole saaneet jalansijaa. Kaksoisdiagnoosilla ei tarkoiteta päihteiden käytön aiheuttamaa lyhytaikaista mielenterveyshäiriötä, kuten esimerkiksi delirium tremens -tilaa tai vieroitusoireisiin liittyvää masennusta. (Aalto 2007, 1293-1294.)

Terveydenhuollossa kohdataan enenevässä määrin myös potilaita, joilla on kahden samanaikaisen diagnoosin lisäksi kolme tai jopa useampi samanaikainen diagnoosi. Hoi-toyksiköiden tavoista määritellä monidiagnoosipotilaat riippuu usein se, minkälaisia hoi-toikäytäntöjä- ja paikkoja on tarjolla. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 124.)

Alkoholisteista 30-60 %:lla on merkittävä masennus ja masennuspotilaista 10-30 %:lla on päihdeongelma (Mikkonen 2007, 4747). Sairaalahoidojen määrä, joissa potilaalla on huumausainediagnoosi ja joku muu psykiatrinen diagnoosi, on noussut 30 %:lla vuosien 1987-2002 välisenä aikana. Tämä tutkimustulos heijastaa hyvin todennäköisesti sitä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä ja hoidon tarve tulee kasvamaan edelleen. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1676.)

Molempien häiriöiden tunnistaminen ja riittävän varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito pa-rantavat potilaan ennustetta. Näin toimien voidaan myös varmemmin ehkäistä näiden häi-riöiden kroonistumista, mikä taas osaltaan vähentää yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuk-sia. (Mikkonen 2007, 4749.) Mielenterveyspalveluissa kyetään rajallisesti tunnistamaan potilaiden päihdeongelmia (Järvenkylä ym. 2009, 15). Päihdeongelman tunnistamiseen on kehitetty mittareita. Alkoholien ongelmakäyttöä mittaava AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) on alkoholien käytön yleisyyden vuoksi testi, joka tulisi tehdä kaikille psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oleville potilaille. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttöä mittaamaan on kehitetty DAST-20-kysely (Drug Abuse Screening Test). (Aalto & Vormaa 2013, 2079.) Toisaalta myös päihdeongelman tunnis-tamisen jälkeen ongelmaksi muodostuu yhtenäisen toimintamallin puute (Järvenkylä ym. 2009, 15).

Vaikka alkoholi on edelleen yleisin päihde Suomessa, yhä useampi henkilö on myös käyt-tänyt laittomia huumeita. Myös monipäihteisyys on yleistä alle 35-vuotiaissa potilaissa. Vakavista päihdeongelmista kärsivien ihmisten keskuudessa psykiatrinen sairastaminen on merkittävästi suurempaa muuhun väestöön verrattaessa. Alkoholien käyttävät ihmiset asioivat useimmin terveyskeskuksissa, kun taas huumeiden käyttäjät ohjautuvat päihde-huollon erityispalveluihin ja psykiatrisen poliklinikoille. (Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vormaa & Ronkainen 2014, 273-275.)

4.2 Kaksoisdiagnoosin hoito

Samanaikainen häiriöiden esiintyvyys tekee potilaiden hoidosta haasteellista, koska usein potilailla on heikko hoitomotivaatio ja toisaalta tehokkaat hoitomenetelmät puuttuvat tai niitä käytetään vähän. On myös tutkittu, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoito muodostuu monimutkaisemmaksi, koska potilailla on enemmän fyysisiä, fysiologisia, perinnöllisiä ja sosiaalisia ongelmia, kuin potilailla, joilla on pelkästään alkoholi-ongelma. (Alkoholi-ongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2009; Sanchez-Pena ym. 2012, 129.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa voidaan kuvata peräkkäisenä (= sarjoittainen, jaksoittainen), rinnakkaisena ja integroituna hoitona. Peräkkäisessä hoitomallissa mielenterveyshäiriötä ja päihdehäiriötä hoidetaan kumpaakin omana häiriönään eri paikoissa ja palveluiden välillä on vähän yhteydenpitoa. (Turtiainen & Kuoppasalmi 2005, 6.) Tässä hoitomallissa toisen ongelman hoito alkaa vasta sitten, kun toisen hoidossa on päästy riittävän hyvään tulokseen. Rinnakkaisessa hoitomallissa molempia häiriöitä hoidetaan samaan aikaan, mutta eri paikoissa. Kummankin mallin ongelmaksi on osoittautunut yhteydenpidon vähyden lisäksi yhteisten toimintatapojen löytyminen. (Aalto 2007, 1295.)

Tutkimukset osoittavat, että kaksoisdiagnoosin integroitu hoitomalli on tehokas ja potilastyytyväisyyttä kohottava hoitomalli (Shulte, Meier & Stirling 2011, 10; Wadell & Skärsäter 2007, 1135). Integroidussa hoitomallissa sama taho hoitaa molempia ongelmia. Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiagnoosipotilaan molempia häiriöitä arvioidaan kokonaisuutena ja molempia hoidetaan samanaikaisesti. Integroitu hoito ei ole hoitomuoto, vaan se on viittaus tavasta, jolla kaksoisdiagnoosipotilaan hoito järjestetään. (Aalto 2007, 1296.) Wadell ja Skärsäter (2007) ovat tutkimuksessaan tulleet tulokseen, että samanaikainen masennuksen ja päihdeongelman hoito vähentää molempien ongelmien vakavuutta ja parantaa ennustetta. (Wadell & Skärsäter 2007, 1135.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden tyytyväisyyttä tähän hoitomalliin on tutkittu. Shulten ym. (2011) tekemästä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi, että suurin osa potilasta on tyytyväisiä saamaansa integroituun hoitoon, kun hoitoa ja hoitoon tyytyväisyyttä verrataan sellaiseen hoitoon, jossa hoidetaan vain toista häiriötä. Hoitomuotojen hyödyllisyyttä pohtivissa keskusteluissa integroitu hoitomalli nousee suosituimmaksi. (Shulte ym. 2011, 8-12.)

Motivoiva haastattelu on todettu hyväksi hoitokeinoksi. Sen avulla on mahdollista käsitellä muun muassa potilaan ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita, jotka usein estävät hänen sitoutumista hoitoon. Tämän hoitotavan tavoitteena on lisätä potilaan muutosvalmiutta ja puhua muutoksen puolesta. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2064.)

Motivoivan haastattelun ohella myös vertaistoiminnan on koettu monella tapaa auttavan kuntoutumisprosessissa. Toiminta vahvistaa kokemusta ja ymmärrystä sen suhteen, että kukaan ei ole yksin mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamien vaikeuksien kanssa. Keskustelut vertaisten kanssa antavat parhaassa tapauksessa toivoa selviytymisestä ja luovat hyvää ilmapiiriä toipumiselle. Ne myös auttavat ymmärtämään sairauden kanssa pärjäämisen merkitystä ja antavat tietoa siitä, kuinka ja miten toinen kuntoutuja on selviytynyt ongelmistaan. (Salo 2010, 60.)

Mielenterveys- ja päihdetyön nykyisen kehittämisen aikana näiden kahden erikoisalan vastakkainasettelu on vähentynyt. Nähdään, että palvelujen integraatio on yleisesti hyväksytty toimintatapa. Kuitenkaan pelkkä hallinnollinen integraatio ei riitä. Tarvitaan palveluja käyttävän henkilön näkemys palveluiden kehittämiseen. Ilman tätä integrointi jää helposti asiakkaan omaksi tehtäväksi. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, 23.)

Hoidon jatkuvuus, hyvä yhteistyö potilaan kanssa sekä potilaan motivointi ja sitouttaminen hoitoon tulee ottaa huomioon kaikissa hoitomuodoissa. Hoidossa keskeisiä seikkoja ovat tiedon antaminen sekä keskustelu. Lisäksi toiminta-, yksilö-, ryhmä-, pari-, perheterapian merkitys korostuu. (Alkoholi-ongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2009.)

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön työn kehittämisen tueksi. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- tai kehittämisprojekti, jolla pyritään suunnittelemaan ja kokeilemaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus pyrkii myös tuottamaan käyttökelpoista ja käytännönläheistä tietoa. (Heikkinen 2010, 16-17, 19.) Opinnäytetyöni menetelmälliseksi lähtökohdaksi sopi hyvin toimintatutkimus, koska tarkoituksena oli luoda yhtenäiset toimintatavat kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon helpottamaan hoitotyön arkea ja parantamaan kyseisen potilasryhmän hoidon laatua.

Opinnäytetyön toteutuksessa apuna käytettiin sovelletusti PEPPA-viitekehystä (PEPPA = Participatory E-based Patient-focused Process for Advanced practice nursing). PEPPA-viitekehystä voidaan kuvata yhdeksänvaiheisena prosessina. (Viitekehys ja opinnäytetyön koko prosessi on kuvattu sivulla 22, KUVIO 2). PEPPA-viitekehysten tarkoituksena on tukea potilaskeskeistä ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tässä viitekehyksessä tuetaan myös hoitotyön kliinisen asiantuntijan roolia hoitotyön kehittäjänä. PEPPAn avulla voidaan tarkastella sitä, kuinka hoitotyön kliininen asiantuntija kehittää näyttöön perustuen tietyn potilasryhmän hoitotyötä. (Heikkinen 2012, 38-39.) Tässä opinnäytetyössä toteutuivat selkeästi PEPPA:n vaiheet yhdestä kuuteen. Vaihe yksi toteutui itsenäisenä, vaiheet kaksi ja kolme yhdistettiin, samoin vaiheet neljä ja viisi. Vaihe kuusi toteutui jälleen itsenäisenä. PEPPAn vaiheet seitsemän, kahdeksan ja yhdeksän toteutuvat kehitystyön seuraavassa vaiheessa, eli opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Toimintatutkimus nähdään usein syklinä, johon kuuluu eri vaiheita. On rakentava eli konstruoiva vaihe ja rekonstruoiva vaihe. Konstruoivaan vaiheeseen kuuluu uuden rakentamista ja tulevaisuuteen suuntaavaa toimintaa. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski. 2010, 79.) Tämän opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila ja hoitotyöntekijöiden toiveita hoidon kehittamisestä. Tämä toteutui ryhmähaastatteluna 24.2.2016 Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian tulosalueen neuvotteluhuoneessa. Nauhoitin haastattelun kahdella eri nauhoitustavalla (digitaalisella sanelukoneella ja älypuhelimella) minimoiden näin teknisen virheen todennäköisyyttä. Ryhmähaastatteluun pyysin osallistumaan jokaisen aikuispsykiatrian osaston hoitotyöntekijöitä (sairaanhoitajia tai lähihoitajia). Pyysin jokaiselta osastolta sekä päihdevastaavan

hoitotyöntekijän, että hoitotyöntekijän, jonka vastuualueena ei ole päihdehoitotyö. Haastattelussa käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua (LIITE 1).

Toisessa ja kolmannessa PEPPAn vaiheessa tunnistettiin projektiin liittyvät avainhenkilöt. Näille henkilöille annettiin mahdollisuus vaikuttaa, oppia, jakaa tietoa ja työskennellä uuden toimintamallin kehittämistyössä. Tässä ryhmässä Heikkisen (2012) mukaan voi tutkijan itsensä lisäksi olla mukana hoitotyöntekijöitä, hoitotyön esimiehiä sekä hoitotyöhön osallistuvia lääkäreitä. (Heikkinen 2012, 40.) Kutsun avainhenkilöitä tässä opinnäytetyössä projektiryhmäksi. Projektiryhmä oli mukana uuden yhtenäisen toimintamallin suunnittelussa ja arvioinnissa. Projektiryhmään kutsuin kaikkien aikuispsykiatrian osastojen osastonhoitajat, tulosalueen ylihoitajan, tulosalueen ylilääkärin sekä jokaiselta osastolta hoitotyöntekijän. Haastattelun tulokset esiteltiin toisessa ja kolmannessa vaiheessa projektiryhmälle. Tavoitteena oli, että projektiryhmän kanssa laadittiin tuloksiin perustuen ehdotus yhtenäisiksi toimintatavoiksi.

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus luoda kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon yhtenäiset toimintatavat ja samalla ehdotus siitä, kuinka ne otetaan käyttöön varsinaisen opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Heikkisen ym. (2010) mukaan rekonstruoivassa vaiheessa rakennettua mallia arvioidaan ja havainnoidaan. Toimintatutkimus voidaan myös kuvata spiraalina, jossa suunnitelma johtaa toimintaan ja reflektointiin ja edelleen parannettuun suunnitelmaan ja taas sen reflektointiin. (Heikkinen ym. 2010, 79.)

Esittelin ensimmäisessä projektiryhmän kokouksessa 1.6.2016 tutkimukseni tulokset ja benchmarking-vierailuista laatimani yhteenvedon (kappale 5.2.3). Tässä tapaamisessa jokaisella projektiryhmän jäsenellä oli mahdollisuus kommentoida tuloksia ja benchmarking-yhteenvedoa. Projektiryhmä esitti mielipiteitä ja uusia näkemyksiä. Näiden mielipiteiden, haastattelujen tulosten ja benchmarking-esimerkkien avulla laadin suunnitelman uudesta toimintatavasta. Uusi toimintatapa perustui siis haastattelujeni tuloksiin ja projektiryhmän kokouksissa pohdittuihin asioihin ja ryhmän sekä psykiatrian tulosalueen asettamiin reunaehtoihin.

Neljännessä ja viidennessä vaiheessa esiteltiin projektiryhmälle ensimmäisen kokouksen yhteenvedo. Tämä toteutui projektiryhmän toisessa kokouksessa 5.10.2016. Yhteenvedo oli samalla yhtenäinen toimintatapa, joka oli opinnäytetyöni tavoitteena. Projektiryhmä

oli mukana uuden yhtenäisen toimintatavan suunnittelussa ja arvioinnissa. Tässä kokouksessa (5.10.2016) projektiryhmä kertoi näkemyksensä siitä, onko luotu malli kelvollinen. Projektiryhmän jäsenille, samoin kuin koko tulosryhmän henkilökunnalle, tiedotettiin kehittämistyöstä etukäteen. Kävin esittelemässä tutkimukseni suunnitelmaa yhtä osastoa lukuun ottamatta kaikilla aikuispsykiatrian osastoilla. Tälle yhdelle osastolle ei aikataulullisesti sopinut vierailuni. Tiedottamisen tavoitteena tulee olla se, että kaikki henkilöt, joita kehittämistyö tulee mahdollisesti koskettamaan, ovat tietoisia siitä, mitä kehitetään ja miksi (Sarajarvi, Mattila & Rekola 2011, 133).

Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa ei ole perinteinen tutkijan rooli. Toimintatutkimuksessa tutkija nähdään ennemminkin muutoksen mahdollistajana, kuin niinkään perinteisenä asiantuntijana, joka tutkii tiettyä aihetta. Toimintatutkimuksessa tutkija auttaa tutkimukseen osallistujia ja tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä ongelman määrittelyssä ja tukee heidän toimintaansa kohti tehokasta ongelmanratkaisua. (Stringer 2007, 24.)

Kuudennessa vaiheessa, tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti, laadittiin suunnitelman uusien toimintatapojen käyttöönotosta ja kehitystyön jatkumisesta. Projektiryhmä ei ollut osallisena tämän suunnitelman laadinnassa. Esittelen tutkimustulokset tutkimuskysymyksittäin ja kehittämisehdotukset yhtenäisiksi toimintatavoiksi, jotka loin haastattelujen tulosten ja projektiryhmän lausuntojen pohjalta.

Hain opinnäytetyölleni tutkimusluvan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän lupahakemuksella. Lähestyin jokaisen aikuispsykiatrian osaston osastonhoitajaa sähköpostilla, jossa kerron tutkimuksestani. Pyysin lupaa käydä osastolla esittelemässä työtäni ja samalla kysymässä hoitotyöntekijöiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. Laadin myös kirjallisen tiedotteen (LIITE 2) jonka lähetin tutkimukseen osallistuville hoitotyöntekijöille. Tässä tiedotteessa pyysin lomakkeen vastaanottajaa osallistumaan haastatteluun. Haastattelutilanteessa, ennen haastattelua, alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus pyytää vielä jokaiselta osallistujalta allekirjoitus ”tietoinen suostumus”- kaavakkeeseen, jossa osallistuja vakuuttaa ymmärtävänsä osallistumisensa vapaaehtoisuuden ja sen, että hän voi koska tahansa kieltäytyä osallistumisesta. Tämän kaavakkeen käyttöön en kuitenkaan saanut lupaa tutkimusluvan myöntäjältä, joten siitä luovuttiin ja asia tiedotettiin suullisesti kahteen kertaan tutkimukseen osallistujille.

5.2 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa paljon käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä ovat muun muassa haastattelu ja kysely (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tässä tutkimuksessa käytin tiedonhankintamenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua, jonka toteutin ryhmähaastatteluna.

Haastattelu on hyvä tapa kerätä tietoa tutkittavasta aiheesta. Ennen haastattelua on syytä kertoa haastateltaville aiheesta. Haastattelun onnistumista edesauttaa se, että haastateltavilla on tieto haastatteluun osallistumisesta. Haastattelusta etukäteen sopiminen on suotavaa ja se edesauttaa haastattelujen toteutumista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.) Lähtökohtaisesti kaikessa tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa. On tuotava esille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimukseen osallistuvilta edellytetään suostumus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 25.) Haastattelutilan tulee olla rauhallinen, jotta haastattelija kykenee luomaan hyvän suhteen haastateltavaan (Hirsjärvi & Hurme 2004, 74).

Tutkimushaastattelumenetelmissä on eroja. Erot muodostuvat sen perusteella, millä tavalla haastattelukysymykset ovat muotoiltu ja myös siten, millä tavalla tutkija jäsentää itse haastattelutilannetta. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 43.) Haastattelin tätä tutkimusta varten kahdeksaa hoitotyöntekijää 24.2.2016 Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

5.2.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu kysely, joka etenee aiemmin tutkitun tiedon perusteella laadittujen teemojen, eli tutkimustehtävien mukaisesti. Teemahaastatteluun tulee valita sellaiset henkilöt, jotka tietävät tutkittavasta aiheesta mahdollisimman paljon, koska laadullisessa tutkimuksessa ei ylipäättään ole tarkoitus yleistää asioita. Tutkijan tehtävänä on määritellä haastatteluun soveltuvien henkilöiden sopivuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77, 86.)

On siis tärkeää, että haastateltavat ovat kokeneet sen aiheen tai tilanteen, jota ollaan tutkimassa. Tutkijan tulee selvittää tutkittavan ilmiön rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta, jotta hän pystyy laatimaan haastattelurungon. Haastattelu etenee keskeisten tee-

mojen varassa ja kysymyksissä ei ole esimerkiksi lomakehaastatteluun verrattavia tarkkoja kysymysmuotoja. Näin ollen tutkittavien ääni tulee kuulluksi paremmin, koska haastattelutapa huomioi haastateltavien kokemukset, tulkinnat ja merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47-48.)

5.2.2 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto. Tällä haastattelutavalla saadaan tietoa usealta henkilöltä samaan aikaan. Ongelmaksi voi muodostua ryhmässä oleva dominoiva henkilö, joka pyrkii ohjaamaan keskustelun suuntaa. Toisaalta ryhmä voi myös auttaa, jos kyseessä on esimerkiksi muistinvarainen asia tai jos jokin kysymys ymmärretään väärin. Ryhmä voi myös estää jonkin kielteisen asian tai kannan esille nousemisen. Nämä seikat tulee huomioida tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä luotaessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 210-211.) Ryhmähaastattelun merkitys korostuu, kun halutaan selvittää sitä, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan tutkittavaan asiaan tai ilmiöön. Ryhmähaastattelu tulee tallentaa analyysiä varten. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 61-63.)

Tämän opinnäytetyön ryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan hoitotyöntekijää. Haastatteluja oli yksi. Haastattelu järjestettiin 24.2.2016 psykiatrian tulosalueen neuvotteluhuoneessa kaikkien tutkimukseen osallistuvien työajalla. Ryhmähaastattelun etuna on se, että parhaimmillaan se tukee väärinymmärrysten korjaamisessa ja asioiden muistamisessa, sekä mahdollistaa asioiden, myös arkojen, esille ottamisen yksilöhaastattelua paremmin. Ryhmähaastattelussa saattaa nousta esille hallitseva persoona, joka pyrkii ohjaamaan keskustelun etenemistä. (Hirsjärvi ym. 2010, 205-206; Hirsjärvi & Hurme 2004, 63.) Ryhmähaastattelun alussa haastateltavat olivat vähäpuheisempia, mutta haastattelun edetessä keskustelun määrä lisääntyi. Ryhmässä ei ollut keskustelua hallitsevaa tai johtavaa persoona ja jokainen haastateltava sai puheenvuoron. Haastattelu ei keskeytynyt kertaakaan, eikä neuvotteluhuoneen ulkopuolelta kantautunut haastattelua häiritseviä ääniä.

5.2.3 Benchmarking

Englanninkielinen termi benchmarking määritellään eri tavoin ja siksi sillä on monia suomennuksia. Termi viittaa analyysimenetelmään ja sen suomennukseksi on ehdotettu tästä johtuen muun muassa esikuva-analyysiä, vertailuanalyysiä ja valioanalyysiä. Benchmar-

king-termistä on käytetty myös suomenkielisiä termejä, kuten vertailujohtaminen, vertailukehittäminen, poikittaisvertailu ja kumppanuusvertailu. (Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 13.)

Benchmarking mahdollistaa eri toimintayksiköiden vertailun omaan toimintayksikköön. Tästä vertailusta muodostuu tietoa, jota voidaan hyödyntää oman yksikön toiminnan vaikuttavuuden mittaamisessa. Useissa yksiköissä on kehitetty malleja, joista muutkin yksiköt voisivat hyötyä, mutta mallien leviäminen on haasteellista johtuen puutteellisista leviämismekanismeista. (Perälä ym. 2007, 11-12.)

Benchmarking on jatkuva ja järjestelmällinen prosessi, jolla pyritään tunnistamaan ja löytämään parhaat menetelmät ja toimintatavat. Se on myös tapa, jolla voidaan määritellä oman organisaation menestyksen kannalta tärkeitä asioita. (Niva & Tuominen 2005, 5.)

Tässä työssä tein, haastattelujen ja aineiston analysoinnin jälkeen, kaksi benchmarking-vierailua päihdepsykiatrian osastoille. Haastattelin molempien osastojen osastonhoitajia. Otin heihin yhteyttä kevättalvella 2016 ja sovin tapaamiset. Valmistelin kysymysrungon, jonka pohjalta haastattelin osastonhoitajia. Mielenkiinnon kohteena oli osaston jokapäiväiset rutiinit. Benchmarking-vierailujen yhteenveto esitellään tämän kappaleen (5.2.3) lopussa. Kuten Perälä ym. (2007) tuovat esille, toimintayksiköiden välisessä vertailussa (benchmarking) tarkastellaan oman yksikön sijoittumista muiden vastaavanlaisten yksiköiden joukossa (Perälä ym. 2007, 13). Kozakin (2004) mukaan benchmarkingilla haetaan vastauksia siihen, mitä omassa organisaatiossa tehdään ja mitä muissa organisaatioissa tehdään. Lisäksi haetaan vastauksia kysymyksiin kuinka ja miksi. Benchmarking on yksinkertainen tapa verrata organisaatioiden välisiä tilanteita. (Kozak 2004, 96.)

Molemmilla osastoilla korostettiin yksilöllisen hoitosuunnitelman merkitystä. Potilaiden ryhmätoiminnot olivat isossa roolissa. Lähtökohtaisesti kaikki potilaat osallistuivat psykoedukaatioryhmään, jossa annettiin tietoa ja ohjausta mielenterveysongelmista. Lisäksi ryhmätoimintoina olivat DKT (dialektinen käyttäytymisterapia) sovellettuna kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon sekä liikunta- ja rentoutusryhmät. Psykoottisille potilaille oli tarjolla luovaa ryhmätoimintaa. Päihteidenkäyttö kartoitettiin kaikilta potilailta ja omahoitajakeskusteluissa paneuduttiin tarkemmin muun muassa potilaan voimavaroihin ja motivoitiin päihteettömyyteen. Osastoilla oli käytössä joko yksilövastuullinen hoitotyö tai jokaisessa vuorossa jokaisella potilaalla oli omahoitaja. Tämän lisäksi potilailta otettiin

huumeseula heti tulovaiheessa, viikon hoidon jälkeen ja liikkumisvapauksien myöntämisen jälkeen. Osastoilla oli käytössä hoitosopimuskaavake, jota kuitenkin ei pidetty ehdottomana sopimuksena, vaan ennemminkin muistilappuna potilaalle ja laadunvarmistustyökaluna henkilökunnalle. Kaavakkeesta sekä hoitohenkilökunta, että potilas pystyivät lukemaan, mitä hoidon suhteen oli sovittu.

Molemmilla osastoilla korostettiin hoidon jatkuvaa suuntausta osaston ulkopuolelle. Jatkohoitosuunnitelmat laadittiin pian osastohoidon alussa. Lisäksi perhe- ja verkostotyö olivat merkittävässä roolissa ja kaikkien potilaiden perhettä ja verkostoa pyrittiin tapamaan osastohoidon aikana. Potilas sai itse nimetä verkoston, eikä verkostoa ajateltu hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.

Henkilökunnan koulutus koettiin molemmilla osastoilla tärkeäksi. Motivoivan haastattelun koulutus, DKT ja dialogiin perustuvat koulutukset olivat toteutuneet ja suunnitelmissa oli jatkaa myös näitä.

5.3 Sisällön analyysi

Aineistolähtöinen analyysi pyrkii siihen, että aineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Sisällön analyysissä aineisto aukikirjoitetaan sanasta sanaan.

Kuuntelin haastattelun useita kertoja läpi ennen aukikirjoittamista. Luin aukikirjoitettua haastattelua useaan kertaan. Aukikirjoittamisen jälkeen aineistoa olisi hyvä lukea läpi useita kertoja, jotta se tulisi tutuksi ja jotta se olisi helpompi pitää hallinnassa itse analysointivaiheessa (Hirsjärvi & Hurme 2004, 143). Aukikirjoittamisen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja muodostetaan teoreettiset käsitteet. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuskysymysten mukaisesti aineistosta esiin nostettuja alkuperäisilmaisuja pelkistetään. Aineistoa ryhmiteltäessä kerätään yhteen samankaltaiset ilmaukset, joille kehitetään yhteinen kuvaava nimike. Tällä saavutetaan aineiston tiivistyminen, koska yksittäiset tekijät kootaan yleisimpien käsitteiden alle. Pelkistyksistä kootaan alaluokat, alaluokista mahdolliset yläluokat ja yläluokista mahdolliset pääluokat. Näin toimien tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-112.)

Alleviivasin aineistosta tutkimustehtävääni vastaavia ilmaisuja. Käytin eri värejä vastaamaan eri tutkimustehtäviä. Tällä tavoin sain vastaukset esiin selkeämmin. Tämän jälkeen etsin tekstistä alkuperäisilmaisuja, jotka listasin erilliselle paperille tutkimustehtävittäin. Tämän vaiheen jälkeen aloitin aineiston pelkistämisen. Pelkistettyjen ilmausten pohjalta laadin alaluokat jokaiselle tutkimustehtävälle. Alaluokista muodostin yläluokat yhtä tutkimustehtävää lukuun ottamatta.

Tämän opinnäytetyön ensimmäisen tutkimustehtävän alle muodostui viisi (5) alaluokkaa ja kaksi (2) yläluokkaa ja toisesta tutkimustehtävästä neljä (4) alaluokkaa ja kaksi (2) yläluokkaa. Kolmannesta tutkimustehtävästä ei muodostunut yläluokkia. Alaluokkia muodostui kolme (3). Neljännessä tutkimustehtävästä muodostui kaksitoista (12) alaluokkaa ja neljä (4) pääluokkaa. Luokkien muodostuminen kuvataan tulososiossa jokaisen tutkimustehtävän jälkeen.

