

Hoitajien kokemuksia kaksoisdiag- noosipotilaan hoitamisessa

Sara Hautanen
Miia Korhonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Hautanen, Sara Korhonen, Miia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Toukokuu 2020
	Sivumäärä 43	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysala, Sairaanhoidaja (YAMK), kliininen asiantuntija		
Työn ohjaaja(t) Hannu Piispanen, Sari Järvinen		
Toimeksiantaja(t) Esh sairaalapsykiatria, pth osasto, kolmannen sektorin päihdehuoltoyksikkö		
Tiivistelmä <p>Mielenterveyshäiriön ja päihdehäiriön yhtäaikainen esiintyminen, kaksoisdiagnoosi, on Suomessa tavallista. Iso osa näistä potilaista jää edelleen toipumista edistävän hoidon ulkopuolelle. Hoidon saamista voivat vaikeuttaa byrokraattiset käytännöt tai tarjotun palvelun kapea-alaisuus. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdehoitosuunnitelmassa potilaan hoidossa korostetaan yhden oven periaatetta. Diagnoosinnin haasteellisuuden ja hoidon integroimattomuuden vuoksi tämä ei kuitenkaan aina toteudu.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena erikoissairaanhoidon sairaalapsykiatrialle, perusterveydenhuollon osastolle sekä kolmannen sektorin päihdepalveluyksikköön. Tutkimuksella selvitettiin hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisesta ja kohtaamisesta. Tutkimuksen avulla haluttiin tunnistaa henkilökunnan osaamista sekä tuen ja kehittymisen tarpeita kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa. Aineisto kerättiin Webropol-kyselyn avulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Saatu aineisto analysoitiin kokonaisuutena, mutta vastauksia verrattiin myös työkokemuksen perusteella.</p> <p>Tulosten mukaan hoitamista ja kohtaamista edistäviä ja estäviä tekijöitä koetaan olevan hoitojärjestelmässä, henkilökunnassa sekä kaksoisdiagnoosissa itsessään. Myös lisäosaimista kaivattiin sekä hoitamisessa että kohtaamisessa. Suurimpana hoidon toteuttamista estävänä tekijänä nousivat esiin hoidon integroimattomuus sekä hoidon saatavuuden vaikeus. Kohtaamista estävinä tekijöinä koettiin henkilökunnan asenne sekä toisaalta potilasryhmän haasteellisuus ja liitännäisongelmat. Henkilökunnan osaaminen ja kokemus koettiin hoitoa edistävinä tekijöinä. Tuloksista nousi esiin selkeästi hoitajien kokemus hoidon integraation tärkeydestä. Päihdepsykiatrisille yksiköille on selkeästi tarvetta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kaksoisdiagnoosi, hoitaminen, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Hautanen, Sara Korhonen, Miia	Type of publication Master's thesis Number of pages 43	Date May 2020 Language of publication: Finnish Permission for web publication: x
Title of publication Title Nurses' experiences in treating dual-diagnosed patients		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Hannu Piispanen, Sari Järvinen		
Assigned by Psychiatric health care, Basic health care, third sector's care for the alcohol & drug abusers		
Abstract <p>The co-occurrence of a mental disorder and a substance use disorder, a dual diagnosis, is common in Finland. A large portion of the patients are still left without treatment that would lead to recovery. Bureaucratic policies or the narrowness of the service can make access to treatment difficult. Patient care emphasizes a one-door principle in the national treatment plan of mental and substance abuse care. However, due to the challenging nature and insufficient integration of the treatment, this often does not come to fruition. The thesis was carried out as a qualitative survey with a special health care psychiatric ward, a primary health care ward and a third-sector substance abuse care unit. The survey examined nurses' experiences with treating and meeting dual-diagnosed patients. The goal was to recognise the expertise of the staff and the need for support and development in treating and meeting dual-diagnosed patients.</p> <p>The material was collected with a Webropol questionnaire and analysed with an inductive content analysis. The collected material was analysed as a whole, but the answers were also compared based on work experience.</p> <p>The results indicate that both the treatment system, staff and a dual diagnosis itself were seen to include factors assisting and obstructing treatment and encounters. Additional expertise was also needed in both treating and encounters. The greatest obstructions of treatment were its non-integration and availability. Obstructive factors to encounters included the staff's attitudes as well as the challenging nature of the patient group and other related problems. The expertise and experience of staff were seen as factors assisting treatment. The nurses' views on the importance of the integration of treatment were highlighted in the results. It is obvious that there is a need for a psychiatric unit for substance abusers.</p>		
Keywords/tags (subjects) Dual diagnosis, treatment, mental disorder, substance use disorder		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Kaksoisdiagnoosi	4
2.1	Mielenterveyshäiriöt	4
2.2	Päihdehäiriöt	5
2.3	Kaksoisdiagnoosi	6
2.4	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyö	8
3	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	13
4	Opinnäytetyön toteutus	13
4.1	Menetelmät.....	13
4.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	14
4.3	Aineiston analyysi.....	15
5	Opinnäytetyön tulokset.....	16
5.1	Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa.....	16
5.2	Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisessa.....	22
5.3	Hoitajien tarvitsema osaaminen kaksoisdiagnoosipotilan hoitamisessa..	25
6	Pohdinta.....	26
6.1	Tulosten tarkastelua.....	26
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	28
6.3	Jatkotutkimushaasteet ja kehittämissuhteet.....	30
	Lähteet	32
	Liitteet.....	37
	Liite 1. Saatekirje	37
	Liite 2. Webropol-kysely.....	39
	Liite 3. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa	41
	Liite 4. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisessa	42

Liite 5. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia osaamisen tarpeesta	
kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa.....	43

1 Johdanto

Kaksoisdiagnoosissa potilaalla on samanaikaisesti päihdehäiriön kanssa vähintään yksi mielenterveyden häiriö, jossa mielenterveyden ongelmat eivät johdu päihdeiden vaikutuksesta. Mielenterveyshäiriön ja päihdehäiriön yhtäaikainen esiintyminen on Suomessa tavallista ja päihdehäiriöt ovat yleisempiä mielenterveyspotilailla muuhun väestöön verrattuna (Lotvonen 2015). Päihdehäiriö ja mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa todennäköisyyttä ja noin 40-60 prosentilla mielenterveyden häiriöstä kärsivistä on jossain vaiheessa elämää päihdehäiriö (Aalto 2018). Vaikka mielenterveyssyistä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on vähentynyt vuodesta 2007 lähtien, masennus on edelleen suurin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeen syy (Palotie-Heino & Nyman 2017).

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteuttaminen on haasteellista. Iso osa kaksoisdiagnoosipotilaista jää toipumista edistävän hoidon ulkopuolelle (Vorna & Aalto 2013). Hoidon saamista voivat vaikeuttaa byrokraattiset ja toipumista estävät käytännöt, palveluiden huono laatu tai tarjotun palvelun kapea-alaisuus. Riittävien hoitopalveluiden takaamiseksi tarvitaan potilasta nopeasti ohjaavia, laaja-alaisia ja osallisuutta vahvistavia, matalan kynnyksen palveluita. (Holmberg 2016 18-19). Oma kiinnostuksemme kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämistä kohtaan syntyi työskennellessämme samalla osastolla hoitaen sekä päihde- että/ja mielenterveyspotilaita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisesta ja kohtaamisesta. Tavoitteena on tunnistaa henkilökunnan osaamista sekä tuen ja kehittymisen tarpeita kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena erikoissairaanhoidon sairaalapsykiatrialle, perusterveydenhuollon osastolle ja kolmannen sektorin päihdehuoltoyksikköön, joissa tällä hetkellä toteutetaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa.

2 Kaksoisdiagnoosi

2.1 Mielen terveyshäiriöt

“Kyky rakastaa ja tehdä työtä”, totesi Sigmund Freud aikanaan. Mielen terveyden tai sen häiriöiden määrittelyminen ei ole yksiselitteistä. Mielen terveyden katsotaan koostuvan monista asioista, kuten sosiaalisesta tuesta, fyysisestä terveydestä, myönteisestä ja suvaitsevaisesta kasvuympäristöstä sekä mahdollisuudesta kouluttautua ja tehdä työtä. Mielen terveyden voidaan ajatella olevan seurausta kaikista elämään liittyvistä tekijöistä (Mielen terveyden häiriöt) ja se kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017). World Health Organization (WHO) määrittelee mielen terveyden hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö näkee oman potentiaalinsa, selviytyy normaaleista elämän haasteista, kykenee työskentelemään ja olemaan osa yhteisönsä toimintaa (Mental health: a state of well-being 2014).

Psyykinen hyvinvointi ja positiivinen mielen terveys ovat mielen terveyttä myönteisesti kuvaavia, mielen terveyden häiriöt taas kielteisiä termejä. Mielen terveys on kuitenkin jotain muuta kuin pelkästään sairauden puuttumista, koska mielen terveyden häiriötä sairastavakin voi kokea psyykkistä hyvinvointia. (Wahlbeck yms. 2017.)

