



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Jenni Laiho

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITO LAHDEN PSYKIATRIAN
POLIKLINIKALLA

Sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2008

TIIVISTELMÄ

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITO LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA – Sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta

Laiho Jenni
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Huhtikuu 2008
Polvivaara Anna, KM
YKL: 59.567
Sivumäärä: 72

Asiasanat: kaksoisdiagnoosi, hoito, psykiatrian poliklinikka

Kaksoisdiagnoosi eli mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyminen on keskeisimpiä tämän päivän haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla ja kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmää. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Lahden psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajilta. Lomakkeita jaettiin 22 ja niistä palautui 15 lomaketta. Vastausprosentti oli 68. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel -pohjaisella Tixel-ohjelmalla.

Tämän tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on erittäin haastavaa. Usein kaksoisdiagnoosipotilaat ovat moniongelmaisia ja sitoutuvat huonosti hoitoon. Tutkimustulosten mukaan hoidon kokonaisvaltaisuutta vaikeuttaa hoitajien täydennyskoulutuksen puute kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Keskeisimmäksi kehitystarpeeksi nousi myös yhtenäisen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomallin kehittäminen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen järjestämiseen ja kaksoisdiagnoosipotilaan yhtenäisen hoitokäytännön kehittämiseen.

ABSTRACT

CARE OF PATIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS IN LAHTI POLICLINIC OF PSYCHIATRY – Opinions of staff nurses about the patients with dual diagnosis

Laiho Jenni
Satakunta University of Applied Sciences
School of Social Services and Health Care, Pori
Faculty of Social Services and Health Care
Degree Programme in Health Care
April 2008
Polvivaara Anna, ME
PLC: 59.567
Pages: 72

Keywords: dual diagnosis, care, polyclinic of psychiatry

Dual diagnosis which is also known as the occurrence of both mental disorders and substance abuse problems is one of the most important challenges in mental care at the moment. The purpose of this thesis was evaluate the care of patients with a dual diagnosis in Lahti polyclinic of psychiatry and to produce information about the treatment of dual diagnose patient in the particular polyclinic. One goal was to describe impressions of staff nurses about the treatment of dual diagnose patient.

The research method in this thesis was quantitative. The data were collected using a questionnaire in Lahti polyclinic of psychiatry. 22 questionnaires were handed out and 15 returned. The response rate was 68 %. The data were analyzed using Microsoft Excel based Tixel programme.

On grounds of this study the treatment of dual diagnose patient is a major challenge. Usually the dual diagnosis patients have complicated problems and the willingness to receive treatment was decreased with these patients. According this thesis lack of further education causes problems in comprehensive treatment of dual diagnose patient. The crucial development need is to generate standard treatment model for dual diagnosis.

The results of this thesis can be used in further education of nurses and to develop standard treatment for dual diagnosis.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KAKSOISDIAGNOOSI	8
2.1 Mielenterveys ja mielenterveyden ongelmat	9
2.2 Päihteet ja päihdeongelmat	11
2.3 Kaksoisdiagnoosipotilas	13
3 HOITO	15
3.1 Hoitotyö	16
3.2 Mielenterveystyö	17
3.3 Päihdetyö	18
3.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito	20
4 LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKKA	23
5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS	24
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
6.1 Tutkimusmenetelmä	25
6.2 Kohderyhmä ja sen valinta	26
6.3 Aineistonkeruumenetelmä	27
6.4 Aineiston käsittely ja analysointi	29
7 TUTKIMUSETIIKKA	30
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
8.1 Taustatiedot	33
8.2 Sairaanhoidtajien määritelmät kaksoisdiagnoosi-käsitteestä	35
8.3 Kaksoisdiagnoosipotilaiden yleisyys Lahden psykiatrian poliklinikalla	36
8.4 Sairaanhoidtajien valmiudet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa	38
8.5 Keskeisimmät kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa vaativat ongelmat sairaanhoidtajien arvioimina	38
8.6 Kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmalliset hoidon osa-alueet Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoidtajien kuvaamina	40
8.6.1 Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen	41
8.6.2 Vuorovaikutus ja hoitosuhteen luominen	42
8.6.3 Hoidon kokonaisvaltaisuus	44

8.6.4 Päihdeongelman hoito	45
8.6.5 Mielenterveysongelman hoito	47
8.6.6 Potilaan hoitoon sitoutuminen	48
8.6.7 Yhteistyö muiden tahojen kanssa	50
8.6.8 Hoitajien tieto ja taito	51
8.7 Lahden psykiatrian poliklinikan hoitomallit sairaanhoitajien kuvaamina .	53
8.8 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolku Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamana	53
8.9 Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveys- ja päihdeongelman ensisijainen huomioiminen	55
8.10 Kehittämistarpeet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa Lahden psykiatrian poliklinikalla	56
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	57
10 POHDINTA	59
LÄHTEET	66
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosi on käsitteenä melko uusi ja tällä hetkellä maailmanlaajuisestikin ajankohtainen sekä paljon esillä oleva ongelma mielenterveys- ja päihdepotilaiden keskuudessa. Mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyttä on esiintynyt jo pidemmän aikaa, vasta viime vuosina ilmiölle on saatu käsite, kaksoisdiagnoosi. (Hölttä 2006, 2; Mäkelä 2003, 185.)

”Päihderiippuvuuden yleisyys psykiatrisilla potilailla on eräs keskeisimpiä mielenterveystyön pulmia tänä päivänä”, kuvaa Amerikan psykiatrian yhdistys nyky päivän mielenterveystyön haasteita (Mäkelä 2003, 185). Lääketieteen dosentti, Rauno Mäkelän (2003, 185) mukaan, lause symboloi hyvin myös Suomen tämän hetken mielenterveys- ja päihdetyön tilaa. Erityisesti huumausainediagnosoinnin ja vähintään yhden psykiatrisen diagnoosin yhteisesiintyvyys sairaalahoitoissa on jyrkästi noussut 1990-luvun alusta lähtien, tasaantuen 2000-luvulle (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1673). Myös suomalaisten alkoholinkulutus on kasvanut merkittävästi 1990-luvulta alkaen. Päihdehaitat ja mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet päihteiden kulutuksen kasvun ohella. Vaikka huumeiden käytön kasvu on taantunut 2000-luvulle tultaessa, on huumeiden kulutuksen kasvun seuraukset nähtävissä ongelmakäytön lisääntymisenä, hoidon tarpeen kasvuna sekä huumehaittoina vasta vuosien viiveellä. Huumeiden käyttöön liittyvien psykiatristen sairauksien tiedetään lisääntyneen 1990-luvun alusta nelinkertaisesti. (Hölttä 2006, 12.)

Kiinnostuessani kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta, kyselin eri hoitotahoilta heidän mielenkiinnostaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämistyöhön. Hakeuduin 10 viikon mielenterveystyön syventävään harjoitteluun Lahden psykiatrian poliklinikan hoitoryhmään 1. Hoitoryhmä 1 vastaa pääasiassa päihdepsykiatrian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön arvioinnista, kuntoutuksesta ja hoidosta. Harjoittelun aikana pääsin tutustumaan lähietäisyydeltä kaksoisdiag-

noosipotilaiden avohoitoon ja pohtimaan mahdollisia hoitoon liittyviä tutkimusongelmia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Suomen palvelujärjestelmä on jakautunut kaksoisdiagnoosipotilaalle epäkiitollisesti. Mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut ja psykiatrinen erikoissairaanhoido ovat jakautuneet siten, että kukin yksikkö ottaa vuorotellen vastuun kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Tällöin potilaan kokonaisvaltainen apu jää saamatta ja kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuvat syrjivät käytännöt mahdollistuvat. Potilas saatetaan sulkea pois mielenterveyspalveluista päihdeongelmaisena ja päihdepalveluista liian psykiatrisena potilaana. Tällöin kaksoisdiagnoosipotilaat saattavat ajautua sekä mielenterveys- että päihdepalveluiden ulkopuolelle. (Hölttä 2006, 1–4.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito on monissa kunnissa järjestetty siten, että yhtä häiriötä hoidetaan kerrallaan, jaksottaisen hoitomallin mukaisesti (Hölttä 2006, 14). Myös rinnakkaista hoitomallia on käytetty. Rinnakkaisessa hoitomallissa potilaan ongelmia hoidetaan samanaikaisesti rinnakkaisilla hoito-ohjelmilla eri paikoissa. (Mäkelä 2003, 189.) Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito ainoastaan mielenterveys- tai päihdehuollon piirissä on usein tuloksetonta. Tutkimusten perusteella integroidun hoitomallin vaikuttavuus hoidossa on koettu parhaimmaksi hoitotavaksi kaksoisdiagnoosipotilaille. Tässä mallissa kumpaakin ongelmaa hoidetaan samanaikaisesti samassa paikassa. (Barnes, Murray, Ritchie & Jones 2002, 16; Mäkelä 2003, 189; Pirkola ym. 2004, 1677.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamatta jättämiseen ei ole varaa. Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintyvyys on etenevä ja usein kroonistuva sairaus. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin laiminlyönnit aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen ohella myös mittavia yhteiskunnallisia kustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ohella, kustannuksia aiheuttavat muun muassa rikollisuus, rikosoikeudelliset seuraamukset, lastensuojelun tarve, tapaturmat ja ennenaikaisista kuolemista aiheutuvat kulut. (Hölttä 2006, 57.)

2 KAKSOISDIAGNOOSI

Kaksoisdiagnoosi eli dual diagnosis ja mentally ill chemical abuser on sateenvarjokäsite, joka tarkoittaa tilaa, jossa sekä päihderiippuvuus että psyykinen sairaus esiintyy samalla henkilöllä (Barnes ym. 2002, 16; Flinck 2000, 9–10; Mäkelä 2003, 184). Kaksoisdiagnoosi-käsitettä voidaan kutsua myös komorbidityksi (Hölttä 2006, 1; Pirkola ym. 2004, 1674). Mielenterveyden häiriön ja päihdesairauden samanaikaiselle esiintymiselle on esitetty neljä eri hypoteesia. Kaksoisdiagnoosissa ensisijaisia mielenterveysongelmia voi seurata itselääkinnän kautta päihteiden käyttö tai vastaavasti ensisijaista päihteiden käyttöä voi seurata mielenterveysongelmat. (Flinck 2001, 16; Hölttä 2006, 5; Leppä 2007, 28; Pirkola ym. 2004, 1674; Sorsa & Laijärvi 2006, 214.) Näiden lisäksi psyykinen häiriö ja päihteiden väärinkäyttö voivat esiintyä toisistaan riippumatta tai yhteinen tekijä voi johtaa sekä psyykkiseen häiriöön että päihdeongelmaan (Flinck 2001, 16). Kaksoisdiagnoosialtistukseen vaikuttavat lisäksi perinnölliset ja ympäristöön liittyvät riskitekijät (Pirkola ym. 2004, 1674).

Käytännön hoitotyössä kaksoisdiagnoosi-käsitteellä voidaan tarkoittaa mitä tahansa päihteiden käyttöä yhdistyneenä mihin tahansa mielenterveysongelmaan. Sekä päihde- että mielenterveysongelman asteen määrittely vaikuttaa itse kaksoisdiagnoosin ymmärtämiseen. (Hölttä 2006, 5; Sorsa ym. 2006, 214.) Tämän hetkisen määritelmän mukaan kaksoisdiagnoosin kriteerit täyttyvät päihdehäiriön lisäksi esiintyvällä merkittävällä primarisella psykiatrisella häiriöllä ja/tai persoonallisuushäiriöllä (Hölttä 2006, 5; Sorsa ym. 2006, 214).

Kaksoisdiagnoosin selittämiseen on käytetty lähinnä neljää erilaista lähestymistapaa Robert Draken ja Michael Wallachin vuoden 2000 havaintojen pohjalta. Lähestymistavat ovat lääketieteellinen, moraalinen, psykososiaalinen ja fenomenologinen. Lääketieteellisen mallin mukaan päihderiippuvuus ja sitä seuraava toiminta on mekaanista. Tällöin yksilö ei voi käytökselleen eikä relapseilleen, eli retkahduksilleen, mitään eikä tällöin myöskään vastaa tekemisistään. Moraalisen mallin mukaan yksilö on itse vastuussa päihderiippuvuuden syistä ja seura-

uksista. Mallin mukaan ongelmat ovat ihmisessä itsessään ja relapsit ovat ilmauksia yksilön heikosta tahdosta. Psykososiaalisessa mallissa päihderiippuvuuden sosiaaliset tekijät ovat ensisijaisia. Tällöin kaksoisdiagnoosiin liittyviä huonoja asuinoloja, köyhyyttä ja työttömyyttä pyritään parantamaan, jolloin hoidetaan myös riippuvuutta päihteisiin. Fenomenologisessa lähestymismallissa kaksoisdiagnoosia lähestytään yksilön kokemusmaailman kautta, tutkien yksilön selviytymistä elämässään. Tällöin yksilön epäonnistumiset eivät näyttäyty yksilölle täysin turhana aikana. (Sorsa ym. 2006, 219–221.) Sorsan ja Laijärven (2006, 228) mukaan kaksoisdiagnoosi voi olla niinkin monisyinen ilmiö, ettei sen selittämiseksi voi löytää yhtä ainoata selitysmallia. Kaksoisdiagnoosi onkin monien selitysmalliensa summa.

Kaksoisdiagnoosi-käsitettä on käytetty kuvaamaan myös henkilöä, jolla on samanaikaisesti sekä kehitysvammadiagnoosi että käyttäytymisen ja/tai mielenterveyden ongelma eli developmental disability ja additional mental disorder (Flinck 2001, 15–16; Ladonlahti 2004, 51). Tässä työssä käsitellään kaksoisdiagnoosikäsitettä päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelmien kannalta.

2.1 Mielenterveys ja mielenterveyden ongelmat

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta. Mielenterveyden määrittelyyn vaikuttavat niin aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit, lainsäädäntö kuin ihmisten tarpeetkin. Mielenterveys on mielen ja ruumiin tasapainoa ja hyvinvointia. Mielen hyvinvointi ei ole pysyvä olotila vaan se vaihtelee ihmiselämän eri vaiheissa. Kukaan ei ole mieleltään jatkuvasti täysin tasapainoinen; usein elämän ongelmakohdat heijastuvat niin psyykkiseen kuin fyysiseenkin vointiin. (Suomen Mielenterveysseura 2008; Vuori-Kemilä 2007, 12.)

Mielenterveyden perusta syntyy perimän ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksista (Lönqvist 2006). Maailman terveysjärjestön, WHO:n (2008) määritelmän mukaan mielenterveys määritellään älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana,

jossa yksilö ymmärtää kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä.

Mielenterveysongelmien ehkäisyä helpottaa mielenterveydellisten ongelmien syytekijöiden tunteminen aikaisempaa paremmin. Suomalainen mielenterveys on kehittynyt monien tutkimusten mukaan luultua myönteisemmin, esimerkiksi itsemurhat ovat vähentyneet kuluneiden 15 vuoden aikana kolmanneksella. (Lönqvist 2006.)

Tämän päivän mielenterveyden keskeisimpiä haasteita ovat masennus, lisääntyneet alkoholi-ongelmat, varsinaiset mielisairaudet eli psykoosit sekä lasten mielenterveyden edistäminen (Lönqvist 2006). Lönqvistin (2006) mukaan alkoholin aiheuttamiin terveyshaittoihin tulee varautua pyrkimällä alkoholin kulutuksen vähentämiseen koko väestössä.

Psyykkistä sairautta edeltää pitkä kehitysprosessi, johon vaikuttavat genetiikka ja erilaiset kasvuympäristön tekijät, kuten koetut traumat ja epäonnistuneet kehityshaasteiden sekä ongelmien ratkaisut (Laukkanen 2003, 210; Vuori-Kemilä 2007, 12). Mielenterveyden häiriöiden taustalla nähdään niin biologisia, psykologisia kuin sosiaalisia tekijöitä. Tutkimusten mukaan mielenterveydenhäiriöt eivät periydy suoraan, sen sijaan alttius sairastua mielenterveyden häiriöihin on periytyvää. (Alakare 2007, 68.)

Mielenterveyden häiriöiden ominaispiirteitä esiintyy usein tavanomaisessa elämässä. Jos oireet aiheuttavat kärsimystä, psyykkistä vajaakuntoisuutta tai rajoittavat toiminta-, työ- ja selviytymiskykyä, kyse on mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyden häiriöitä on paljon erilaisia, jotka luokitellaan tyypillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaan eri luokkiinsa. Tavallisimpia näistä ovat ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt, psykoosit ja mielialahäiriöt. (Salonen 1998, 72–73.)

Suomalaisten keskuudessa 15–20 %:lla arvioidaan olleen diagnosoitavissa oleva mielenterveyshäiriö kuluneen vuoden aikana. Tyypillisin mielenterveyshäi-

riö suomalaisilla on masennus, jonka 10–20 % väestöstä sairastaa ainakin keran elämänsä aikana. Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä esiintyy muita enemmän päihteiden käyttöä ja päihderiippuvuutta. (Hölttä 2006, 11; Pirkola ym. 2004, 1673–1674.) Höltän (2006, 11) mukaan arviolta jopa 75 %:lla mielenterveyspalveluiden käyttäjistä on päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia.

2.2 Päihteet ja päihdeongelmat

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita, yhdisteitä tai luonnontuotteita joita käytetään päihtymis-, piristys-, huumaus- tai nautintoainetarkoituksessa (Flinck 2000, 18; Saarelainen & Annala 2007, 34). Päihteiksi määritellään aineet, jotka aiheuttavat keskushermostovaikutuksista johtuvia korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Päihteiden huumaavat ja päihdyttävät vaikutukset perustuvat keskushermostovaikutuksiin, jotka ovat ainekohtaisia. Esimerkiksi kokaiini, amfetamiini ja kofeiini stimuloivat ja opiaatit, alkoholi ja bentsodiatsepiini rauhoittavat ja lamaannuttavat hermostoa. Päihteiden, alkoholin ja huumeiden yhteisenä piirteenä on käytöstä johtuva tietoisuuden muuttuminen. (Flinck 2000, 18–19.)

Päihteiden vaikutusten voimakkuus riippuu käytetystä päihteiden määrästä. Päihteitä voidaan käyttää eri tavoin, esimerkiksi suun tai hengitysteiden kautta, nuuskaamalla, injektioina tai monia nautintatapoja soveltaen. Amfetamiini ja sen johdokset ovat kannabiksen jälkeen Suomessa yleisimmin käytettyjä laittomia huumeita. Suomessa amfetamiinia käytetään tavallisimmin suonensisäisesti. Amfetamiinin käyttäjillä on tavallista päihteiden sekakäyttö, jossa amfetamiinin ohella käytetään myös alkoholia ja bentsodiatsepiineja ongelmallisesti. (Flinck 2000, 19–20.) Draken (2007, 382) tutkimuksen mukaan huumevalinta riippuu usein enemmänkin paikallisista markkinoista ja tarjonnasta kuin käyttäjän valinnasta.

Päihteidenkäyttö kehittyi ongelmalliseksi pikkuhiljaa ja huomaamatta. Tällöin käytön muuttumista satunnaiskäytöstä liikakäyttöön on vaikea huomata. (Hölttä

2006, 9.) Päihderiippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat niin perinnölliset kuin ympäristöllisetkin tekijät. Päihderiippuvuus on piirteiltään samantapaista, oli kyseessä sitten alkoholi taikka huumeet. Merkittävin ero liittyy riippuvuuden syntyyn; alkoholiriippuvuuden kehittyminen kestää useita vuosia, kun taas huumeiden käyttö voi johtaa riippuvuuteen muutamassa kuukaudessa. (Aarnisalo & Karvonen 2007, 75–76.)

Arkikielessä riippuvuuskäyttäjää kutsutaan isti-päätteellä, kuten alkoholisti ja heroinisti (Saarelainen ym. 2007, 34–35). Saarelaisen ja Annalan (2007, 35) mukaan riippuvuuskäyttöön liittyy elimistön, tunteiden, päättelykyvyn ja sosiaalisten suhteiden vaurioita. Riippuvuuskäyttäjällä käyttö on pakonomaista eikä sen lopettaminen ole tahdonvaraisestikaan helppoa. Pakonomainen päihteiden käyttö voi johtaa persoonallisuuden muutokseen ja jopa psyykkiseen sairauteen.

Päihderiippuvuus johtaa yksilön terveyden merkittävään heikkenemiseen, kyvyttömyyteen säädellä aineen käyttöä, elimistön kasvavaan kykyyn sietää ainetta sekä vieroitusoireisiin käytön loputtua. Vieroitusoireet ovat fyysiselle riippuvuudelle luonteenomaisia piirteitä, joissa hermoston altistus kyseiselle aineelle lakkaa. (Flinck 2000, 21–22.)

Päihderiippuvuus on ilmiö, jota tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti henkiseltä, psykologiselta, sosiaaliselta ja fyysiseltä tasolta käsin. Henkiseen tasoon kuuluvat muun muassa mielikuvat, ihanteet ja identiteetin muodostus ja vastaavasti psykologiseen tasoon, tunne ja järki sekä ongelmanratkaisutaidot. Sosiaalinen taso kattaa vuorovaikutuksen ja fyysinen taso kaiken biologisen. Päihderiippuvuudesta eroon pääseminen kestää vähintään 2–5 vuotta. Tällä aikavälillä niin henkinen, psykologinen, sosiaalinen kuin fyysinenkin riippuvuuden taso vaativat aikansa riippuvuudesta vapautumiseen. (Saarelainen ym. 2007, 35.)

Huumausaineiden kokeilu, käyttö ja haitat ovat lisääntyneet 1990-luvulla koko maassa (Flinck 2000, 5; Hölttä 2006, 2; Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000, 61; Pirkola ym. 2004, 1676; Stakes 2006, 23). Vuosituhannen jälkeen huumausaineiden käyttö ja kokeilut ovat tasaantuneet. Viime vuosikymmenien aikana huumetilanne on muuttunut ratkaisevasti: huumemarkkinat ovat Euroopan unio-

nin myötä laajentuneet, huumetuotannosta on tullut tärkeä elinkeino ja jalostus on kasvanut teollisiin mittoihin (Flinck 2000, 5). Vuonna 2004 miehistä 14 % ja naisista 11 % ilmoitti käyttäneensä tai kokeilleensa jotakin huumausaineeksi luokiteltavaa (Stakes 2006, 23). Flinckin (2000, 5) ja Draken (2007, 382) mukaan huumeiden käyttäjät ovat usein nuoria, yksin eläviä, tupakoivia ja alkoholia keskimääräisesti runsaammin käyttäviä. Naisilla, iäkkäillä ja korkeasti koulutetuilla huumeongelmat ovat harvinaisempia (Drake 2007, 382).