Alkuperäinen ilmaisu:

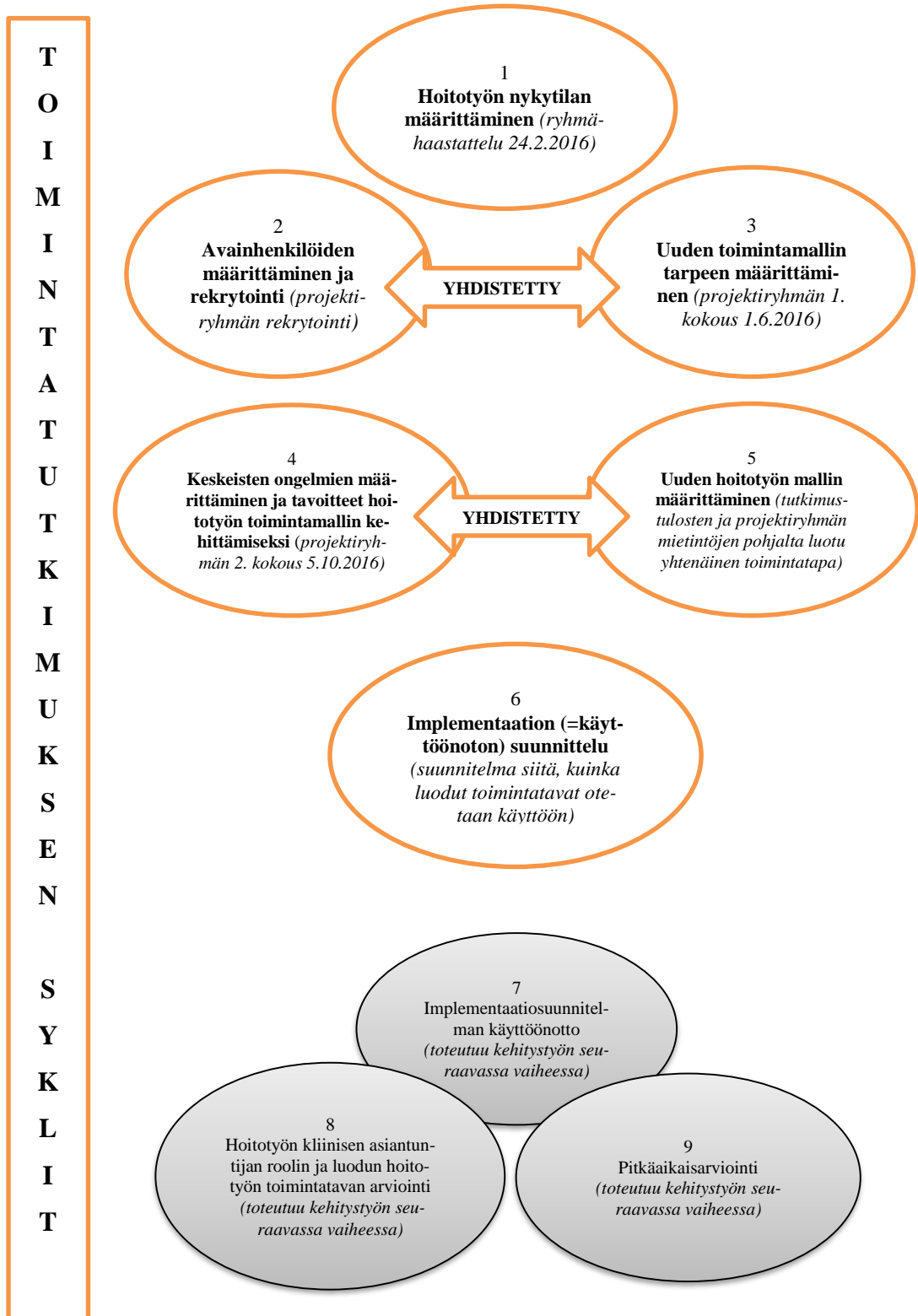
” No mun mielestä se on sellainen potilas, jolla on esimerkiksi kun nyt on päihdeistä kyse, niin sillä on päihdediagnoosi tehty, tai ainakin sanotaan, että sillä pitäisi olla tehty päihdediagnoosi ja sitten sillä on mielenterveyspuolen diagnoosi olemassa ”



Pelkistetty ilmaisu:

Päihde- ja mielenterveysdiagnoosi on olemassa.

KUVIO 1. Esimerkki alkuperäisen ilmaisuuden pelkistämisestä tässä opinnäytetyössä



KUVIO 2. Toimintatutkimusprosessin eteneminen PEPPA-viitekehystä soveltaen (Heikkinen 2012 mukailleen, 39)

6 TULOKSET

Esittelen haastattelujen tulokset tässä kappaleessa tutkimuskysymyksittäin edeten alaluokista yläluokkiin ja niiden sisältöön. Tulokset on otsikoitu yläluokkien mukaisesti kaikissa muissa, paitsi kolmannessa tutkimuskysymyksessä, jossa jäätiin alaluokkatasolle. Alaluokkien otsikot ovat esillä lihavoidulla ja kursivoidulla tekstillä. Tulososiossa on autenttisia alkuperäisilmauksia helpottamassa aineistoon perehtymistä ja selventämässä luokittelu syntyä ja lähtökohtia. Jokaisen tutkimustuloksen jälkeen esittelen yksityiskohdaisemmin luokittelun muodostumisen.

6.1 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilan kuvaus muodostui seuraavista kokonaisuuksista: hoitosuunnitelman puute ja hoidon haasteellisuus.

6.1.1 Hoitosuunnitelman puute

Vastaajien mielestä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta puuttui yhtenäinen toimintatapa, mikä johti siihen, että hoitotyötä tehtiin parhaaksi katsomalla tavalla ilman, että toiminnan tukena oli riittävää ohjaavaa hoitosuunnitelmaa. Lisäksi koettiin, ettei osastoilla mielellään yhdistetä mielenterveys- ja päihdehoitoa, vaikka se vastaajien mukaan koettiin tärkeäksi.

”... että ei hirveen mielellään lähetä siihen sotkemaan niinku kahta kuntoutusta periaatteessa yhteen...”

”... jokainen vähän tekee sen minkä niinku parhaaksi näkee...”

Hoitotyöntekijät kokivat myös, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoito ei ole suunnitelmallista. Koettiin, että hoidolla ei ole tavoitteita. Hoitostruktuurin puute herätti vastaajissa ristiriitaisia ajatuksia ja ärtymystä hoitoon liittyen. Myös suoranaista epä tietoisuutta koettiin sen suhteen, mitä hoidolla tavoiteltiin ja epä tietoisuuden koettiin heijastuvan myös potilaisiin aiheuttaen myös heissä epä tietoisuutta.

”... semmonen vähän epämääräinen olo mun mielestä voi jäädä niinku hoitajana siitä, että mitä tällä hoidolla tavoitellaan...”

”... itelle tulee siinä olo niinku että semmonen ehkä jonkinlainen struktuurin puute sitten kun siinä taas jotkut sitten... tai jos päihderiippuvaista hoidetaan bentsoilla ja tämmöstä näin, mitkä on taas sitten omiaan herättämään niitä sellaisia eriäviä kokemuksia ja ristiriitaisia ajatuksia ja ärtymistä ehkä liittyen siihen hoitoon...”

6.1.2 Hoidon haasteellisuus

Vastaajat nostivat esille hoitotyöntekijöiden negatiiviset asenteet. Koettiin, että monia hoitotyöntekijöitä ärsyttää, kun sama potilas tulee hoitoon kerta toisensa jälkeen. Myös päihdepotilaiden persoonallisuuden ongelmien koettiin aiheuttavan asenteellisuutta hoitotyöntekijöissä. Esille nousi myös se, että hoitotyöntekijöillä on ennakkoasenteita liittyen potilaan motivaatioon olla ilman päihteitä. Lisäksi koettiin, että harva hoitotyöntekijä tuntee niin sanottua kutsumusta hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita.

”... päihdeongelmaisista aika usein tulee tämmönen niinku ennakkoasenne, että ei halua siitä päihteiden käytöstä eroon, niin se on varmaan sellainen suuri... ennakkoasenne...”

”... kun mä tiedän, että kaikki ei välttämättä ehkä sitten niin tunne kutsumusta ehkä niinku hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita...”

Tutkimuksessa nousi esille myös hoitotyöntekijöiden turhautuminen. Turhautumista koettiin silloin, kun potilaalla ei ollut motivaatiota jättää päihteitä. Lisäksi koettiin, että päihdepotilaat ”vedättävät” hoitohenkilökuntaa ja toisia potilaita. Vastaajat kokivat, että toisten (ei päihdepotilainen) hoitaminen on hankalaa, kun osastolla on samaan aikaan päihdepotilaita.

”... et ihan tässä meitä vedätetään koko ajan...”

”... kyllä potilailta on aika olemista kun niillä on vähän erilaisia persoonia näillä, keillä on molemmat, eli kaksoisdiagnoosi, niin kyllä sitten, kun se

vointi rupee koostumaan, niin kyllä siinä selkeesti tulee enemmän sellaista hyväksikäyttöä...”

Vähäiset resurssit koettiin myös hoitotyön haasteellisuutta lisäävänä tekijänä. Hoitajien määrä koettiin vähäiseksi ja resurssit riittämättömiksi.

”... raha ja liian vähän työntekijöitä...”

”... hoitajiakin vähennetään koko ajan, et mistä riittää ne resurssit hoitaa näitä potilaita...!”

TAULUKKO 1. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Osastolla ei mielellään yhdistetä kahta hoitoa - Ei sapluunaa hoidossa - Jokainen tekee minkä parhaaksi katsoo 	<i>HOIDOSTA PUUTTUU YHTENÄINEN TOIMINTATAPA</i>	HOITOSUUNNITELMAN PUUTE
<ul style="list-style-type: none"> - Hoidolla ei ole tavoitetta - Epätietoisuus siitä, mitä hoidetaan - Hoito ei ole aina suunnitelmallista - Struktuurin puute, joka herättää ristiriitaisia ajatuksia ja ärtymystä 	<i>HOITO EI OLE SUUNNITELMALLISTA</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Monia ärsyttää, kun sama potilas tulee uudestaan - Ennakoasenne potilaan motivaatioon liittyen - Kutsumusta kaksoisdiagnoosin hoitoon ei tunneta - Persoonuongelmat aiheuttavat asenteellisuutta 	<i>NEGATIIVISET ASEENTEET</i>	HOIDON HAASTEELLISUUS
<ul style="list-style-type: none"> - Turhautumista hoitajissa, kun potilaalla ei ole motivaatiota olla ilman päihkeitä - Päihdepotilaat vedättävät koko ajan - Yhteisöllisesti aika haasteellista hoitaa samalla osastolla 	<i>TURHAUTUMINEN</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajia on liian vähän - Resurssit ei riitä 	<i>VÄHÄISET RESURSSIT</i>	

6.2 Hoitotyön keinot

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa nykyään käytettävistä hoitotyön keinoista muodostui kaksi yläluokkaa; kartoitus ja ohjaus sekä potilaan selviytymisen tukeminen.

6.2.1 Kartoitus ja ohjaus

Hoitotyöntekijät kokivat, että päihteen käytön kartoitus erilaisia keinoja hyödyntäen on yksi hoitotyön keinoista. Huumeseulat, puhallus- ja verikokeet ovat käytössä. Lisäksi seurattiin varsinkin hoidon alussa mahdollisia kehittyviä vieroitusoireita ja ylipäätään potilaan vointia. AUDIT-, DAST- ja LIE-BET- testit kuuluivat hoitotyöntekijöiden keinoihin. Hoitotyöntekijät kartoittivat potilaiden päihteenkäyttöä paitsi testien, myös yksilöllisten haastattelujen avulla. Internetin palvelutarjontaa hyödynnettiin muun muassa päihteen käytön kartoituksessa. Mielenterveystalo ja Päihdelinkki nousivat esille vastauksissa.

”... otetaan jonkin verran seuloja ja puhallutetaan... tai sitten verikokeita-kin joskus”

”... hoidon alkuvaiheessa varmaan se vieroitusoireiden muutenkin kattaminen ja se että ei mee deliriumiin... semmosta seuranta aluksi...”

”... kysytään päihteen käytöstä...”

Vastaajat totesivat, että hoitotyön keinona oli myös ohjaus ja neuvonta. Potilaille annettiin tietoa päihteen vaikutuksesta psyykkiseen vointiin ja potilaiden kanssa käytiin läpi päihde- ja mielenterveyteen liittyviä asioita sekä pyrittiin motivoimaan potilasta tiedonannon yhteydessä. Näiden lisäksi hoitotyöntekijät laativat potilaiden kanssa ennakoitavia liittyen päihteistä kieltäytymiseen esimerkiksi kotijaksolla. Asioiden kirjaamista ylös (fläpittäminen, paperille kirjoittaminen) käytettiin keinona, samoin päihdetyökirjaa ja verkostokarttaa. Myös varo-oireita läpikäytiin potilaiden kanssa ja laadittiin tarkkoja kotijaksosuunnitelmia.

”... annetaan tietoa niinku siitä, että mitä päihheet niinku aiheuttaa sille voinnille...”

”... kotijaksosuunnitelmat aika tarkkoja, mitä tekee, mihin menee ja kuinka välttää just sen, että ei joudu baariin...”

6.2.2 Potilaan selviytymisen tukeminen

Hoitotyöntekijät nostivat esille perhe- ja verkostotyön hoitotyön keinona. Perheet otettiin mukaan hoitoon aikaisempaa enemmän ja perheiden mukana oloa pyrittiin edelleen lisäämään. Perhetyöhön oli laadittu malli, jonka mukaan perheitä tavattiin hoidon aikana. Lisäksi avohoidon toimijoiden kanssa pidettiin yhteispalavereita. Verkostokartta mainittiin välineenä, jolla potilaan verkostoa kartoitettiin.

”... yhteispalavereita avopuolen kanssa...”

”... ehkä enemmän otetaan nykyään perheitä mun mielestä...”

”... pyritään perheet ottamaan mukaan...”

Hoitotyöntekijät kokivat, että nykyään potilaan jatkohoidon suunnittelu on myös käytössä oleva hoitotyön keino. Päihdehoidon palveluita pyrittiin saamaan mukaan jo osastohoidon aikana. Potilaan avohoidon henkilökunnan kanssa pyrittiin pitämään yhteispalavereita, psykiatrian ja päihdehoidon palveluihin pyrittiin tutustumaan hoidon aikana ja potilas niin sanotusti saattaen vaihdettiin osastohoidosta avohoitoon. Potilaita ohjattiin erilaisiin avopalveluihin, kuten A-klinikalle. Lisäksi ohjausta tapahtui vertaistukipaikkoihin, kuten Klubitalolle sekä AA- ja NA- ryhmiin. Pitkiin päihdekuntoutuksiin ja palveluasumiseen eri puolelle Suomea ohjattiin myös potilaita.