Mielen terveyden häiriön määrittelyminen onkin vaikeaa, koska monet mielen oireet ovat ohimeneviä, tavanomaisia arkielämän reaktioita. Häiriöstä voidaan kuitenkin puhua, kun henkilön mielialasta tai tunteista, käytöksestä tai ajatuksista on haittaa toimintakyvylle tai ihmissuhteille taikka ne aiheuttavat kärsimystä. Myös pitkäkestoisten, jokapäiväisten, huomattavasti elämää rajoittavien oireiden kohdalla on kyse häiriöstä tai sairaudesta. (Huttunen 2017.)

Mielen terveyslakiin (1116/1990) on kirjattu säännökset mielen terveyspalvelujen järjestämisestä, valvonnasta, tahdosta riippumattomasta hoidosta ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, mielen tilatutkimuksista sekä rikoksista tuomitsematta jätetyn hoidosta (Mielen terveyslaki).

2.2 Päihdehäiriöt

Päihdehäiriöstä tai -riippuvuudesta puhutaan, kun henkilölle on muodostunut jatkuva ja usein toistuva, pakonomainen tarve käyttää päihdettä huolimatta sen aiheuttamista haitoista (Huttunen 2018). Riippuvuus voi kehittyä eri aineisiin, kuten erilaisiin huumausaineisiin tai lääkkeisiin, alkoholiin tai nikotiiniin, ja se edellyttää kyseisen päihteen toistuvaa käyttöä (Päihderiippuvuus). Riippuvuuteen liittyy usein myös fysiologinen riippuvuus: kohonnut toleranssi tai päihdekäytön lopettamisen jälkeisiä, usein hyvin voimakkaita vieroitusoireita. Riippuvuus voi kuitenkin ilmetä myös ilman näitä, jolloin se perustuu aineen tuottamaan hyvänolon tunteeseen (euforiaan) tai muihin toivottuihin psyykkisiin vaikutuksiin (Huttunen 2018.) Päihteiden käyttö voi myös aiheuttaa laaja-alaisia oireita, kuten poissaoloja, suoritusten heikkenemistä, keskittymiskyvyttömyyttä ja käytöshäiriöitä, unettomuutta ja masentuneisuutta, ihmissuhde- ja talousongelmia sekä erilaisia somaattisia oireita, kuten rytmihäiriöitä, kohonnutta verenpainetta, epämääräisiä kipuja, myrkytyksiä ja pistokohtien infektiota (Simojoki 2016.)

Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) mukaan yli 29-vuotiaista suomalaisista 4 % sairastaa alkoholiriippuvuutta. Lääke- ja huumeriippuvuuksien esiintyvyys on pienempi, maaliskuussa 2020 julkaistun tutkimuksen mukaan Suomessa on 31 100- 44 300 huumeita ongelmallisesti käyttävää henkilöä, määrä vastaa noin 1 % aikuisväestöstä. Perintötekijöiden tiedetään vaikuttavan merkittävästi yksilön riskiin sairastua päihderiippuvuuteen ja perintötekijöiden on arvioitu lisäävän riippuvuuden kehittymisen riskiä noin 50 %. Päihderiippuvuus voi kehittyä missä iässä tahansa (THL 2020.)

Päihdehäiriöt muodostavat päihteiden kulutuksen kasvun myötä lisääntymässä olevan kansanterveysongelman. Suomessa alkoholi on yleisin päihde. Klassisten huumeiden, kuten kannabiksen, opiaattivalmisteiden ja stimulanttien, kuten amfetamiinin rinnalle on nousemassa uusia synteettisiä huumausaineita. Lisäksi käytetään pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä (pkv) huumaaviin tarkoituksiin. Päihdekäyttö etenee yleensä kokeilun kautta vakiintuneeksi käytöksi, joka taas riskikäytön myötä voi johtaa riippuvuuteen (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2013, 405.)

Laajoissa tutkimuksissa on todettu, että kannabiksen käyttö nuoruusvuosina lisää annosriippuvaisesti skitsofreniaan sairastumisen riskiä aikuisena jopa seitsenkertaiseksi verrattuna kannabista käyttämättömään ryhmään (Kuoppasalmi ym. 2013, 456.)

Alkoholin runsas käyttö on yksi keskeisistä suomalaisen hyvinvoinnin ja terveyden uhista tällä hetkellä. Kulutuksen myötä haitat ovat lisääntyneet ja vakavimmillaan ne näkyvät kuolleisuuden kasvuna. Terveyshaittojen lisäksi alkoholi aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn menetystä (Kuoppasalmi ym. 2013, 407-409).

Päihdehuoltolakiin (41/1986) on kirjattu säännökset päihdehuollon järjestämisestä, palvelujen kehittämisestä, huollon tarpeesta ja päihdehuollon keskeisistä periaatteista sekä hoidosta henkilön tahdosta riippumatta. Kunnan on huolehdittava riittävästä päihdehuollon palvelujen järjestämisestä (Päihdehuoltolaki).

2.3 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosissa potilaalla on samanaikaisesti päihdehäiriön kanssa vähintään yksi mielenterveyden häiriö, jossa mielenterveyden ongelmat eivät johdu päihteiden vaikutuksesta (Aalto 2018). Päihtymys ja vieroitustila sekä mielenterveyden häiriö voivat aiheuttaa samanlaisia oireita, jolloin niitä on aina erotusdiagnoosiin tarkasteltava suhteessa toisiinsa. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV-luokitusjärjestelmä jakaa erotusdiagnoosiin vaihtoehdot kolmeen luokkaan: 1) primaariseen mielenterveyden häiriöön, 2) päihteen aiheuttamaan häiriöön ja 3) päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttamiin tavanomaisiin oireisiin, kun taas ICD-luokitusjärjestelmästä löytyy kriteerit ainoastaan kahteen ensimmäiseen luokkaan. Primaarinen mielenterveyden häiriö voidaan erottaa päihdehäiriöstä, jos oireet ovat selkeästi vaikeammat kuin kyseisen päihteen aiheuttamat oireet huomioiden päihteen käyttömäärät ja käytön pituus, potilaalla ollut aiemmin häiriöjakso johon ei liittynyt päihteiden käyttöä, oireet alkaneet ennen päihteiden käyttöä ja/tai oireet jatkuvat vähintään kuukauden päihtymyksen ja vieroitusoireiden päättymisen jälkeen (Aalto & Vormo 2013.)

Primaarista mielenterveydenhäiriötä komplisoi usein päihdeongelma (Kuoppasalmi ym. 2013, 425-426.) Päihdehäiriö ja mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa todennäköisyyttä ja noin 40-60 prosentilla mielenterveyden häiriöstä kärsivistä on jossain vaiheessa elämää päihdehäiriö (Aalto 2018.) Päihderiippuvaisilla ensisijaisena diagnoosina mielialahäiriö on yleisempi kuin väestöllä keskimäärin. Ahdistuneisuushäiriön esiintyvyys on suurempi päihdeongelmaisten ryhmässä. Samoin psykoottisia häiriöitä tiedetään olevan enemmän päihdeongelmaisilla kuin väestössä yleensä. Lisäksi vaikeat persoonallisuushäiriöt ovat tässä ryhmässä muuta väestöä yleisempää (Kuoppasalmi ym. 2013, 425-426).

Kaksoisdiagnoosin syntymistä selittävät psykososiaaliset häiriöt, genetiikka sekä ympäristö- ja kulttuuriset tekijät (Holmberg 2016, 16). Tavoitteena on tunnistaa mielenterveyspotilaan päihteiden käytön ongelmat ja selvittää johtuvatko psyykkiset ongelmat mahdollisesti päihteiden käytöstä. Tärkeää on myös tunnistaa mahdollinen alkava päihdeongelma, jolloin hoitovaste olisi vielä hyvä. Aallon mukaan kaksoisdiagnoosin esiintyvyys väestöstä on noin 1,6 %. Huumeidenkäyttäjillä tiedetään olevan suurempi riski mielenterveyden häiriöön (53 %) kuin alkoholiongelmaisilla (23 %) (Aalto 2018.) Tutkimusten mukaan diagnosointi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Tarkka diagnostinen haastattelu heti siinä vaiheessa kun potilas hakeutuu ensimmäisen kerran hoitoon joko päihteidenkäytön tai psykiatrisen ongelman vuoksi komorbiditeetin selvittämiseksi antaa usein luotettavimman tiedon diagnoosista (Langås, Malt & Opjordsmoen 2011.)

Hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna kaksoisdiagnoosin käsite ei yksin riitä kuvaamaan tätä monisyistä ilmiötä. Käsitteenä kaksoisdiagnoosi viittaa kahteen diagnoosiin, vaikka ongelmat ovat muuntuvia, moniulotteisia, monimuotoisia ja osittain päällekkäisiä. Kaksoisdiagnoosin määrittelyyn on syytä jatkossa paneutua enemmän, jotta tämän ryhmän tunnistaminen ei vaikeutuisi. Heikompi tunnistaminen saattaa jopa heikentää hoitotyöntekijöiden kykyä hoitaa ja kohdata näitä potilaita. Kaksoisdiagnoosipotilaan diagnostisten epätarkkojen käsitteiden käyttö voi johtaa toisistaan poikkeaviin hoitokäytäntöihin (Holmberg 2016, 17-18). Tutkittaessa päihevyyteen akuuttien psykoosioireiden vuoksi päätyneitä potilaita, löytyi hyvin usein taustalta

kannabiksen ja stimulanttien käyttöä, nuorilla miehillä puolet useammin kuin naisilla (Latt, Jurd, Tennant, Lewis, Macken, Joseph, Grochulski & Long 2011.)