Alkoholin kulutus on vastaavasti kasvanut Suomessa 2000-luvulta alkaen. Syyksi arvellaan Viron EU-jäsenyyden myötä mahdollistunutta halvan alkoholin tuontia Suomeen sekä 2003 voimaan tulleen väkevien alkoholijuomien veron alentamista (Hölttä 2006, 2; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3). Etenkin alkoholin kulutuksen jatkuva kasvu lisää komorbidien häiriöiden sairastavuutta (Hölttä 2006, 12). Vuonna 2005 alkoholijuomien kokonaiskulutus lisääntyi 2,5 % vuodesta 2004 ja oli kokonaismäärältään 10,5 litraa 100 %:sta alkoholia asukasta kohti. Suomessa lähes 93 % aikuisväestöstä käyttää alkoholijuomia. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan 6–12 %. (Saarelainen ym. 2007, 34; Stakes 2006,17–19.)

Päijät-Hämeessä, Lahden psykiatrian poliklinikan väestöalueella, alkoholin kulutus oli vuonna 2005 kolmanneksi korkein koko maassa, 8,87 litraa asukasta kohti. 18 vuotta täyttänyttä asukasta kohti, litramäärä oli 11,10 kuin koko maan vastaava arvo oli 10,42 litraa (Stakes 2006, 73). Erityisesti Päijät-Hämeessä tulee kiinnittää huomiota ennaltaehkäiseviin mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä erityisesti avopalveluihin, jotta päihde- ja mielenterveysongelmien haitat saataisiin minimoitua.

2.3 Kaksoisdiagnoosipotilas

Psykiatrisista potilaista päihteiden ongelmakäyttäjää on 40–80 %. Osalla mielenterveyspotilaista päihderiippuvuus kehittyy heidän lääkityksessä psyykkisiä oireitaan päihteillä. (Hölttä 2006, 1; Mäkelä 2003, 185; Sutinen 2005, 4.) Sutisen (2005, 4)

mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat voivat kieltää tai vähätellä päihteiden käyttöön ja/tai mielenterveysongelmaansa. Alkoholilla voi helpottaa lyhytaikaisesti esimerkiksi ahdistusta ja paniikkikohtausten pelkoa. Myös muun muassa amfetamiinilla yritetään itsehoitaa masennusoireita tai tarkkaavaisuushäiriötä. Ajan kuluessa itsehoitokeinot aiheuttavat riippuvuutta alkuperäisen ongelman laajetessa. (Aarnisalo ym. 2007, 76–77.)

Yleisellä tasolla kaksoisdiagnoosipotilaat ovat moniongelmainen ja heterogeeninen ryhmä (Flinck 2000, 1). Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden joukossa kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein keskimääräistä vaikeahoitaisempia niin Suomessa kuin ulkomaillakin (Hölttä 2006, 1; Mäkelä 2003, 185). Komorbideihin eli kaksoisdiagnostisiin häiriöihin liittyy monia ominaispiirteitä; kaksoisdiagnoosipotilas voi olla itsetuhoisin, impulsiivinen tai provokatiivisesti ja aggressiivisesti käyttäytyvä. Monilla kaksoisdiagnoosipotilailla on takanaan vankilatuomioita. (Drake 2007, 382; Flinck 2001, 16; Holttä 2006, 7.) Provokatiivisella ja aggressiivisella käyttäytymisellä kaksoisdiagnoosipotilas voi herättää henkilökunnassa negatiivista asennoitumista (Sutinen 2005, 4). Höltän (2006, 1) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuva negatiivinen asennoituminen on osittain seurausta suomalaisen hoitojärjestelmän kapea-alaisesta ja eriytyneestä luonteesta.

Päihde- ja mielenterveysongelman yhteisesiintymiseen liittyy usein monenlaista oireilua, toimintakyvyn alenemista, hoitokielteisyyttä, lääkekielteisyyttä tai -hakuisuutta sekä tarpeita jotka tekevät kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon erityisen vaativaksi (Pirkola ym. 2004, 1674; Sutinen 2005, 4). Kaksoisdiagnoosipotilailla hoidon tarve on usein suuri. Heillä on usein heikot sosiaaliset verkostot ja itsehoitokyvyn vajetta. Monesti hoitoon liittyy pelkoja ja ennakkoluuloja palvelujen tuottajista sekä hoitopaikkojen henkilökunnasta. Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilailla voi esiintyä komorbidioiden häiriöiden ohella somaattisia sairauksia, käyttäytymishäiriöitä, tarkkaavaisuushäiriöitä ja heikkolahjaisuutta. (Hölttä 2006, 7.) Suonensisäisiä huumeita käyttävien kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa erityisesti C-hepatiitti ja HIV-infektiot ovat tyypillisiä (Drake 2007, 382; Flinck 2001, 16; Stakes 2006, 25).

Päihteiden kulutuksen jatkuva kasvu lisää kaksoisdiagnoosipotilaiden määrää. Päihteiden käytön tiedetään jo satunnaisestikin käytettynä altistavan mielenterveyshäiriöille. Laajan amerikkalaistutkimuksen mukaan noin puolella huumeiden käyttäjistä oli samanaikaisesti jokin mielenterveyden häiriö. (Flinck 2001, 16.)

Päihteiden käytölle altistavia mielenterveyden häiriöitä ovat tavallisimmin mieli-ala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja psykoottiset häiriöt (Hölttä 2006, 11). Alkoholiriippuvaisilla esiintyy jopa 15–55 %:n todennäköisyydellä elinaikanaan jokin psyykinen häiriö. Keskimäärin alkoholiongelmallisilla on kaksinkertainen psyykinen sairastuvuusriski normaaliväestöön verrattuna. (Aarnisalo ym. 2007, 77; Barnes ym. 2002, 16; Mäkelä 2003, 18.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden esiintymistiheyden määrittelyyn vaikuttavat erilaiset diagnosointikriteerit ja väestötilastot. Tarkkaa potilasmäärää on vaikea saada tietoon maailmanlaajuisesti ja eri maiden tutkimusaineistojen keskinäinen vertailu on vaikeaa. (Drake 2007, 381; Mäkelä 2003, 185.)

3 HOITO

Hoito on kaikkea hoitotoimintaa kuvaava yläkäsite, jota voidaan tarkastella hoitotieteellisestä, lääketieteellisestä ja sosiaalitieteellisestä näkökulmasta (Korppi 2000, 11). Syrjäpalon (2006, 27–28) mukaan hoito-käsite voidaan määritellä hoidon kokonaisuudeksi johon kuuluu myös hoitotyö, hyvä hoito ja hoitaminen. Hoidon eettisinä päämäärinä pidetään ensisijaisesti viittä arvoa, jotka edistävät hoitoa. Näitä ovat elämä, terveys, turvallisuus, henkilökohtainen loukkaamattomuus sekä oikeudenmukaisuus.

Hoitotyön ydin on hoidossa. Hoitotieteessä tutkitaan hyvää ja huonoa hoitoa. Tällöin hoitotyö ei voi olla tutkimuskohteena, koska hoitotyön määritelmien mukaan huonoa hoitotyötä ei ole olemassa. Hoito voi olla sen sijaan niin huonoa kuin hyvääkin. (Tuomi 2005, 112.) Tuomen (2005, 112) mukaan hyvä hoito ja

hoitotyö voivat tietyin ehdoin tarkoittaa samaa asiaa mutta huono hoito ja hoitotyö eivät voi koskaan olla toistensa synonyymejä.

Käsitteenä hoito ei viittaa mihinkään ammattiryhmään. Oletuksena tällöin on korostaa, että eri ammattiryhmät tekevät päällekkäistä ja limittäistä työtä samoin tavoittein, potilaan parhaaksi. (Tuomi 2005, 41.) Myös potilaan itsehoito ja omaisten hoito käsitetään hoidoksi. Tämän takia hoito on tärkeää rajata tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstön toteuttamaksi hoidoksi ja hoitotyöksi.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena on, että kerättyä tietoa käytettäisiin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämiseen Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tutkimus käsittelee niin hyvää kuin huonoakin hoitoa. Hoitoa käsitellään sairaanhoitajien kuvaamina.

3.1 Hoitotyö

Tutkimuksen kohderyhmäksi on valittu sairaanhoitajat. Tuomen (2005, 42) mukaan sairaanhoitajien hoito virallisen terveydenhuollon osana määritellään hoitotyöksi, joten tällöin myös käsitettä hoitotyö on tarpeellista tarkastella.

Sairaanhoitajien hoito käsitetään hoitotyöksi, kun hoitotyö täyttää sille asetetut ehdot ja perustuu tiettyyn tieto-, taito- ja arvopohjaan. Eettisesti arveluttavaa hoitotyötä ei ole olemassa, koska tällaisessa tilanteessa hoito ei perustu hoitotyölle määriteltyyn arvoperustaan. (Tuomi 2005, 42.)

Tuomen (2005, 28–29) mukaan hoitotyön tehtävänä voidaan pitää ICN:n, International Council of Nursing, vuoden 2003 määritelmää ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuoden 2003 määritelmää. ICN:n mukaan hoitotyön tehtävänä on yhteiskunnassa yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen ja kuolemaan auttaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö lukee hoitotyön tehtä-

väksi maailmanlaajuisen terveyden, terveyden tasa-arvon ja suvaitsevaisuuden edistämisen.

Hoitotyö koostuu niin filosofisena kuin eettisenäkin kokonaisuutena sekä teoreettisesta että käytännöllisestä puolesta (Leino-Kilpi 2001, 157–158; Tuomi 2005, 16). Leino-Kilven (2001, 157–158) mukaan hoitotyön teoreettinen perusta rakentuu tutkitusta tiedosta, kokemusperäisestä tiedosta ja arvoja koskevasta tiedosta. Etenkin hoitotyön perustuminen tutkittuun tietoon on korostunut 2000-luvulta lähtien. Viime vuosina lääketieteessä on laadittu useita Käypä hoito -suosituksia ja näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys on kasvanut.

Hoitotyö on muuttunut viime vuosina yhä kiireisemmäksi ja kuormittavammaksi. Käytännön hoitotyö koostuu pääasiallisesti yksittäisen hoitotyöntekijän ratkaisuista, joten hoitotyöntekijän on omattava niin yleis- kuin erityisosaamistakin. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 7; Leino-Kilpi 2001, 160–163.) Korkeatasoinen hoitotyö edellyttää hoitotyöntekijöiltä aikaa ajatella parhaan mahdollisen hoitotoiminnon toteutusta. Hoitotyön toimintoja tarvitaan, kun potilas ei itsenäisesti kykene suoriutumaan päivittäisistä askareistaan. Korkeatasoinen hoitotyö edellyttää aikaa potilaalle: hoitotyössä potilaslähtöisyys on tärkeä lähtökohta. (Leino-Kilpi 2001, 163–166.)

3.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain ja -asetuksen mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä persoonallisuuden kasvun edistämistä. Lisäksi mielenterveystyö käsittää mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990; Vuori-Kemilä 2007, 21.)

Mielenterveystyötä säätelevät muun muassa kansanterveyslaki, mielenterveyslaki ja mielenterveysasetus, erikoissairaanhoidolaki, työterveyshuoltolaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Vuori-Kemilä 2007, 21.) Mielenterveyslaki

velvoittaa kuntia järjestämään mielenterveyspalveluita, jotka ovat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai kuntainliiton tarpeen mukaisia (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001, 79).

Mielenterveyttä ohjaavassa lainsäädännössä korostetaan ennaltaehkäisyä sekä avohoidon merkitystä. Nykypäivänä mielenterveyden edistämistyössä paneudutaan tekoihin ja toimintoihin, jotka tukevat ihmisten ja yhteisöjen hyvää mielenterveyttä sekä lisäävät mielenterveyden suotuisia tekijöitä. (Vuori-Kemilä 2007, 21.)

Yhteiskunnan ja työelämän vaatimusten kasvu heijastuu psyykkisiin ongelmiin: päihdeongelmien lisääntymiseen, mielenterveysongelmien kärjistymiseen ja perheiden ja etenkin lasten sosiaalisiin ongelmiin ja psyykkiseen pahoinvointiin. Mielenterveyspalveluiden kysyntä ja tarve uudentyyppisille mielenterveyden palveluille on kasvanut. (Vuori-Kemilä 2007, 22.)

3.3 Päihdetyö

Alkoholin suurkuluttajien määrä on kasvanut 2000-luvulta lähtien. Myös alkoholihaitat ovat kasvaneet. Huumausaineiden käyttäjien määrä ei ole vuosituhaten vaihteen jälkeen kasvanut, merkkejä on ollut jopa huumausaineiden käytön vähentymisestä. Sen sijaan suonensisäisten huumeiden käyttäjien ongelmat ovat vaikeutuneet. (Saarelainen ym. 2007, 34.)

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen ja hänen omaistensa riittävä ja asiallinen hoito. Kuntien mahdollisuudet vastata palvelutarpeeseen on kuitenkin vähäiset; monipuolisten hoitopalveluiden turvaaminen päihdeongelmaisille on monelle kunnalle työlästä (Saarelainen ym. 2007, 34).

Vuonna 2006 päihdetyötä tekevien erilaisten ammattiryhmien, viranomaisten ja kansalaisjärjestöjen ehkäisevän työn suunnittelun ja arvioinnin apuvälineeksi

laadittiin ehkäisevän päihdetyön laatuksiterit. Lisäksi päihdetyön avuksi on julkaistu päihdepalveluiden laatusuosituksset (2002, 3), joiden avulla lisätään päihdepalveluiden saatavuutta ja laatua.

Päihdepalvelut jakautuvat yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin, kuten sosiaalityöhön, lastensuojeluun ja terveysasemapalveluihin, sekä päihdehoitoon erikoistuneisiin palveluihin, kuten avohoito-, laitoshoido-, asumis- ja vertaistukipalveluihin. Kuntien ei tarvitse tuottaa itse kaikkia palvelujaan vaan, ne voivat ostaa niitä myös kolmannen sektorin toimijoilta: yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. (Saarelainen ym. 2007, 41–42; Stakes 2006, 20.)

Alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksen (2005) mukaan alkoholiongelma kuuluu yhteiskunnan merkittävimpiin terveysuhkiin. Terveydenhuollon hoitopaikoissa onkin tärkeätä muistaa alkoholiongelman yleisyys ja etsiä aktiivisesti ongelmaa eri potilasryhmistä. Alkoholiongelman varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys. Tärkein alkoholiongelman tunnistuskeino on keskustelu potilaan kanssa. Muita tunnistuskeinoja ovat erilaiset kyselylomakkeet ja laboratoriotestit. (Käypä hoito -suositus. 2005.)

Flinckin (2000, 24) mukaan hoitotyössä on helppo havaita potilaan valitseman apukeinon riittämättömyys ja tuhoisuus. Usein potilaan elämässä on useita stressitekijöitä, joita päihteiden käyttö vain lisää. Usein potilas ei itse tätä huomaa ja käyttää päihteitä ongelmistaan huolimatta. Alkoholiongelmainen potilas tarvitseekin kokonaisvaltaista hoitoa, sillä ongelmaan kietoutuu koko potilaan elämänpiiri. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiongelmaisen hoidon perusta, mutta myös lääkehoidolla on merkitystä alkoholiriippuvuuden hoidossa.

Huumeongelman Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan huumeiden käytön tunnistamista vaikeuttaa huumeiden käytön rangaistavuus. Huumeongelman voi tunnistaa keskustelemalla potilaan kanssa. Myös esitiedot ja erilaiset potilaan somaattiset vaivat voivat viitata huumeiden käyttöön. Hyvään huumeongelman tutkimukseen kuuluu tietojen laaja-alainen kerääminen. Huumeiden käytön toteamisessa voidaan käyttää apuna myös huumeetestejä. (Käypä hoito -suositus. 2006.)

Huumeongelmaisen hoidossa psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta. Lisäksi lääkityksellä voidaan helpottaa vieroitusoireita mutta rauhoittavat lääkkeet voivat jopa pahentaa potilaan riippuvuutta. Huumeongelman hoidossa tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta. (Käypä hoito -suositus. 2006.)

Alkoholi- ja huumeongelmaisen akuutit myrkytystilat ja muut päihdeongelmaan liittyvät somaattiset oireet hoidetaan yleisesti terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Monissa terveyskeskuksissa annetaan katkaisu- ja vieroitushoitoja ja useissa sairaaloissa on päihdepsykiatriaan erikoistuneita yksiköitä. Päihdehuollon erikoispalveluihin kuuluvat muun muassa A-klinikat, katkaisuhoidoyksiköt ja kuntoutuslaitokset. (Käypä hoito -suositus. 2005; Käypä hoito -suositus. 2006.)

3.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito

Mielenterveys- ja päihdeongelmat koskettavat ihmisen fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista ulottuvuutta. Hoitotyössä onkin otettava huomioon kaikki olemuspuolet ja ymmärrettävä niiden sisältö. Tämä vaatii työntekijältä laajaa ja ajanmukaista tietoa, taitoa sekä asiantuntemusta. Työntekijä käyttää asiantuntemustaan parhaiten hyväkseen moniammatillisessa työryhmässä, joka koostuu eri ammattiryhmien edustajista. Moniammatillisuuteen kuuluu erilaisten näkökulmien ja osaamisen tuoma rikkaus. (Vuori-Kemilä 2007, 66–67.)

Päihderiippuvuus altistaa psyykkisten ongelmien ohella myös sosiaalisiin ja fyysisiin haittoihin (Hölttä 2006, 1). Höltän mukaan (2006, 1) kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ongelmana on, että potilaat itse hakevat apua monista paikoista samanaikaisesti usein sitoutumatta hoitoon. Tällöin eri hoitotahot keskittyvät hoitamaan potilasta omasta näkökulmastaan, jolloin potilaan kokonaisvaltainen apu jää saamatta. Kaksoisdiagnoosipotilaat kärsivät tietynlaisesta kierreovisyndroomasta, jossa hoidon kokonaisvastuuta ei ota mikään hoitotaho (Sorsa ym.

2006, 221). Myös kaksoisdiagnoosipotilaiden Käypä hoito -suositusten puuttuminen vaikeuttaa hoidon rajaamista (Haveri 2006, 13).

Sorsan ja Laijärven (2006, 214) artikkelissa ”Äiti, kaksoisdiagnoosin selitysmallit ja palvelujärjestelmä”, kuvataan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyön ongelmaa: työskenneltäessä joko mielenterveysongelman tai päihdeongelman parissa, tulee huomioida myös toinen osa-alue. Näin ei käytännössä aina tapahdu. Eri ammattiryhmät voivat jopa käsittää kaksoisdiagnoosin merkityksen eri tavoin.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on kokeiltu sekä jaksottaisten hoitojen mallia, jossa ongelmia on hoidettu perätysten päihdehuollon ja psykiatrian yksiköissä, että rinnakkaisten hoitojen mallia. Jälkimmäisessä potilaan ongelmia hoidetaan samanaikaisesti rinnakkaisilla hoito-ohjelmilla eri yksiköissä. Jaksottaisten ja rinnakkaisten hoitomallien käyttö on hankalaa, sillä yhteiset tavoitteet usein puuttuvat. Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä erikseen hoidettaessa saattavat häiriöt jopa vaikeutua entisestään tai pahimmillaan kroonistua. Jaksottaisten ja rinnakkaisten hoitojen malleissa ei huomioida riittävästi kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaista tilannetta ja potilas joutuu usein pompoteltavaksi usean hoitopaikan välille. Tällöin mikään taho ei ota vastuuta potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Mäkelä 2003, 189; Haveri 2006, 6; Hölttä 2006, 14–15; Pirkola ym. 2004, 1677.)

Parhaimmaksi hoitokäytännöksi on osoittautunut integroitu hoito-ohjelma, jossa sama tiimi hoitaa sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. (Mäkelä 2003, 189; Haveri 2006, 6; Hölttä 2006, 14–15; Pirkola ym. 2004, 1677). Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroituja hoitomalleja on alettu kehittää Yhdysvalloissa jo 1980-luvun puolivälissä. Tällöin integroidun hoitomallin tarve nousi käytännöstä. (Flinck 2000, 13.) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroiminen on useiden viimeisimpien kansainvälisten tutkimusten perusteella kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa kaikkein vaikuttavinta ja tuloksellisinta (Drake 2007, 383; Hölttä 2006, 5). Draken (2007, 383) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoito tulisikin käydä integroidusti, askeleittain, yksilöllisesti ja monipuolisesti.

Sutisen (2005, 6) ja Haverin (2006, 10) mukaan integroidun hoidon etuja ovat yhteistyön ja palveluiden helppo koordinointi sekä hallinnollisten virheiden eliminoitavuus. Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaan kliiniset ongelmat näyttäytyvät yhdessä eikä ensisijaisten tai toissijaisten ongelmien kautta. Tällöin erilaiset hoidollisten näkemysten konfliktit on helpompi minimoida työskenneltäessä samassa hoitotiimissä.

Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaistilan arvioiminen on hankalaa, sillä ongelmia esiintyy erityisesti potilaan puutteellisessa tietojen annossa, ongelmien kieltämisessä tai vähättelyssä sekä hoitomotivaatiossa. Kaksoisdiagnoosipotilas voi vääristellä totuutta rikollisuuden tai sanktioiden pelossa. Tämän takia myös potilaan ensisijaisen ja toissijaisen ongelman hoidollinen hahmottaminen on vaikeaa. (Sutinen 2005, 10.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden sairaudenkuvaan kuuluu toistuvat päihteiden käytön relapsit ja psyykkisten oireiden ajoittainen paheneminen (Flinck 2001, 17). Päihde- ja mielenterveysongelman yhteisesiintymiseen liittyvä oirehdinta muodostaa hoidon erittäin vaativaksi (Pirkola ym. 2004, 1674). Flinckin (2001, 18) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaille on erittäin vaikeaa järjestää osastohoidon päätyttyä jatkohoitopaikkoja, sillä mielenterveystoimistot ja A-klinikat kokevat kaksoisdiagnoosipotilaat usein vaikeasti hoidettaviksi tai vaarallisiksi. Varsinkin HIV-infektion hoitaminen saa aikaan haasteita.