”... saattaen vaihdetaan silleen, että me pyritään käymään esimerkiksi A-klinikalla jo hoidon aikana... sama on tuonne psykiatrian poliklinikalle...”

”... päihdekuntoutukseen lähtee ihan eri puolelle Suomea...”

”... AA- ja NA- ryhmiin olen ohjannut, näihin vertaistukipaikkoihin...”

TAULUKKO 2. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa käytettävät hoitotyön keinot

PELKISTETTY ILMAISU	ALAUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Kysytään päihteenkäytöstä - AUDIT, DAST, LIE-BET - Keskustelu - Kartoitetaan ja kysellään - Seulat, puhallutukset ja verikokeet - Yksilöllisesti käydään läpi päihdeasioita - Internetin palveluiden hyödyntäminen 	PÄIHTEIDENKÄYTÖN KARTOITUS	
<ul style="list-style-type: none"> - Annetaan tietoa päihteen vaikutuksesta psyykkiseen vointiin - Potilaiden kanssa käydään läpi mielenterveys- ja päihdeasioita - Motivointia ja tiedon antamista - Laaditaan suunnitelmia, kuinka kieltäytyy päihteistä - Ennakointitehtäviä - Ketjuttaminen - Esille kirjaaminen - Kotijaksosuunnitelmat - Varomerkkien läpikäynti - Päihdeongelman huomiointi 	OHJAUS JA NEUVONTA	KARTOITUS JA OHJAUS
<ul style="list-style-type: none"> - Yhteispalaverit avopuolen kanssa - Perheet mukana - Perhetyön malli - Perheet pyritään ottamaan hoitoon mukaan - Perheet nykyään enemmän hoidossa mukana - Verkostokartta automaattisesti 	PERHE- JA VERKOSTOTYÖ	
<ul style="list-style-type: none"> - Pyritään saamaan päihdepuolen avopalveluita mukaan hoidon aikana - Ohjataan A-klinikalle - Pyritään tutustumaan A-klinikalle ja psykiatrian pkl:lle jo hoidon aikana - Saattaen vaihdetaan osastolta avohoitoon - Ohjataan nuoria Klubitalolle - Ohjataan AA- ja NA-ryhmiin - Palveluasumiseen ja päihdekuntoutukseen ympäri Suomen 	JATKOHOIDON SUUNNITTELU	POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

6.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen

Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisesta ei muodostunut yläluokkia, joten tulokset esitetään alaluokittain.

6.3.1 Potilaalla on kaksoisdiagnoosi tai hän tulee päihtyneenä hoitoon

Hoitotyöntekijät toivat esille, että osastolle tulevan potilaan kaksoisdiagnoosi tunnistettiin siten, että hänellä oli olemassa sekä päihde- ja mielenterveysdiagnoosi, päihderiippuvuus tai että hän tuli osastohoitoon päihtyneenä. Vastauksista nousi myös esille, että kaksoisdiagnoosipotilaaksi miellettiin myös potilas, jolla ei ollut molempia diagnooseja, mutta hänellä oli selkeästi päihteidenkäyttöä.

”... sillä on päihdediagnoosi tehty...”

”... joskus tulee myös päihtyneenä osastohoitoon...”

6.3.2 Esitiedoista ja omaisilta saaduilla tiedoilla

Vastaajat kertoivat, että potilaiden omaisilta ja läheisiltä saatiin paljon tietoa potilaan päihteidenkäytöstä. Sen lisäksi aikaisemmista sairauskertomuksista ja esitiedoista saatiin tietoa.

”... esitiedoissa on jo mainittu...”

”... vanhempia sairauskertomuksia... sieltäkin niitä sitten löytyy...”

6.3.3 Kartoittamalla päihteidenkäyttöä

Tuloksista nousi esille, että kaksoisdiagnoosipotilas tunnistettiin myös siten, että osastohoitoon tulleen potilaan päihteidenkäyttöä kartoitettiin erilaisia testejä hyödyntäen ja kysymällä suoraan asiasta.

”... kysyn kaikilta potilailta niinku rutiinisti päihteidenkäytöstä...”

TAULUKKO 3. Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Päihde- ja mielenterveysdiagnoosi tehty - Päihderiippuvuus - Potilas tulee päihtyneenä hoitoon - Harvoin päihdediagnoosi 	POTILAALLA ON KAKSOIS-DIAGNOOSI TAI HÄN TULEE PÄIHTYNEENÄ HOITOON
<ul style="list-style-type: none"> - Esitiedoissa on mainittu - Vanhemmista sairauskerromuksista löytyy tieto - Paljon tietoa omaisilta ja läheisiltä - Omaisilta paljon viestiä 	ESITIEDOISTA JA OMAISILTA SAADULLA TIEDOILLA
<ul style="list-style-type: none"> - Kaikilta potilailta kysytään päihteenkäytöstä - Erilaisia testejä käytetään hyödyksi - Kaikki täyttää kaikki testit - kartoitetaan ja kysytään 	KARTOITTAMALLA PÄIHTEIDENKÄYTTÖÄ

6.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämiseen liittyvät tekijät muodostivat seuraavat kokonaisuudet, eli yläluokat: ryhmätoiminta säännölliseksi, perhe- ja verkostotyö, hoidon suunnitelmallisuus ja kaksoisdiagnoosiosaamisen vahvistaminen.

6.4.1 Ryhmätoiminta säännölliseksi

Hoitotyöntekijät kokivat, että kaksoisdiagnoosipotilaille tulee saada oma, osastorajat ylittävä hoidollinen ryhmä. Ryhmässä käydään läpi päihdetietoutta ja ryhmään voi osallistua riippumatta siitä, millä osastolla on hoidossa, eli ryhmä on tulosryhmän yhteinen, ei osastokohtainen. Ryhmätoiminnan kehittäminen koettiin myös tärkeäksi. Lisäksi ryhmätoiminnan toivottiin olevan tulevaisuudessa säännöllistä.

”... kaksoisdiagnoosipotilaille sellainen päihdetietoutta antava ryhmä...”

”... yli osastorajojen ryhmä, mikä antaa päihde-edukaatiota...”

”... että saatais aina ne ryhmät pyörimään säännöllisesti...”

Vastauksista nousi myös esille, että tulosryhmän osastorakenne huomioiden olisi hyvä, jos tulosryhmässä toimisi kaksi eri ryhmää hoitoajasta riippuen. Lyhyemmässä hoidossa oleville potilaille olisi oma ryhmä ja pidemmässä hoidossa oleville omansa.

”... voishan olla kaksi eri ryhmää...”

”... voi olla sellainen nonstoppi ryhmä niille, jotka ovat lyhyemmässä hoidossa...”

Vastauksista nousi esille myös se, että vertaistukiryhmät olisi hyvä saada mukaan hoidon aikana ryhmätoiminnan ohien.

”... että täs pitäis olla matalakynnyksen paikka... jopa sairaalassa...”

”... AA- ja NA- ryhmä sairaalassa...”

6.4.2 Perhe- ja verkostotyö

Hoitotyöntekijät kokivat, että perhe tulee ottaa mukaan hoitoon. Perheen mukaan ottaminen haluttiin systemaattiseksi toiminnaksi.

”... otetaan se perhe ja läheiset mukaan eikä pelkästään sen potilaan kanssa työskennellä...”

”... jos sanotaan, että meillä on tapana, että otetaan perhe mukaan... helpommin se sitten saadaan mukaan...”

Koulu ja työpaikka tulisi myös ottaa mukaan hoitoon tekemällä yhteistyötä näiden tahojen kanssa, jos potilas on koulussa tai työelämässä. Lisäksi koettiin, että kokemusasiantuntijuutta tulisi vahvistaa.

”... kokemusasiantuntijat ja koulun kanssa yhteistyötä...”

”... työpaikkojen kanssa yhteistyötä, jos potilas on työelämässä...”

Näiden lisäksi koettiin, että jatkohoitopaikat olisi hyvä saada mukaan hoitoon. Avohoidon kontaktit olisi hyvä käynnistää jo osastohoidon aikana, koska käynnit tukevat hoitoa ja potilaiden on koettu toivovan tällaista toimintatapaa.

”... potilaat on ihan toivonut sitä, että voisko jotain kontakteja...”

”... näitä A-klinikan käyntejä siihen tukemaan...”

6.4.3 Suunnitelmallisuus

Hoitotyöntekijät nostivat esille, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon suunnitelmallisuus olisi hyvä saada ajan tasalle. Koettiin, että hoidossa olisi hyvä olla malli, josta käy selville, mitä tehdään, jotta hoitotyön laatu ei olisi yksittäisen hoitajan aktiivisuudesta kiinni. Esille nousi muun muassa hoitoajan pituuden sopiminen, omaisvierailujen rajoittaminen, tiukemmat rajat kuin muilla potilailla ja päihteettömyyteen sitouttaminen. Suunnitelmalisuuden puute aiheutti muun muassa näkemyseroja hoitolinjoissa ja jopa ärtymystä. Vastaajat kokivat, ettei täysin kaikille potilaille sopivaa hoitolinjaa voida laatia, mutta yleiset raamit hoidossa olisi hyvä olla.

”... vähän epämääräinen olo mun mielestä voi jäädä niinku hoitajanakin siitä, että mitä tällä hoidolla tavoitellaan...”

”... struktuurin puute on taas sitten omiaan herättämään niitä semmoisia eriäviä kokemuksia ja ristiriitaisia ajatuksia ja ärtymystä...”

”... tietysti järkikin sanoo, ettei jokaisen kohdalla voida ihan identtisesti mennä, mutta se että kuitenkin ne tietyt raamit...”

Lääkehoidon linjaus nousi myös esille liittyen hoidon suunnitelmallisuuteen. Koettiin, ettei kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidossa ole linjaa. Esille nousi myös, että tarvittavia lääkkeitä ei olisi hyvä olla potilaalla. Tarvittavien lääkkeiden kohdalla esille nousi bentsoiatsepiini-lääkkeiden käyttö. Lääkehoidon linjaus koettiin lääkärin vastuualueeksi, eikä se saisi olla yksittäisen hoitotyöntekijän huomioiden varassa.

”... tää lääkehoitohan on, mikä aikaisemminkin tuli mainittua, bentsojen napostelu tässä jo niinku tulikin esille että se olis jollain tavalla linjattu...”

”... ja joskus tuntuu, että se jää niinku yksittäisen hoitajien ehkä... siis kuka nyt sattuu huomaamaan ja kiinnittämään huomiota et tällähän menee täällä bentsoja vaikka on tälläinen tausta...”

6.4.4 Kaksoisdiagnoosiosaamisen vahvistaminen

Hoitotyöntekijät nostivat esille, että olisi hyvä saada lisää tietoa ja keinoja työhön muun muassa tulosryhmän sisäisen lisäkoulutuksen, mutta myös ulkopuolisen koulutuksen ja tietojen päivittämisen avulla. Koettiin, että lisätieto muuttaa asenteita.

”... jos on lisää tietoa, niin ehkä sitten tulee niihin asenteisiin jotain muutosta...”

”... koulutukset ja tietojen päivittäminen, koska asiat muuttuu koko ajan...”

Vastaajat kokivat tärkeänä myös sen, että kaksoisdiagnoosin molempia sairauksia hoidetaan samanaikaisesti.

”... et pitäähän ne kaikki hoitaa...”

”... ja molempia on kuitenkin hyvä hoitaa samanaikaisesti...”

Hoitotyöntekijät vastasivat, että olisi hyvä, jos päihdetyön osaaminen keskitetään osastoilla. Koettiin, että päihdetyön osaajat voisivat olla samassa hoitoryhmässä, jossa päihdetietous olisi parempaa. Esille nousi myös, että erillinen päihdepsykiatrian osasto olisi hyvä olla olemassa, koska muissakin sairaanhoitopiireissä vastaavaa toimintaa on olemassa ja tällaiselle osastolle hakeutuisi töihin kaksoisdiagnoosihoidosta kiinnostuneita hoitajia. Vastaajat kokivat myös, että olisi potilaan kannalta parempi, mikäli hän saisi kaikki palvelut yhdestä paikasta.

”... kyllä varmasti sen potilaan kannalta olisi parempi, jos palvelut olis saman katon alla jollakin tavalla...”

”... et siin on ne päihdeosaajat samassa ryhmässä ja sitten ne pystyis jakamaan tietoa keskustelemalla...”

”... ne oli hyvä keskittää yhdelle hoitoryhmälle...”

Toivottiin myös, että päihdeasiantuntijan palvelut ovat sairaalassa käytettävissä. Vastajat kokivat, että alkuvaiheessa olisi hyvä, mikäli sairaalassa olisi päihdesairaanhoidajan vastaanotto, jossa päihdehoito aloitettaisiin ja jossa voisi suunnitella varsinaista päihdehoitoa.

”... et olis tässä alkuvaiheessa päihdesairaanhoidajan vastaanotto täällä, missä vois niinku sitä päihdehoitoa laittaa alulle... se ainakin tuntuu, että kun aloitellaan sitä päihdehoitoa järjestelemään niin se tuntuu aika kaukaiselta... no menet vaan sinne A-klinikalle...”

”... joku päihdetyöntekijä, jonka kenen kanssa voisi vaikka sitä hoitoa käydä läpi ja suunnitella...”