Kaksoisdiagnoosin tiedetään olevan komorbiditeettinen, eli monia ongelmia samanaikaisesti sisältävä. Tämän vuoksi myös hoidon toteuttaminen voi olla haastavaa. Hoitomyöntyvyys voi olla heikkoa, koska sairaudentunto on puutteellinen, toiminnanohjauksessa voi olla ongelmia, toiminta voi olla epäjohdonmukaista ja hajanaista (Niemelä 2015). Tyypillistä kaksoisdiagnoosipotilasta ei ole olemassa, vaan potilaiden oireyhdistelmät ovat varsin monimuotoisia ja yksilöllisiä (Lindholm, Luoto, Koivukangas & Kampman 2013.) Käypä hoidon mukaan ”Samanaikaisten mielenterveydenhäiriöiden luotettava diagnosointi edellyttää yleensä joko neljän viikon raitista jaksoa ohimenevien oireiden poissulkemiseksi tai oireiden alkamista ennen päihteidenkäyttöä, oireilua raittiiden jaksoiden aikana tai oireiden pitkäkestoisuutta” (Alkoholiongelmaisen hoito.)

2.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyö

Mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa valtakunnallisesti Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). STM on linjannut mielenterveystyön tavoitteeksi mielenterveyden edistämisen ja vahvistamisen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja siihen kohdistuvien uhkien vähentämisen. Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on annettu kuntien ja erikoissairaanhoidon tehtäväksi. Mielenterveyspalveluihin kuuluu ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, tutkimus, hoito, kuntoutus sekä sosiaalihuollon järjestämät palvelut, kuten asumispalvelut ja kuntouttava työtuiki. STM:n lisäksi mielenterveystyön viranomaisena toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), joka tutkii ja kehittää mielenterveystyötä, sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot, jotka valvovat mielenterveyspalveluita (Mielenterveyspalvelut.)

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015 hoidon kehittämisessä korostuu muun muassa matalakynnyksinen, yhden oven periaate ja yhdistetyt mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. Suunnitelmassa painote-

taan nimenomaan mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaista huomioimista (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling & Nevalainen (toim. 2011.)) Mielenterveysstrategia on mielenterveyspolitiikan strategisen ohjauksen väline vuodesta 2020 vuoteen 2030. Tavoitteena on turvata mielenterveyspolitiikan jatkuvuus ja tavoitteellisuus. Strategia kattaa myös päihdepalvelut. Yhtenä mielenterveysstrategia painopisteenä on "Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut": Tämän painopisteen tavoite on, että ihminen otetaan huomioon kokonaisuutena. Osana tavoitetta on myös haavoittuvien ryhmien huomioonottaminen (STM.)

Hoitosuositukset korostavat kaksoisdiagnoosipotilaan häiriöiden vaikeusasteen ja hoidontarpeen arvioinnin tärkeyttä. Suomalaisessa Pohjanmaa-hankkeessa on kehitetty Kuutio-arviomalli tähän tarpeeseen. Kuutio-arviointimallin periaatteena on kokonaisongelman arviointi niin, että luokitellaan kahteen luokkaan mielenterveyshäiriö, toimintakyky ja päihdeongelman vaikeusaste. Mallin avulla päihdepsykiatriset potilaat voidaan jaotella vaikeusasteen mukaan ja malli sisältää myös suosituksen hoidon porrastuksesta (Lindholm ym. 2013.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden tiedetään usein käyttävän terveyspalveluita enemmän verrattuna heihin, kenellä on vain joko mielenterveys- tai päihdeongelma. Tiedetään myös kaksoisdiagnoosin usein heikentävän hoidon tuloksia (Khan 2017.) Kaksoisdiagnoosipotilailla on usein myös sosiaalisia ongelmia ja heidän tiedetään joutuvan helpommin myös rikosten uhreiksi kuin muun väestön (Waal, Kikkert, Blankers, Dekker & Gourdiaan 2015.) Tutkimusten mukaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon pääsyä voi estää tai hidastaa kyvyttömyys tunnistaa potilaan ongelmia. Myös palvelujärjestelmän rakenteelliset tekijät voivat estää tai hidastaa hoitoon pääsyä (Priester, Browne, Iachini, Clone, DeHart & Seay 2016.)

Aallon (2010) mukaan hoitojärjestelmä priorisoi usein vain yhden diagnoosin saaneita. Psykiatrinen hoitojärjestelmä voi kieltäytyä hoitamasta kaksoisdiagnoosipotilasta päihdeongelman vuoksi. Pahimmillaan tämä voi tarkoittaa sitä, että potilas ei kroonisen riippuvuuden vuoksi pääse koskaan psykiatriseen arvioon tai hoitoon. Toisaalta päihdehuollossa sosiaalihuollon ei-lääkärijohtoaiselta toiminnalta ei välttämättä voi odottaa psykiatrista asiantuntemusta (Aalto 2010.) Aallon ja Vorman (2013) mukaan

Suomessa toimivat erityistason päihdepsykiatriset yksiköt vastaavat vaativimmista tutkimuksista ja hoidoista sekä kehittämistoiminnasta. Näitä yksiköitä nykyisin on pääasiassa yliopistosairaaloissa, mutta tarvetta osaamiselle olisi kaikissa sairaanhoidopiireissä. Päihdepsykiatristen yksiköiden tulisi pystyä antamaan muille palveluille riittävää konsultaatio-, koulutus- ja työnohjaustukea niin, että koko järjestelmä selviytyy tehtävästään (Aalto & Vormo 2013.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa jaksottainen ja rinnakkainen malli ovat olleet vallitsevia. Jaksottaisessa mallissa ensin hoidetaan toista häiriötä ja vasta kun siinä on päästy hyvän tulokseen, aloitetaan toisen häiriön hoito. Rinnakkaisessa mallissa molempia ongelmia hoidetaan samanaikaisesti, mutta molemmilla ongelmilla on eri hoitotaho. Näissä ongelmana ovat olleet yhteisten toimintatapojen puute ja yhteistyön puuttuminen. Näihin haasteisiin vastaamaan on kehitetty integroitu hoitomalli, jossa sama hoitotaho on perehtynyt molempien ongelmien hoitoon. Tässä mallissa potilaan tilannetta arvioidaan kokonaisuutena ja tarvittaviin hoitotoimiin ryhdytään molempien häiriöiden mukaan tarpeen mukaisesti ja yksilöllisesti (Aalto 2010.)

Vaikka tutkimuksia eri hoitomalleista on tehty vähän, niin integroitu hoitomalli koetaan paremmaksi malliksi hoidon tuloksia tarkasteltaessa (Young, Barrett, Engelhardt & Moore 2012.) Toisaalta todetaan, että koska mallien eroja on tutkittu niin vähän, niin on vaikea tehdä selvää johtopäätöstä asiasta (Sterling, Chi & Hindman 2011.) Huolimatta siitä, että tieto integroidun mallin eduista on pikkuhiljaa levinnyt, niin palvelujen saatavuus vaihtelee suuresti (McGovern, Lambert-Harris, Gotham, Claus & Xie 2014.) Tiedetään, että intensiivinen sairaalahoito vahvistaa avohoitoon kiinnittymistä ja tämä taas edesauttaa toipumista. Potilaan sitoutumisen tiedetään lisäävän muutosmotivaatiota ja näin parantavan hoitotuloksia (Moggi, Giovanoli, Buri, Moos & Moos 2010.) Jo lyhyt, päihteiden väärinkäyttöön puuttuva motivoiva interventio voi parantaa potilaan sitoutumista hoitoon (Graham, Copello, Griffith, Freemantle, McCrone, Clarce, Walsh, Stefanidou, Rana & Birchwood 2016.) Tutkittaessa masenuspotilaita, joilla oli samanaikaisesti alkoholiongelmaa, todettiin että perusterveydenhuollossa voi puhelimitse annettu hoito ja ohjaus olla lähes yhtä tehokasta kuin kasvokkain tapaaminen (Kalapatapu, Ho, Cai, Vinogradov, Batki & Mohr 2014.) Tira-do-Munozin ym. (2018) mukaan kaksoisdiagnoosipotilailla on usein myös sosiaalisia

ongelmia, ja hoito tulisi toteuttaa integroidun mallin mukaan, ja ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota (Tirado-Munez, Farre, Mestre-Pinto, Szerman & Torrens 2018.)