Pirkolan ja Wahlbeckin (2004, 1675–1676) sekä Flinckin (2001, 18) mukaan tulevaisuudessa kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on kasvussa. Potilasryhmän moniongelmaisuus ja kasvu vaatii palvelujärjestelmän kehittämistä. Esimerkiksi 1990-luvulla huumausaineiden käytön lisääntyessä, päihdehuoltoon ei laadittu merkittäviä uudistuksia tai pysyviä investointeja.

4 LAHDEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKKA

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän erikoissairaanhoidon psykiatriseen tulosalueeseen kuuluu sairaalapsykiatrian tulosalue, psykiatrian avohuollon tuloyksikkö, nuorisopsykiatrian tuloyksikkö ja lastenpsykiatrian tuloyksikkö. Psykiatrian avohuollon tuloyksikkö koostuu Lahden psykiatrian poliklinikasta, arviointipoliklinikasta, varhaiskuntoutuspoliklinikasta ja Orimattilan poliklinikasta. (Tyyskä, 2007.)

Lahden psykiatrian poliklinikka on jaettu viiteen hoitoryhmään, jotka vastaavat pääasiassa eri potilasryhmistä. Hoitoryhmä 1 vastaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdepsykiatrian arvioinnista, kuntoutuksesta ja hoidosta. Hoitoryhmälle 1 kuuluu tällöin myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Hoitoryhmä 1 koostuu kahdesta lääkäristä, kahdesta psykologista ja neljästä sairaanhoitajasta. Hoitoryhmä 2 vastaa pääasiassa vaikeiden syömishäiriöiden arvioinnista, kuntoutuksesta ja hoidosta. Työryhmään kuuluu kaksi lääkäriä, kaksi psykologia ja neljä sairaanhoitajaa. Hoitoryhmän 3 vastuualueena on pääasiassa vakavan masennuksen arviointi, kuntoutus ja hoito. Hoitoryhmään kuuluu kolme lääkäriä, kaksi psykologia ja neljä sairaanhoitajaa. Psykoosityöryhmä on jakautunut kahteen osaan, psykoosityöryhmä 1 ja psykoosityöryhmä 2 vastaavat psykoosipotilaiden arvioinnista, kuntoutuksesta ja hoidosta kahden lääkärin, kahden psykologin ja seitsemän sairaanhoitajan voimin. (K. Uutela, henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2008.)

Orimattilan psykiatrian poliklinikka vastaa alueensa psykiatrisesta sairaanhoidosta ja heidän potilasryhmänsä on muita työryhmiä laajempi. Orimattilan psykiatrian poliklinikalla työskentelee 1 ½ lääkäriä, yksi psykologi, kolme sairaanhoitajaa ja yksi sosiaalityöntekijä. Yhteisiä toimijoita eri hoitoryhmien välillä ovat ylilääkäri, osastonhoitaja, kuusi osastosihteeriä, kuvataideterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Tyyskä 2007; K. Uutela, henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2008.)

Psykiatrian tulosalueella lähetteet kulkevat arviointipoliklinikan kautta. Arviointipoliklinikalla arvioidaan lähetteet ja tarvittava henkilökohtainen hoidontarve säädettyissä aikanormeissa sekä toteutetaan mahdollinen lyhytterapeuttinen hoito. Arviointipoliklinikalta potilas ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon muihin psykiatrian avohoidon toimipisteisiin tai sairaalahoitoon. (Tyyskä 2007; K. Uutela, henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2008.)

Lahden psykiatrian poliklinikan hoitoryhmässä lähete annetaan tutkimusjakson toteuttavalle hoitajalle. Tutkimusjakso kestää noin 1–5 käyntiä, jolloin kartoitetaan potilaan hoidon tarve. Tämän jälkeen potilaan hoidontarvetta arvioidaan moniammatillisessa työryhmässä ja potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Hoito jatkuu tämän jälkeen hoitosuunnitelman mukaisesti koostuen yksilöllisesti tietyn pituisesta hoito- tai terapiajaksosta. Tämän jälkeen potilaan hoito lopetetaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalla on mahdollisuus palata vuoden sisällä takaisin uudelle arviointijaksolle samalla lähetteellä. (K. Uutela, henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2008.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla ja kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Tutkimuksen kerättyä tietoa voidaan käyttää Lahden psykiatrian poliklinikalla kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämiseen.

Tutkimusongelmana on:

Millaista kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on Lahden psykiatrian poliklinikalla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen aineistoa kerättiin teeman ja hakusanojen avulla kirjastojen tietokannoista sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen julkaisuista. Teemoina ja hakusanoina käytettiin tutkimuksen avainkäsitteitä kaksoisdiagnoosi ja hoito, sekä alakäsitteitä päihteet ja mielenterveys. Lisäksi hakusanoina käytettiin kaksoisdiagnoosin synonyymiä komorbiditeetti sekä englanninkielistä vastinetta dual diagnosis. Näiden käsitteiden avulla löydettiin aikaisempia tutkimuksia sekä uusia lähteitä.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Empiirinen tutkimus on soveltavaa tutkimusta, jolla tarkoitetaan käytännön tavoitteisiin pyrkivää itsenäistä ja omaperäistä tiedon etsintää. Empiirisessä tutkimuksessa nojaututaan perustutkimuksen tuloksiin. Empiirinen tutkimus voi olla kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen tutkimus, jossa analysoidaan erilaisia konkreettisia aineistoja kuten tilastoja, kyselyjä ja haastatteluja. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 17–18; Räsänen, Anttila & Melin 2005a, 9.)

Kotimaan aikaisemmissa kaksoisdiagnoosipotilaita käsittelevissä tutkimuksissa (Liite 1) tutkimusmenetelmänä on useimmiten käytetty kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, haastattelemalla pientä kohderyhmää psykiatrian tai päihdepsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyön tekijän mielenkiinnosta laatia tutkimus suuremmalle kohderyhmälle, poliklinikan sairaanhoitajille, asetti kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käytännöllisemmäksi tutkimusmenetelmävaihtoehdoksi.

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa, voidaan selvittää kuvaillen ihmisten tuntemuksia ja hoitotyön toimintoja. Tutkimuksessa on tarkoitus esittää tutkimusongelman keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä muun muassa käsitteiden määrittely, perusjoukon ja otoksen

valinta sekä aineiston keruu. (Hirsjärvi ym. 2007, 135–136.) Kerätty aineisto kootaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tutkimuksen päätelmät laaditaan tilastolliseen analysointiin perustuen. Tässä tutkimuksessa tutkimustyyppinä käytettiin survey- eli kyselytutkimusta, jossa keskeistä on suunnitelmallinen lomaketutkimus. Survey-tutkimuksessa olennaista on otoksen poiminta suuremmasta joukosta ja standardoituuus eli jokaiselle vastaajalle esitetään täsmälleen samanlaiset kysymykset. (Alastalo 2005, 14; Hirsjärvi ym. 2007, 130, 188.)

6.2 Kohderyhmä ja sen valinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perusjoukon ja otannan valinta on keskeinen osa tutkimusta. Perusjoukon valinta määrää, mitä tutkimus käsittelee. Otannan onnistuminen on keskeinen tekijä määrällisessä tutkimuksessa, jossa pyritään yleistämään tutkimuksen tuloksia perusjoukkoon. Otannan koko perustuu aina perusjoukon kokoon ja tutkittavaan asiaan. (Alastalo 2005, 131; Valli 2001b, 102.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ei aina ole mahdollisuutta satunnaisotantaan, jossa otos valitaan perusjoukosta arpomalla. Tutkimusjoukko voidaan joutua valitsemaan sattumanvaraisesti tai tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisesti, jolloin puhutaan harkinnanvaraisesta otannasta eli näytteestä. Näytteessä tutkimuksen kohderyhmä on valittu tiettyjen ominaisuuksien perusteella harkiten, pyrkien mahdollisimman objektiiviseen tulokseen. Tällöin tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koko perusjoukkoon mutta tutkimuksen tuloksista on silti mahdollisuus saada luotettavia, mikäli tutkimuksen tekoon kiinnitetään huomiota. Menetelmän käyttö edellyttää etenkin aihealueen ja perusjoukon tuntemista. Harkinnanvaraisen otannan hyötynä on etenkin nopeus, joustavuus ja halpuus. Harkinnanvaraista otantaa käytetään usein esitutkintaan, näkemysten saamiseen sekä ideoiden ja hypoteesien kehittelyyn. (Alastalo 2005, 130; Holopainen ym. 2002, 34; Krause & Kiikkala 1996, 98; Valli 2001a, 13.)

Tämän tutkimuksen perusjoukko oli Lahden psykiatrian poliklinikan työntekijät ja harkinnanvaraisena otantana olivat poliklinikan sairaanhoitajat. Tämän tutkimuksen otannanvalintaa perustellaan sillä, että Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajat vastaavat pääasiallisesti potilaiden perushoidosta ja perushoito-työstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa. Tutkimalla harkinnanvaraista otantaa, saatiin luotettavat tiedot kaksoisdiagnoosipotilaiden yleisyydestä ja hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla. Otantaan kuului sairaanhoitajia jokaisesta Lahden psykiatrian poliklinikan hoitoryhmästä.

6.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Kyselyllä tarkoitetaan valmiilla lomakkeella suoritettavaa tiedon keruuta. Lomakkeella esitettiin valmiita kysymyksiä, joihin vastaajiksi valittujen toivottiin vastaavan. (Järvinen & Järvinen 2000, 155.) Kyselytutkimuksella on monia tavoitteita. Kyselylomakkeessa, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot, vastaukset ovat yhdenmukaisia ja siten helpommin käsiteltäviä. Lomake minimoi myös vastaajan ponnistelut, jos osaan lomakkeen kysymyksistä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Eräs kyselylomakkeen tavoitteista on myös minimoida vastausvirheet, joita syntyy helposti haastattelussa vastaajien epätäsmällisten vastausten tulkinnasta. (Holopainen ym. 2002, 39.)

Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laajempi tutkimusaineisto kuin esimerkiksi haastattelun avulla. Kyselytutkimuksessa suuremmalta joukolta voidaan kysyä asioita tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–192.) Kysely sopii erityisesti tilanteisiin, joissa tiedusteltavia asioita on suhteellisen vähän ja vastaajia suhteellisen paljon. Kysely antaa vastaajille vapauden vastata kysymyksiin juuri silloin, kun heille itselleen se parhaiten sopii. (Järvinen ym. 2000, 155; Valli 2001b, 101.) Kyselytutkimuksessa tutkija ei vaikuta olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin, kuten esimerkiksi haastattelussa (Valli 2001a, 31; Valli 2001b, 101). Kyselylomake soveltuu tiedonkeruumenetelmäksi, kun tutkimuk-

nessa halutaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, arvoista, asenteista ja mielipiteistä. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–192.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten esittämisessä on tärkeää, että jokaiselle vastaajalle on löydettävissä aina sopiva vastausvaihtoehto. Tällöin tutkijalla tulee olla ennakolta mielikuva koehenkilöiden vastausvaihtoehdoista. (Valli 2001a, 45; Valli 2001b, 110.) Alastalon (2005, 163) tutkimuksen mukaan avoimien kysymysten käyttö on yleensä harkittua ja sisällöllisesti perusteltua. Tässä tutkimuksessa avointen kysymysten käyttö oli hyvin tarpeellista tutkimusongelman luonteeseen nähden: avointen kysymysten avulla voitiin saada esiin näkökulmia, joita ei pystytty havaitsemaan strukturoiduilla kysymyksillä. Näin tutkimustuloksesta saatiin mahdollisimman kattava. Avoimet kysymykset sallivat vastaajaa ilmaisemaan itseään omin sanoin. Kysymykset osoittavat mitkä seikat ovat tärkeitä ja keskeisiä vastaajien ajattelussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Tutkimuksen kyselylomake (Liite 2) laadittiin teorian, Lahden psykiatrian poliklinikan päihdepsykiatrian asiantuntijasairaanhoitajan sekä opinnäytetyöntekijän ajatusten pohjalta. Kysymystenlaadinnan tärkein seikka on tutkijan kysymysten ja aineiston vastaavuus (Moilanen & Räihä 2001, 51). Kysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman yksiselitteisiä. Kysymyksiä lähdettiin rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Kyselyn suunnittelussa kiinnitettiin huomiota lomakkeen pituuteen, kysymysten lukumäärään sekä kysymysten loogiseen etenemiseen. Vastaajien mielenkiintoa pyrittiin pitämään yllä lomakkeen alusta loppuun saakka, jotta vastausprosentti olisi mahdollisimman korkea. Kysymysten sanamuoto muotoiltiin vastaajille henkilökohtaiseksi. Helpoimmat kysymykset sijoitettiin kyselylomakkeen alkuun ja arkaluonteiset ja pohdintaa vaativat kysymykset kyselylomakkeen loppuun. (Valli 2001a, 29–30; Valli 2001b, 100.)

Kysymyslomakkeen kysymykset 1–5 koostuivat taustatiedoista, jotka käsittivät vastaajien sukupuolen, iän, koulutuksen, ammattinimikkeen ja työryhmän. Varsinaiset tutkimustiedot muodostuvat kysymyksistä 6–14. Tutkimustiedoissa tutkittiin kysymysten avulla vastaajien valmiutta hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita,

kysyttiin hoitoon liittyviä mahdollisia ongelmia, tiedusteltiin yleisiä käytettäviä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomalleja ja hoitopolkua sekä selvitettiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyviä kehittämisalueita. Kysymyslomake esitettiin ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Esitestauksen tulosten perusteella tehtiin tarkennuksia monivalintakysymykseen 10.

Kyselylomakkeet jaettiin Lahden psykiatrian poliklinikan kansliaan, jokaisen sairaanhoitajan henkilökohtaiseen lokeroon. Orimattilan psykiatrian poliklinikan hoitotyöntekijöille kyselylomakkeet lähetettiin sisäisessä postissa vastausohjeiden kera. Kyselyitä jaettiin yhteensä 22 kappaletta. Kyselylomakkeisiin liitettiin tutkimuksen saatekirje, josta kävi ilmi tutkimuksen tekijä, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, kohderyhmä, vastausaika, opinnäytetyön ohjaaja sekä opinnäytetyön luottamuksellisuus ja luvallisuus. Saatekirjeeseen oli liitetty tutkimuksen tekijän yhteystiedot opinnäytetyötä koskevia mahdollisia kysymyksiä varten. Kyselylomakkeisiin liitettiin vastauskuoret ja vastaajia kehoitettiin palauttamaan kyselylomakkeet suljetussa vastauskuoreessa kansliassa varattuun kyselylomakkeiden palautuskuoreen.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen pääasioita. Analyysivaiheessa selviää millaisia vastauksia tutkimuksen ongelmiin on saatu. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.) Tutkimusaineiston strukturoidut kysymykset käsiteltiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmalla sekä Tixel-tilasto-ohjelmalla. Kysymyslomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroilla, jonka jälkeen strukturoitujen kysymysten vastaukset tallennettiin havaintomatriisiin ja aineistosta muodostettiin muuttujia (Hirsjärvi ym. 2007, 217). Havaintomatriisin avulla vastauksia voidaan vertailla. Havaintomatriisissa havaintoyksiköt kuvataan tavallisesti riveinä ja kysytyistä asioista muodostetut muuttujat sarakkeina (Räsänen 2005b, 90). Tutkimustulokset esitettiin prosentteina ja frekvensseinä, kuvi-oin ja taulukoin.

Kvalitatiivisen aineiston analyysi on pitkälti aineiston ominaispiirteiden mukainen (Räsänen 2005b, 94). Avointen vastausten käsittely on usein aikaavievää ja työlästä (Alastalo 2005, 167). Tässä tutkimuksessa avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön erittelyä käyttäen. Tällöin aineisto luokiteltiin ja eri vastauksista etsittiin samankaltaisuuksia. Tuomen ja Sarajärven (2002, 106) mukaan sisällön erittelyn määrittelyssä voidaan käyttää Bernard Berelsonin vuoden 1952 esittämää määritelmää, jossa sisällön erittely on objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua varten soveltuva tutkimustekniikka. Sisällön erittelyssä tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. Tilastollisella sisällön erittelyllä analysoidaan sitä, mitä tai miten jostakin asiasta on kirjoitettu tai puhuttu. Tutkimuksen ongelmiin vastataan kvantitatiivisten mittaustulosten avulla. Tässä tutkimuksessa mittausta suoritettiin frekvenssien avulla eli laskemalla, kuinka useasti jostakin asiasta on kirjoitettu. Yksinkertaisimmillaan frekvenssimittaus on yksittäisten sanojen esiintymisten laskemista mutta mittauksen apuna voidaan käyttää myös luokitusrunkoa. Luokitusyksiköiksi voidaan valita yksittäisten sanojen ohella myös useamman lauseenmittaisia lausumia, ajatuksia tai kokonaisuuksia. (Eskola & Suoranta 1998, 186.) Avointen kysymysten tulokset esitettiin prosentein, frekvenssein sekä kuvioin.

7 TUTKIMUSETIIKKA

Etiikka tutkii asioita moraalisesta näkökulmasta. Etiikka on tieteenala, joka on kiinnostunut siitä, mikä on oikein ja mikä väärin, ja mikä on hyväksyttävää ja mikä tuomittavaa. (Pietarinen & Launis 2002, 42–43.) Tutkimusetiikka jakautuu moniin eri näkökulmiin. Pelkistetysti etiikka jakautuu kolmeen eri tutkimusprosessin vaiheeseen, joissa paikallistuvat eettisten valintojen kriittisimmät kohdat. Lähtökohtana tutkimukselle on tiedon intressin etiikka, joka sisältää tutkimusaiheen valinnan, aiheen teoreettisen ankkuroinnin, tutkimuksen rajaukset ja tutkimuskysymysten asettamisen. Seuraavassa tutkimuksen käsittelyn vaiheessa paneudutaan tiedon hankkimisen etiikkaan, joka kattaa tutkijan suhteen tutki-

muskohteeseen, tutkimusjoukkoon sekä viimeisimpänä aineiston hankintaan. (Pohjola 2007, 11.)

Tiedon tulkitsemisen etiikassa aineistoa analysoidaan sekä tuloksia tulkitaan ja käsitteellistetään. Näiden vaiheiden ohella on tärkeä muistaa myös varsinaisen tutkimusprosessin seurauksena syntyvät eettiset haasteet: tiedon julkistamisen etiikka ja tiedon käyttämisen etiikka, sosiaalisen vastuun etiikka ja kollegiaalinen etiikka. Eettisyys on läsnä tutkijan jokaisessa valinnassa. Eettisesti kestävässä tutkimuksessa tutkija punnitsee tietoisesti tutkimusprosessinsa eri vaiheiden ratkaisujen kestävyden sekä pohtii tutkimuksen merkityksen sille todellisuuskvalle, jota tutkimus on luomassa. (Alasuutari 2005, 15–17; Pietarinen 2002, 59–60; Pohjola 2007, 11–12.)

Tutkimuksen eettisin periaate on totuuteen pyrkiminen. Tällöin tutkimuksen tulee olla erityisesti luotettava. Tutkija on vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. (Flinck 2000, 33.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaiheen valinta määräytyi opinnäytetyöntekijän intressistä tutkittavaan aiheeseen.

Tässä tutkimuksessa lähdeaineistoa on pyritty karsimaan eettisin perustein lähdekritiikkiä käyttäen. Tutkijan käyttämä lähdekritiikki on väline tiedon luotettavuuden arviointiin. Tällöin kiinnitetään huomiota erityisesti lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen. (Mäkelä 2006, 128.) Tässä tutkimuksessa lähdeaineisto on koottu pääosin tieteellisistä julkaisuista, kuten yliopistotasoisista tutkimuksista, kirjallisuudesta, eri laeista sekä alan tieteellisistä lehdistä. Lähdeaineiston haussa on käytetty eri kirjastojen palveluita sekä Satakunnan ammattikorkeakoulun käytössä olevaa elektronisten aineistojen tietokantaa. Lähdeaineistona on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Elektronisiin lähteisiin on kiinnitetty erityisesti huomiota ja epäluotettavat internetlähteet on pyritty karsimaan pois tutkimuksesta. Lähteisiin viittaamiseen on kiinnitetty huomiota noudattaen Satakunnan ammattikorkeakoulun ohjeita lähteiden käytöstä. Asianmukainen lähteisiin viittaaminen on osoitus tutkimuksen tieteellisyydestä ja laadusta. Se kertoo tutkijan perehtyneisyydestä tutkimukseensa. (Mäkinen 2006, 130.)

Tutkimuksessa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä kyselytutkimusta. Kyselytutkimuksessa reliabiliutta eli luotettavuutta voidaan osoittaa olevan, jos kaksi kyselytutkimukseen vastanneista päätyy samanlaiseen tulokseen. Reliabiliutta voidaan mitata myös menetelmällä, jossa samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Holopainen ym. 2002, 15; Järvinen ym. 2000, 172.) Tämä tutkimus on mahdollista toteuttaa uudelleen. Luotettavuutta parantava tekijä kyselytutkimuksessa on, että kysymykset esitetään jokaiselle koehenkilölle täysin samankaltaisina eikä tutkijan läsnäolo vaikuta tutkittavien vastauksiin (Valli 2001b, 101). Tämä tutkimus on mahdollista toteuttaa uudelleen, saaden samankaltaiset tutkimustulokset.

Kyselylomakkeen saatekirjeessä mainittiin annettujen tietojen käsittelyn ehdottomasta luottamuksellisuudesta. Saatekirjeessä selvitettiin, että tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei kenenkään vastauksia ole mahdollista tunnistaa. Tutkittavien henkilöiden anonymiteetti edistää tutkimuksen objektiivisuutta helpottaen arkojen ja ristiriitaistenkin asioiden käsittelyä. Lupaus henkilöllisyyden salaamisesta rohkaisee tutkittavia ilmaisemaan mielipiteensä tutkittavista asioista rehellisesti. Tällöin myös tutkimuksessa olennaisten tietojen kerääminen helpottuu. (Mäkinen 2006, 114.) Tutkimuksen luotettavuutta parantaa esitietolomakkeesta esiinkäyvät tutkimuksen tekijään ja tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteeseen liittyvät tiedot. Lisäksi luotettavuutta parantaa myös tieto tutkimukseen saadusta luvasta, niin Psykiatrian tulosalueen ylihoitajalta kuin Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden koulutusjohtajaltakin.