TAULUKKO 4. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Yritetään saada kaksoisdiagnoosipotilaille päihdetietoutta antava ryhmä - Päihde-edukaatioryhmä yli osastorajojen - Ryhmät säännöllisiksi 	KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAILLE OMA, OSASTORAJAT YLITTÄVÄ HOIDOLLINEN RYHMÄ	RYHMÄTOIMINTA SÄÄNNÖLLISEKSI
<ul style="list-style-type: none"> - Kaksi eri ryhmää - Lyhyemmässä hoidossa oleville oma ryhmä 	KAKSI ERI RYHMÄÄ HOITOAJASTA RIIPPUEN	
<ul style="list-style-type: none"> - Matalan kynnyksen paikka sairaalaan - NA ja AA sairaalassa 	VERTAISTUKIRYHMÄT MUKAAN HOIDON AIKANA	
<ul style="list-style-type: none"> - Perhe otetaan mukaan hoitoon - Perhe mukaan systemaattisesti 	PERHE MUKAAN HOITOON	PERHE- JA VERKOSTOTYÖ
<ul style="list-style-type: none"> - Koulun kanssa yhteistyötä - Työpaikkojen kanssa yhteistyötä 	KOULU JA TYÖPAIKKA MUKAAN HOITOON	
<ul style="list-style-type: none"> - Avopuolen kontaktit hoidon aikana - A-klinikan käynnit tukemaan 	JATKOHOITOPAIKAT MUKAAN HOITOON	
<ul style="list-style-type: none"> - Hoitoon malli josta käy selville, mitä tehdään - Sovitaan hoitoaika - Rajoitetaan vierailuja - Hoidon laatu ei saa olla yksittäisen hoitajan aktiivisuudesta kiinni 	HOIDON SUUNNITELMALLISUUS	SUUNNITELMALLISUUS
<ul style="list-style-type: none"> - Lääkehoito on linjattu - Ei hoitotyöntekijän vastuulla - Ei tarvittavia lääkkeitä 	LÄÄKEHOIDON LINJAUS	
<ul style="list-style-type: none"> - Lisää keinoja työhön - Lisätieto muuttaa asenteita - Ulkopuolista koulutusta 	LISÄÄ TIETOA JA KEINOJA TYÖHÖN	KAKSOISDIAGNOOSIOSAAMISEN VAHVISTAMINEN
<ul style="list-style-type: none"> - Molempia olisi hyvä hoitaa samanaikaisesti - Molempia hoidetaan 	MOLEMPIA SAIRAUKSIA HOIDETAAN SAMANAIKaisesti	
<ul style="list-style-type: none"> - Päihdeosaajat samaan hoitoryhmään - Päihdepsykiatrian osasto - Yhdessä ryhmässä olisi parempi päihdetietous - Palvelut saman katon alta 	PÄIHDETYÖN OSAAMINEN KESKITETÄÄN	
<ul style="list-style-type: none"> - Alkuvaiheessa päihdesairaanhoitajan vastaanotto sairaalassa - Päihdetyöntekijä, jonka kanssa hoitoa voisi suunnitella 	PÄIHDEASiantuntijan palvelut ovat sairaalassa käytettävissä	

6.5 Kehittämisehdotukset yhtenäisiksi toimintatavoiksi

Tämän opinnäytetyönä toteutetun kehittämishankkeen tuloksiin perustuen on kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyvistä kehittämiskohteista erotettavissa selkeästi eniten kehittämistä kaipaavia asioita. Kyseiset kehittämistarpeet nousivat esille tutkimustuloksista ja projektiryhmän mietinnöistä. Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana psykiatrian tulosryhmässä on tehty joitakin muutoksia ja kehittämistyötä ja sen vuoksi osa tässä opinnäytetyössä esiin tulevista kehittämisehdotuksista on jo toteutunut.

6.5.1 Hoidon suunnitelmallisuutta parannetaan

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon suunnitelmallisuus koettiin puutteelliseksi ja siihen toivottiin parannusta. Esille nousi, että jokaisella osastolla olisi hyvä tehdä potilaille samat testit ja tutkimukset, jotta hoidon laatu pysyisi tasaisena. Lisäksi lääkehoitoon toivottiin linjausta. Hoitokäytäntöjä yhdistämällä vahvistetaan hoitoyhteistyötä, jolloin sekä potilaan että hoitajan on helpompi sitoutua hoidon tavoitteisiin (Kampman & Lassila 2007, 4451). Kaksoisdiagnoosipotilaan tullessa osastolle on hyvä, mikäli hoitosuunnitelma laaditaan mahdollisimman pian potilaan kanssa, mielellään jo tulotapaamisessa. Tähän suunnitelmaan kirjataan tarkasti potilaan lääkehoito. Lisäksi kirjataan potilaalle tehtävät testit, joita ovat AUDIT, DAST ja LIE-BET. Kirjaukseen tulee mukaan myös tutkimukset (tulolaboratorio- ym. lääkärin määräämät verikokeet, huumeeseula, pituus, paino sekä verenpaine) sekä ryhmät, joihin potilas osallistuu hoidon aikana. Potilas myös sitoutetaan päihitteettömyyteen hoidon aikana. Lisäksi hoidon alkuvaiheessa tulee kartoittaa potilaan verkosto. Suunnitelma kirjataan sähköiseen hoitokertomukseen, eli HOKE:en, jossa se on jokaisen osastolla työskentelevän terveydenhuollon ammattihenkilön luettavissa. Lisäksi suunnitelma annetaan kirjallisena potilaalle.

6.5.2 Päihdelääketieteen osaamista lisätään

Kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon suunnittelu on lääkärin vastuulla. Niemelä (2013) kirjoittaa artikkelissaan, että kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon linjauksista ei ole kovinkaan paljon tutkimusnäyttöä ja näytön vahvuus vaihtelee jopa merkittävästi. Tästä huolimatta lääkehoidolla parannetaan kuitenkin hyvin usein potilaan ennustetta. (Niemelä 2013, 2077.) Kehittämisehdotuksena esitetään, että psykiatrian tulosryhmässä työskenteleville lääkärille järjestetään päihdelääketieteen koulutusta, jotta he pystyvät varmemmin

laatimaan potilaille adekvaatteja lääkehoitosuunnitelmia ja näin ollen lääkehoitoon syntyy yhtenäinen linjaus, joka selkeyttää potilaan hoitoa.

6.5.3 Osastojen päihdevastaavien roolia vahvistetaan

Tutkimustuloksista nousi esille, että päihdetyön osaamisen keskittämiseksi koettiin olevan tarvetta. Koettiin, että osastoilla olisi hyvä olla erikseen hoitoryhmät, joissa olisi vain kaksoisdiagnoosipotilaita. Tulosten mukaan tarvetta olisi myös erilliselle päihdepsykiatriselle osastolle. Sellaista ei kuitenkaan lähitulevaisuudessa ole yhtymään tulossa. Sen sijaan osastojen päihdevastaavien roolia tulee vahvistaa siten, että he ovat muiden hoitotyöntekijöiden konsultoitavissa sekä tarvittaessa työpareina. Lisäksi päihdevastaavien osaamista tulee hyödyntää osastojen sisäisessä koulutuksessa. Tällä toiminnalla vahvistetaan myös osaston muiden hoitotyöntekijöiden sekä opiskelijoiden osaamista ja tietämystä sekä sitä, että hoito pysyy tasalaatuisena.

6.5.4 Perhe- ja verkostotyö systematisoidaan

Verkostotyön merkitys nousi esille tutkimustuloksissa. Koettiin, että perheen mukaan saaminen hoitoon on tärkeää ja että muutkin potilaan verkostot on syytä kartoittaa ja ottaa mahdollisuuksien mukaan hoitoon mukaan. Muilla verkostoilla tarkoitetaan koulua, työpaikkaa ja potilaan mahdollista kontaktia sosiaalitoimeen. Projektiryhmän keskusteluissa esille nousi myös se, että verkosto pitää olla potilaan näkemyksen mukainen. Näiden lisäksi potilaan avohoidon tulee olla aktiivisesti mukana sairaalahoidon aikana. Potilaan tullessa hoitoon hänen verkosto kartoitetaan systemaattisesti potilaan näkökulmasta. Tavoitteena tulee olla, että potilaan verkostoa (perhe, puoliso, ystävät, läheiset) tavataan informatiivisessa mielessä, sekä jatkohoidon järjestämisen tukena osastohoidon aikana. Potilaan jatkohoitosuunnitelma tulee laatia mahdollisimman pian hoidon alussa ja jatkohoitopaikkaan sekä mahdollisesti sosiaalityöntekijään tulee olla yhteydessä.

6.5.5 Ryhmätoiminnot vakiinnutetaan

Ryhmätoimintojen kehittäminen ja toiminnan vakiinnuttaminen nousivat esille tuloksissa. Koettiin, että hoitoajan pituudesta riippumatta jokaisella potilaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua päihde- ja mielenterveystietoa ja ohjausta antaviin ryhmiin. Näiden tulosten perusteella kehittämis ehdotuksena esitetään, että psykiatrian tulosryhmän tietoa

ja ohjausta antava ryhmätoiminta vakiinnutetaan. Nykyinen ”Avaimet muutokseen”-ryhmä, joka on suljettu ryhmä, jatkaa toimintaansa, mutta sen rinnalle perustetaan toinen päihdetietoutta- ja ohjausta antava ryhmä, joka palvelee paremmin akuuttiosastojen potilaita, mutta muidenkaan osastojen potilaiden osallistuminen ryhmään ei ole poissuljettu. Lisäksi hoitotyöntekijät kirjaavat potilaan hoitosuunnitelmaan heti hoidon alussa ne ryhmät, joihin potilas osastohoidon aikana veloitetaan osallistumaan. Hoitotyöntekijöiden tehtäväksi tulee myös motivoida potilasta osallistumaan ryhmiin ja kertomaan ryhmien sisällöistä ja tavoitteista. Tulee myös huomioida, että potilas voi jatkaa ”Avaimet muutokseen” -ryhmässä kotiutumisensa jälkeen. Päihde- ja mielenterveystietoutta antavien ryhmien rinnalle tulee suunnitella dialektiseen käyttäytymisterapiaan (DKT) pohjautuvaa ryhmätoimintaa. Lisäksi on syytä miettiä vertaistukiryhmien mahdollistuminen sairaalan sisällä.

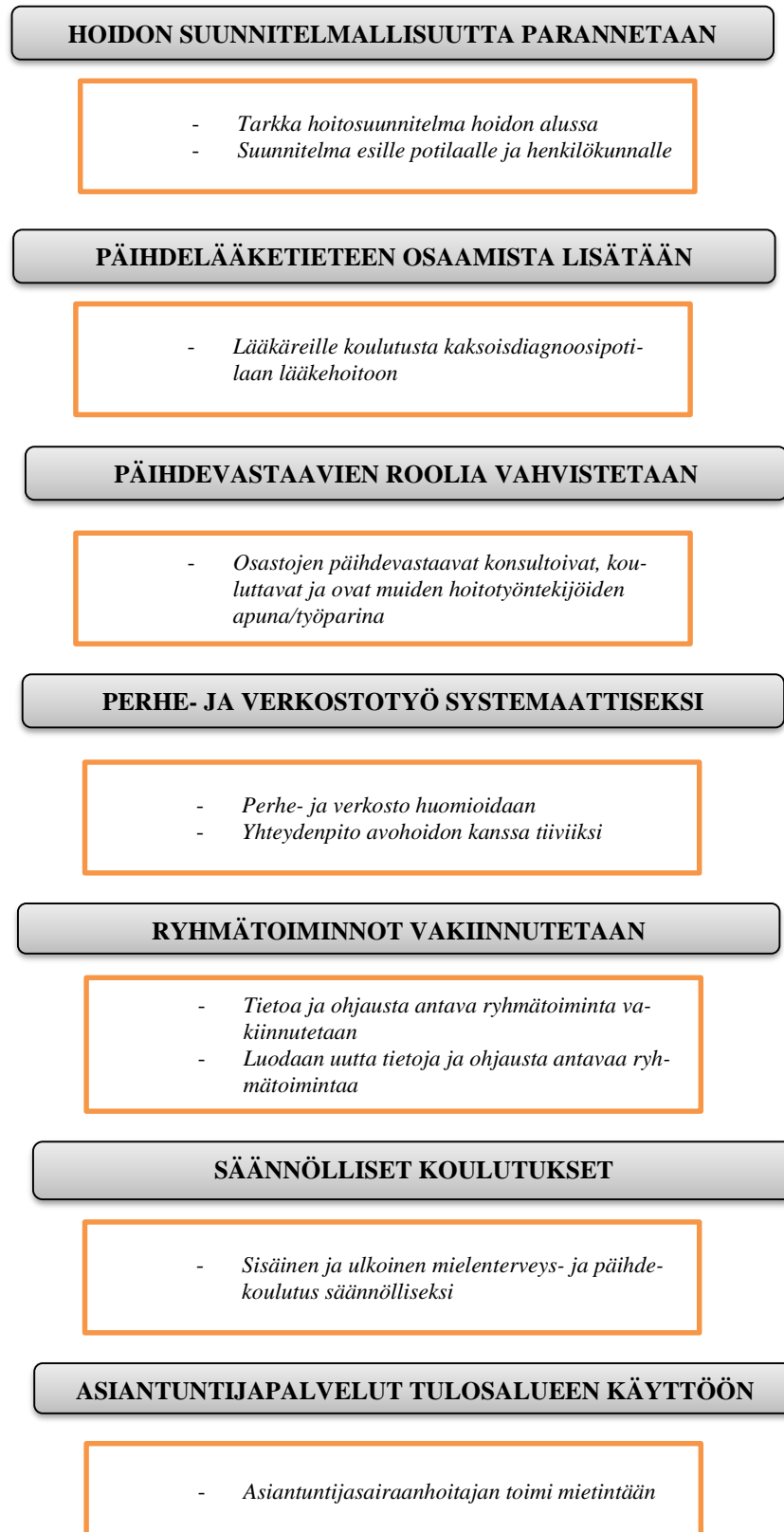
6.5.6 Säännölliset koulutukset

Vastaajat toivoivat lisää tietoa ja keinoja kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyön tueksi. Esille nousivat mielenterveys- ja päihdehoidon kertauskoulutukset, motivoivan haastattelun koulutus sekä pidempi kaksoisdiagnoosikoulutus. Näiden ohella toivottiin kokemusasiantuntijuuden vahvistamista henkilökunnan koulutuksissa. Lisäksi koettiin, että koulutuksiin pitää olla mahdollisuus osallistua. Koulutusten koettiin muokkaavan hoitotyön asenteita positiivisempaan suuntaan. Tähän samaan tulokseen on päätyneet myös Moore (2013) tutkimuksessaan, josta käy ilmi, että koulutuksiin osallistuneilla ihmisillä on paljon optimistisempi suhtautuminen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja että myös työtyytyväisyys lisääntyy. (Moore 2013, 31.) Psykiatrian tulosryhmän hoitotyöntekijöille järjestetään säännöllistä sekä talon sisäistä, että ulkopuolista mielenterveys- ja päihdehoidon kertauskoulutusta, johon sisältyy motivoivan haastattelun koulutus. Koulutuksia suunniteltaessa huomioidaan myös kokemusasiantuntijoiden osuus. Sisäisissä koulutuksissa voidaan huomioida hoitotyöntekijöiden osaaminen ja pyytää heitä kouluttamaan kollegoitaan. Koulutukset organisoidaan siten, että jokaisella hoitotyöntekijällä on mahdollisuus osallistua niihin.