Tiedetään, että matalan kynnyksen motivoivat, integroidut hoito-ohjelmat, joissa on psykoterapeuttisia ja käyttäytymiseen liittyviä terapeuttisia menetelmiä, ovat usein avuksi kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa ja niitä tulisi toteuttaa laajemmin osana tavanomaista sairaalahoitoa (Gouzoulis-Mayfrank, König, Koebke, Schnell, Schmitz-Buhl & Daumann 2015.) Matalan kynnyksen palveluiden hyvällä saatavuudella ja potilaan sitouttamisella hoitoon tiedetään olevan päihteidenkäyttöä vähentävä vaikutus (Matthew, Susan & Sandra 2012.) Agyapongin ym. (2013) tutkimuksen mukaan tiivis, matalan kynnyksen tuki, esim. tukitekstiviestit kahdesti päivässä tietyn jakson ajan auttoivat suurta osaa tutkittavista pysymään päihteettöminä (Agyapong, Milnes, Mc Loughlin & Farren 2013.) Tiedetään että varsinkin masennusta sairastavat kaksoisdiagnoosipotilaat hyötyvät integroidusta, tiiviistä interventioista (Baker, Kavanagh, Kay-Lambkin, Hunt, Lewin, Carr & Connolly 2009.)

Tutkittaessa kaksoisdiagnoosipotilaiden tyytyväisyyttä saamastaan hoidosta, voidaan todeta, että potilaat, jotka saavat hoitoa samanaikaisesti molempiin ongelmiin, eli integroidun mallin mukaan, ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin ne potilaat, joita hoidetaan yksi diagnoosia kerrallaan. Tuloksiin ei ole vaikutusta sillä, kuinka vakavia oireita potilailla on. Tutkimusta kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksesta saamastaan hoidosta on vähän, mutta tulokset ovat samansuuntaisia (Schulte, Meier & Stirling 2011).

Hyvän ammattitaidon lisäksi hoitotyössä tarvitaan yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Tämä koskee mielenterveys- ja päihdetyössä niin työkavereita, potilaita kuin heidän omaisiaan. Kohtaamiseen vaikuttavat potilaan elämäntilanne, häiriöiden vakavuus sekä taloudellinen ja sosiaalinen tuki. Tyypillisesti hoitoon yhdennetään osaksi hoitokokonaisuutta myös muita tahoja, kuten palveluohjaus ja sosiaalityö. Tärkeää on myös sisällyttää hoitoon potilaan läheiset ja päättää auttamismenetelmistä sekä tavoitteista. Hoitosuunnitelma ja sen toteuttaminen pohjautuvat yhteistyöhön eri ammattiryhmien sekä potilaan itsensä ja omaisten kanssa (Holmberg 2016, 20-21, 209-210).

Hoitosuhteen alussa on tärkeää saada luotua kunnioittava, ei-tuomitseva ja luottamuksellinen ilmapiiri. Motivoiva lähestymistapa ja sujuva hoidon jatkuvuus ovat tärkeitä tekijöitä. Tärkeänä koetaan myös se, että potilaille annetaan ymmärrettävää tietoa samanaikaisesti päihteiden käytöstä ja mielenterveyshäiriöstä ja niiden vaikutuksista toisiinsa (Crockford & Addington 2017).

Motivoiva haastattelu on keskusteluterapeuttinen tapa kohdata potilas. Ensimmäinen motivoivaa haastattelua koskeva artikkeli on ilmestynyt yli 30 vuotta sitten. Siinä esiteltiin uudenlainen lähestymistapa päihdeongelmaisten hoitamiseksi. Menetelmässä tavoitteena oli saada potilas puhumaan itse muutoksen puolesta, sen sijaan että työntekijän tehtäväksi jäisi vakuutella potilaalle muutoksen tarpeesta (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2063-2069.) Motivoiva haastattelu perustuu yhteistyöhön ja potilaan hyväksymiseen. Työntekijän tehtävänä on tunnistaa muutoksen alut potilaan havaintoja ja kokemuksia koskevista ilmauksista ja vahvistaa tätä muutospuhetta kuuntelulla ja avoimilla kysymyksillä. Motivoiva haastattelu soveltuu hyvin kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamiseen, sillä sen avulla on mahdollista käsitellä rakentavasti potilaan ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia. Tiedetään, että kaksoisdiagnoosipotilailla on muita suurempi alttius jäädä tulematta tarjottuun hoitoon tai pudota pois hoidosta ennen aikaisesti. Käyttämällä motivoivan haastattelun tyyliä ja vuorovaikutustekniikoita on onnistuttu lisäämään potilaiden hoitoon sitoutumista (Lahti ym. 2013.)

Muutosvaihemallia on hyödynnetty päihteiden käyttäjien hoidossa pitkään. Eri muutosvaiheet toimivat teoreettisena mallina, joka auttaa ymmärtämään potilaan tunneristiriitaa, käytöstä ja epävarmuutta hoidon suhteen. Muutosvaihemalli koostuu esiharkinta-, harkinta-, päätös-, toiminta-, vakiintumis- ja retkahdusvaiheista (Holmberg 2016, 24-25).

Hoitotyössä uhkaavaan käytökseen vaikuttavat sekä potilaasta että työntekijöistä johtuvat yksilölliset tekijät, sekä persoonalliset piirteet ja henkilökohtaiset syyt. Kohtaamisessa auttaa rauhallinen ja turvallisuutta edistävä käytös. On tärkeää että uhkaavastikin käyttäytyvä potilas ei menetä kasvojaan muiden ihmisten edessä. Potilaille on tärkeää viestittää, että kaikki tunteet ovat sallittuja, mutta tunteiden muut-

tuminen väkivallaksi ei ole. Uhkaavissa tilanteissa ensimmäisillä sanoilla ja tavalla sanoa ne on merkitystä, potilaalle puhutaan rauhallisesti, kohteliaasti ja yksi asia kerrallaan. Myös hiljaisuus voi olla rauhoittava keino (Holmberg 2016, 228-230).

3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisesta ja kohtaamisesta. Tavoitteena on tunnistaa henkilökunnan osaamista sekä tuen ja kehittymisen tarpeita kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa?
2. Miten hoitajat kokevat kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisen?
3. Millaista osaamista hoitajat kokevat tarvitsevansa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamiseen?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Menetelmät

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Laadullista tutkimusta käytettiin, koska tavoitteena oli saada mahdollisimman kokonaisvaltaista tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta ja kohtaamisesta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata jotain ilmiötä tai auttaa ymmärtämään tiettyä toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Laadullisessa tutkimuksessa aineisto pyritään ymmärtämään loogisena kokonaisuutena ja etsitään yhdistäviä piirteitä. Laadullisella tutkimuksella pyritään ei-numeraalisiin tuloksiin aineiston sisällöistä. Tutkimuksen kohteena on usein ihmisen elämis- ja kokemusmaailma ja siihen liittyvät merkitykset (Weselius 2017.) Eskolan & Suorannan (2011) mukaan laadulliselle tutkimukselle tyyppillisiä tunnuspiirteitä ovat muun muassa tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen

tai teoreettinen otanta, hypoteesittomuus ja narratiivisuus (Eskola & Suoranta 2011, 15.)

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeri ei ole määrä vaan laatu, käsitteellistämisen kattavuus (Eskola & Suoranta 2011, 17-18).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena erikoissairaanhoidon sairaalapsykiatrialle, perusterveydenhuollon osastolle sekä kolmannen sektorin päihdehuoltoyksikköön, joissa tällä hetkellä toteutetaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyötä. Sairaalapsykiatrialla hoidetaan päivystyksellisiä psykiatrian osastohoidon tarpeen arviointeja sekä lyhyitä tutkimus- ja hoitajaksoja että pidempiä kuntouttavia hoitajaksoja. Perusterveydenhuollon osastolla hoidetaan lyhytaikaista hoitoa tarvitsevia psyykkisesti oireilevia ja päihdepotilaita. Päihdehuoltoyksikkö koostuu alkoholi- ja lääkeaineiden vieroitushoitoyksiköstä sekä huumevieroitusosastosta, jossa hoidetaan huumeaineiden käyttäjiä sekä päihteiden sekakäyttäjiä. Lisäksi päihdehuoltoyksikön osastolla toteutetaan opioidiriippuvaisten korvaushoidon aloitus-, tehostus- ja lopetusjaksoja. Kohderyhmänä olivat yksiköissä työskentelevät hoitajat.

Aineisto kerättiin Webropol-kyselyllä, joka lähetettiin kunkin yksikön yhteyshenkilölle sähköpostiviestillä jaettavaksi henkilökunnalle. Sähköpostin yhteyteen liitettiin saatekirje sekä Webropol-linkki kyselyyn ja vastaamiseen liittyvät ohjeet.