Tutkimusta arvioidaan myös validiudella eli pätevyydellä. Pätevyys tarkoittaa mittarin ja tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä seikkaa, jota tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 227; Holopainen ym. 2002, 14; Järvinen ym. 2000, 172.) Tulosten käyttökelpoisuus riippuu mittaamisen validiteetista (Alastalo 2005, 183). Kyselylomakkeen käytetyt sanamuodot voivat vaikuttaa annettuihin vastauksiin ja siten myös validiteetin (Ahola 2007, 58). Tässä tutkimuksessa validius todettiin esitutkimuksen avulla. Esitutkimuksella toteutettavaa kysymysten testausta pidetään olennaisena osana kysymyslomakkeen suunnittelua. Esitutkimus tuo esille kysymyslomakkeen ongelmat, jotka voidaan korjata ennen varsinaista tutkimusta. (Ahola 2007, 64–65.) Tutkimustulokset

osoittavat tutkimuksen validiteetin onnistumisesta: tutkimusongelmaan saadaan vastaus tutkimustuloksia tarkastelemalla.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena on tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla ja kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämiseen Lahden psykiatrian poliklinikalla.

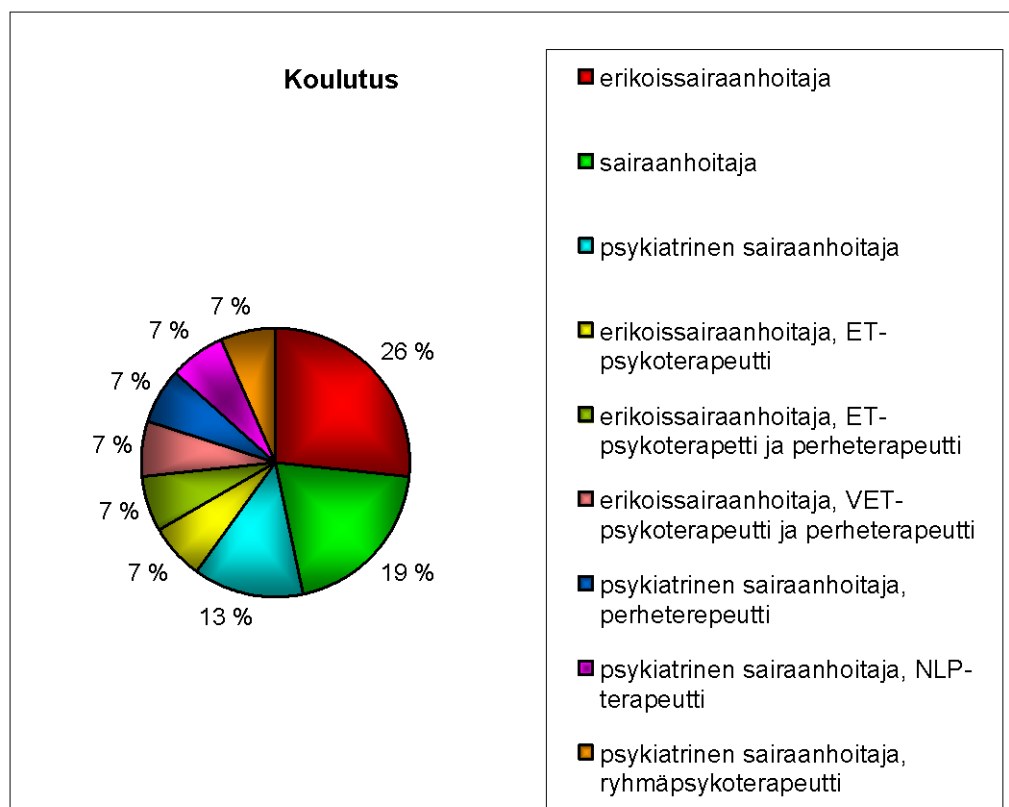
Tutkimuksen tulokset esitetään prosentteina ja/tai frekvensseinä eli esiintymistiheytenä. Frekvenssi lyhennetään tässä työssä käyttäen kirjainta f. Vastauksia havainnollistetaan käyttäen erilaisia kuvioita ja taulukoita.

8.1 Taustatiedot

Tutkimuksen kohderyhmänä oli 22 sairaanhoitajaa Lahden psykiatrian poliklinikalta. Tutkimukseen osallistui 15 (68 %) sairaanhoitajaa kahden työviikon aikana. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia (87 %), miesten osuus oli 13 %. Valtaosa (67 %) vastaajista oli 41–50-vuotiaita. Rungas neljäsosa (26 %) vastaajista oli 51–60-vuotiaita ja 7 % vastaajista oli 31–40-vuotiaita. Alle 30-vuotiaita vastaajia ei ollut lainkaan.

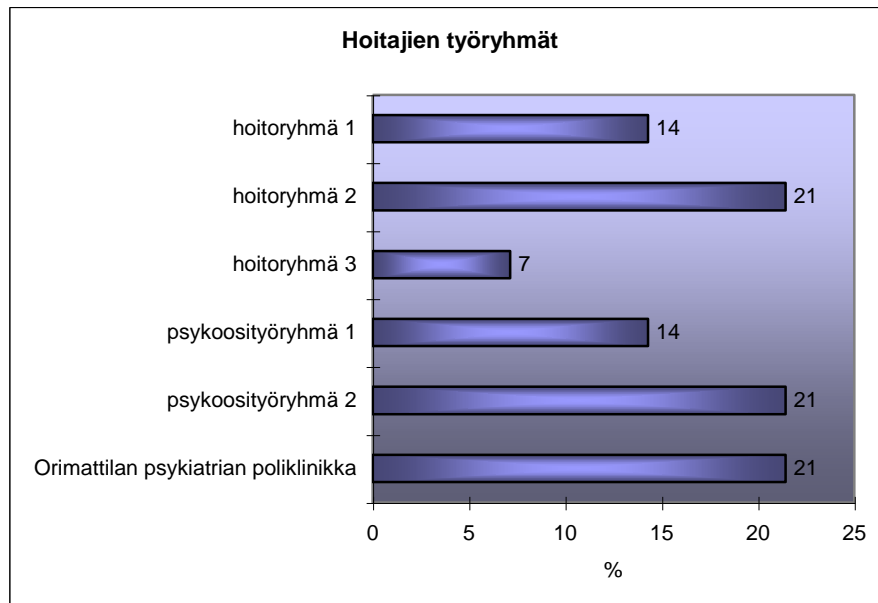
Kuviosta 1 voidaan tarkastella vastaajien koulutustaustaa. Rungas neljäsosa (26 %) vastaajista ilmoitti koulutukseksi erikoissairanhoitajan koulutuksen, 19 % ilmoitti sairaanhoitajan koulutuksen ja 13 % oli psykiatrisen sairaanhoitajan

koulutuksen käyneitä. Valtaosa (42 %) vastaajista kertoi omaavansa erikoissairaanhoidajan tai psykiatrisen sairaanhoidajan koulutuksen ohella jonkin terapautisen koulutuksen, kuten erityistason tai vaativan erityistason psykoterapeutti- ja/tai perheterapeuttikoulutuksen.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien koulutus

Kuviosta 2 käy ilmi, että eniten kyselyyn osallistuneita oli hoitoryhmästä 2, psykoosityöryhmästä 2 ja Orimattilan psykiatrian poliklinikalta. Vastausprosentti edellä mainituissa hoitoryhmissä oli jokaisessa 21 verrattuna kaikkiin vastanneisiin. Sekä hoitoryhmässä 1 että psykoosityöryhmässä 1 vastaajia oli 14 %. Hoitoryhmän 3 vastaajia oli 7 % kaikkiin vastaajiin verrattuna. Yksi vastaajista ei ilmoittanut hoitoryhmäänsä.

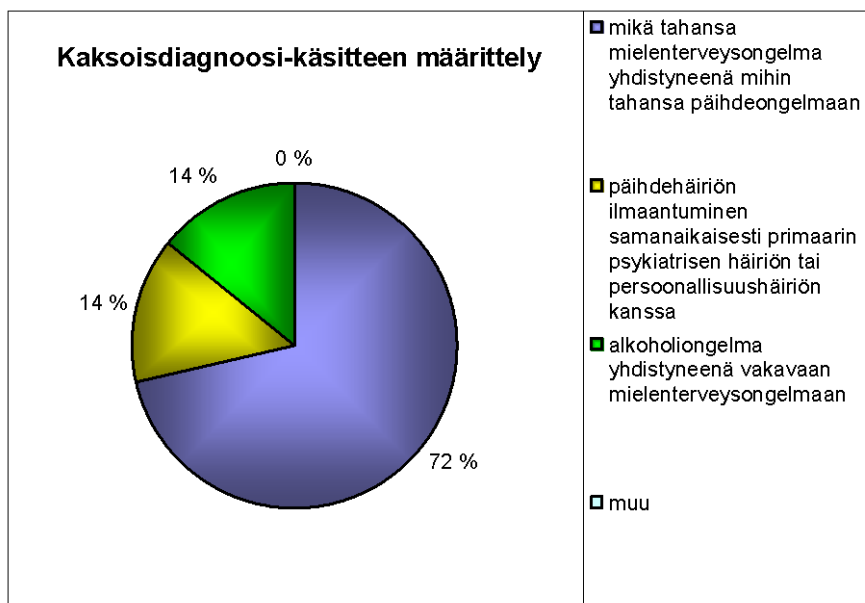


Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien työryhmät

8.2 Sairaanhoitajien määritelmät kaksoisdiagnoosi-käsitteestä

Kuvion 3. mukaan kaksoisdiagnoosi-käsite määritellään Lahden psykiatrian poliklinikalla ainakin kolmella tavalla. Suurin osa (72 %) vastaajista määritteli kaksoisdiagnoosi-käsitteen millä tahansa mielenterveysongelmalla yhdistyneenä mihin tahansa päihdeongelmaan. Vastaajista 14 % käytti kaksoisdiagnoosi-käsitteestä määritelmää, jossa päihdehäiriön lisäksi potilaalla esiintyy primaari psykiatrinen häiriö tai persoonallisuushäiriö (Kuvio 3).

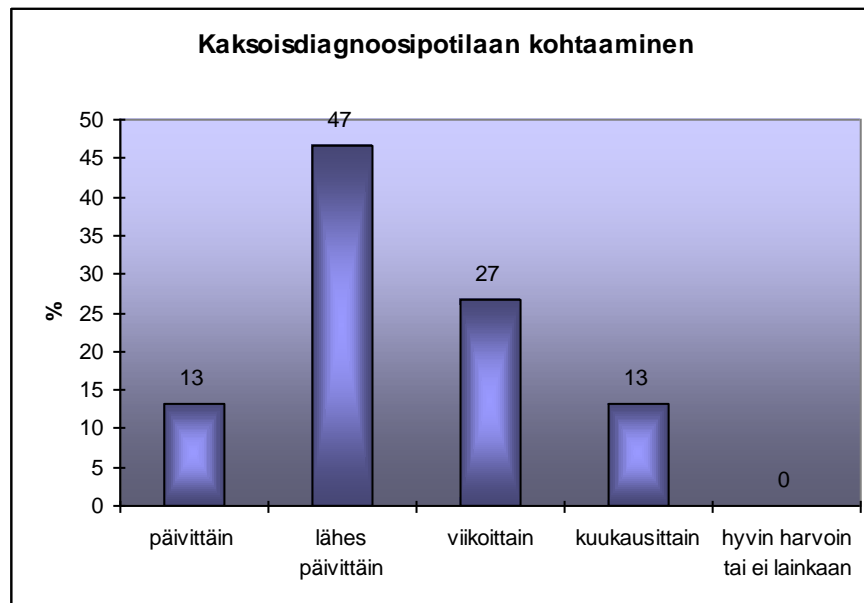
Myös määritelmää, jossa alkoholiongelma yhdistyy vakavaan mielenterveysongelmaan, esiintyi tämän tutkimuksen tuloksissa 14 %:lla vastaajista. Kukaan kyselyyn vastanneista ei luonut kaksoisdiagnoosi-käsitteelle omaa määritelmää. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Sairaanhoidajien määritelmät kaksoisdiagnoosi-käsitteestä

8.3 Kaksoisdiagnoosipotilaiden yleisyys Lahden psykiatrian poliklinikalla

Kuvion 4. mukaan lähes puolet (47 %) sairaanhoitajista oli tavannut kaksoisdiagnoosipotilaita vastaanotoillaan lähes päivittäin. Viikoittain kaksoisdiagnoosipotilaita kohtasi 27 % kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista. Kuukausittain sekä viikoittain kaksoisdiagnoosipotilaita tapasi vastaajista 13 %. Tutkimustulosten mukaan kaikkien hoitoryhmien sairaanhoitajat hoitavat vastaanotoillaan komorbideista häiriöistä kärsiviä potilaita. Kukaan vastaajista ei ilmoittanut kohtaavansa kaksoisdiagnoosipotilaita työssään hyvin harvoin tai ei lainkaan.



Kuvio 4. Sairaanhoidajien arviot kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamistiheydestä

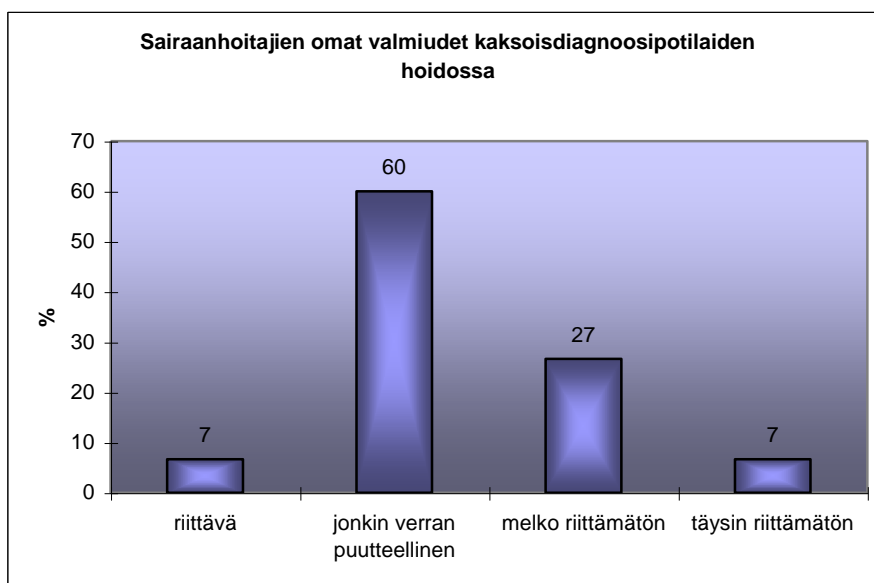
Taulukosta 1. voidaan tarkastella kaksoisdiagnoosipotilaiden yleisyyttä eri hoitoryhmissä. Taulukossa kuvataan sarakemuuttujina eri hoitoryhmiä: hoitoryhmää 1, hoitoryhmää 2, psykoosityöryhmää 1, psykoosityöryhmää 2 ja Orimattilan psykiatrian poliklinikkaa. Rivimuuttujina ilmennetään kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamistiheyttä. Tulokset on esitetty prosentein sekä frekvenssein. Yleisimpiä kaksoisdiagnoosipotilaat olivat hoitoryhmässä 1 (50 %) ja Orimattilan psykiatrian poliklinikalla (33 %), joissa potilaita tavattiin päivittäin. Hoitoryhmässä 2 (67 %) ja psykoosityöryhmässä 2 (100 %) kaksoisdiagnoosipotilaita tavattiin useimmiten lähes päivittäin. Muissa työryhmissä, hoitoryhmässä 3 (100 %) ja psykoosityöryhmässä 1 (50 %) kaksoisdiagnoosipotilaita kohdattiin normaalisti viikoittain.

Taulukko 1. Kaksoisdiagnoosipotilaiden yleisyys eri hoitoryhmien välillä

%	<i>hr 1</i>	<i>hr 2</i>	<i>hr 3</i>	<i>ps.tr 1</i>	<i>ps.tr 2</i>	<i>Orimattilan psyk.pol.</i>
päivittäin	50	0	0	0	0	33
lähes päivittäin	50	67	0	0	100	33
viikoittain	0	0	100	50	0	33
kuukausittain	0	33	0	50	0	0
hyvin harvoin tai ei lainkaan	0	0	0	0	0	0
Yht.	100	100	100	100	100	100
f	2	3	1	2	3	3

8.4 Sairaanhoitajien valmiudet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa

Tämän tutkimuksen perusteella yli puolet (60 %) sairaanhoitajista koki valmiutensa kaksoisdiagnoosipotilaiden auttamisessa jonkin verran puutteelliseksi. Melko riittämättömäksi kokivat kykynsä 27 % vastanneista. Täysin riittämättömäksi ja vastakkaisesti valmiutensa riittäviksi arvioivat 7 % vastaajista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Sairaanhoitajien valmiudet kaksoisdiagnoosipotilaiden auttamisessa

8.5 Keskeisimmät kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa vaativat ongelmat sairaanhoitajien arvioimina

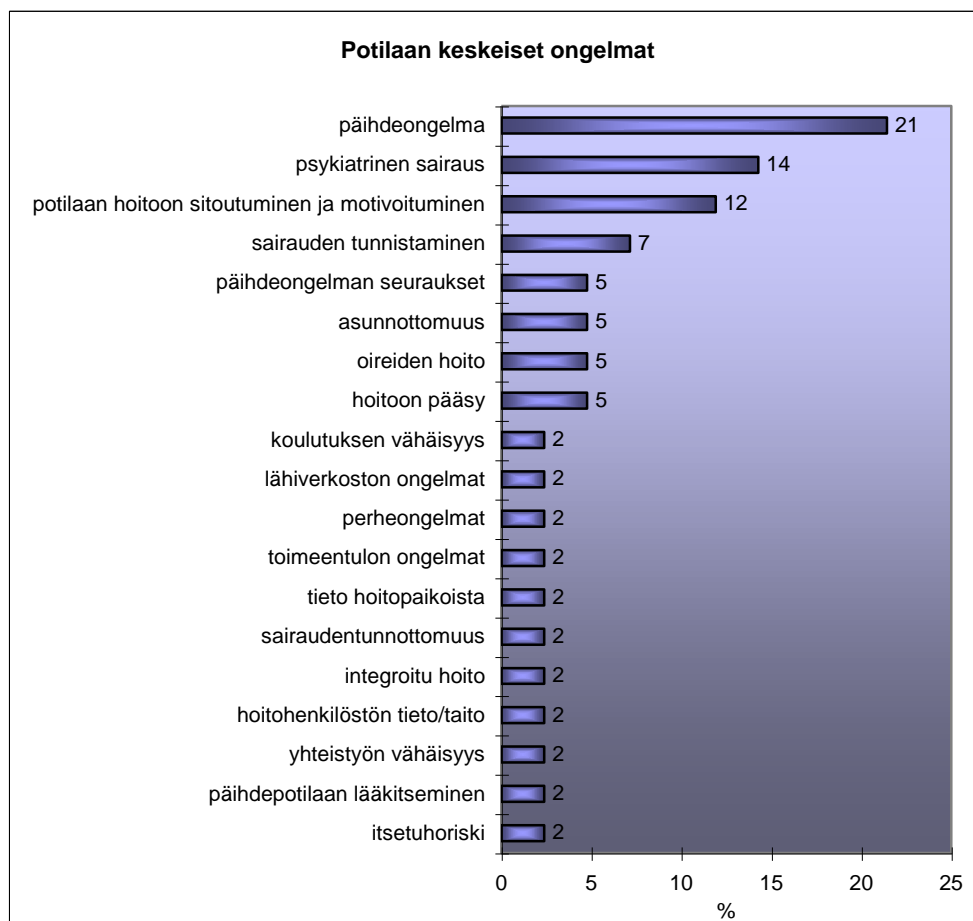
Avoimella kysymyksellä 9 kartoitettiin keskeisimpiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa vaativia ongelmia. Kuvion 6 mukaan, vastaajat arvioivat etenkin päihdeongelman (21 %), psykiatrisen sairauden (14 %), kuten vakavan masennuksen ja psykoosin sekä potilaan huonon hoitoon sitoutumisen ja motivoitumisen (12 %) olevan kaksoisdiagnoosipotilaalla hoitoa vaativia keskeisimpiä ongelmia. Yhden vastaajan mukaan kaksoisdiagnoosipotilas voi kieltää itse ongelmansa ja olla täysin sairaudentunton. Kolmen vastaajan mukaan potilaan päihdeongelma voi olla niinkin vaikea, että potilaan päihdekatkaisun tarve on merkittävä.

Myös päihdepotilaan lääkitseminen koettiin 2 %:ssa vastauksista vaikeaksi. Yhdestä vastauksesta selviää, että katkaisuhoidon saanti potilaalle voi olla myös ongelmallista. Lisäksi yhdestä vastauksesta ilmenee kaksoisdiagnoosipotilaan riskit itsetuhoisuuteen.

Sairauden tunnistaminen eli päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien erotelu ja niihin liittyvien oireiden ryhmittely joko mielenterveys- ja päihdeongelmaan, koettiin 7 %:ssa vastauksista hoitoa vaativiksi ongelmiksi. Vastaaajista 2 % toi julki, että hoitohenkilöstön puutteelliset tiedot ja taidot, koulutuksen puute sekä yhteistyön vähäisyys muiden hoitotahojen kanssa tuottavat ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. (Kuvio 6.) Neljän vastauksen mukaan päihteiden käyttö lisää ja ylläpitää psyykkistä oireilua sekä estää samalla myös psyykkisten oireiden tunnistamisen.

Tässä tutkimuksessa kaksoisdiagnoosipotilaan sosiaalisia ongelmia tuli runsaasti esiin. Keskeisimpinä ongelmina kaksoisdiagnoosipotilailla nähtiin taloudelliset ongelmat (2 %), ihmissuhde- ja perheongelmat (2 %) sekä asunottomuus (5 %). (Kuvio 6.) Yhden vastauksen perusteella potilaalla voi olla toimeentulo-ongelmia, esimerkiksi kuntoutustuen, sairausloman tai eläkkeen haussa.

Hoitoon pääsy (5 %) ja päihdeongelmien seuraukset (5 %) koettiin merkittävimiksi kaksoisdiagnoosipotilaan ongelmiksi (Kuvio 6). Yhdessä vastauksessa tuli esille, etteivät hoitajien tiedot eri hoitopaikoista olleet tarpeeksi kattavia. Myös integroitu hoito koettiin hankalaksi. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavan tahon tulisi olla perehtynyt mielenterveyshäiriön sijasta myös päihdehäiriön hoitoon.