6.5.7 Hoitotyön asiantuntijapalvelut tulosalueen käyttöön

Tutkimuksen tuloksista nousi esille myös, että sairaalan sisällä koettiin tarvetta päihdeasiantuntijan palveluille. Päihdeasiantuntijan apua koettiin tarvittavan päihdehoidon

suunnittelussa ja aloittamisessa. Lisäksi päihdeasiantuntija koettiin henkilöksi, joka pystyy organisoimaan koulutuksia, koordinoimaan tulosryhmässä toteutettavaa päihdetyötä ja olemaan linkki ja yhteistyön rakentaja sairaalan ulkopuolisten toimijoiden ja sairaalan välillä. Päihdeasiantuntijan tarvetta perusteltiin projektiryhmässä muun muassa siten, että asiantuntijatoiminnalla koettiin olevan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa tehostava vaikutus ja myös siten, että sairaalassa on jo nykyisin muitakin eri alojen asiantuntijasairaanhoitajia. Erityisosaamisen tarve korostuu silloin, kun mielenterveyshäiriöön liittyy merkittävä oheissairaus ja oireisto, kuten kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla on (Niemelä & Blanco-Sequeros 2015, 565). Kaksoisdiagnoosien hoitoon erikoistunut henkilö, joka tarjoaa konsultaatiota, koulutusta ja pitää yhteyttä palveluiden välillä voi edistää kaksoisdiagnoosien hoitoa tehokkaasti (Manley 2005, 106). Näiden tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että keskustelut psykiatrian tulosryhmässä psykiatrian osastojen henkilökunnan tukena ja päihdehoitotyön koordinaattorina, sekä sairaalan ja avohoidon välillä linkkinä toimivan asiantuntijasairaanhoitajan toimen perustamiseksi olisi hyvä käynnistää.



KUVIO 3. Kehittämissuositukset tiivistettynä

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinta itsessään on jo eettinen kysymys. Tutkijalla itsellään on vastuu aiheen valinnasta. Tutkimusaiheen eettisiin pohdintoihin kuuluu selkeyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja ylipäättään miksi tutkimukseen ryhdytään. Hyvän tutkimuksen kriteerinä pidetään myös tutkimuksen johdonmukaisuutta ja eettistä kestävyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127-129.) Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen ja tutkimusaihe valikoitui oman kiinnostukseni pohjalta. Tämä opinnäytetyö on tehty laadullisten tutkimusmenetelmien mukaisesti.

Tutkimussuunnitelman laajuus vaihtelee tutkimuksen käyttötarkoituksesta riippuen. Suunnitelma on tutkimuksen ohjausnuora, joka ohjaa työskentelyä (Hirsjärvi ym. 2010, 174). Tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelma laadittiin joulukuun 2015 ja tammikuun 2016 aikana. Hyväksytyt suunnitelman perusteella hain tutkimuslupaa tammikuussa 2016 Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian tulosalueen ylihoitajalta. Lupa myönnettiin 29.1.2016. Luvan saamisen jälkeen opinnäytetyö on edennyt suunnitelman mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä on pyydettävä suostumus osallistumiseen. Tällä suostumuksella varmistetaan se, että tutkimukseen osallistuva henkilö ymmärtää tutkimuksen luonteen ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuuden. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimukseen osallistuville hoitotyöntekijöille lähetettiin sähköpostilla tiedote tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 2), jossa tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta kerrottiin. Haastatteluun osallistuville hoitotyöntekijöille annettiin myös mahdollisuus kysyä tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta etukäteen. Kirjallisen suostumuskäytännön käyttöön ei myönnetty lupaa, joten asia käytiin kahteen kertaan suullisesti läpi ennen haastattelun aloitusta.

Haastatteluun osallistuvilla on mahdollisuus kieltäytyä ilman eri syytä tutkimukseen osallistumisesta. Samoin heillä on mahdollisuus koska tahansa keskeyttää osallistuminen ja myös kieltää vastaustensa käyttäminen jälkikäteen. Lisäksi haastateltavien anonymiteetti-

tistä on huolehdittava. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kaikki tutkimukseen suostumuksensa antaneet hoitotyöntekijät osallistuivat tutkimukseen, eikä yksikään keskeyttänyt osallistumistaan.

Lähdekriittisyys on merkittävä tekijä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Se auttaa tutkijaa pohtimaan työnsä luotettavuutta. Ajankohtaiset tutkimukset lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Mäkinen 2006, 128, 130.) Tässä opinnäytetyössä on ensisijaisesti pyritty käyttämään alle 10 vuotta vanhoja tutkimuksia sekä tieteellisiä artikkeleita. Lähdemateriaalina on käytetty myös asiantuntija-artikkeleita.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä, koska sen avulla saatiin opinnäytetyön tehtävien mukaista tietoa haastateltavien kokemuksista. Haastattelu etenee tutkimustehtävien mukaisten haastatteluteemojen mukaisesti. Tutkimustehtävät on luotu aikaisempien tutkimusten tietojen perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-77.) Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelussa tietoa kerätään samanaikaisesti kaikilta haastateltavilta ja tutkittavasta ilmiöstä pyritään keskustelemaan spontaanisti (Hirsjärvi ym. 2010, 205-206).

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Analysointi tapahtui huhti-toukokuun 2016 aikana. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään siihen, että koko aineistosta luodaan kokonaisuus. Tässä kokonaisuudessa analysoitavat asiat valikoituvat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. Aikaisempi tieto tutkittavasta aiheesta ei saisi vaikuttaa analyysin syntyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-94.)

Toiminnan kehittämiseen tähtäävä toimintatutkimus on arvosidonnaista. Toimintatutkimuksella saatu tieto on aina tulkinta jostain tietyistä näkökulmasta, eli arvosta. Toimintatutkimuksessa tutkijan tehtävänä on olla aloitteellinen ja pyrkiä vaikuttamaan siihen, että tutkimuksen kohteena olevassa yhteisössä mahdollistuu kehittämistarpeiden esiintulo. (Heikkinen 2010, 179.) Työskentelin itse siinä yhteisössä, jossa opinnäytetyötä tein. Tulkitsin siis asioita ja yhteisön toimintaa jossain määrin omasta näkökulmastani. Tutkimuksen tuottama tieto ei siis ole täysin objektiivista sanan varsinaisessa merkityksessä (Heikkinen 2010, 179). Työskentelyni tutkimuksen yhteistyötahona olevassa organisaatiossa on syytä huomioida, kun tutkimuksen eettisyyttä arvioidaan. Objektiivisyyttä on lisännyt

se, että olen tutkimustuloksia analysoidessa ja aukikirjoittaessa ollut opintovapaalla, enkä siis jokapäiväisessä toiminnassa mukana.

Tutkimukseen liittyvät seikat tulee raportoida rehellisesti. Tietoja ei saa muuttaa, eikä väärentää eikä mitään olennaista tietoa saa peitellä. (Mäkinen 2006, 101.) Tässä tutkimuksessa tieto on tuotettu rehellisesti tutkimusaineiston ja lähdemateriaalin perusteella. Tuloksia on tarkasteltu ajankohtaiseen tutkimus- ja teorian tietoon peilaten. Tehtävänäni tutkijana on ollut tutkimuksellisin keinoin mahdollistaa ja tukea kehittämistoimintaa. Tässä opinnäytetyössä on pyritty tuottamaan tietoa ja edistämään kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa. Kehittämisehdotukset eivät ole omia kokemuksiani, vaan ne perustuvat haastattelujeni tuloksiin ja projektiryhmän kanssa tehtyihin muutoksiin ja ehdotuksiin.

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden lisäämiseksi tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tulee soveltaa tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisiä tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Mäkinen 2006, 72.) Myös tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta sekä eettistä kestävyyttä pidetään hyvän tutkimuksen kriteerinä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126). Opinnäytetyö on tehty kvalitatiivisen sekä toimintatutkimuksen menetelmien mukaisesti alusta loppuun asti.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytilasta ja kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisesta aikuispsykiatrian osastoilla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaisia toiveita hoitotyöntekijöillä oli kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisen suhteen. Opinnäytetyön tuloksena syntyi kehittämisehdotuksia ja yhtenäiset toimintatavat, joita tässä osiossa tarkastellaan yhdessä.

7.2.1 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa ei koettu olevan yhtenäistä toimintatapaa. Tämä johti vastaajien mukaan siihen, että hoitotyöntekijät tekivät työtään parhaaksi katsomallaan tavalla ilman, että työtä ohjasi riittävästi mikään ennalta määritetty hoitosuunnitelma. Suunnitelmallisuuden puute herätti vastaajissa ristiriitaisia ajatuksia ja jopa ärtymystä hoitoon

liittyen. Esille nousi myös suoranainen epätietoisuus siitä, mitä hoidolla tavoiteltiin ja tämän koettiin heijastuvan myös potilaisiin ja aiheuttavan myös heissä epätietoisuutta.

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon suunnitelmallisuus koettiin siis puutteelliseksi ja siihen toivottiin parannusta. Esille nousi, että jokaisella osastolla olisi hyvä tehdä potilaille samat testit ja tutkimukset, jotta hoidon laatu pysyisi tasaisena. Lisäksi lääkehoitoon toivottiin linjausta. Hoitokäytäntöjä yhdistämällä vahvistetaan hoitoyhteistyötä, jolloin sekä potilaan että hoitajan on helpompi sitoutua hoidon tavoitteisiin (Kampman & Lassila 2007, 4451). Kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon suunnittelu on lääkärin vastuulla. Niemelä (2013) kirjoittaa artikkelissaan, että kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon linjauksista ei ole kovinkaan paljon tutkimusnäyttöä ja näytön vahvuus vaihtelee jopa merkittävästi. Tästä huolimatta lääkehoidolla parannetaan kuitenkin hyvin usein potilaan ennustetta. (Niemelä 2013, 2077.)

Integroitua kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomallia, jossa molempia häiriöitä hoidettiin samanaikaisesti, ei myöskään vastaajien mukaan mielellään toteutettu osastoilla. Integroitu hoitomalli koettiin kuitenkin tärkeäksi hoitotyöntekijöiden mukaan. Kuten Shulte ym. (2011) ovat tutkimuksessaan todenneet, kaksoisdiagnoosin integroitu hoitomalli luo potilastyytyväisyyttä (Shulte ym. 2011, 10). Samaan tulokseen on päätynyt myös Wadell & Skärsäter (2007) tutkimuksessaan, jossa he toteavat myös, että molempien häiriöiden samanaikainen hoito parantaa ennustetta ja vähentää häiriöiden vakavuutta (Wadell & Skärsäter 2007, 1135).

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito koettiin haasteelliseksi. Esille nousivat kenties hieman yllättäenkin hoitotyöntekijöiden negatiiviset asenteet. Negatiivisiksi asenteiksi koettiin ärtymys, turhautuminen ja se, ettei kaikilla hoitotyöntekijöillä ollut halukkuutta hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita. Hoitotyöntekijöitä ärsytti, kun samat potilaat tulivat osastohoitoon kerta toisensa jälkeen. Päihdepotilaiden persoonallisuuden ongelmat koettiin myös negatiivisia asenteita lisäävänä tekijänä, samoin kuin ennakkoajatus siitä, ettei potilailla kovinkaan usein psykiatriseen hoitoon tullessaan ole motivaatiota irtautua päihteistä. Adams (2008) nostaa tutkimuksessaan esille, että hoitotyöntekijöillä on usein stereotyyppisiä ajatuksia liittyen varsinkin kaksoisdiagnoosipotilaan ambivalenssiin hoidon tarpeesta. Mielenterveystyötä tekevät hoitotyöntekijät olivat kuitenkin vähemmän stereotyyppiseen ajatteluun taipuvaisia. (Adams 2008, 101). Kaksoisdiagnoosipotilaiden koet-

tiin myös niin sanotusti ”vedättävän” henkilökuntaa ja muita potilaita. Koettiin, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitaminen muiden potilaiden kanssa on haastavaa. Tämän vuoksi kehittämisehdotuksissa nousi esille kaksoisdiagnoosipotilaille tarkoitetun osaston tarpeellisuus. Tulosten mukaan nykyisten resurssien vähyys koettiin myös haasteellisuutta lisäävänä. Koettiin, ettei hoitotyöntekijöitä ole riittävästi kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa mukana.

7.2.2 Hoitotyön keinot

Hoitotyöntekijät nostivat esille, että päihteiden käytön kartoitus erilaisia keinoja hyödyntäen oli yksi hoitotyön keinoista. Apuna käytettiin AUDIT-, DAST- ja LIE-BET- (kaksi kysymystä rahapelien pelaamisesta) testejä. Näiden lisäksi potilaiden päihteiden käyttöä kartoitettiin keskustelemalla ja kyselemällä yksilöllisesti. Internetin palvelutarjontaa hyödynnettiin muun muassa käyttämällä Mielenterveystalo.fi- ja Päihdelinkki.fi-portaaleja. Jos päihteistä ei kysytä, voi se vahvistaa potilaan päihteiden käytön kieltämistä ja estää päihdeongelman esille tulemistä ja sitä kautta saatetaan ajautua tilanteeseen, jossa potilaan sairauksia ei tiedon puutteen vuoksi hoideta (Wadell & Skärseter 2007, 1135). On siis tärkeää, että päihteiden käytön kartoitus on nykyään hoitokeinona käytössä osastoilla.

Potilaan ohjaaminen ja neuvonta nostettiin myös esille hoitotyön keinoja kartoitettaessa. Potilaille annettiin tietoa ja ohjausta sekä mielenterveys-, että päihdeongelmista, että niiden yhteisesiintyvyydestä. Potilasta pyrittiin motivoimaan tiedonannon yhteydessä. Sakalaistutkimuksesta käy ilmi, että juuri motivointi ja molempien sairauksien samanaikainen huomioiminen antavat ainakin pientä etua siihen verrattuna, mikäli nämä jätettiin kokonaan toteuttamatta. Tämä työskentelytapa nosti myös potilastyytyväisyyttä. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015, 690.)

Potilaille laadittiin myös ennakkotehtäviä liittyen päihteistä kieltäytymiseen kotijaksoilla. Tämän lisäksi potilaan kanssa tehtiin verkostokartta ja laadittiin tarkkoja kotijaksosuunnitelmia. Asioita kirjattiin myös ylös fläppitaululle ja paperille. Näiden lisäksi varo-oireiden läpikäyminen oli keinona kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa työskennellessä.