Taustakysymyksissä selvitettiin vastaajien kokemusta hoitotyöstä ylipäänsä sekä nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Saatekirjeessä mainittiin myös tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Aihe-esitys esitettiin ja hyväksyttiin syyskuussa 2019. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2019. Tutkimuslupahakemukset lähetettiin tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen, tavoiteaikataulussa marras-joulukuussa 2019. Tutkimuslupa saatiin tammikuussa 2020. Kyselyt Webropoliin saatekirjineen lähetettiin tammikuussa 2020. Vastausaikaa kyselylle annettiin noin kolme viikkoa. Vastausajan puitteissa saatiin yhteensä 14 vastausta. Yhdessä vastauksessa oli täytetty vain taustatiedot, joten se hylättiin. Opinnäytetyön analysointi tapahtui helmi-maalis-huhtikuussa 2020. Opinnäytetyön valmistui toukokuussa 2020.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jota käytetään yleisesti varsinkin silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä on julkaistu vain vähän tai tieto on pirstaleista. Sisällönanalyysillä on tavoitteena rakentaa malli ilmiön kuvaamiseksi, joka on toistettavissa ja on luotettava menetelmä uuden tiedon tuottamiseksi (Elo & Kyngäs 2008, 109.)

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan lähteä liikkeelle mahdollisimman puhtaalta pöydältä ilman ennakoasettamuksia tai määritelmiä. Aineistolähtöinen analyysi pelkistetyimmillään tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien. Aineistolähtöinen analyysi on hyvä silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin ilmiön olemuksesta. (Eskola & Suoranta 2011, 19.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan tietystä teoreettis-metadologisesta näkökulmasta, huomiota kiinnitetään vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaista. Analyysin kohteena oleva aineisto näin pelkistyy hallittavammaksi määräksi erillisiä havaintoja. Pelkistämisen toisen vaiheen ideana on karsia havaintomäärää havaintojen yhdistämisellä. Tähän päästään etsimällä havaintojen yhteinen piirre tai nimittäjä, joka pätee poikkeuksetta koko aineistoon. Havaintojen yhdistämisessä lähtökohtana on ajatus siitä, että aineistossa ajatellaan olevan esimerkkejä samasta ilmiöstä (Alasuutari 2011, 40-42.)

Tässä tutkimuksessa alkuperäisilmaukset koodattiin erivärisillä tusseilla paperille tulostetuista teksteistä. Pelkistyksessä analyysiyksikkönä käytettiin lausetta tai lauseen osaa. Pelkistetyt alkuperäisilmaukset listattiin ja yhdistettiin ja näiden seurauksena päädyttiin muodostamaan alaluokat. Tämän jälkeen saatiin muodostettua yläluokat, pääluokat muodostuivat yläluokkia yhdistämällä.

Vastaukset analysoitiin kokonaisuutena, mutta vastauksia verrattiin myös taustakysymysten avulla: vastaajat jaettiin hoitotyön sekä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyön työkokemuksen mukaan kahteen osaan, jolloin hoitotyön työkokemuksesta tuli yli 14 vuotta tai alle 14 vuotta työskennelleet, ja kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyöstä yli kahdeksan vuotta ja alle kahdeksan vuotta työskennelleet.

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa

Vastauksista nousi esiin hoidon toteutumista estäviä sekä edistäviä tekijöitä niin hoitojärjestelmässä, hoitohenkilökunnassa kuin potilaan kaksoisdiagnoosissa itsessään.

Hoidon toteutumista estävänä tekijänä kaksoisdiagnoosissa koettiin lääkehoidon puute: osalla potilaista lääkitystä ei ollut tai lääkehoito purettiin liian nopeasti pois, vaikka sitä voinnin puolesta olisi vielä tarvittu. Koettiin myös, ettei päihdetaustaiselle potilaalle välttämättä anneta tarvittavia lääkkeitä, mikä saattoi johtaa väkivaltaiseen ja arvaamattomaan käytökseen. Säännöllisen psykiatrisen hoidon taas koettiin keventävän potilaan hoidollisuutta. Toisaalta koettiin potilaan lääkekielteisyyden voivan olla voimakastakin tai lääkkeiden kanssa käytettiin päihteitä tai ne jätettiin käytöstä osastolta kotiutuessa. Lääkehoitoon liittyvät ongelmat nousivat esiin sairaalapsykiatrian sekä päihdehuoltoyksikön vastauksissa.

“Liian herkästi kuitenkin näiltä potilailta puretaan rauhoittavat lääkkeet pois.”

“Päihdetausta voi vaikuttaa myös esim. tarvittavien lääkkeiden antamiseen, siten että jotain lääkkeitä ei mielellään anneta.”

Kaksoisdiagnoosipotilaat koettiin haasteellisina, vaikeahoitoisina potilaina. Sekä sairaalapsykiatrialla että päihdehuoltoyksikössä suurin osa potilaista on vastausten mukaan kaksoisdiagnoosipotilaita, joiden koetaan tulevan hoidon piiriin enenevässä määrin ja aina nuorempina. Perusterveydenhuollon osastolle potilas ei välttämättä tule vieroituksen vuoksi, vaikka selkeästi kaksoisdiagnoosipotilas olisikin. Lisäksi koettiin, ettei vieroituksen lisäksi voida juuri muuta tehdä ja tämäkin mikäli potilas sitä haluaa. Potilaan ymmärryksen sairauttaan kohtaan koettiin olevan rajallinen ja psyykkisen oireilun päihteiden käytön kanssa määrittäneen potilaan elämää usein jo vuosia. Haasteellisena koettiin myös se, että potilaalla päihteet päällimmäisenä mielessä. Esiin tuotiin myös potilaiden hoitoon sitoutumattomuus: potilasta vaikea motiivoida päihdepuolen kontaktiin, koska potilas ei välttämättä näe päihdeongelmaa. Potilaat koettiin lyhytjännitteisinä ja sairaalasta tehtiin karkureissuja päihteiden käytön vuoksi. Jos lääkehoito jätettiin käytöstä osastolta kotiutuessa tai niiden kanssa käytettiin päihteitä, vointi saattoi romahtaa ja potilas joutua takaisin osastolle. Potilaiden hoitoon sitoutumattomuus nousi esiin perusterveydenhuollon osaston ja sairaalapsykiatrian vastauksissa. Hoidon haasteellisuuteen vaikutti myös potilaan uhkaava käytös lääkehoidon puutteen, psykoottisuuden ja vieroitusoireiden vuoksi. Aggressiivista käytöstä tuotiin esiin sairaalapsykiatrian ja päihdehuoltoyksikön vastauksissa.

“Potilasta saattaa myös olla vaikea saada motivoitua mihinkään päihdepuolen kontaktiin.”

“Jos potilas käyttäytyy esim. psykoottisesti -> voi tilanne kehittyä räjähdysherkäksi nopeastikin.”

“Uhkatilanteitakin syntyy.”

Päihteiden käytön koettiin vaikuttavan potilaan vointiin ja sitä myöten psyykkiseen vointiin, lääkehoitoon ja koko hoitotyöhön. Päihderiippuvuuden vuoksi lääkkeet jäivät käyttämättä tai käytettiin kaikki mahdollinen. Esiin nousi, että osa potilaista käytti osastohoidon aikana päihteitä salaa, vaikka potilaan tulisi olla päihteetön. Koettiin myös hankalana erottaa oireileeko potilaan päihderiippuvuus vai psyykkinen sairaus.

Päihdehuoltoyksikön vastauksissa tuotiin esiin myös potilasyhteisön vaikutus potilaaseen, jossa toiset potilaat saattavat provosoida psyykkisesti oirehtivaa potilasta, koska ettei tämän hoitopaikka ole päihdeyksikössä ja syrjiä potilasta. Muista yksiköissä ei tuotu esiin kaksoisdiagnoosiin liittyviä yhteisöllisiä vaikutuksia. Kaksoisdiagnoosiin koettiin myös liittyvät paljon liitännäisongelmia lähes kaikilla elämän osa-alueilla: asunnottomuutta, sosiaalisen tukiverkon olemattomuutta ja rahaongelmia.

“Usein päihteiden käyttäjän tullessa hoitajaksolle hänellä on ongelmia lähes kaikilla elämän osa-alueilla.”

Potilaan uhkaavan käytöksen ja liitännäisongelmien vaikutukset hoitoon nousivat esiin pidempään hoitotyössä työskennelleiden vastauksissa.

Suurimpana hoidon toteuttamista estävänä tekijänä hoitojärjestelmässä koettiin se, ettei kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito ole integroitua. Sairaalapsykiatrialla hoito painottuu psykiatriseen hoitotyöhön, jolloin vastausten mukaan päihdeongelman hoitaminen jää usein psyykkisen ongelman hoitamisen varjoon, siihen ei käytetä tarpeeksi aikaa tai se saattaa jäädä jopa hoitamatta kokonaan. Päihdehuoltoyksikössä keskitytään päihdeongelmaan ja sen päätehtävä on vieroitushoito. Päihdepotilaan selviämisen jälkeen koettiin psykiatristen ongelmien nousevan esiin, jolloin vastausten mukaan potilaan hoitamista edistäisi yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluita tuottavien tahojen välillä sekä psykiatrinen apu voisi helpottaa päihdeistä irtipysymistä. Hoitoa estävänä tekijänä tuotiin esiin myös päihdepsykiatrien huono saatavuus. Koettiin myös, että päihdeongelmaa pidetään herkästi ensisijaisena vieroitushoidon jälkeenkin. Vastausten mukaan perusterveydenhuollon osastolla ei oikeastaan hoideta kuin päihdediagnoosia, eikä voida tehdä juuri muuta kuin vieroitus sekä järjestää jatkohoitokontakti päihdehoitajalle tai päihdehuoltoyksikköön. Lisäksi mielenterveyspotilaiden hoidon koettiin olevan perustasoista, vaikka koettiin, että olisi parasta, jos molempia diagnooseja voisi lähteä hoitamaan samaan aikaan.