Kuvio 6. Vastaajien julkittuomat kaksoisdiagnoosipotilaan keskeisimmät hoitoa vaativat ongelmat

8.6 Kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmalliset hoidon osa-alueet Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamina

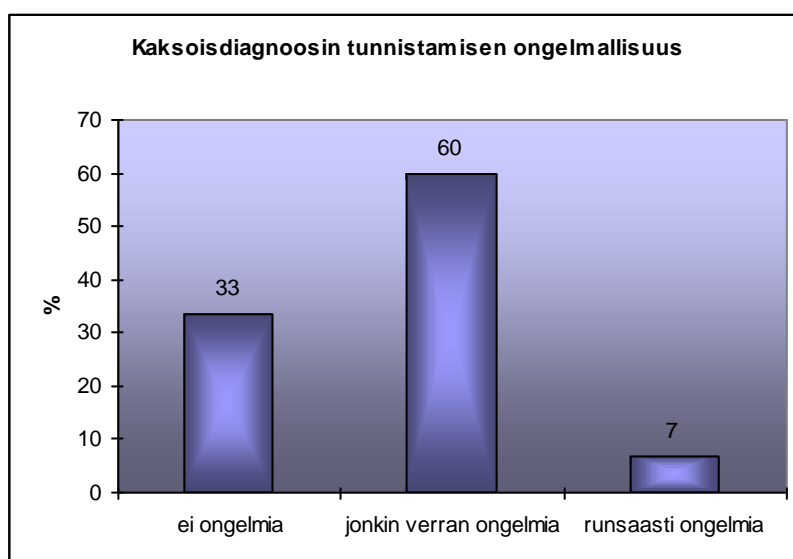
Kaksoisdiagnoosipotilaita käsittelevissä, aikaisemmissa tutkimuksissa, hoidon ongelmakohtiksi on esitetty kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamista, vuorovaiikutusta ja hoitosuhteen luontia sekä hoidon kokonaisvaltaisuuteen liittyviä ongelmia. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kytkeytyy sekä mielenterveysongelman että päihdeongelman hoito potilaan fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia unohtamatta. Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaan keskeisimpiä hoidon ongelmakohtia on ollut potilaan hoitoon sitoutumattomuus. (Flinck 2000, 71–75; Hölttä 2006, 7–8; Lähteenaro & Pesola 2005, 30; Mantila 2005, 5, 19–40.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden laaja ongelmien kirjo vaikeuttaa potilaan hoitoa. Usein hoitotyöntekijät ovat kokeneet tietonsa ja taitonsa riittämättömiksi. Etenkin mielenterveyspuolen työntekijöillä päihdetietous on vaillinaista. Myös hoidon kokonaisvaltaisuus kärsii puutteellisen verkostoitumisen tähden. (Flinck 2000, 71–75; Hölttä 2006, 7–8; Lähteenaro ym. 2005, 30; Mantila 2005, 5, 19–40.)

Kysymyksellä 10 haluttiin kartoittaa edellä mainittujen ongelmakohtien esiintyvyyttä Lahden psykiatrian poliklinikalla. Kysymyksessä oli tarkoitus valita, esiintyykö kyseisellä osa-alueella ongelmia jonkin verran, runsaasti vai ei lainkaan. Lisäksi vastaajia kehoitettiin kirjaamaan ylös osa-alueessa esiintyviä ongelmakohtia, mikäli ongelmia esiintyi.

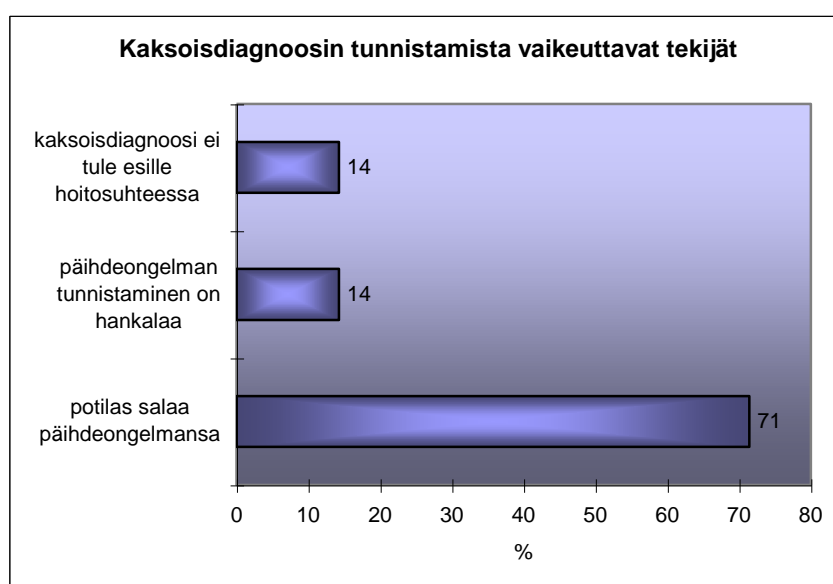
8.6.1 Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen

Yli puolet (60 %) sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että Lahden psykiatrian poliklinikalla kaksoisdiagnoosin tunnistaminen oli jonkin verran ongelmallista. Kolmasosa (33 %) arvioi, että kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisessa ei ollut lainkaan ongelmia ja 7 % uskoi kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisessa olevan ongelmia runsaasti. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisen ongelmallisuus sairaanhoitajien kuvaamina

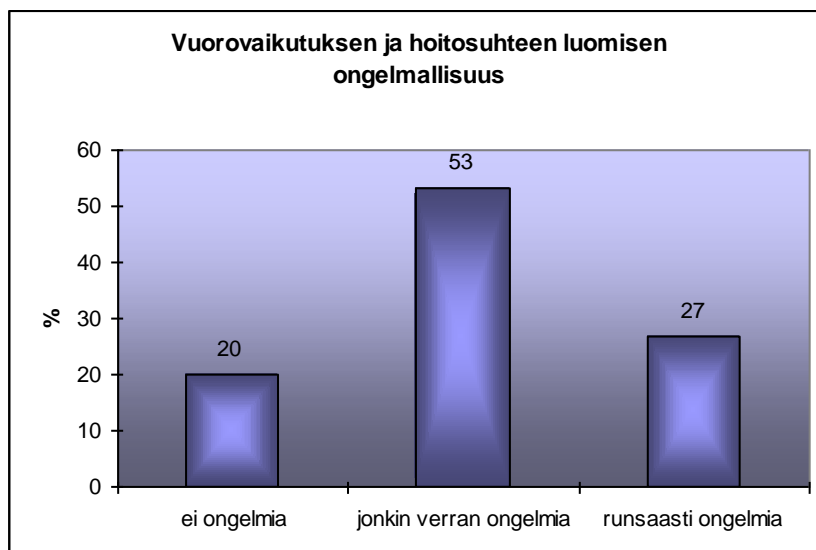
Kaksoisdiagnoosin tunnistamisessa ongelmia tuottaa etenkin potilaan päihdeongelman salaaminen. Lähes kolme neljäsosaa, eli 71 % kyseiseen kysymykseen vastanneista oli tuonut julki päihdeongelman salaamisen. Lisäksi 14 % vastaajista osoitti päihdeongelman tunnistamisen hankaluuden. Vastaajista 14 % kertoi, ettei kaksoisdiagnoosi tule välttämättä esille hoitosuhteessa. (Kuvio 8.) Seitsemän vastaajaa oli jättänyt luettelematta kaksoisdiagnoosin tunnistamista vaikeuttavat tekijät.



Kuvio 8. Kaksoisdiagnoosin tunnistamista vaikeuttavat tekijät

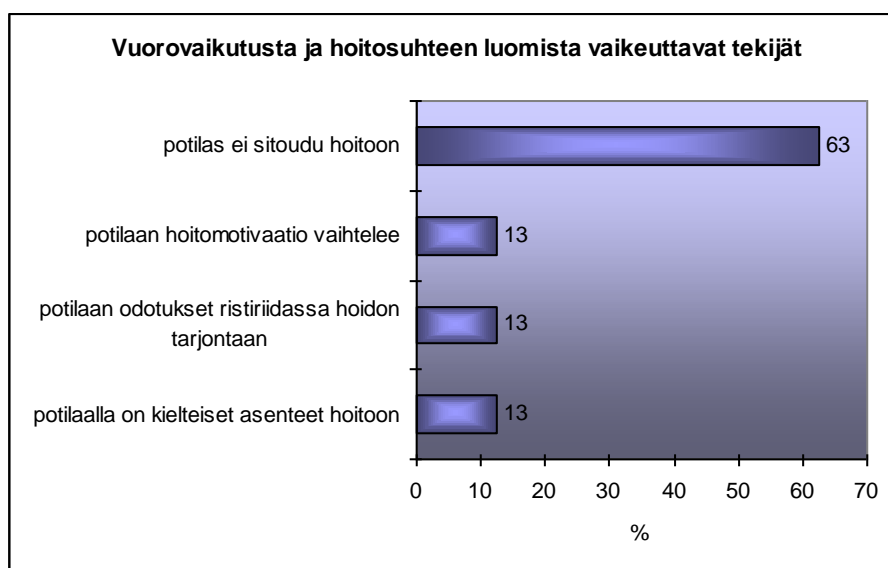
8.6.2 Vuorovaikutus ja hoitosuhteen luominen

Lahden psykiatrian poliklinikalla yli puolet (53 %) sairaanhoitajista kokivat vuorovaikutuksen ja hoitosuhteen luomisen kaksoisdiagnoosipotilaaseen jonkin verran ongelmalliseksi. Yli neljäsosa (27 %) vastaajista kokivat kaksoisdiagnoosipotilaan vuorovaikutuksen ja hoitosuhteenluomisen runsaasti ongelmalliseksi ja 20 % sairaanhoitajista ei nähnyt edellä mainituissa osa-alueissa lainkaan ongelmia. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Kaksoisdiagnoosipotilaan vuorovaikutus ja hoitosuhteen luomisen ongelmallisuus sairaanhoitajien kuvaamina

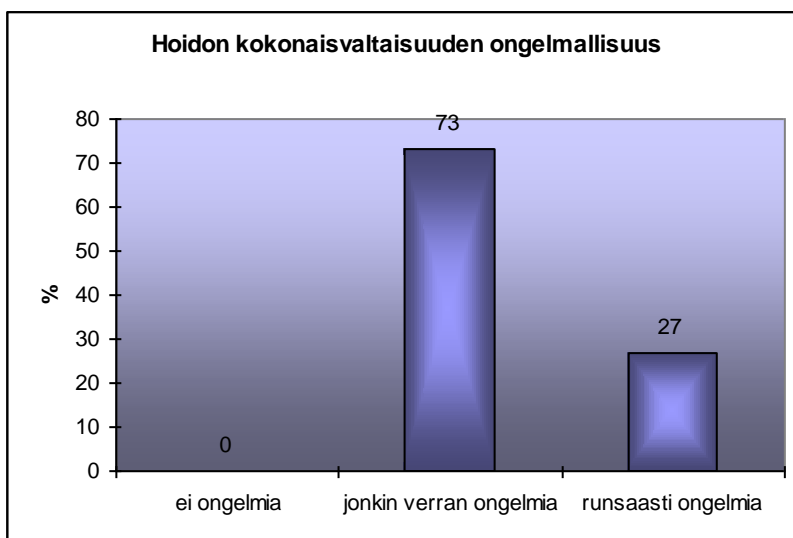
Etenkin ongelmia aiheutuu potilaan sitoutumattomuudesta hoitoon. Yli puolet (63 %) kysymykseen vastanneista toi julki potilaiden sitoutumattomuuden. 13 % vastaajista arvioi potilaiden hoitomotivaation vaihtelevan, mikä vaikeuttaa hoitosuhteen luontia. Lisäksi 13 %:n mielestä potilaalla voi olla kielteiset asenteet hoitoaan kohtaan (Kuvio 10). Seitsemän vastaajaa oli jättänyt mainitsematta vuorovaikutusta ja hoitosuhteen luomista vaikeuttavia tekijöitä.



Kuvio 10. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuhteeseen ja potilassuhteen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat

8.6.3 Hoidon kokonaisvaltaisuus

Lähes kolme neljäsosaa (73 %) vastaajista koki kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon jonkin verran ongelmalliseksi ja yli yksi neljäsosa (27 %) koki kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kokonaisvaltaisuudessa runsaasti ongelmia. Tulosten mukaan, kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon voidaan todeta olevan ongelmallista Lahden psykiatrian poliklinikalla. Kukaan vastaajista ei ollut merkinnyt kyselylomakkeeseen ettei ongelmia olisi. (Kuvio 11.)

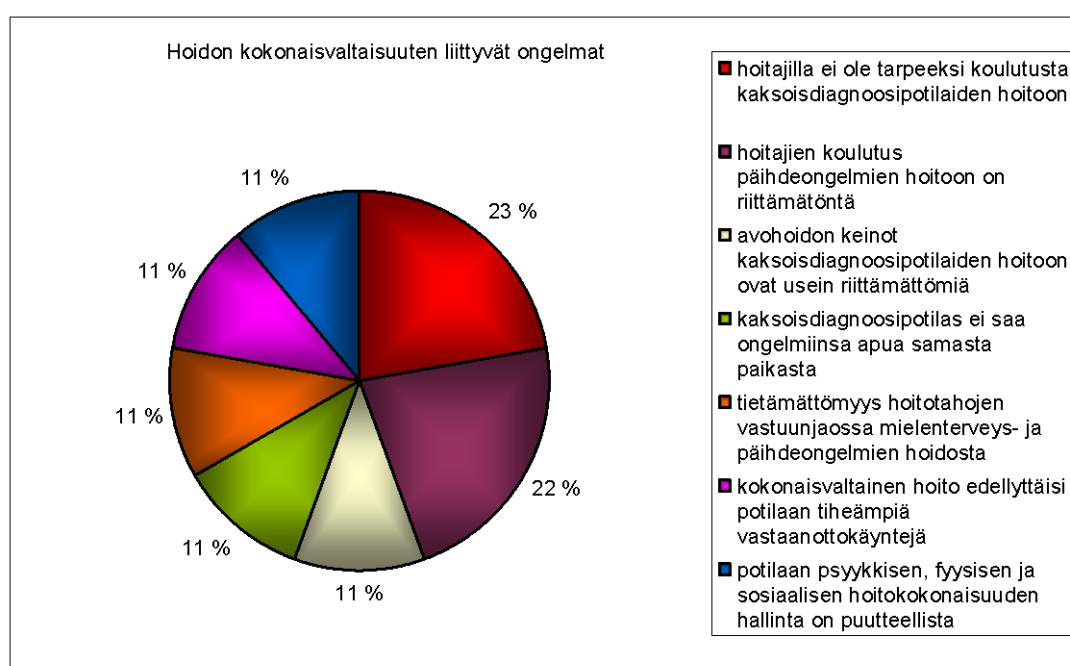


Kuvio 11. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kokonaisvaltaisuuden ongelmallisuus sairaanhoitajien mukaan Lahden psykiatrian poliklinikalla

Kuviosta 12 nähdään, millä osa-alueella kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa ongelmia esiintyi eniten sairaanhoitajien mukaan. Vastaajista 23 % toi esille, ettei hoitajilla ollut tarpeeksi tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Vastaavasti sairaanhoitajista 22 %:n mukaan, etenkin päihdeongelmien tietoudessa oli puutteita ja päihdeongelmien koulutus tulisi tarpeeseen. Lisäksi potilaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hoitokokonaisuuden hallinta koettiin puutteellisenä 11 %:ssa vastauksista.

Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon vaikuttavia tekijöitä Lahden psykiatrian poliklinikalla olivat myös tietämättömyys hoitotahojen vastuunjaosta potilaan hoidossa. Vastaajista 11 % kokivat, ettei mielenterveys- ja päihde-

ongelmille ollut riittävää mallia, miten vastuunjako eri ongelmien hoidossa toteutettaisiin. Lisäksi ongelmia nähtiin olevan avohoidon keinottomuudessa kaksoisdiagnoosipotilaan tarpeisiin. Kokonaisvaltainen hoito vaatisi vastaajien mukaan tiheämpiä vastaanottokäyntejä, jopa kerran vuorokaudessa. Muiden tekijöiden ohella, 11 % vastaajista toi julki hoidon kokonaisvaltaisuuden vaikuttavan myös kaksoisdiagnoosipotilaan ongelmien kirjon; potilas ei saa kaikkiin ongelmiinsa apua samasta paikasta. (Kuvio 12.) Seitsemän vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyviä ongelmia.

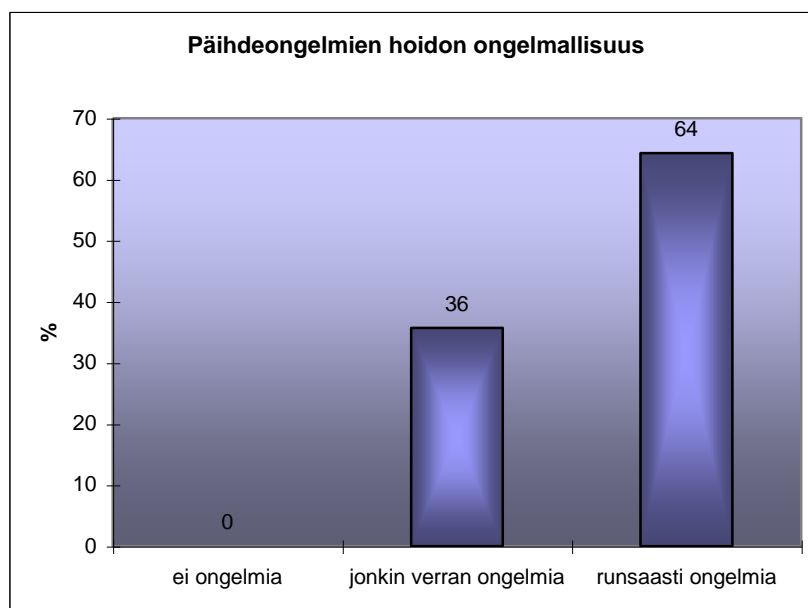


Kuvio 12. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyvät ongelmat

8.6.4 Päihdeongelman hoito

Erityisesti päihdeongelman hoito koettiin ongelmalliseksi Lahden psykiatrian poliklinikalla. Yli puolet (64 %) sairaanhoitajista kokivat päihdeongelman hoidon runsaasti ongelmalliseksi ja 36 % kokivat hoidon jonkin verran ongelmalliseksi. Jokaisen vastaajan näkemyksen mukaan päihdeongelman hoidossa oli ongel-

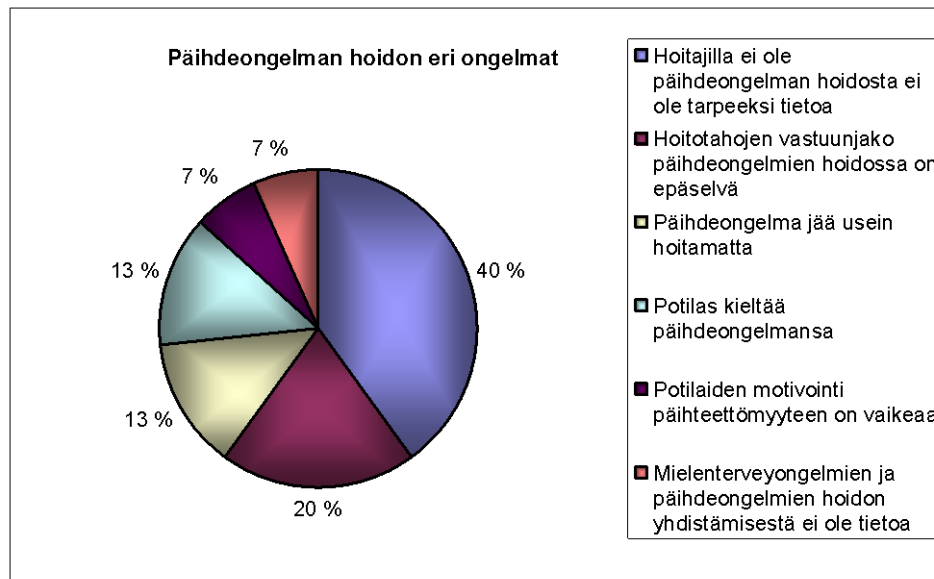
mia. (Kuvio 13.) Yksi vastaaja oli jättänyt mielipiteensä merkitsemättä päihdehoidon ongelmallisuudesta.



Kuvio 13. Kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelman hoidon ongelmallisuus Lahden psykiatrian poliklinikalla

Kuvion 14 mukaan, kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehoidon muodostaa ongelmalliseksi 40 %:n mielestä hoitajien tietämättömyys päihdeongelman hoidosta. Viidesosan (20 %) vastaajan mukaan hoitajien vastuunjako päihdeongelmien hoidossa oli epäselvä. Vastaajista 13 % arvioi päihdeongelman jäävän usein jopa hoitamatta.

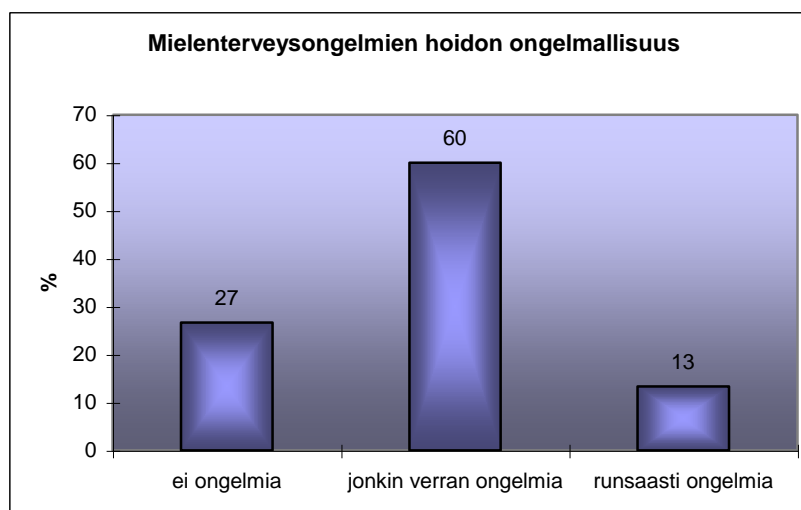
Päihdeongelman hoitoon negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä oli potilaan oman päihdeongelmansa kieltäminen (13 %) ja potilaiden vaikea motivointi päihtetömyyteen (7 %). Vastaajista 7 %:n mukaan hoitajilla ei ollut mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien hoidon yhdistämisestä riittävästi tietoa. (Kuvio 14.) Neljä vastaajaa oli jättänyt mainitsematta kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelman hoitoa vaikeuttavia tekijöitä.