Perhe- ja verkostotyötä tehtiin myös. Perheet otettiin mukaan hoitoon aikaisempaa enemmän ja perheiden mukana olemista pyrittiin edelleen lisäämään. Perhetyöhön oli olemassa

myös malli, jonka mukaan perheitä tavattiin osastohoidon aikana. Jatkohoidon suunnittelu koettiin myös hoitotyön keinoksi, Avopuolen toimijoiden kanssa pidettiin yhteispuolavereita ja ne koettiin tärkeiksi. Jatkohoidon saaminen mukaan jo osastohoidon aikana koettiin tärkeäksi ja potilaita pyrittiin niin sanotusti saattaen vaihtamaan osastohoidosta avohoitoon. Jatkohoidoksi potilaille suunniteltiin A-klinikan käyntejä, vertaistukitoimintaa sekä näiden lisäksi päihdekuntoutusjaksoja sekä asumispalveluyksiköihin muuttamista.

7.2.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen

Psykiatriseen hoitoon tulleen potilaan päihteiden käytön tunnistaminen on tärkeää. Jopa merkittäväksi luokiteltava päihteiden käyttö ei välttämättä näy päälle päin. Potilaat eivät myöskään oma-aloitteisesti yleensä ota päihteiden käyttöä puheeksi ja näin ollen se helposti jää kokonaan tunnistamatta ja myös hoitamatta. (Mikkonen 2007, 4747.)

Vastaajat kokivat, että potilaan päihteiden käyttö (tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosi) tunnistettiin siten, että diagnoosista oli tieto etukäteen tai se tieto saatiin selville aikaisempia sairauskertomuksia lukemalla. Lisäksi tunnistamiskeinona mainittiin se, että potilas tuli hoitoon päihtyneenä. Näiden lisäksi potilaan omaisilta saatiin tietoa potilaan päihteiden käytöstä.

Hoitotyöntekijät nostivat esille myös sen, että päihteidenkäytön/kaksoisdiagnoosin tunnistamisessa keinona oli myös päihteiden käytön kartoitus. Potilaan päihteiden käyttöä kartoitettiin erilaisia testejä, kuten AUDIT ja DAST hyödyntäen ja myös kysymällä suoraan potilaalta. Mikkonen (2007) nostaa esille, että paras tapa kartoittaa päihteiden käyttöä on kysyä asiaa suoraan potilaalta. Tukena kannattaa käyttää kyselylomakkeita, kuten AUDIT-testiä. (Mikkonen 2007, 4748.)

7.2.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen

Hoitotyöntekijät kokivat, että tulosalueen sisäisen ryhmätoiminnan vakiinnuttaminen on tärkeää. Esille nousi, että kaksoisdiagnoosipotilaille tarvitaan ohjausta ja neuvontaa antava osastorajat ylittävä ryhmä. Tällainen ryhmä on nykyään toiminnassa. Ryhmään osallistuminen ei saa olla sidonnainen siitä, millä osastolla potilas on hoidossa. Ryhmätoi-

minnan edelleen kehittäminen koettiin myös tarpeelliseksi, koska nykyinen ryhmä on suljettu ja siihen ei pääse mukaan ryhmän käynnistyttyä. Olemassa olevan ryhmän rinnalle koettiin siis tarpeelliseksi perustaa toinen, ohjausta ja neuvontaa antava ryhmä, johon myös lyhyemmässä hoidossa olevien potilaiden on helpompi päästä mukaan.

Pitkäaikainen, muun muassa motivoiva ryhmäohjelma tarjoaa vähintään saman verran hyötyä, kuin hoito yleensä. Potilaat, jotka tällaiseen pitkäkestoiseen ohjelmaan olivat sitoutuneet, kokivat sen hyvänä. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015, 690.) Näin ollen jo nykyään toiminnassa olevan, osastorajat ylittävän ”Avaimet muutokseen”-ryhmän toiminta tulee vakiinnuttaa. Molempien häiriöiden varhainen tunnistaminen ja mahdollisesti myös niiden synnyn estäminen parantavat potilaan ennustetta ja vähentävät myös kustannuksia, joita yhteiskunnalle kertyy. On siis perusteltua, että ongelman yleisyyden takia päihteidenkäytöstä kysytään kaikilta potilailta. (Mikkonen 2007, 4749; Aalto & Vormo 2013, 2079.) Tämän vuoksi myös suppeampaa tietoutta antava interventio-tyylinen ryhmä on tarpeellinen. Näiden lisäksi vertaistukiryhmien (AA ja NA) toiminta sairaalan sisällä on mahdollistettava. Vertaistuki määritellään organisoiduksi toiminnaksi, jossa samankaltaisessa tilanteessa olevat ihmiset jakavat kokemuksiaan. Vertaistukiryhmissä ihmiset antavat ja saavat tukea. Näin ollen he auttavat sekä itseään, että toisia ryhmäläisiä. (Rissanen & Puumalainen 2016, 2.)

Tutkimukseen osallistuneet hoitotyöntekijät kokivat, että perhe- ja verkostotyö on syytä kehittää systemaattiseksi toiminnaksi. Perheiden mukana oleminen hoidossa koettiin tarpeelliseksi molemminpuolisen informaation näkökulmasta. Perheen lasten hyvinvointi tulee myös ottaa huomioon kaikissa hoitotapahtumissa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito- suositus 2009). Projektiryhmän keskusteluissa esille nousi myös se, että perhe ja verkosto tulee määritellä potilaan näkökulmasta. Suunnitelmallinen yhteistyö ja arkinen perheiden huomioiminen korostuvat jokapäiväisissä tilanteissa. Tavoitteena perhe- ja verkostokeskeisellä hoitotyöllä on perheen tietoisuuden lisääminen ja tiedon saanti perheeltä. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen on tärkeää. (Kivimäki 2008, 28.) Sen lisäksi mainittiin myös, että potilaan mahdollinen koulu- tai työpaikka on syytä huomioida verkostotyössä. Wadell & Skärsäter (2007) toivat tutkimuksessaan esille, että sairaanhoitajat nostivat hyvin tärkeäksi sen, että potilaan ammatillinen verkosto ja perhe otetaan mukaan hoitotyöhön molemminpuolisen informaation jakamisen vuoksi. (Wadell & Skärsäter 2007, 1132). Näiden lisäksi avohoidon palvelut tulee ottaa myös aktiivisesti mukaan hoitoon ja mahdollistaa avohoidon käynnit jo osastohoidon aikana. Seppälä

(2014) on opinnäytetyönsä tuloksissa tullut johtopäätökseen, että hoitopaikkojen yhteistyöllä käytännössä tarkoitetaan sitä, että hoitopaikat limittyvät toisiinsa mahdollisimman hyvin (Seppälä 2014, 31). Kaksoisdiagnoosipotilaiden vallitsevana hoitomuotona on edelleen niin sanottu rinnakkainen hoito, jossa molempia häiriöitä hoitaa eri taho (psykiatria ja päihdehoito) (Aalto & Vormo 2013, 2083). Tästä syystä yhteistyö avohoidon toimijoiden kanssa on tärkeää, jotta potilaan hoidon jatkuvuus turvataan.

Hoitotyöntekijät nostivat esille, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon suunnitelmallisuus tulee saattaa ajantasaiseksi. Hoitotyön laadun kannalta tärkeäksi koettiin hoitotyön malli, joka selkeyttää hoidon linjauksia ja joka varmistaisi sen, ettei hoitotyön laatu ole yksittäisen hoitotyöntekijän aktiivisuudesta kiinni. Suunnitelmallinen eteneminen tukee jatkuvuutta hoidossa (Seppälä 2014, 27).

Lääkehoitoon toivottiin selkeää linjausta. Esille nousi varsinkin bentsodiatsepiini-lääkkeiden käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Tähän toivottiin selkeämpiä hoitolinjoja. Kuten Niemelä (2013) katsausartikkelissaan kirjoittaa, ei bentsodiatsepiini-lääkkeiden käyttö ole suositeltavaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Niemelä toteaa myös, että päihde- ja mielenterveyshoidon hajauttaminen vaikeuttaa linjakkaan ja suunnitelmallisen lääkehoidon toteuttamista. Tämä tulos tukee myös sitä, että molempia häiriöitä on syytä hoitaa samanaikaisesti. Vaikka tutkimusnäyttö kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon linjauksista on vähäistä, voidaan kuitenkin todeta, että lääkehoidolla parannetaan hoidon ennustetta. (Niemelä 2013, 2077). Näin ollen lääkehoidon linjausten tehostaminen on perusteltua.

Molempien sairauksien samanaikainen hoitaminen koettiin tärkeäksi. Sen vuoksi kaksoisdiagnoosiosaamisen tehostaminen koettiin myös tarpeelliseksi. Hoitotyön tueksi kaivattiin tietoa ja keinoja. Näitä koettiin saatavan koulutusten myötä. Kertausluonteisella koulutuksella on katsottu olevan merkittäviä vaikutuksia kaksoisdiagnoosin hoidossa. (Hughes ym. 2008, 1). Vastaajat toivoivat lisää tietoa ja keinoja kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyön tueksi. Esille nousivat mielenterveys- ja päihdehoidon kertauskoulutukset, motivoivan haastattelun koulutus sekä pidempi kaksoisdiagnoosikoulutus. Näiden ohella toivottiin kokemusasiantuntijuuden vahvistamista henkilökunnan koulutuksissa. Lisäksi koettiin, että koulutuksiin pitää olla mahdollisuus osallistua. Koulutusten koettiin muokkaavan hoitotyön asenteita positiivisempaan suuntaan. Tähän samaan tulokseen on päätynyt

myös Moore (2013) tutkimuksessaan, josta käy ilmi, että koulutuksiin osallistuneilla ihmisillä on paljon optimistisempi suhtautuminen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja että myös tyytyväisyys lisääntyy. (Moore 2013, 31.)

Päihdetyön osaamisen keskittäminen nousi esille hoitotyöntekijöiden vastauksista. Esille nousi yhtäältä päihdepsykiatrisen osaston tarve ja toisaalta olemassa olevien resurssien keskittäminen. Tällä tarkoitettiin osastojen sisäisten päihdeosaajien sijoittamista esimerkiksi yhteen hoitoryhmään, jossa osaamisen taso olisi korkeampi. Lisäksi projektiryhmässä nousi esille, että päihdevastaavien on syytä ottaa vastuuta myös opiskelijoiden perehdyttämisestä liittyen päihdehoitotyöhön ja tällä toiminnalla edesauttaa päihdehoitotyön juurtumista osastoilla. Tämä on tärkeää, sillä monilla opiskelijoilla ei ole ennen harjoittelujaksoa tietoa psykiatrisen hoitotyön sisällöstä ja ylipäätään käsitystä siitä, millälaisia potilaita psykiatrisilla osastoilla hoidetaan (Kärkkäinen 2013, 43).

Esille nousi myös sairaalan sisäisen, hoitotyön asiantuntijapalvelun mahdollisuus. Koettiin, että on hyvä, jos sairaalassa olisi työntekijä, jonka kanssa päihdehoitoa voisi suunnitella ja jolla olisi viimeisimmät tiedot muun muassa avopalveluista. Kansainvälisissä tutkimuksissa on näyttöä siitä, että hoitoa voidaan toteuttaa hoitajavastaanotto toimintana myös erikoissairaanhoidossa. Tutkimukset osoittavat myös, että potilaat ovat tyytyväisiä hoitajavastaanotto toimintaan. Suomessa tätä tapaa on tutkittu vähän, mutta kansainvälisistä tutkimuksista saatujen tietojen perusteella toimintaa voidaan kuitenkin kehittää ja arvioida myös Suomessa. (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012, 425-426.) Manley (2005) on tullut tutkimuksessaan tulokseen, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon laadun kehittyminen on riippuvainen siitä, kuinka päätöksentekijät tunnistavat ja priorisoivat hoitotyön kehittämisen tarpeen ja tukevat integroitua lähestymistapaa (Manley 2005, 106).

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin hoitohenkilökunnan kokemukseen kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämisestä. Tulevaisuudessa on tarpeen edelleen kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdehoidon integraatiota, mutta kehitystyössä on syytä ottaa potilaan näkökulma huomioon. Tutkimusta siis tarvitaan kuvaamaan sitä, millä tavalla potilas kokee nykyisen palvelutuotannon ja millaisia toiveita potilailta on palvelujen kehittämiseksi.

8 SUUNNITELMA TOIMINTATAPOJEN KÄYTTÖÖNOTTAMISEKSI JA KEHITTÄMISTYÖN JATKUMISEKSI

Näyttöön perustuvalla kehittämistyöllä tähdätään tutkimuksen tulosten ja käytännön kokemusten kautta saadun tiedon hyödyntämiseen. Tarkoituksena on kehittää palveluita, tuotteita ja prosesseja. Tällaisella toimintatavalla tavoitteena on luoda yhtenäiset käytännöt, joilla turvataan hoidon laatua. Tieteellisen tiedon käytön juurruttaminen käytäntöön vaatii sen, että työtä tekevillä ihmisillä on positiivinen asenne tällaista toimintaa kohtaan. Näyttöön perustuvan hoitokulttuurin muutos vaatii, että työntekijöillä on riittävästi tietoa siitä, kuinka työn kehittäminen todellisuudessa vaikuttaa hoidon tuloksiin, työn tekemiseen ja koko organisaatioon. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 36-37; Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 79.)

Koska tämä opinnäytetyö on osa kliinisen asiantuntijan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (sairaanhoitaja ylempiAMK) ja toteutuksessa käytetyn PEPPA- viitekehyksen yksi tarkoitus on selkeyttää sitä, kuinka hoitotyön kliininen asiantuntija kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, on syytä hieman avata kliinisen asiantuntijan roolia uusien toimintamallien käyttöönotossa. Kliininen asiantuntija on tiiviissä yhteistyössä hoitavan henkilökunnan ja potilaiden kanssa. Käytännössä hoitotyön kliininen asiantuntija on muutosagentti, joka ohjaa ja kouluttaa sekä tukee henkilökuntaa uusien toimintatapojen käyttöönoton vaiheissa. Kliinisen asiantuntijan rooli voi siis olla sekä muutosta suunnitteleva että sitä toteuttava. (Heikkinen 2012, 41-42.)

Uusien toimintatapojen käyttöönotto tapahtuu yleensä vaiheittain. Jokaiselle vaiheelle voidaan nimetä vastuuhenkilö, joka johtaa muutosta (Holopainen ym. 2014, 89). Tiedottamisen rooli on merkittävä. Kaikkien osapuolien on oltava tietoisia projektin etenemisestä. (Sarajärvi ym. 2011, 133.)