“Päihdepuolta hoidetaan vähän niin kuin siinä sivussa.”

“Potilaan hoitamista edistäisi yhteistyö päihde- ja mielenterveyspalveluita tuottavien tahojen välillä.”

“Olisi kaikkein parasta kun molempia ongelmia voitaisiin lähteä selvittämään samaan aikaan.”

Vastauksista nousi joka yksiköstä esiin, ettei potilas pääse tarvitsemansa hoidon piiriin. Päihdehuoltoyksikössä koettiin, etteivät potilaat päihdeongelman vuoksi pääse psykiatriseen hoitoon tai saa asianmukaista psykiatrian puolen kontaktia, jonka koettiin johtavan siihen, että potilaat alkavat lääkittää mielenterveyttään päihteillä. Sairaalopsykiatrialla puolestaan koettiin, ettei päihdepuolen apua tarvitseva sinne pääse eikä päihdetapaamisia välttämättä ole järjestetty. Perusterveydenhuollon osaston vastauksissa koettiin, ettei potilaan psyykkistä ongelmaa lähdetä hoitamaan ennen 2-3 kuukauden päihteettömyyttä. Päihdehuoltoyksiköstä nostettiin esiin myös se, että hoitamista hankaloittaa, ettei potilaalla aina ole psykiatrista diagnoosia.

“Päihdeongelma monesti johtuu siitä, ettei pääse psykiatrisen hoidon piiriin.”

“Päihdeongelmaisen haastavaa/lähes mahdotonta saada apua/kontaktia psykiatrian puolelle jos päihdeongelma.”

“Potilaan pääseminen psyk. osastolle kun on viime aikoina osoittautunut lähes mahdolliseksi.”

“Monikaan päihdepuolen apua tarvitseva ei pääse sinne.”

Hoidon toteuttamista estävinä asioina koettiin myös hoitamisen toteutumiseen ja haastavuuteen liittyviä asioita. Hoidon koettiin toteutuvan vaihtelevasti, mihin koettiin vaikuttavan resurssien vähyyks, kiire, potilastyön kuormittavuuden vaihtelu ja työpaine useista päällekkäisistä tehtävistä, jolloin tärkeää tehdä työnjako niin, että kaikki jaksavat. Päihdehuoltoyksiköstä tuotiin esiin myös hoitoaikojen lyhyys. Oikean hoitomuodon ja lääkityksen löytyminen koettiin myös tärkeäksi. Koettiin, että kun esimerkiksi psyykinen sairaus on lääkityksellä tasapainossa, on potilaan helpompi keskittyä päihdeongelman hoitamiseen. Puheeksi ottaminen koettiin haastavaksi,

pelättiin sortumista syyllistämiseen ja tuotiin esiin yhteistyön tunnelman ja luottamuksen tärkeyttä hoitosuhteen luomisessa. Pakkotoimenpiteisiin liittyvät asiat nousivat esiin sairaalapsykiatrian ja päihdehuoltoyksikön vastauksissa: sairaalapsykiatrian potilaat suurissa määrin tahdonvastaisessa hoidossa jopa ilman ulkoiluoikeuksia, mikä koettiin päihdehoitoa estävänä asiana, kun taas päihdehuoltoyksiköstä tuotiin esiin ettei pakolla voida lääkittää, minkä kerrottiin tuottavan vaikeuksia varsinkin paranoidisen potilaan hoidossa. Perusterveydenhuollon osastolta nousi esiin osaston rajallisuus, jossa koettiin osastolla olevan paljon sääntöjä, määräyksiä ja kieltoja, lääkärin vaihtuvan jatkuvasti. Lisäksi koettiin, että päivystyksessä on potilaalle luvattu osastojaksosta liikaa, mitä ei voida toteuttaa. Toisaalta myös päihdehuoltoyksikkö toi esiin, että vieroitushoito-osastolla oltava tiukat ja samat säännöt kaikille hoidon toteutumisen onnistumiseksi.

“Resursseja tarvittaisiin enemmän.”

“Hoitoajat ovat lyhyitä.”

“Potilastyön kuormittavuus vaihtelee, välillä raskaampaa, välillä kevyempää.”

Kuormittavuuden ja kiireen vaikutus estävästi potilaan hoidon toteuttamiseen nousi esiin pidempään hoitotyössä työskennelleiden vastauksissa.

Hoidon toteuttamista estävänä tekijänä hoitohenkilökunnassa nousi esiin hoitohenkilökunnan osaamisen ja tiedon puute sekä kokemuksen vähyys. Esiin nostettiin myös hoitohenkilökunnan asenne, minkä koettiin voivan estää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamista. Estävänä tekijänä pidettiin myös yhteisten toimintalinjojen puuttumista, jolloin työryhmä ei ajattele asioista samansuuntaisesti, ja päihdehuoltoyksiköstä tärkeäksi asiaksi nostettiin moniammatillisuuden ja koko työryhmän työpanoksen tärkeys.

Hoitohenkilökunnan asenne hoidon toteutumista estävänä tekijänä nousi esiin vähemmän aikaa hoitotyössä työskennelleiden vastauksissa. Pidempään työskennelleiden vastauksista taas nousi esiin yhteisten toimintalinjojen tärkeys.

Suurimpana hoidon toteutusta edistävänä tekijänä hoitojärjestelmässä koettiin se, jos hoito tapahtuu integroidusti. Sairaalapsykiatrialla päihdeongelmaan kiinnitetään enenevässä määrin huomiota ja se otetaan puheeksi sekä pyritään huomioimaan lääkehoidossa kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaistilanne. Päihdehuoltoyksikössä psyykkistä tilannetta käsitellään omahoitajakeskusteluissa sekä huomioidaan se jatkohoitopaikan valinnassa. Esiin tuotiin myös hoidon pidempiaikaisen keston positiiviset vaikutukset. Päihdehuoltoyksiköstä nostettiin esiin myös moniammatillisuuden tärkeys sekä esimiestasolta saatu tuki, jossa ymmärretty työn kuormittavuuden vaihtelevuus.

“Onneksi asiaan kiinnitetään nyt enenevässä määrin huomiota ottamalla päihteiden käyttö aktiivisesti puheeksi.”

“Työnohjauksessa yhteisten tavoitteiden ja käytäntöjen luominen on ensiarvoista.”

Hoidon keston merkitys hoidon toteutusta edistävänä tekijänä nousi esiin pidempään hoitotyötä tehneiden vastauksista.

Hoidon toteutusta edistävänä tekijänä hoitohenkilökunnassa koettiin hoitohenkilökunnan osaaminen ja kokemus, mikä koettiin suurimpana vahvuutena potilaiden hoitamisessa kaikissa yksiköissä. Vastauksista nousi esiin ylipäänsä osaaminen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyöstä, että sairaalapsykiatrian vastauksista osaaminen päihdehoitotyöstä ja vastineeksi päihdehuoltoyksikön vastauksista osaaminen psykiatrisesta hoitotyöstä. Esiin nostettiin muun muassa psykiatrisen puolen pitkä työkokemus ennen päihdehoitotyöhön lähtemistä. Päihdehuoltoyksiköstä nostettiin myös esiin jälleen moniammatillisen työryhmän tärkeys siinä, ettei haastavankaan potilaan kanssa jäädä yksin, vaan työryhmässä jaetaan niin ajatuksia, tunteita kuin tietoperustaakin.

“Mielestäni osaan melko hyvin kartoittaa ja arvioida psyykkistä vointia.”

“Päihdehoidosta on tullut paljon kokemusta.”

“Takana ennen päihdehoitotyötä kokemusta psykiatrian puolelta parikymmentä vuotta.”

“Ymmärrys siitä, että potilaalla kaksi erillistä sairautta joihin molempiin tarvitsee erityistä apua ja tukea.”

Hoitohenkilökunnan osaaminen ja kokemus nousi pidempään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyötä tehneiden vastauksissa.

Päihdehuoltoyksiköstä nostettiin esiin myös hoitosuhdetyöskentelyn mielekkyys sekä potilaan kanssa yhteistyön onnistuminen silloin, kun potilaalla sairaudentuntoa ja yhteistyöhalukkuutta.

5.2 Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisessa

Vastauksista nousi esiin potilaan kohtaamista estäviä tekijöitä niin hoitojärjestelmässä, hoitohenkilökunnassa kuin potilaan kaksoisdiagnoosissa itsessään, kohtaamista edistäviä tekijöitä nousi esiin vain hoitohenkilökunnassa.