Kuvio 14. Päihdehoidon ongelmat Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamina

8.6.5 Mielenterveysongelman hoito

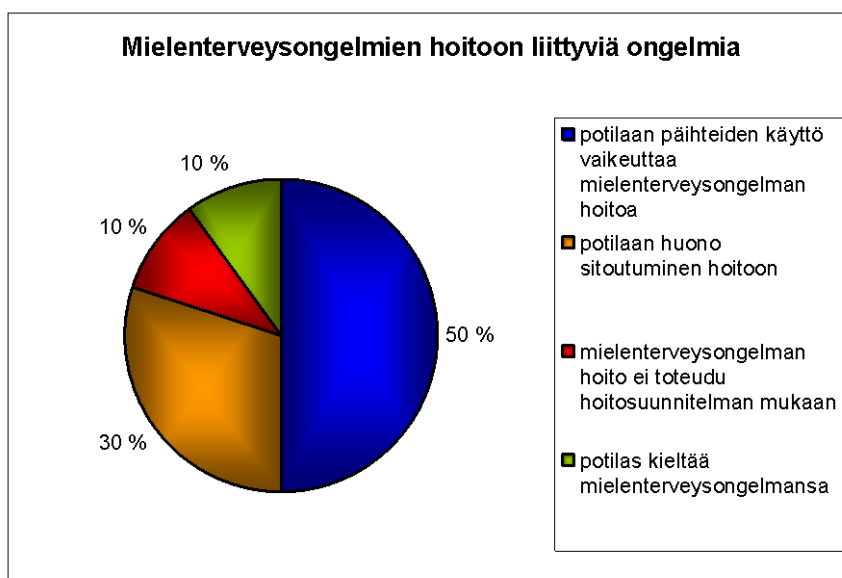
Kuvion 15 mukaan, 60 % Lahden psykiatrian poliklinikan kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista, arvioi kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveyden ongelmien hoidossa olevan jonkin verran ongelmia. Vastaajista 27 %:n mukaan, ongelmia ei ollut lainkaan ja 13 %:n mielestä, ongelmia oli sen sijaan runsaasti.



Kuvio 15. Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveysongelmien hoidon ongelmallisuus Lahden psykiatrian poliklinikalla

Tasan puolet vastaajista (50 %) toi julki etenkin potilaan päihteiden käytön vaikeuttavan tuntuvasti mielenterveysongelman hoitoa. Lisäksi lähes kolmasosan (30 %) mukaan potilaan hoitoon sitoutumattomuus vaikeutti mielenterveysongelman hoitoa. (Kuvio 16.)

Viidesosan (20 %) vastaajan mielestä mielenterveysongelman hoitoa vaikeuttaa joko potilaan mielenterveysongelman kieltäminen tai sovitun hoitosuunnitelman kiinnipitämisen mahdottomuus. (Kuvio 16.) Kuusi vastaajaa oli jättänyt mainitsematta kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveysongelmien hoitoa vaikeuttavia tekijöitä.

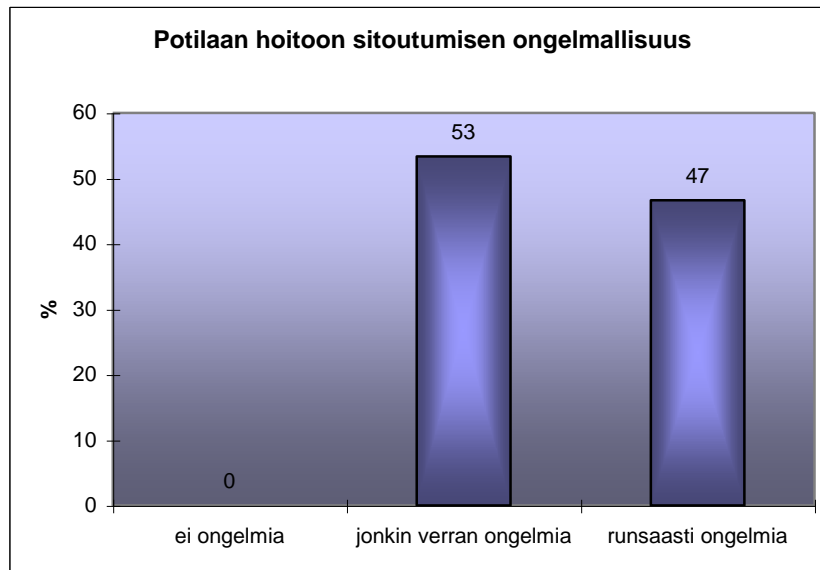


Kuvio 16. Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveysongelmien hoitoon liittyviä ongelmia Lahden psykiatrian poliklinikalla

8.6.6 Potilaan hoitoon sitoutuminen

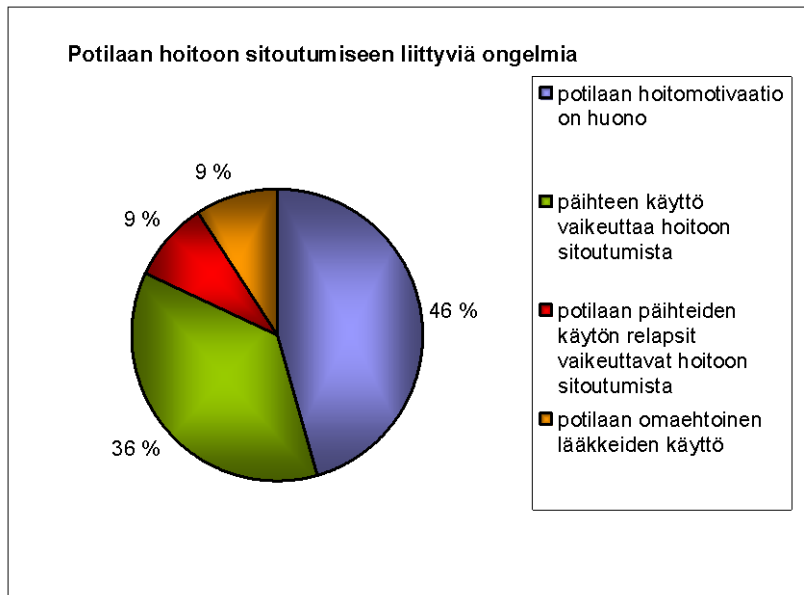
Kuten jo aikaisemmista tutkimusvastauksista on käynyt ilmi, kaksoisdiagnoosipotilaan keskeisempänä hoidon ongelmana on potilaan sitoutumattomuus hoitoon. Lahden psykiatrian poliklinikalla kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon sitoutumisessa oli ongelmia jokaisen tutkimukseen osallistuneen sairaanhoitajan mielestä. Puolet (53 %) sairaanhoitajista kokivat hoitoon sitoutumisessa olevan

ongelmia jonkin verran, ja loput, lähes yhtä moni (47 %) sairaanhoitajista kokivat ongelmia olevan runsaasti. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon sitoutumisen ongelmallisuus Lahden psykiatrian poliklinikalla

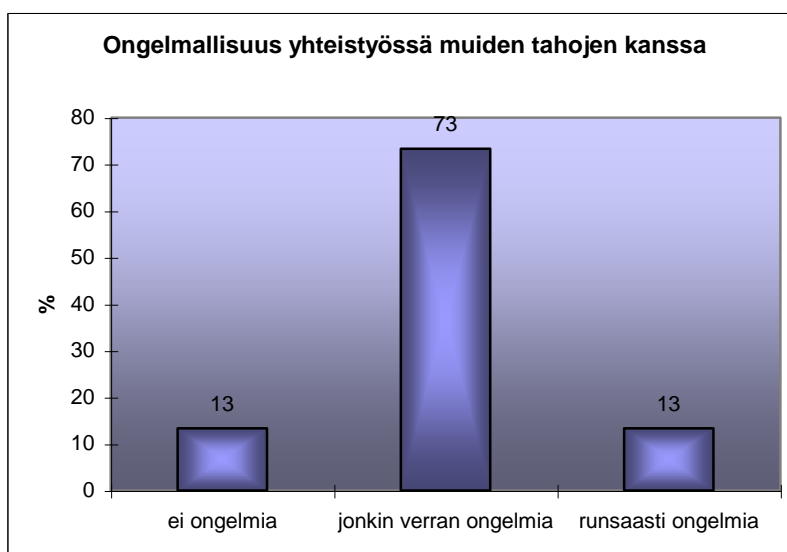
Kuviossa 18 on eritelty keskeisimmät kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ongelmat. Lähes puolet (46 %) vastaajista epäilivät potilaan heikon hoitomotivaation vaikuttavan huonoon hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi yli kolmasosa (36 %) otaksui potilaan päihteiden käytön olevan syy potilaan huonoon hoitoon sitoutumiseen. Vastaajista 9 %:n mielestä potilaan päihteiden käytön relapsit vaikeuttavat sitoutumista hoitoon ja yhtä monen (9 %) mielestä potilaan omaehtoisuus etenkin lääkkeiden käytössä vaikeuttaa hoitoon sitoutumista. Viisi vastaajaa oli jättänyt mainitsematta kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen liittyviä ongelmia.



Kuvio 18. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ongelmat

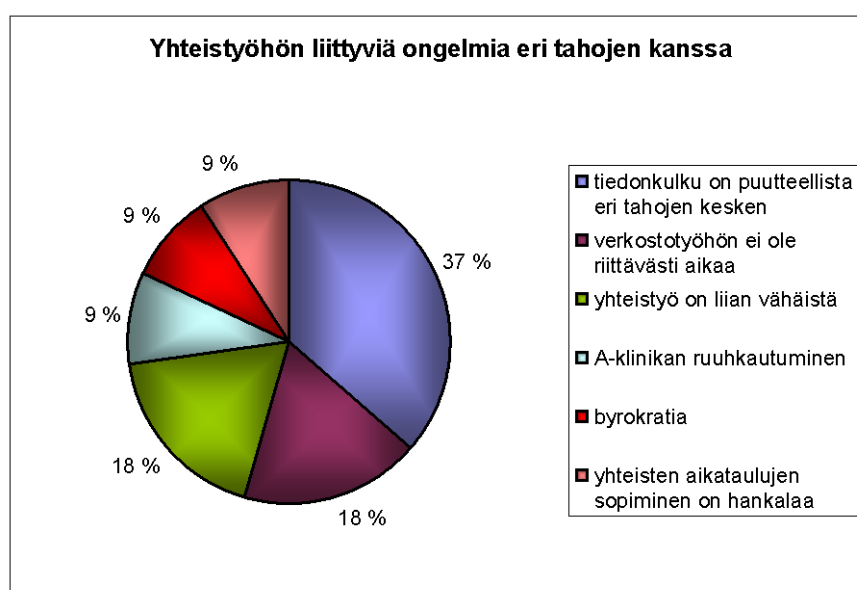
8.6.7 Yhteistyö muiden tahojen kanssa

Vastaajista 73 %, eli lähes kolme neljäsosaa toi julki yhteistyön ongelmallisuuden muiden tahojen kesken: ongelmia esiintyi jonkin verran. Vastaajista 13 %:n mukaan ongelmia oli runsaasti ja samoin 13 %:n mielestä ongelmia ei yhteistyössä ollut lainkaan. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Yhteistyön ongelmallisuus muiden tahojen kanssa Lahden psykiatrian poliklinikalla

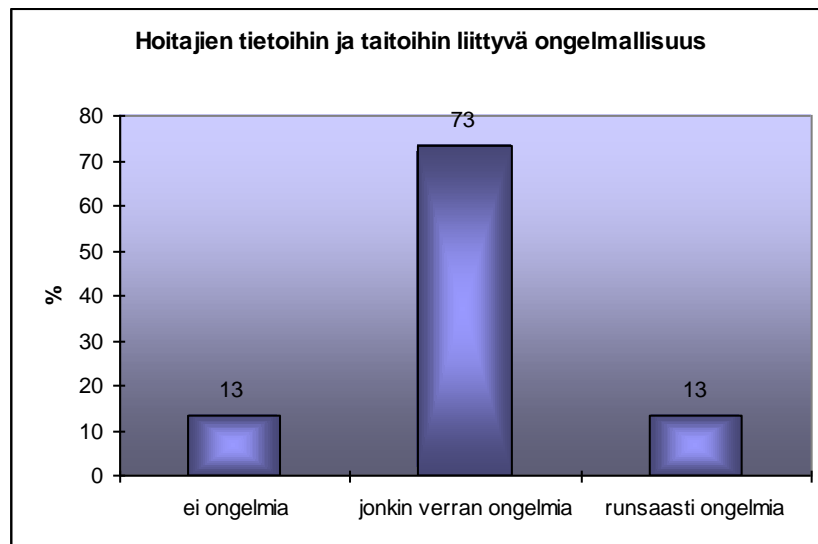
Kuviosta 20 selviää, että runsaan enemmistön (37 %) mukaan, tiedonkulun puutteellisuus vaikeuttaa yhteistyötä eri hoitotahojen kesken. Vastaajista 18 % toi esille yhteistyön keskeisen ongelman olevan yksinkertaisesti yhteistyön vähäisyys. Yhteistyön vähäisyyteen vaikuttaa etenkin vastaajista 18 %:n esille tuoma ajanpuute: verkostotyölle ei ollut riittävästi aikaa. Vastaajista 9 %:n mielestä verkostotyötä vaikeuttaa myös eri tahojen asiantuntijoiden aikataulujen sopimattomuus sekä A-klinikan ruuhkautuminen. Sairaanhoitajista 9 %:n mielestä myös byrokratia vaikeuttaa yhteistyötä. Neljä vastaajaa oli jättänyt mainitsematta kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon koskevan yhteistyön ongelmallisuuden.



Kuvio 20. Yhteistyöhön liittyvät ongelmat

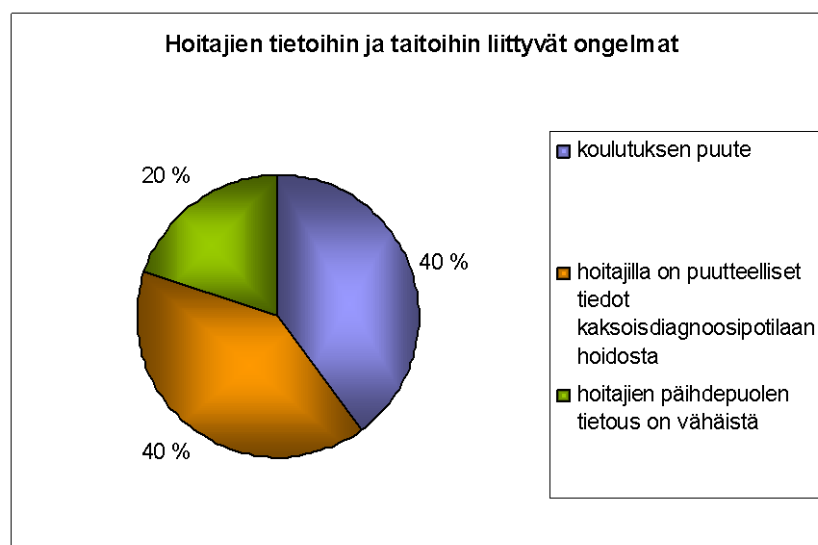
8.6.8 Hoitajien tieto ja taito

Runsas valtaosa, eli 73 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajien tiedoissa ja taidoissa olisi jonkin verran kehittämisen varaa. Vastaajista 13 % uskoi tiedoissa ja taidoissa olevan kehitettävää runsaasti ja yhtä monen (13 %) mukaan tiedoissa ja taidoissa ei ollut lainkaan kehitettävää. (Kuvio 21.)



Kuvio 21. Lahden psykiatrian poliklinikan hoitajien tietojen ja taitojen ongelmallisuus

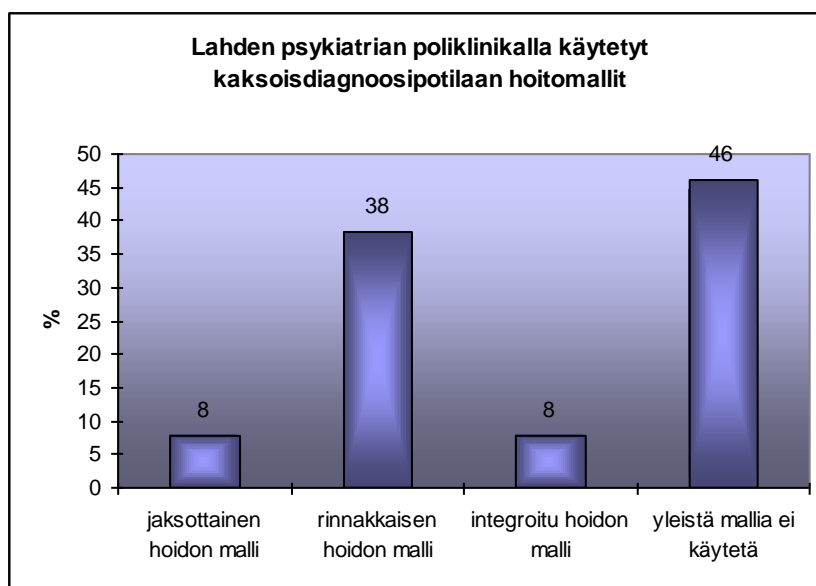
Kuten kuviosta 22 ilmenee, hoitajien tietoihin ja taitoihin liittyvät puutteet jakautuvat kolmen eri ongelman luokkaan. Vastajista 40 %:n mukaan, erityisesti tietämys kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta oli puutteellista. 40 % vastanneista sairaanhoitajista toi julki koulutuksen riittämättömyyden ja viidesosan (20 %) vastaajan mukaan etenkin päihdepuolen tietoudessa oli vaivainaisuuksia. Viisi vastaajaa oli jättänyt täyttämättä kysymyslomakkeesta kohdan, jossa tiedustellaan tarkemmin hoitajien tietoihin ja taitoihin liittyviä ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa.



Kuvio 22. Hoitajien tietoihin ja taitoihin kytkeytyviä ongelmia

8.7 Lahden psykiatrian poliklinikan hoitomallit sairaanhoitajien kuvaamina

Kuvion 23 mukaan, lähes puolet (46 %) vastaajista kuvaa, ettei Lahden psykiatrian poliklinikalla ollut käytössä yleistä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon mallia. Sairaanhoitajista 38 %:n mukaan poliklinikalla käytetään rinnakkaisen hoidon mallia, jossa mielenterveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan samanaikaisesti eri hoitopaikoissa. Jaksottaisen hoitomallin kannalla oli 8 % vastaajista. Puolestaan 8 %:n mielestä poliklinikalla käytetään integroitua hoitomallia, jossa sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä hoidetaan samanaikaisesti, samassa paikassa.



Kuvio 23. Kaksoisdiagnoosipotilaan yleisimmin käytetyt hoitomallit Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamina

8.8 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolku Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamana

Avoimessa kysymyksessä 12 tiedusteltiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolkua Lahden psykiatrian poliklinikalla. Useimmat vastauksista olivat täysin samankaltaisia. Monissa vastauksissa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolku alkoi lähetteen käsittelystä (f=5). Lähetteen käsittelystä potilaalle valitaan oma lääkäri ja hoitaja (f=1). Yhdessä vastauksessa hoitopolun alkua kuvattiin arviointipolikli-

nikan kautta kulkevasta lähetteestä avohoitoon, avohoidon osastonlääkärille. Osastonlääkäri käy läpi jokaisen lähetteen ja jakaa lähetteet oikeisiin hoitoryhmiin.

Yhdeksässä vastauksessa mainittiin 1–5 käynnin arviointijaksosta, joka sijoittui potilaan hoitopolun alkuun. Arviointijakson toteuttaa hoitoryhmässä valittu, oma työntekijä. Arviointijakson jälkeen potilaalle tehdään hoitosuunnitelma (f=8). Jos potilaan päihdeongelma on ensisijainen, se hoidetaan ennen mielenterveysongelmaa (f=3). Kymmenessä vastauksessa potilas ohjataan päihdeongelman hoitoon toiseen hoitotahoon. Päihdeongelmainen potilas kerrotaan ohjattavan A-klinikalle tai muihin päihdeongelman hoitoon erikoistuneisiin paikkoihin. Yhdessä vastauksessa, päihdeongelman hoidon kerrottiin tapahtuvan yksilöllisesti potilaan ongelmista lähtien, joko Lahden psykiatrian poliklinikalla tai toisessa hoitavassa tahossa. Päihdeongelman hoidon kerrottiin tapahtuvan joko rinnakkain mielenterveysongelman hoidon kanssa tai peräkkäisesti (f=2).

Kahdeksassa vastauksessa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon kuului olennaisena osana verkostotyö muiden asiantuntijatahojen kanssa. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kerrottiin edellyttävän usean eri tahon yhteistyötä (f=1). Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon osallistuvia tahoja ovat muun muassa A-klinikka, Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö, sosiaalitoimisto, lastensuojelu ja seurakunta. Tarvittaessa potilaan hoitoon kerrottiin osallistuvan sairaanhoitajan ja lääkärin ohella myös sosiaalityöntekijä ja/tai psykologi (f=1).

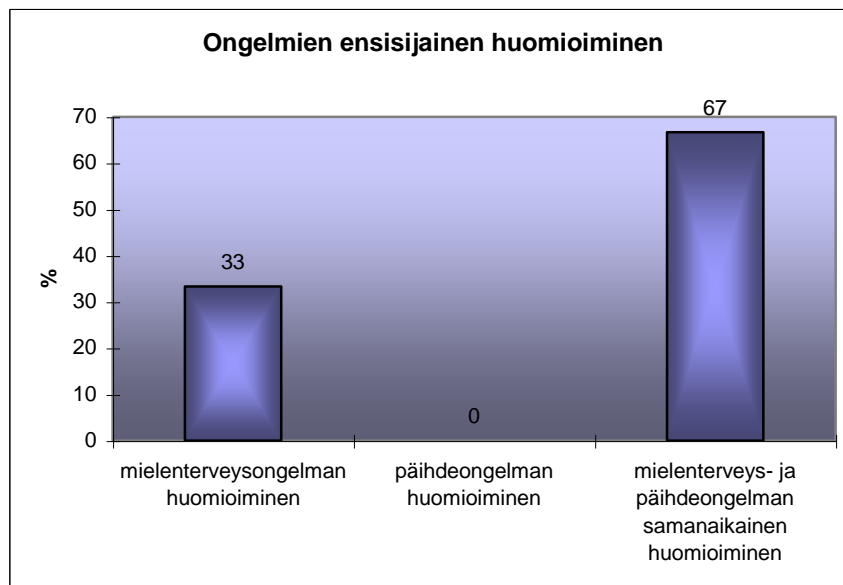
Kolmessa vastauksessa, hoitopolun kuvauksessa tuotiin esille potilaan perhetilanteen, lasten ja lähiomaisten huomioimisen tärkeys. Potilaan hoitoprosessin kerrottiin koostuvan potilaan yksilötapaamisista, verkostotapaamisista, kotikäynneistä, perhetapaamisista ja erilaisista kuntoutuksen muodoista (f=1).