Käyttöönoton ensimmäisessä vaiheessa tämän opinnäytetyön tulokset esitellään psykiatrian tulosalueella sekä hoitotyön johtajille, että koko muulle hoitotyön henkilökunnalle. Tavoitteena on esitellä tulokset osastonhoitajien kokouksessa ja yhteisessä esitystilaisuudessa, johon kutsutaan kaikki psykiatrian osastoilla työskentelevät henkilöt (hoitotyöntekijät ja lääkärit). Lisäksi työn tulokset lääketieteen osalta (päihdelääketieteen koulutus, sekä hoito- ja lääkehoitosuunnitelmat) esitetään tulosalueen ylilääkärille. Tällaiset tilai-

suudet ovat perusteltuja, koska tulevat muutokset saattavat aiheuttaa jopa vastarintaa, kyseenalaistamista, ennakkoasenteita ja väärinymmärryksiä. Näissä tilaisuuksissa on mahdollista esittää kysymyksiä ja kommentteja. (Sarajärvi ym. 2011, 105-106.) On myös olennaista, että organisaation edustajat saavat esittää korjausehdotuksia ja mahdollisia esitteitä uuden toimintatavan käyttöönottoon (Heikkinen 2012, 41).

Toisessa vaiheessa osastoille annetaan kirjallisena se tieto, joka on suoranaisesti käytännön hoitotyötä koskevaa. Tässä opinnäytetyössä tämä tarkoittaa kappaleita 6.5.1 hoidon suunnitelmallisuutta parannetaan, 6.5.3 osastojen päihdevastaavien roolia vahvistetaan, 6.5.4 perhe- ja verkostotyö systematisoidaan ja 6.5.5 ryhmätoiminnot vakiinnutetaan. Nämä kehitysehdotukset löytyvät tämän opinnäytetyön sivuilta 42-45. Kliininen asiantuntija on osastojen henkilökunnan tukena ja tekee yhteistyötä osastonhoitajien ja osastonlääkärin kanssa, jotta toimintatavat saadaan käyttöön. Toimintatapojen käyttöönotto edellyttää tiedon levittämisen ohella myös osaamisen varmistamista (Holopainen ym. 2014, 79). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi osastotunneilla otetaan uudet toimintatavat puheeksi ja kliininen asiantuntija on mukana keskusteluissa. Hoitotyön yhtenäiset toimintatavat voidaan ottaa käyttöön pian.

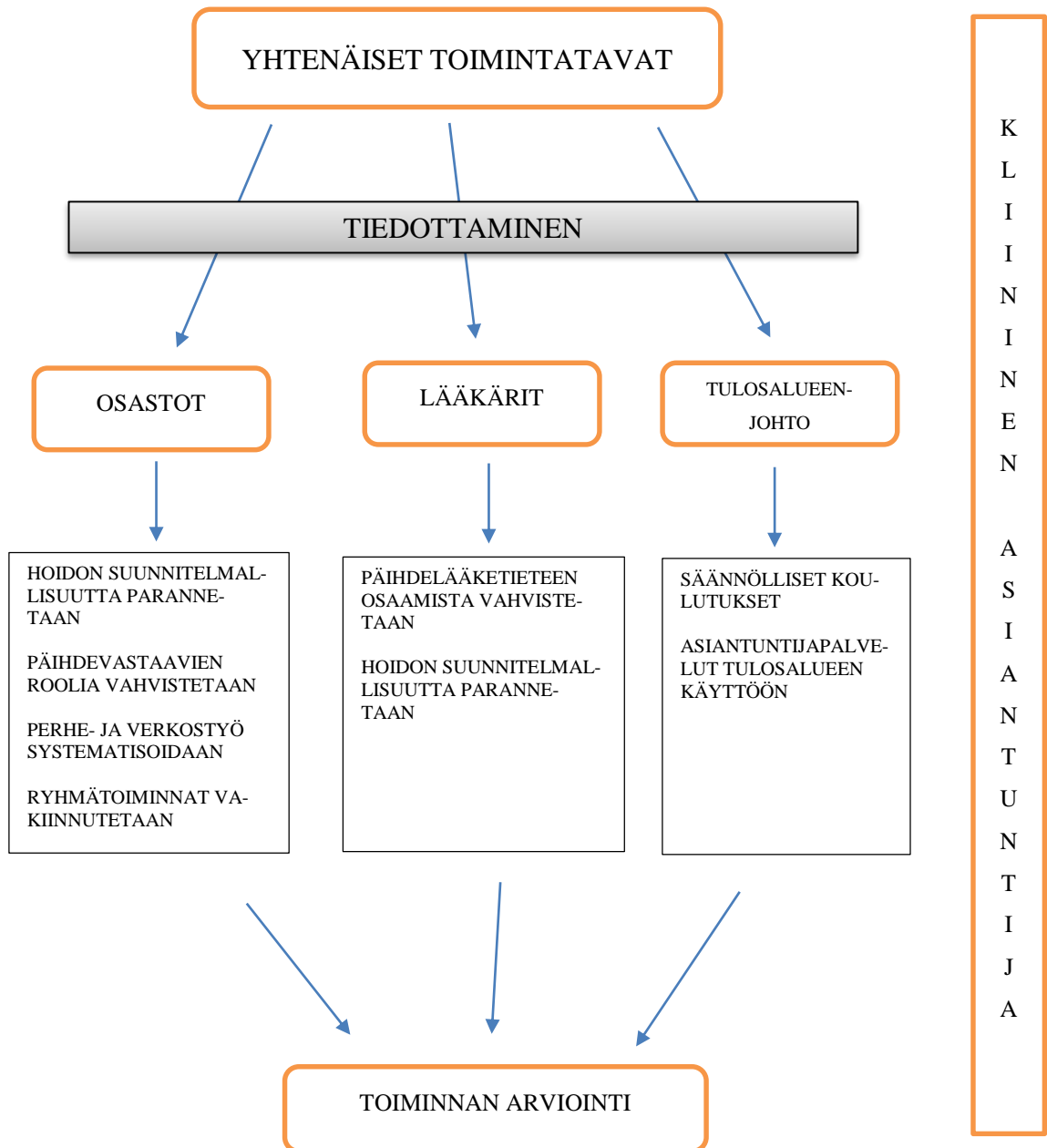
Lääketieteen osalta kehittämisehdotuksia ovat kohdat 6.5.1 hoidon suunnitelmallisuutta parannetaan ja 6.5.2 päihdelääketieteen osaamista lisätään. Lääketieteen osuuden vastuuhenkilönä toimii tulosalueen ylilääkäri, jolle tutkimuksen tulokset esitellään ja jolle annetaan mahdollisuus tuoda oma näkemyksensä ehdotettuihin toimintatapoihin. Myöhemmin hoidon suunnitelmallisuutta parannetaan yhteistyössä osastonlääkärin ja hoitotyöntekijöiden kanssa. Kliininen asiantuntija on myös prosessin tässä vaiheessa mukana.

Tulosalueen koulutusten ja hoitotyön asiantuntijapalveluiden käynnistämisen (kehittämisehdotukset 6.5.6 ja 6.5.7) osalta vastuu on psykiatrian tulosalueen johdolla. Johtoa informoidaan muun muassa osastonhoitajien kokouksessa ja myös ylihoitajan kanssa käydyssä kahdenkeskisessä esittelytilaisuudessa. Tulosalueen johto määrittelee tarvittavat taloudelliset ja toiminnalliset resurssit (Sarajärvi ym. 2011, 91).

Uudet toimintatavat siis esitellään riittävässä laajuudessa koko henkilökunnalle. Tämän jälkeen toimintaa lähdetään jalkauttamaan siten, että kliininen asiantuntija yhdessä hoitotyöntekijöiden ja osastojen esimiesten kanssa ottaa vastuuta hoitotyötä suoranaisesti kos-

kevistä toimintatavoista. Tulosalueen johdolle tulee oma rooli, samoin lääketieteen edustajille. Varsinkin hoidon suunnitelmallisuuden osalta klinisen asiantuntijan rooli on olla suunnittelemassa yhdessä lääkärin ja hoitotyöntekijöiden kanssa uutta toimintaa.

Kun uusia toimintatapoja otetaan käyttöön, niiden seurauksena saattaa syntyä uusia kehittämistarpeita ja luotuja toimintatapoja on muokattava. Uusien toimintamallien arviointi on ajankohtaista silloin, kun hoidolle on asetettu tavoitteet ja hoitoa on suunniteltu niiden pohjalta. (Holopainen ym. 2014, 118, 125.) Tästä johtuen uusien toimintatapojen arviointi sovitaan tulosalueen johdon kanssa.



KUVIO 4. Suunnitelma toimintatapojen käyttöönottamiseksi ja kehittämistyön jatkumiseksi

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 1293-1298.
- Aalto, M. & Vormaa, H. 2013. Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnoosiikkaa. *Duodecim* 129, 2079-2084
- Adams, M.V. 2008. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of worker's reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 101-108.
- Alkoholiongelmaisen hoito. 2009. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Luettu 11.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi>
- Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. & Daumann, J. 2015. Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*. 112, 683–691.
- Heikkinen, H L-T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H L-T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Hansaprint Oy, 16-19.
- Heikkinen, H L-T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H L-T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Hansaprint Oy, 214-227.
- Heikkinen, H L-T. 2010. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruuvinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Juva. WS Bookwell Oy, 78-93.
- Heikkinen, K. 2012. Kliinisen asiantuntijan roolin analysointi PEPPA-viitekehyksen avulla. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkimuksesta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. Turku. 38-43.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Holopainen, A., Junntila, V., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca Oy Helsinki.
- Hughes, E., Wanigaratne, S., Gournay, K., Johnsson, S., Thornicroft, G., Finch, E., Marshall, J. & Smith, N. 2008. Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study) Randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 8(12), 1-9.

- Järvenkylä, V., Romu, J., Kiviniemi, P., Syrjämäki, M., Ahonen, J. & Lehtonen, M-L. 2009. Mielenterveys ja päihheet – yksi ihminen, yksihoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009.
- Kampman, O. & Lassila, A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen Lääkärilehti 47(62), 4447-4451
- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.
- Kozak, M. 2004. Destination Benchmarking : Concepts, Practices and Operations. CABI Publishing.
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vormaa, H. & Ronkainen J-E. 2014. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 79(3), 264-277.
- Kärkkäinen, S. 2013. Psykiatrisen hoitotyön vetovoimaisuus sairaanhoitajaopiskelijan näkökulmasta. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Lahti, J., Rakkolainen, M & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Duodecim 129(19), 2063-2069
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihheet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit
- Manley, D. 2005. Dual diagnosis: co-existence of drug, alcohol and mental health problems. British Journal of Nursing. 14 (2), 100-105.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74820>
- Mikkonen, A. 2007. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen Lääkärilehti 51-52 (62), 4747-4750.
- Moore, J. 2013. Dual diagnosis: training needs and attitudes of nursing staff. Mental Health Practice 16(6), 27-31.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus
- Niva, M. & Tuominen, K. 2005. Benchmarking käytännössä. Itsearviointin työkirja. Hyviä kysymyksiä ja benchmarking-tutkimuksia. Turku. Oy Benchmarking Ltd.
- Niemelä, S. 2013. Päihdepsykiatrisen potilaan lääkehoito. Duodecim 129, 2071-2078.
- Niemelä, S. & Blanco-Sequeros S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä. Duodecim 131, 565-566

- Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes, Työpapereita. Helsinki. Valopaino.
- Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002. Suomen Lääkärilehti 15-16(59), 1673-1677.
- Regier, DA., Farmer ME., Rae DS., ym. 1990. Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264, 2511-2518.
- Rissanen, P. & Puumalainen, J. 2016. Kokemuksen kautta osaamiseen: vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus. Kuntoutus 1/2016 2-8.
- Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto, P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen Lääkärilehti 67(6), 423-426.
- Salo, M. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sanchez-Pena, J.F., Alvarez-Cotoli, P. & Rodriguez-Solano, J.J. 2012. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. Actas Espanolas de Psiquiatria 40(3), 129-135.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. WSOYpro. Helsinki.
- Shulte, S., Meier, P. & Stirling, J. 2011. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. BMC Psychiatry 11:64, 1-12.
- Seppälä, P. 2014. Nuorisopsykiatrian nivelvaiheet. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoidon jatkuvuudesta ja hoitoon sitoutumisesta. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Stringer, E. 2007. Action Research. 3rd ed. Los Angeles : SAGE Publications, Inc. 2007.
- Soittu, S. sihteeri. Psykiatrian tulosalueen esittely 2015. Sähköpostiviesti. senja.soittu@phsotey.fi. Luettu 30.12.2015.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Turtiainen, S. & Kuoppasalmi, K. 2005. Päihteiden käyttö ja muu samanaikainen mielenterveyden häiriö. Kansanterveys 4, 5-6.
- Wadell, K. & Skärsäter, I. 2007. Nurses' experiences of caring for patients with dual diagnosis of depression and alcohol abuse in an general psychiatric setting. Mental Health Nursing 28, 1125-1140.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Minkälainen on kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon nykytila?
2. Minkälaisia hoitotyön keinoja on käytössä ja mitä käytetään?
3. Miten tunnistatte kaksoisdiagnoosipotilaan?
4. Minkälaisia kehittämisideoita tai toiveita on liittyen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon?

Liite 2. Tiedote tutkimukseen osallistuville hoitotyöntekijöille

TIEDOTE

Arvoisa hoitotyöntekijä!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka aiheena on kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittäminen aikuispsykiatrian osastoilla.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden psykiatrian tulosityksiköstä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla jokaisen aikuispsykiatrian osaston kahta hoitotyöntekijää, joista toinen on päihdetyöstä vastaava. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna 24.2.2016 kello 13.30-15.00 neuvotteluhuone 4:ssä. Haastatteluun osallistuvat samalla kertaa kaikki hoitotyöntekijät. Haastattelun kesto on noin 1,5 tuntia. Haastattelu nauhoitetaan ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki opinnäytetyöhön liittyvä aineisto tuhoetaan asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän hallussa.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Mikäli Teillä on kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan mielelläni.

Ari Kärkkäinen

sairaanhoitaja AMK

sairaanhoitaja ylempi AMK- opiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu

ari.karkkainen@health.tamk.fi

p. 050 407 3170