Estävänä tekijänä kaksoisdiagnoosissa tuotiin esiin potilasaineiston haasteellisuus. Sairaalapsykiatrialla esiin nostettiin potilaan uhkaava sekä väkivaltainen käytös ja päihdehuoltoyksikössä potilasyhteisön vaikutus potilaaseen, jossa potilaan asettuminen potilasyhteisöön voi olla haasteellista vajavaisten vuorovaikutustaitojen tai kädulta opittujen, raakojen toimintamallien johdosta. Hoitosuhdetyöskentelyä koettiin hankaloittavan ristiriidat potilaan omien näkemyksien kanssa sekä luottamuspuula henkilökuntaa kohtaan, koska usein aiemmin saatu huonoa palvelua terveydenhuollossa.

“Epäilyä hoitohenkilökuntaa kohtaan.”

“Potilaat ovat tottuneet elämään raa’assa päihdemaailmassa.”

Hoitosuhtedetyöskentelyn haasteet kohtaamista estävänä tekijänä kaksoisdiagnoosissa nousivat esiin vähemmän aikaa kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa työskennelleiden vastauksista.

Kohtaamista estävänä tekijänä hoitojärjestelmässä koettiin yhteisten toimintalinjojen puute, jolloin kaikki eivät ajattele tai toimi samansuuntaisesti. Tärkeänä koettiin, että potilasryhmän asettamia haasteita olisi käsiteltävä työryhmässä yhteisesti. Sairaala-psykiatrialta nostettiin esiin hoidon integroimattomuus, jolloin päihdeiden käytön puheeksiottamisen koettiin olevan liian satunnaista tai jäävän huomiotta. Päihdehuoltoyksikön vastauksissa mainittiin osaston rajallisuus: haastavat pienet tilat, jolloin tiiviissä tilassa vaikea toimia ja kohdata potilas yksilöllisesti.

“Puheeksi ottaminen on varmastikin vielä liian satunnaista ja psykoosikeskeistä.”

“Osaston pienet tilat haastaa potilaiden vuorovaikutustaidot.”

Hoidon integroimattomuus kohtaamista estävänä tekijänä hoitojärjestelmässä nousi esiin vähemmän aikaa hoitotyössä työskennelleiden vastauksista. Yhteisten toimintalinjojen tärkeys taas nousi esiin pidemmän aikaa hoitotyössä työskennelleiden vastauksista.

Sekä sairaalapsykiatrialla että perusterveydenhuollon osastolla kohtaamista estävänä tekijänä koettiin hoitohenkilökunnan asenteen. Koettiin, että henkilökunnalla saattoi olla ennakkoluuloja ja -asenteita päihdetaustaista potilasta kohtaan sekä turhautuneisuutta ja empatian puutetta toistuvien hoitajaksojen vuoksi. Lietsottiin suotta “mitä jos näin tulee tapahtumaan”-asennetta. Koettiin vaikeana pitää omaa suhtautumista neutraalina potilaan uhmakkaan tai uhkaavan käytöksen vuoksi. Myös tunne jatkuvasti rajoittavana tekijänä olemisesta koettiin kohtaamista estäväksi tekijäksi. Koettiin myös työssä olevan hoitajia, jotka eivät koe päihde- tai mielenterveyspotilaita omaksi osaamisalueekseen tai ettei joskus ole kiinnostustakaan. Myös se, että on paljon uusia hoitajia, koettiin estäväksi tekijäksi.

“Empatian puutetta potilaan toistuvien hoitajaksojen vuoksi.”

“Joskus näyttää myös siltä ettei ole kiinnostustakaan.”

Vastauksista kohtaamista edistäviä tekijöitä nousi vain hoitohenkilökunnassa. Kohtaamista edistäviä tekijöitä ei noussut esiin kaksoisdiagnoosissa tai hoitojärjestelmässä. Suurimpana asiana nostettiin esiin empaattinen, potilasta kunnioittava työote. Vastauksien perusteella koettiin tärkeänä, että potilas otettiin ihmisenä vastaan, potilasta kuunneltiin ja potilaalle puhuttiin kunnioittavasti, potilasta kohdeltiin tasavertaisena ja potilaat tulivat hyvin kohdatuiksi. Esiin nostettiin myös hoitohenkilökunnan osaaminen ja kokemus sekä perusterveydenhuollon osaston vastauksista hoitajan persoonaan liittyviä piirteitä: pitkäjännitteisyys, oikein ajoitettu huumori ja hymy.

“Tässä työyksikössä potilas otetaan ihmisenä vastaan.”

“Potilaat kohdataan osastolla mielestäni pääasiassa samalla lailla, oli niillä päihdeongelmaa tai ei.”

“Ajatus siitä, että päihdeongelma ei pelkästään määritä ihmistä vallitsee työyksikössäni vahvana ja se ajatus auttaa potilaan kohtaamisessa.”

Vastauksissa nostettiin esiin myös hoitohenkilökunnan vahvuuksia potilaan kohtaamisessa. Suurimpana vahvuutena nousi esiin empaattinen, potilasta kunnioittava työote: empatia, potilaan arvostus ja tasa-arvoinen kohtelu, kunnioittava asenne sekä aito kiinnostus diagnoosin taustalla olevaan ihmiseen. Kohtaamisosaamisesta nostettiin esiin vuorovaikutustaidot, puheeksiotto ja hyvät kuuntelutaidot. Vahvuudet hoitosuhdetyöskentelyssä koettiin tärkeinä. Esiin nousi myös taas hoitajan persoonaan liittyviä piirteitä: ennakkoluulottomuus, kärsivällisyys, johdonmukaisuus, avoimuus, joustavuus, rauhallisuus, jämäkkyys ja hetkeen tarttuminen.

“Kaikkeen löytyy yleensä selitys, kun näkee ihmisen päihdeongelman takana.”

5.3 Hoitajien tarvitsema osaaminen kaksoisdiagnoosipotilan hoitamisessa

Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää millaista osaamista hoitajat kokevat tarvitsevana kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamiseen. Tutkimuksessa kysyttiin sekä vastaajien omaa lisäosaamisen tarvetta että vastaajien kokemusta siitä, millaista osaamista oma työyksikkö tarvitsisi.

Vastaajat tarvitsivat lisäosaamista kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon: perusterveydenhuollon osastolta ja päihdehuoltoyksiköstä tarvittiin lisäosaamista psykiatrisen potilaan hoitotyöstä sekä päivitystä tämän päivän tutkittuun tietoon. Sairaalapsykiatrialta taas lisäosaamisen tarve kohdistui päihdehoitotyöhön, päihdesairauksiin ja toivottiin päivitystä eri päihteiden vaikutuksesta potilaaseen. Sairaalapsykiatrialta toivottiin lisäosaamista potilaan lääkehoitoon, päihdehuoltoyksiköstä taas lääkkeettömiin keinoihin esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöpotilaan hoidossa. Perusterveydenhuollon yksiköstä tuotiin esiin tarve yhteisiin, selkeämpiin hoitolinjauksiin. Päihdehuoltoyksiköstä nousi esiin tarve lisäosaamiselle hoidon toteuttamisen suhteen: miten ennakoida ja tukea kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa ja mikä on potilaan oikea hoitopaikka, miten pitkään yritetään hoitaa ja milloin hoito tulisi järjestää muualla.

Muutamasta vastauksesta nousi esiin myös tarve lisäosaamiselle potilaan kohtaamisessa sekä kokonaisvaltaisesti kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä ja huomioidinnissa. Muutamassa vastauksessa koettiin lisäosaamisen tarvetta kaikessa. Nämä lisäosaamisen tarpeet nousivat esiin vähemmän aikaa kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa työskennelleiden vastauksista.

“Kaipaisin lisäkoulutusta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon.”

“Tämän päivän tutkittuun tietoon päivitystä.”

Suurin osa niistä lisäosaamisen tarpeista potilaan hoitamisessa, joita vastaajat kokivat itse tarvitsevana, listattiin myös työyksiköiden tarpeiksi. Vastaajat kokivat itsensä lisäksi myös työyksiköiden tarvitsevan lisäosaamista kaksoisdiagnoosipotilaan hoi-

dossa: sairaalapsykiatrialla koettiin tarve päihdepotilaan hoitotyöhön, perusterveydenhuollon osastolla psykiatrisen potilaan hoitotyöhön, päihdehuoltoyksiköstä tarvetta päivitystä tämän päivän tutkittuun tietoon. Lääkehoidon ja lääkkeettömien keinojen lisäosaaminen koettiin myös työyksiköiden tarpeiksi. Päihdehuoltoyksiköstä noussut hoidon toteuttamisen ja järjestämisen lisäosaaminen koettiin koko työyksikön tarpeeksi.

Potilaan kohtaamisesta koettiin lisäosaamisen tarvetta sekä yksilöllisesti että koko työyksikölle. Sairaalapsykiatrialta nousi esiin työyksikön tarve osaamiselle hoitohenkilökunnan asenteessa ja konkreettisia keinoja motivoitua aina uudelleen haasteellisten potilaiden hoitoon sekä lisäosaaminen puheeksiottoon, kuten motivoivaan haastatteluun. Muutamassa vastauksessa nousi esiin työyksikön tarve lisäosaamiselle kaikessa, potilaan kokonaisvaltaisessa huomioidussa sekä toivottiin vahvistusta osaamiselle luennoilla tai toimipaikkakoulutuksella.