Kuudessa hoitopolkua käsittelevässä vastauksessa huomioitiin potilaan hoidon lopetus. Hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla päättyi sovitusti potilaan kanssa (f=3). Hoidon päättyessä, hoidon arvioinnin perusteella, potilas ohjataan jatko-hoitopaikkaan (f=5). Mahdollisia jatkohoitopaikkoja ovat muun muassa terveyskeskukset, A-klinikka, työterveyshuolto ja päihdehoitaja. Potilaalta kysytään lupa

jatkohoitopaikan informoinnista potilaan sairaudesta (f=1). Kaksi sairaanhoitajaa oli jättänyt kysymykseen vastaamatta.

8.9 Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveys- ja päihdeongelman ensisijainen huomioiminen

Runsaat puolet (67 %) vastaajista oli sitä mieltä, että Lahden psykiatrian poliklinikalla huomioidaan sekä mielenterveysongelma että päihdeongelma samanaikaisesti. Vastaajista 33 % kertoi mielenterveysongelman huomioitavan ensisijaisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa. Päihdeongelman ensisijaista huomiointia ei tavattu lainkaan, sillä päihdeongelman ohella huomioidaan aina myös mielenterveysongelma. (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveys- ja päihdeongelman ensisijainen huomioiminen Lahden psykiatrian poliklinikalla

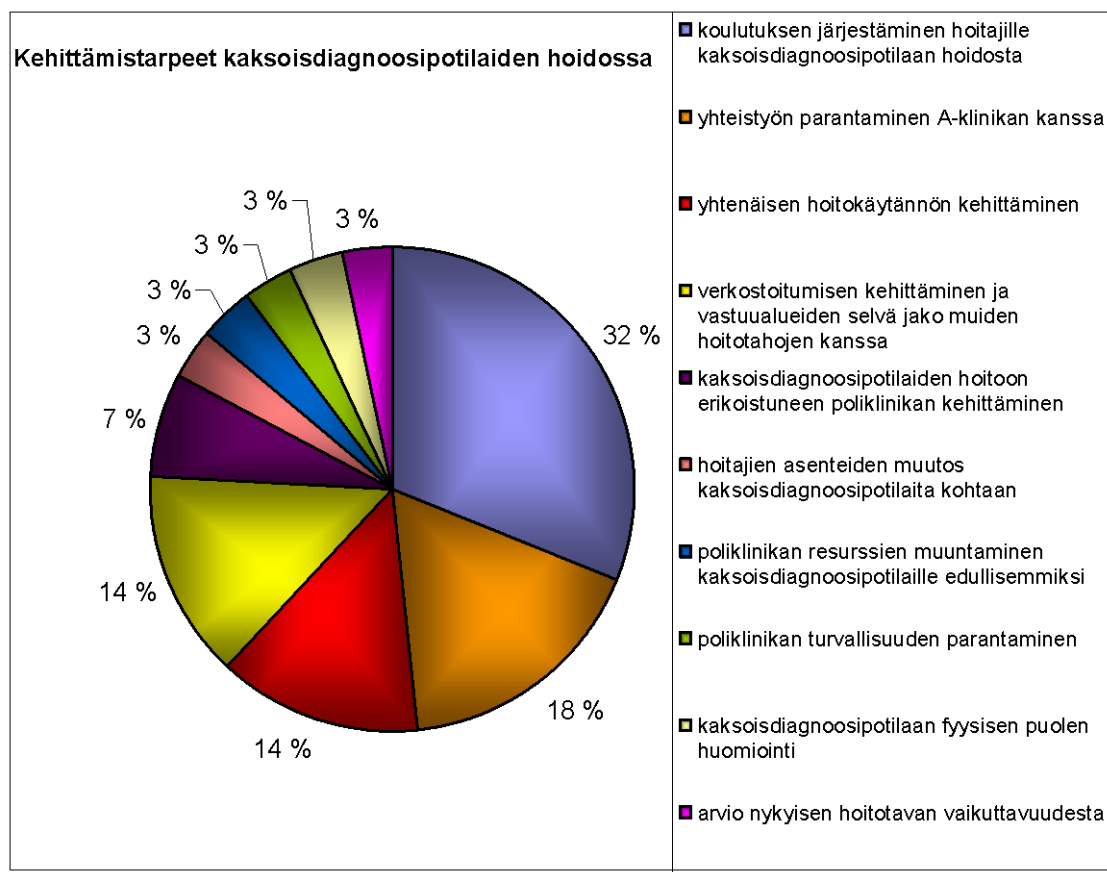
8.10 Kehittämistarpeet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa Lahden psykiatrian poliklinikalla

Avoimessa kysymyksessä 14 tiedusteltiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämistarpeita Lahden psykiatrian poliklinikalla. Kyselyn avulla saatiin paljon kehityshaasteita kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Kolme sairaanhoitajaa oli jättänyt kysymykseen vastaamatta. Enemmistön, eli vastaajista 32 %:n mukaan lisäkoulutus kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta hoitajien keskuudessa olisi tarpeellinen. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin hoitoryhmän 1, kaksoisdiagnoosiin perehtyvän tahon, järjestävän sisäistä koulutusta myös muille hoitajille. Yhdessä vastauksessa toivottiin havainnollistavaa päihdesalkkua. (Kuvio 25.)

Vastaajista 18 % toivoi yhteistyön parantamista A-klinikan kanssa. Myös verkostoitumisen kehittämistä ja hoitovastuun selvää jakoa muiden tahojen kanssa pidettiin 14 %:ssa vastauksista tärkeänä. Vastaavasti 14 %:ssa vastauksista ehdotettiin yhteisen hoitokäytännön kehittämisestä komorbidien häiriöiden hoidossa. (Kuvio 25.)

Kuviosta 25 voidaan tarkastella, että 3 %:ssa vastauksista koettiin tärkeäksi poliklinikan resurssien kehittämistä kaksoisdiagnoosipotilaille suotuisampaan suuntaan. Lisäksi 7 %:ssa vastauksista ehdotettiin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon erikoistuneen poliklinikan perustamista. Vastaajat olivat sitä mieltä, etteivät nykyisen poliklinikan resurssit riitä kohtuullisen tiheään, kaksoisdiagnoosipotilaan vaatimaan seurantaan ja kannustukseen. Tutkimuksessa käykin ilmi, että etenkin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa, aikaa ei polikliinisessä hoidossa ole tarpeeksi.

Vastauksista 3 %:ssa osoitettiin poliklinikan turvallisuuden parantamisen kehitystarve. Lisäksi 3 %:ssa vastauksista toivottiin hoitajien asenteenmuutosta kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan ja 3 %:ssa kehoitettiin hoitajia kiinnittämään huomiota myös potilaan fyysisiin ongelmiin. Vastaajista 3 % epäili nykyisten hoitokäytäntöjen vaikuttavuutta kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja huomautti nykyisen hoitokäytäntöjen arvioinnin olevan tärkeää. (Kuvio 25.)



Kuvio 25. Kehittämistarpeet kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa Lahden psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajien kuvaamina

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla ja kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta.

Sairaanhoitajien määritelmät kaksoisdiagnoosi-käsitteestä poikkesivat keskeisesti toisistaan. Suurin osa, lähes kolme neljäsosaa, vastaajista määritteli kaksoisdiagnoosiin kuuluvaksi minkä tahansa mielenterveyshäiriön yhdistyneenä mihin tahansa päihdehäiriöön.

Jokaisen sairaanhoitajan vastaanotolla tavattiin kaksoisdiagnoosipotilaita. Kaksoisdiagnoosipotilaita kohdattiin hoitajien vastaanotoilla useimmiten lähes päivittäin tai viikoittain. Yli puolet hoitajista määritteli omat valmiutensa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa verrattain puutteellisiksi. Valtaosan mielestä myös kaikkien hoitajien tiedoissa ja taidoissa oli jonkin verran ongelmia. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja etenkin päihdeongelmien hoitoon liittyvät tiedot ja taidot koettiin merkittävästi riittämättömiksi ja näihin kaivattiin lisäkoulutusta. Päihdeongelmien hoidon esteenä nähtiin muun muassa hoitajien tietojen puutteellisuus ja hoitotahojen vastuunjaon epäselvyys. Yli puolet vastaajista uskoi kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaista hoitoa estävän hoitajien koulutuksen puutteen.

Kaksoisdiagnoosipotilaan tärkeimmiksi hoitoa vaativiksi ongelmiksi luokiteltiin päihdeongelma, psykiatrinen sairaus ja potilaan huono hoitomotivaatio ja sitoutumattomuus hoitoon. Lähes kolme neljäsosaa vastaajista toi esille potilaan päihdeongelman salailun, joka tekee kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisen vaikeaksi. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan päihdeongelma vaikeuttaa merkittävästi mielenterveysongelman hoitoa. Valtaosa vastaajista kertoi kaksoisdiagnoosipotilaan ohjattavan usein toiseen hoitotahoon päihdeongelman hoitoa varten.

Lähes puolet sairaanhoitajista osoitti, ettei Lahden psykiatrian poliklinikalla ollut käytössä yleistä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon mallia. Runsas kolmannes vastaajista mainitsi rinnakkaisen hoitomallin käytettävyydestä. Vastaajat toivoivat yhteisen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokäytännön kehittämistä Lahden psykiatrian poliklinikalle.

Lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajista toi esille, että yhteistyössä muiden tahojen kanssa oli ongelmia. Erityisesti tiedonkulun puutteellisuus aiheutti ongelmia. Osa vastaajista toivoikin verkostoitumisen kehittämistä ja hoitovastuun selvää jakoa muiden tahojen kesken.

Kaiken kaikkiaan kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltainen hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla ei toteudu sairaanhoitajien mukaan. Syinä nähdään etenkin

hoitajien täydennyskoulutuksen puutteen mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa vaikeuttaa myös verkostoitumisen puutteellisuus muiden hoitotahojen kesken sekä kaksoisdiagnoosipotilaan yleisten hoitokäytäntöjen puutos ja potilaan sitoutumattomuus hoitoon.

10 POHDINTA

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa tarkasteltaessa ensisijaisena lähtökohtana tulisi olla yhtenäisen sanaston käyttäminen. Ilman yhdenmukaista sanastoa, vastapuolta on vaikea ymmärtää, saati toimia yhteistyössä toimintamalleja kehittäen. Mantilan (2005, 19) tutkimustulosten mukaan kaksoisdiagnoosin määrittelyt vaihtelevat jonkin verran eri yksiköissä ja käsitteenä kaksoisdiagnoosi saa erilaisia merkityksiä eri hoitavilla tahoilla. Tämän tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosi-käsite saa erilaisia merkityksiä myös saman yksikön sisällä.

Tämän tutkimuksen tulokset kaksoisdiagnoosi-käsitteen määrittelyssä ovat yhteneviä aikaisempiin tutkimuksiin. Myös Höltän (2006, 5) sekä Sorsan ja Laijärven (2006, 214) tutkimusten mukaan käytännön hoitotyössä käytetään kaksoisdiagnoosi-käsitteestä määritelmää, jossa mikä tahansa mielenterveyshäiriö on yhdistyneenä mihin tahansa päihdehäiriöön. Tämän määritelmän heikkoutena voidaan nähdä kaksoisdiagnoosipotilaisiin yhdistettävän niin pienemmät elämänkriisit, vakava-asteiset mielenterveysongelmat kuin erilaiset päihteet ja päihteiden käytön tasot. Eri mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman lähtökohdista käsin, yhtenäisen hoitomallin luonti vaikeutuu.

Kaksoisdiagnoosin käsitteen määrittelyssä ongelmia tuottavat erilaiset määrittelyjen sisällöt. Esimerkiksi alkoholiongelman yhdistyminen vakavaan mielenterveysongelmaan, sulkee mahdollisuudet muusta päihteenkäytöstä. Oletettavaa on, että huomion kiinnittäminen pelkkään alkoholiongelmaan vaikeuttaa muiden

päihteiden käytön huomioimista. Kaksoisdiagnoosipotilaan alkoholin käyttöön kytkeytyy usein myös muiden päihteiden sekakäyttöä (Flinck 2001, 16).

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdehäiriöt on rajattu huumeiden käyttöön tutkimuskohteesta käsin (Pirkola ym. 2004, 1673; Flinck 2000, 3; Lähteenaro ym. 2005, 6). Toisissa tutkimuksissa kaksoisdiagnoosipotilaan päihdeongelmaa on käsitelty laajemmin sekä alkoholin että huumeiden käytön kannalta (Hölttä 2006, 5; Mantila 2005, 4). Päihdeongelman rajaaminen pelkkään alkoholi- tai huumeongelmaan vääristää kaksoisdiagnoosikäsitettä ja kaksoisdiagnoosipotilaan ominaispiirteitä. Tämän hetkinen päihde- ja mielenterveyshäiriöitä kuvaava kaksoisdiagnoosi-käsite on varsin epäselvä. Todellista rajaa käsitteelle ei ole vedetty ja tällöin käsitteestä on käytössä erilaisia tulkintoja maailmanlaajuisesti.

Tutkimustulosten perusteella päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita on runsaasti hoidossa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Vaikka kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaankin pääasiassa hoitoryhmässä 1, on kaksoisdiagnoosipotilaat yllättävän yleisiä myös muissa hoitoryhmissä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä Mantilan (2005, 20) tutkimustuloksiin, joissa maanlaajuisesti eri terveydenhuollon yksiköissä, kaksoisdiagnoosipotilaita on hoidossa tai kuntoutuksessa lähes päivittäin tai viikoittain. Tällöin myös tietous kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta tulisi olla riittävää. Useissa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa hoitajat kokevat taitonsa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa riittämättömiksi (Hölttä 2006, 35; Lähteenaro ym. 2005, 35). Tämän tutkimuksen keskeisin tutkimustulos onkin täydennyskoulutuksen puute. Myös Lähteenaron ja Pesolan (2005, 35) sekä Mantilan (2005, 22) tutkimusten mukaan, psykiatrisella puolella työskentelevät hoitajat eivät hallitse riittävän hyvin päihdehoitotyötä.

Höltän (2006, 50) mukaan tiedottomuus lisää negatiivista asennoitumista kaksoisdiagnoosipotilaisiin. Myös tässä tutkimuksessa toivottiin hoitajien asenteiden muutosta mielenterveys- ja päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Yllättävää oli, ettei tässä tutkimuksessa tullut esiin yleisesti yhdistettäviä kaksoisdiagnoosipotilaan negatiivisia piirteitä. Tämän tutkimuksen tulokset eivät olleet yhteneviä ai-

kaisempiin tutkimustuloksiin potilaan aggressiivisuutta, impulsiivisuutta ja provokatiivista käyttäytymistä sekä C-hepatiittia huomioiden (Flinck 2000, 44; Hölttä 2006, 7; Sutinen 2005, 4; Pirkola ym. 2004, 1674). Vain yhdessä vastauksessa toivottiin turvallisuuden lisäämistä Lahden psykiatrian poliklinikalle. Pidetäänkö Lahden psykiatrian poliklinikalla kaksoisdiagnoosipotilaita helppohoitoisempina kuin muissa tutkituissa yksiköissä? Vai onko tiedot kaksoisdiagnoosipotilaista sen verran riittämättömiä, ettei esimerkiksi C-hepatiittia oteta huomioon potilaiden hoidossa?

Flinckin (2000, 40) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmien kirjo on varsin laaja ja vaihteleva. Flinckin (2000, 40) mukaan psyykkisten vaikeuksien, huumeriippuvuuden ja somaattisten sairauksien lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaiden sosiaaliset ongelmat ovat tavallisia. Myös tässä tutkimuksessa tuli esille muun muassa potilaiden asunnottomuus, perhe- ja lähiverkoston sekä toimeentulon ongelmat. Myös Mantilan (2005, 38) tutkimustulosten mukaan sosiaaliset ongelmat esiintyvät taloudellisina sekä ihmissuhteisiin että sosiaaliseen rooliin liittyvinä ongelmina.

Puutteita potilaiden hoidossa koettiin muun muassa kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistamisessa ja potilaan hoitoon sitoutumisessa. Päihdeongelman salaaminen tiedostettiin merkittäväksi ongelmaksi kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Höltän (2006, 33) tutkimuksen mukaan potilaiden päihdeongelman salaaminen johtuu potilaiden pelosta joutua mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle. Höltän (2006, 33) mukaan potilaat joutuvat salaamaan päihdeongelmansa saadakseen apua mielenterveyspalveluista. Usein päihteidenkäyttö saattaa koitua mielenterveyspalveluiden saamisen esteeksi. Luultavasti edellä mainittu esimerkki pitää osittain paikkansa myös Lahden psykiatrian poliklinikalla. Päihdeongelman tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota mielenterveyspotilaita hoidettaessa. Päihteidenkäyttö lienee olevan nouseva suuntaus mielenterveyspotilaiden keskuudessa (Flinck 2001, 18).

Höltän (2006, 32) mukaan potilaalle tarjotut palvelut edellyttävät potilaita sitoutumaan hoitoon. Hoitoon sitoutuminen vaatii Höltän (2006, 32) mukaan kuitenkin kohtuullisen hyvää toimintakykyä, mikä mielenterveys- ja päihdeongelmalliselle

potilaalle voi olla liian vaativaa. Lähteenaron ja Pesolan (2005, 27) tutkimuksen mukaan potilaiden kiinnostus itseään ja hoitoaan kohtaan on usein puutteellista, eivätkä kaksoisdiagnoosipotilaat välttämättä ymmärrä hoidon tarvettaan. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa tuleekin ottaa huomioon kokonaisvaltainen potilaan hoito. Oletettavasti hoitamaton päihdeongelma aikaansaa potilaan sitoutumattomuutta ja motivaation puutetta hoitoon, varsinkin jos päihdeongelman tila on akuutti.

Hoitajien puutteellisen koulutuksen ohella, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ongelmina näyttäytyi myös avohoidon riittämättömyys kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että potilaan kokonaisvaltaista hoitoa huomioiden, potilas tarvitsisi tiheämpiä vastaanottokäyntejä Lahden psykiatrian poliklinikalla. Usein potilas ei saa kaikkiin ongelmiinsa apua samasta paikasta. Myös Höltän (2006, 30) tutkimuksessa kaksoisdiagnoosipotilaat kokivat hoidon ja avunsaannin esteiksi mielenterveyspalveluiden riittämättömyyden. Potilaat kokivat mielenterveystoimistojen jonot usein kohtuuttoman pitkiksi, mahdollisuudet tavata työntekijää liian harvoiksi sekä päivittäiset soittoajat lyhyiksi.

Höltän (2006, 3) mukaan psykiatrisen hoidon painottuminen avohoitoon on yhtenä tekijänä kaksoisdiagnoosipotilaiden näkyvyytenä sosiaali- ja terveyspalveluiden suurkuluttajina. Höltän (2006, 3) mukaan avohoito altistaa mielenterveyspotilaat päihteiden käytölle ja siten on suotuisa myös kaksoisdiagnoosipotilaiden oireilulle. Höltän (2006, 30) ja Mantilan (2005, 41) tutkimustuloksista käy ilmi, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kokonaisvaltaisuuden vaikeudet ovat peräisin mielenterveys- ja päihdepalveluiden eriytyneisyydestä sekä palvelujärjestelmän syrjivistä käytännöistä. Usein kaksoisdiagnoosipotilaille tarjotut palvelut ovat potilasryhmälle täysin riittämättömiä ja jäykästi toimivia.

Tämän tutkimuksen tutkimusongelmalla haettiin vastausta kysymykseen: Mil-laista kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on Lahden psykiatrian poliklinikalla? Opinnäytetyön tutkimustulokset vastaavat kattavasti tutkittuun ongelmaan. Valtaosan vastaajien mukaan Lahden psykiatrian poliklinikalla ei käytetty lainkaan yleisiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomalleja. Lisäksi suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoidossa käytettiin rinnakkaisen hoidon mallia, jossa mielenterveys-

ja päihdeongelmaa hoidettiin samanaikaisesti eri hoitopaikoissa. Useiden lähteiden mukaan rinnakkaisten- ja jaksottaisten hoitomallien käyttö on tuloksetonta (Barnes ym. 2002, 16; Drake 2007, 383; Hölttä 2006, 5; Mäkelä 2003, 189; Pirkola ym. 2004, 1677). Kyselyyn vastanneiden mielipiteet hoitomalleista poikkeavat toisistaan merkittävästi. Tuloksista voidaan päätellä, ettei tiettyä, sovittua hoitomallia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla löydy. Luultavasti jokaista potilasta hoidetaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, eikä tietoa yleisistä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomalleista enemmässä määrin välttämättä edes ole.

Mantilan (2005, 31) tutkimuksen mukaan, hoidettaessa joko mielenterveys- tai päihdeongelmaa, kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaista hoitovastuuta ei kannata mikään hoitotaho. Tällöin väliinputoajia palveluiden välille on paljon. Kaksoisdiagnoosipotilaat vaatisivat usein paikan, jossa potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti, ei luukulta luukulle juokсутtaen. Tämä tutkimuksen tuloksista käy ilmi, etteivät Lahden psykiatrian poliklinikan resurssit tällaisenaan riitä kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Ensinnäkin, hoitajilla ei ole riittävästi tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja toiseksi, kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokäytäntöjä tulisi kehittää yhdenmukaisimmiksi. Tällöin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon edellytykset olisivat sekä potilaan että hoitajan kannalta suotuisemmat.

Tutkimusaiheen valinta oli erittäin ajankohtainen, sillä mielenterveys ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on eräs keskeisimpiä mielenterveystyön haasteita tänä päivänä. Tutkimusaiheen valinta aiheutti ongelmia, sillä kaksoisdiagnoosia käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimuksia on verrattain vähän. Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen osoittautui haasteelliseksi, sillä käsitteenä kaksoisdiagnoosi ilmeni melko vieraaksi käsitteeksi hoitotyössä.

Tutkimuskohteen rajaus Lahden psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajiin osoittautui hieman hankalaksi. Pienemmän, harkinnanvaraisen otoksen valinnalla koko perusjoukosta, yksittäisenkin vastauksen merkitys prosenttiosuutena on suuri. Pienen otoksen valinnalla myös virhemarginaali vastauksissa nousee. Pienestä otoksesta huolimatta, tutkimuksella saatiin kattavat tiedot sairaanhoitajien toteuttamasta kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta ja hoitotyöstä. Tutkimus-

menetelmä osoittautui oikeaksi valinnaksi, sillä suuremmalta joukolta pystyttiin kysymään tutkittavia asioita, mikä haastattelulla olisi ollut vähäisten resurssien tähden hankalaa. Tutkimustulokset ovat yleistettävissä Lahden psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajien toteuttamaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon, sillä tutkimuksen kohderyhmään oli valittu kaikki poliklinikan sairaanhoitajat.

Opinnäytteen tuloksia voidaan hyödyntää kaksoisdiagnoosipotilaan yhteisen hoitomallin kehittämiseen ja hoitohenkilökunnan täydennyskoulutukseen kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tutkimustuloksista nähdään miltä osin kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa tulisi kehittää.

Jatkotutkimusehdotuksena, tutkimusta voisi laajentaa myös suuremmalle kohderyhmälle, käsittäen myös poliklinikan lääkärit ja psykologit. Vastaavanlaisia tutkimuksia olisi hyvä toteuttaa myös Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osastoilla. Yhtenäisen hoitomallin kehittäminen olisi otollisempaa, jos sekä sairaalapsykiatria, avohuolto että kolmannen sektorin toimijat käyttäisivät yhtenäistä linjaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Myös kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon vaikuttavuutta sekä potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon olisi hyvä tutkia tulevaisuudessa.

Ohessa eräs näkemys kaksoisdiagnoosipotilaan tämän hetkisestä hoitopolusta Lahden psykiatrian poliklinikalla:

Potilas tulee hoitoon → vastaanotolta poisjäänti → vastaanotolta poisjäänti → käynti (ohjaus katkaisuun) → poisjäänti → poisjäänti (tavoitellaan kotoa, ei tavoiteta) → asiakkaan soitot baarista → humalassa vastaanotolle → poisjäänti → opastusta puhelimitse A-klinikalle → poisjäänti → ilmoitetaan uloskirjoituksesta kirjeitse, ohjaus A-klinikalle.

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE:n (2004, 9) mukaan elämänvalinnoista voidaan puhua mielekkäästi vain, jos voidaan osoittaa ihmisen vastuullisuus ja riittävä tiedon taso. Ongelmallista on puuttua sairauden hoitoon silloin, kun ihminen ei ole halukas hoidattamaan itseään. Itsemääräämisoikeuden ja heitteillejätön raja monissa sairauksissa onkin epäselvä. Erityisesti mielenterveydenhäiriöissä ja päihdeongelmissa oikeutta itsemääräämisoikeuteen ei saa käyttää verukkeena sille, että ihminen jätetään täy-

sin vaille tarvitsemaansa hoitoa. (ETENE 2004, 9–12.) Päihdehuollon laatusuositusten mukaan päihdehuollon asiakkaat tulisi hoitaa aina ensisijaisesti siinä yksikössä mihin hän hakeutuu (Päihdehuoltolaki 41/1986). Lakisääteiset tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit ovat hyvin tiukat sekä päihdehuoltolain (41/1986) että mielenterveyslain (1116/1990) mukaan.

Miten potilaiden hoitomotivaatiota voitaisiin kehittää avohoidossa? Oletettavasti hoitajien tietämättömyys päihdeongelmien hoidossa vaikuttaa negatiivisesti myös potilaiden hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallin kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota Lahden psykiatrian poliklinikalla, sillä monet asiat potilaan hoidossa ovat epäselviä. Poliklinikan resursseja tulisi kehittää niin, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltainen hoito olisi mahdollista. Vai olisiko sittenkin tarve perustaa kaksoisdiagnoosipotilaille aivan oma polikliininen hoitomuotonsa?

LÄHTEET

Aarnisalo, P. & Karvonen, P. 2007. Biologinen näkökulma päihdetyössä. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki. WSOY, 75–81.

Ahola, A. 2007. Lomaketutkimusprosessi. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki. Tammi, 47–72.

Alakare, B. 2007. Biologinen näkökulma mielenterveystyössä. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki. WSOY, 68–75.

Alastalo, M. 2005. Metodisuhdanteiden mahti. Lomaketutkimus suomalaisessa sosiologiassa 1947–2000. Tampere. Vastapaino.

Alasuutari, P. 2005. Yhteiskuntatutkimuksen etiikasta. Teoksessa Räsänen, P., Anttila, A-H. & Melin, H. (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Jyväskylä. PS-kustannus, 15–17.

Barnes, A., Murray, M., Ritchie, F. & Jones, M. 2002. Dual diagnosis: developing the skill base. *Mental Health Practice* 5 (7), 16–18.

Drake, R.E. 2007. Dual diagnosis. *Psychiatry* 6 (9), 381–384.

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

ETENE, 2003. Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. Etene –julkaisu 10. [verkkodokumentti]. 2004. [viitattu 8.3.2008]. Saatavissa: <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>

Flinck, R. 2000. Kuvaus kaksoisdiagnoosipotilaista ja huumeiden käytöstä osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Flinck, R. 2001. Kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden osastohoidosta. Potilaiden monet ongelmat hoitotyön haasteena. Sairaanhoidaja 74 (5), 15–18.

Haveri, S. 2006. Pohjanmaa-hanke: Kaksoisdiagnoosi. [verkkodokumentti].

22.8.2006. [viitattu 26.2.2008]. Saatavissa:

<http://www.sosiaalihanke.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/terveys/seminari220806.htx.i420.pdf>

Heiska, J. 1998. Ennakoiva mielenterveystyö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Vantaa. WSOY.

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

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Helsinki. Tammi.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere. Opinpajan kirja.

Korppi, M. 2000. Perheen osallistuminen hoitoon Vietnamilaisessa sairaalassa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Helsinki. [viitattu 21.1.2008]. Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2000/KorppiMinna2000.pdf

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Ladonlahti, T. 2004. Haasteita palvelujärjestelmälle. Kehitysvammaiseksi luokiteltu henkilö psykiatrisessa sairaalassa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 2004. [Viitattu 17.11.2007]. Saatavissa: <http://selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studeduc/9513919994.pdf>

Laukkanen, E. 2003. Kasvun mahdollisuudet nuoren psyykkisessä häiriössä. Teoksessa Valkonen-Korhonen, M., Lehtonen, K. & Tuovinen, T. (toim.) Mielen-terveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki. Yliopistopaino, 210–214.

Leino-Kilpi, H. 2001. Hoitotyön tulevaisuus – tutkimuksen käyttämisen välttämättömyys. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. Hoitotyön vuosikirja 2002. Tampere. Tammi.

Leppä, H. 2007. Irti kaksoisdiagnoosin kaaoksesta. *Mielenterveys* 46 (4), 27–28.

Luomahaara, J., Vuorinen, M. & Naarala, M. 2000. Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Helsinki. Stakes.

Lähteenaro, H. & Pesola, M-L. 2005. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta akuuteilla päihde- ja psykiatrisilla osastoilla. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö. [viitattu 1.3.2008]. Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/2940a0_pesola4489.pdf

Lönnqvist, J. 2006. Professori Jouko Lönnqvist: ”Mihin menee mielenterveys?” [verkkodokumentti]. Valtakunnalliset lääkäripäivät. Helsinki. 4.1.2006. [viitattu 19.2.2008]. Saatavissa: http://www.laakariliitto.fi/cgi/lp2006pressi.pl?1293,newsitem,LP2006_YI

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaat päihde- ja mielenterveystyön haasteena. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja D Työpapereita 22. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Mielenterveyslaki 1116/1990

Moilanen, P. & Rähä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS-kustannus, 44–67.

Mäkelä, R. 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. Jyväskylä. Gummerus Oy, 183–191.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki. Gaudeamus Kirja, 58–69.

Pietarinen, J. & Launis, V. 2002. Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki. Gaudeamus Kirja, 42–57.

Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. Suomen lääkärilehti 59 (15–16), 1673–1677.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa – Eettisyys sisältyy kaikkiin valintoihin. Teoksessa Saari, E. & Viinamäki, L. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki. Tammi, 11–31.

Päihdehuoltolaki 41/1986

Räsänen, P., Anttila, A-H. & Melin, H. 2005a. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Jyväskylä. PS-kustannus.

Räsänen, P. 2005b. Havaintojen mittaus ja aineiston järjestämisen metodologia. Teoksessa Räsänen, P., Anttila, A-H. & Melin, H. (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Jyväskylä. PS-kustannus, 90–94.

Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Päihdetyö. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki. WSOY, 33–44.

Salonen, K. 1997. Mielenterveys-kriisit-sairaus. Teoksessa Munnukka, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1998: mielenterveys. Helsinki. Kirjayhtymä, 69–73.

Sorsa, M. & Laijärvi, H. 2006. Äiti, kaksoisdiagnoosin selitysmallit ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Nätkin, R. Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Juva. PS-kustannus, 213–299.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 9. Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002: 3. Päihdepalveluiden laatusuositukset. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto.

Stakes. 2006. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholit ja huumeet. Vaajakoski. Gummerus Oy.

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2006. Käypä hoito -suositus. Huumeongelmaisen hoito. [viitattu 23.1.2008]. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kaypahoito>

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2005. Käypä hoito -suositus. Alkoholiongelmaisen hoito. [viitattu 23.1.2008]. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kaypahoito>

Suomen mielenterveysseura. 2008. Mitä mielenterveys on? [verkkodokumentti]. 11.2.2008. [viitattu 19.2.2008] Saatavissa:

http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mit%E4%20mielenterveys%20on?

Sutinen, T. 2005. Kaksoisdiagnoosi – Haasteet silloin kun asiakkaana on psykiatrisesta häiriöstä kärsivä päihdeongelmainen – mitä hoidolta vaaditaan tavallista enemmän. [verkkodokumentti]. 27.4.2005. Turku. [viitattu 22.1.2008] Saatavissa: <http://www.halko.fi/koulutukset/2005/2d/2dkoulutus.htm>

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa – henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. [viitattu 21.1.2008] Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Tampere. Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tyyskä, P. 2007. Tervetuloa psykiatrian poliklinikalle. Lahden psykiatrian poliklinikka.

Valli, R. 2001a. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Valli, R. 2001b. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. PS-Kustannus, 100–112.

Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki. WSOY, 7–16.

WHO. 2008. Mental health. [verkkodokumentti] 4.3.2008 [viitattu 5.3.2008].
Saatavissa: http://www.who.int/mental_health/en

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Uutela, K. 2008. Sairaanhoidaja, et-perheterapeutti ja päihdepsykiatrisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidaja, Lahden psykiatrian poliklinikka. Lahti, Henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2008.

Tutkimuksen tekijä, vuosi ja nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto	Tutkimuksen keskeisimmät tulokset
Kauhanen, R. 2007. Palveluiden välisessä kuilussa, kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kokemuksia mielenterveys- ja päihdepalveluista. Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.	Selvittää mitä kokemuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden on saamistaan päihde- ja mielenterveyspalveluista sekä selvittää palvelujärjestelmän hyviä käytäntöjä ja kehittämistarpeita asiakkaiden näkökulmasta.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tee-mahaastattelu Polku-projektin yhteistyöyksiköissä. Kohderyhmänä oli yhdeksän henkilöä, joilla oli päihderiippuvuus, mielenterveysongelmia sekä oma-kohtaisia kokemuksia päihde- ja mielenterveystyön palveluista.	Yhteisölliset kuntoutusmuodot ja hoidon pidempikestoisuus koettiin parhaimmaksi hoitomuodoksi. Hoitohenkilökunnan osallistumista kuntoutukseen pidetään merkittävänä. Kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsevat apua arjen hallinnassa ja elämänrytmin ylläpitämisessä. Asiakkaiden tarpeet ja palveluiden tarjoama apu eivät useinkaan kohtaa.
Ojala, B. 2007. Kaksoisdiagnoosipotilaan toimintakyvyn seuranta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.	Kuvata kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintakykyä ja toimintakyvyn muutoksia yhdeksän kuukauden seurantajakson alussa ja lopussa.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Haastattelu Pirkanmaan erikoissairaanhoidon akuuttipsykiatrian osastolla. Kohderyhmänä oli 54 osaston potilasta.	Seurantajakson aikana potilaiden toimintakyvyssä tapahtui tilastollisesti merkittäviä muutoksia fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä.
Holmberg, J. 2006. Hoidon laadun kehittäminen päihdepsykiatrian osastolla. Turun ammattikorkeakoulu, ylempi ammattikorkeakoulututkinto.	Tarkastella potilasjoukkoa, jonka hoito koetaan osastolla haasteelliseksi ja tarkastelu ajankohtaiseksi. Tavoitteena on laatujärjestelmän käyttöönotto päihdepsykiatrian osastolla.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kohderyhmänä olivat päihdepsykiatrisen osaston potilaat, joilla oli ICD-10 tautiluokituksen mukainen persoonallisuushäiriö (F60) ja/tai jokin sen alaluokista (F60.0–F60.9) sekä opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä (F11.2). Aineistona käytettiin osastolla olleiden potilaiden raportoinnista kerättyä kirjallista aineistoa.	Yhteinen laatutyöskentelymalli. Osaston hoitopalveluprosessin kuvaaminen konkreettisten mallien avulla.
Hölttä, J. 2006. ”Muiden silmissä vain häirikkö..” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Tampereen yliopisto.	Selvittää, mitä hoidon ja avun saannin esteitä samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavat kohtaavat.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Focusryhmähaastattelu toteutettiin Tampereen yliopiston toteuttaman ISADORA-hankkeen rekrytoimille henkilöille. Focusryhmät muodostuivat nais- ja miespotilaista, heidän omaisistaan sekä julkisen ja kolmannen sektorin työntekijöistä.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon toteutumisen perustuu helposti sattumanvaraan ja yksilön omaan kykyyn ajaa omia asioitaan. Hoidon ja avunsaannin esteet muodostuvat palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaisesta rakenteesta ja yleisestä asenteellisyydestä.

Tutkimuksen tekijä, vuosi ja nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto	Tutkimuksen keskeisimmät tulokset
Lähteenaro, H. & Pesola, M-L. 2005. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaista akuuteilla päihde- ja psykiatrisella osastolla. Diak Helsinki.	Kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaista akuuteilla päihde- ja psykiatrisella osastolla.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Teemahaastattelu akuuttien päihde- ja psykiatrisen osastojen kuudelle psykiatriselle sairaanhoitajalle.	Kaksoisdiagnoosipotilailla on sosiaalisia, psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat erittäin haastava ja vaikeahoitoinen potilasryhmä joiden hoitomyöntyvyys on huono.
Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaat päihde- ja mielenterveystyön haasteena. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja D Työpapereita 22. Helsinki.	Kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja tukemista sekä siihen liittyviä työhaasteita. Tutkimuksella saatuja tietoja käytetään Hyvinvoinnin rakentajat -hankkeen raportoinnissa, Diakonia-ammattikorkeakoulun koulutussuunnittelussa ja tutkijan pro gradu tutkielmassa Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kohderymänä kuntien ja kaupunkien yksiköt perusterveydenhuollossa, psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, päihdehuollossa ja kolmannella sektorilla, joille lähetettiin kyselylomakkeet. Focusryhmähaastattelu toteutettiin halukkuutensa ilmaiseiden kesken. Ryhmiä toteutui neljä.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen palvelut ovat sektoroituneet joko päihde- tai psykiatrian puolelle. Palvelut eivät kykene tukemaan riittävän kokonaisvaltaisesti asiakkaita/potilaita ja heidän läheisiään. Hoidon ja tuen haasteita kohdataan mm. lääkähoidossa ja yhteistyössä eri palveluiden välillä.
Arokko, S. & Laurila, T. 2004. Kahden tulen välissä, produktio kaksoisdiagnoosista ja sen hoidosta. Diak Helsinki.	Antaa informaatiota kaksoisdiagnoosista produktion ja kirjallisen tuotoksen välityksellä.	Produktio.	Tuotoksena informoiva Mentalwear Oy:n paita.
Helakallio-Ranta, P. 2002. Umpisolmussa- tutkimus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta. Laurea ammattikorkeakoulu.	Kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaiden arjesta selviytymistä, toiveita hoidon ja kuntoutuksen kehittämistä ja kuinka he kokevat päihde- ja mielenterveysongelmansa.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Focusryhmähaastattelu toteutettiin alkoholisteille tarkoitettussa nk. matalan kynnyksen tukipai-kassa. Kohderymänä oli kahdeksan kaksoisdiagnoosipotilasta jotka jaettiin kahteen focusryhmään.	Mielenterveystoimistojen ja A-klinikoiden yhteistyö ei toiminut kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisessa, mielenterveysongelmista kärsivät alkoholistit tarvitsevat hoitopaikkoja, jotka olisivat suunniteltu heidän erityistarpeensa huomioon ottaen. Yhteisöhoitona toteutettu kuntoutus on toimivin tutkimuoto.
Terä, S. 2001. Kaksoisdiagnoosimäärittely, esiintyvyys ja hoidossa huomioitavat tekijät. Tampereen yliopisto.	Määritteli kirjallisuuden perusteella kaksoisdiagnoosin käsite ja sen rajat, sekä kertoa ilmiön esiintyvyydestä ja tärkeimmistä seikoista joita tulee ottaa huomioon hoidossa.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.	Kaksoisdiagnoosi on olemassa ja sitä esiintyy paljon.
Flinck, R. 2000. Kuvauksen kaksoisdiagnoosipotilaista ja huumeiden käytöstä osastohoidon aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.	Kuvata päihdepsykiatrian osastolle ohjautuneita kaksoisdiagnoosipotilaita ja tuottaa suuntaa antavaa, objektiivista ja käyttökelpoista tietoa potilaiden kannabiksen, amfetamiinin ja opiaattien käytöstä osastohoidon aikana.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kohdeena olivat päihdepsykiatrian potilaiden hoitojaksot valmiista dokumenteista.	Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat yleisellä tasolla moniongelmainen ja heterogeeninen ryhmä. Huumeiden käyttö osastohoidon aikana oli melko vähäistä.

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITOA KARTOITTAVA KYSELY

Tämä on Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijan Jenni Laihon opinnäytetyöhön liittyvä kysely. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa Lahden psykiatrian poliklinikalla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta Lahden psykiatrian poliklinikalla ja kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Kerättyä tietoa voidaan käyttää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämiseen.

Tutkimuksen kohderyhmäksi olen valinnut Lahden psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajat, joille jaetaan kyselylomakkeet. Vastausaikaa on kaksi työviikkoa, 18–29.2.2008. Kaikki tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei kenenkään vastauksia ole mahdollista tunnistaa.

Opinnäytetyö kuuluu osana Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaan ja sen laajuus on 15 opintopistettä. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Anna Polvivaara. Tutkimukseen on saatu lupa psykiatrian tulosalueen ylihoitaja Kimmo Mustoselta sekä Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan koulutusjohtaja Eeva-Liisa Moisiolta.

Mahdollisiin kysymyksiin opinnäytetyötäni koskien vastaan mielelläni. Minut tavoittaa parhaiten sähköpostilla osoitteesta jenni.laiho@student.samk.fi.

Mielipiteenne on tärkeä opinnäytetyön tutkimuksen ja hoidon kehittämisen kannalta. Kiitos jo etukäteen vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,

Jenni Laiho

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITOA KARTOITTAVA KYSELY

Olkaa hyvät ja rastittakaa yksi mieleisenne kohta annetuista vaihtoehdoista ja vastatkaa vapaamuotoisiin kysymyksiin kirjallisesti. Älkää jättäkö kysymyksiä väliin, kiitos.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

- nainen
- mies

2. Ikä

- alle 30 vuotta
- 31–40 vuotta
- 41–50 vuotta
- yli 50 vuotta

3. Millainen on koulutuksesi?

4. Mikä on ammattinimikkeesi?

5. Työryhmäni on

- Hoitoryhmä 1.
- Hoitoryhmä 2.
- Hoitoryhmä 3.
- Psykoosityöryhmä 1.
- Psykoosityöryhmä 2.
- Orimattilan psykiatrian poliklinikka

Tutkimustiedot

6. Millä tavalla määrittelet kaksoisdiagnoosin psykiatrisen käsitteen?

- mikä tahansa mielenterveysongelma yhdistyneenä mihin tahansa päihdeongelmaan.
- päihdehäiriön ilmaantuminen samanaikaisesti primaarin psykiatrisen häiriön tai persoonallisuushäiriön kanssa.
- alkoholiongelma yhdistyneenä vakavaan mielenterveysongelmaan.
- muu, mikä? _____

7. Kohtaan potilaita, joilla on mielestäni kaksoisdiagnoosi

- päivittäin
- lähes päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- hyvin harvoin tai en lainkaan

8. Valmiuteni kaksoisdiagnoosipotilaiden auttamiseksi arvioin

- riittäväksi
- jonkin verran puutteelliseksi
- melko riittämättömäksi
- täysin riittämättömäksi

9. Mitkä ovat mielestäsi keskeisimmät hoitoa vaativat kaksoisdiagnoosipotilaan ongelmat?

10. Missä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon osa-alueilla koet olevan ongelmia Lahden psykiatrian poliklinikalla? Kirjoita viimeiseksi millaisia ongelmia esiintyy eniten.

	Ei ongelmia	Jonkin verran ongelmia	Runsaasti ongelmia	MITÄ ONGELMIA ESIINTYY ENITEN?
kaksoisdiagnoosin tunnistaminen				
vuorovaikutus ja hoitosuhteen luominen				
hoidon kokonaisvaltaisuus				
päihdeongelman hoito				
mielenterveysongelman hoito				
potilaan hoitoon sitoutuminen				
yhteistyö muiden tahojen kanssa				
hoitajien tieto/taito				

11. Käytetäänkö Lahden psykiatrian poliklinikalla yleisiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon malleja?

- jaksottaisen hoidon mallia, jossa mielenterveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan perätysten eri hoitopaikoissa
- rinnakkaisen hoidon mallia, jossa mielenterveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan samanaikaisesti eri hoitopaikoissa
- integroitua hoidon mallia, jossa mielenterveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan samanaikaisesti samassa hoitopaikassa
- yleistä mallia ei käytetä

12. Kuvaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitopolkua lyhyesti lähetteen käsittelystä hoidon lopetukseen Lahden psykiatrian poliklinikalla

13. Mikä kaksoisdiagnoosin ongelma huomioidaan ensisijaisesti?

- mielenterveysongelma
- päihdeongelma
- molemmat huomioidaan samanaikaisesti

14. Kehittämistarpeet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa Lahden psykiatrian poliklinikalla.

Kiitos osallistumisestasi!