Tarve työyksikön lisäosaamiselle kohtaamisessa sekä kokonaisvaltaisesti kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa nousi esiin vähemmän aikaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyötä tehneiden vastauksista.

“Psykiatristen potilaiden hoidosta ylipäänsä lisätieto olisi varmasti tarpeen.”

“Potilaan kohtaamisessa.”

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Vaikka tutkimuksia kaksoisdiagnoosipotilaan eri hoitomalleista on tehty vähän, integroitu hoitomalli on näissä tutkimuksissa koettu parhaimmaksi (Yong ym. 2012.) Tämän tutkimuksen vastauksista nousi esiin suurimpana hoidon toteuttamista estävänä tekijänä hoitojärjestelmässä nimenomaan hoidon integroimattomuus sekä hoidon saatavuuden vaikeus. Hoidon toteuttamista edistävänä tekijänä nousi esiin kokemus

niistä kerroista, kun hoito on tapahtunut integroidusti. Vastauksista tuotiin esiin myös ongelmat potilaan lääkehoidossa, jotka johtuivat lääkehoidon integroimattomuudesta.

Matalan kynnyksen palveluiden hyvällä saatavuudella ja potilaan hoitoon sitouttamisella (Matthew ym. 2012) sekä intensiivisellä sairaalahoidolla (Moggi ym. 2010) on teorian mukaan positiivisia vaikutuksia toipumiseen sekä päihteiden käytön väheneemiseen. Tässä tutkimuksessa potilaan vaikeahoitoisuus, laaja-alaiset liitännäisongelmat ja hoitoon sitoutumattomuus nousivat esiin hoidon toteutumista estävinä tekijöinä. Lisäksi nousi esiin toteutuneen hoidon vaihtelevuus johtuen muun muassa resurssien vähyydestä sekä päällekkäisistä tehtävistä.

Hoitohenkilökunnan osaaminen ja kokemus koettiin toisaalta sekä hoitoa estäväksi että edistäväksi tekijäksi. Hoidon toteutumista estävänä tekijänä nostettiin hoitohenkilökunnan asenne kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan, mikä nousi esiin vähemmän aikaa hoitotyössä työskennelleiden vastauksista.

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteuttaminen voi olla haastavaa, koska potilaalla tiedetään olevan monia ongelmia samanaikaisesti (Niemelä 2015.) Tässäkin tutkimuksessa tuotiin esiin kohtaamista estävänä tekijänä potilasaineiston haasteellisuus. Tässä tutkimuksessa vastauksista nousi esiin myös puheeksi ottamisen vaikeus. Lahden ym. (2013) mukaan motivoivaa haastattelua sekä Holmbergin (2016) mukaan muutosvaihemallia käytettäessä on mahdollista käsitellä rakentavasti potilaan tunteita ja ajatuksia. Holmbergin (2016) mukaan on tärkeää liittää osaksi hoitoa tarvittaessa myös sosiaalityö ja palveluohjaus (Holmberg 2016, 20-21, 109-210.)

Nykyaikainen hoitojärjestelmä suosii yhden diagnoosin potilaita, jolloin toinen diagnoosi voi jäädä huomioimatta (Aalto 2010.) Hoidon onnistumisen kannalta onkin tärkeää tarkka diagnosointi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoa (Langås ym. 2011.) Kohtaamista estävänä tekijänä tämän tutkimuksen vastauksissa tuotiin esiin yhteisten toimintalinjojen puute, joka on yhteydessä hoidon integroimattomuuteen tai toisaalta hoidon saatavuuden vaikeuteen.

Tämän tutkimuksen vastauksista nousi esiin kohtaamista estävänä tekijänä hoitohenkilökunnan asenteen ja ennakkoluulot sekä toisaalta edistävänä tekijänä ja henkilökunnan suurimpana vahvuutena empaattisen, potilasta kunnioittavan työotteen. Hoitosuhteen alussa tärkeää on luoda kunnioittava ja ei-tuomitseva ilmapiiri (Lah- ti ym. 2013, 2063-2069).

Vastauksista nousi selkeästi esiin lisäosaamisen tarve kaksoisdiagnoosipotilaan hoi- tamisessa sekä yksilö- että työyksikkötasolla. Toisaalta sekä perusterveydenhuollon osastolta että päihdehuoltoyksiköstä nousi esiin tarve psykiatrisen potilaan hoito- työstä, kun taas sairaalapsykiatrialta päihdehoitotyöhön. Vähemmän aikaa kaksois- diagnoosipotilaan hoitotyötä tehneiden vastauksista nousi esiin tarve kohtaa- misosaamisen kehittämiseksi, jonka tarvetta koettiin myös sekä yksilö- että työyksik- kötasolla. Vastauksista nousi esiin toive luennoille tai toimipaikkakoulutuksille.

Tässä tutkimuksessa saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin hoitajien kokemuksista kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Tutkimuksessa esiin nousseet vastaukset tukevat aiemmin teoriasta esiin nousseita aiheita. Sekä teoriasta että vastauksista nousee selkeästi esiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integraation tärkeys sekä ongelmat nykyisessä hoitojärjestelmässä, jossa hoito toteutetaan joko jaksoittain tai rinnak- kain, tai potilaan hoitoon pääsy voi olla vaikeaa tai mahdotonta. Toisaalta kansalli- sessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on jo 2009 alkaen tuotu esiin tarve yhdistetyille mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoyksiköille sekä yhden oven peri- aatteelle, kuitenkin tämän tutkimuksen vastausten perusteella kaksoisdiagnoosipo- tilaan hoito ei pääosin toteudu näin. Näiden pohjalta voidaan todeta, että kaksois- diagnoosipotilaan hoitoa tulisi kehittää integroidun hoitomallin suuntaan, esimerkiksi erillisellä päihdepsykiatrisella yksiköllä tai työryhmällä.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuus ja tulosten uskottavuus edellyttävät, että tut- kimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Jokaiselle tutkijalle kuuluu vas- tuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Tutkimuksen eettinen ennakoar-

viointi suojelee tutkittavia ja varmistaa tutkijan oikeusturvaa. (Tutkimusetiikka 2019).

Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä analyysiin, kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen (Eskola & Suoranta 2011, 210.) Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa niin luotettavaa tietoa kuin mahdollista. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tulosten siirrettävyydellä, vahvistettavuudella ja uskottavuudella (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkistettava vastaavatko hänen tulkintansa ja käsitteellistyksensä tutkittavien käsityksiä. Tutkimustulosten siirrettävyys on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleisesti katsotaan, etteivät yleistyksset ole mahdollisia. Varmuutta tutkimukseen lisätään ottamalla huomioon tutkijan ennako-oletukset. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä koskevista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2011, 210-212.)

Yleisen eettisen periaatteen mukaan tutkimuksella tarkoitetaan järjestelmällisen tutkimuksen ja ajattelun, tarkkailun ja kokeilun kautta saadun tiedon tuottamista. Kaikille tieteenaloille on yhteistä halu lisätä ymmärrystä itsestämme ja maailmasta jossa elämme. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Lisäksi tutkijan tulee kunnioittaa aineistoa. Tutkimus on toteutettava siten, että tutkimuksesta ei aiheudu tutkittaville riskejä, vahinkoa eikä haittaa. Kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan TENKin laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa henkilökunnan kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä ja näin ollen kehittää kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyötä ja henkilökunnan osaamista.

Tässä tutkimuksessa tutkimuslupaa haettiin tutkimuslupahakemuksella kaikista yksiköistä kunkin organisaation ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen saatekirjeessä osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, menetelmistä ja tulosten käyttötarkoi-

tuksesta. Tutkimuksen luotettavuudesta huolehdittiin ja osallistujien anonymisuoja varmistettiin niin, ettei vastaajia pystynyt tunnistamaan. Tutkimuskysymykset, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus määriteltiin selkeästi. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaamisen saattoi keskeyttää kyselyn missä vaiheessa tahansa. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu raportissa eivätkä kyselyn ulkopuoliset henkilöt voi tietää, kuka kyselyyn on osallistunut tai kuka on mitenkään kokemuksensa ilmaissut.

Tutkimuksessa käytettiin tutkimusaineistona hoitajien vastauksia Webropol-kyselyyn. Tutkijat analysoivat aineiston itse sisällön analyysillä ja muodostivat vastauksista esiin nousseista asioista ala-, ylä- ja pääluokat. Uskottavuutta tuki se, että vastaukset tulivat kolmesta eri yksiköstä ja vastaaminen oli kaikille hoitajille avointa. Uskottavuutta voi heikentää tutkimukseen osallistuneiden määrä, koska vastauksia tuli yksiköiden välillä eri määrä ja vastaajien määrä oli suhteellisen pieni verrattuna siihen, monelleko kysely lähetettiin.

Vastaukset käsiteltiin luottamuksella ja anonymisti, jolloin vastaajan henkilöllisyys ei tullut tutkimuksen missään vaiheessa esille. Vastaukset olivat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Saatu aineisto säilytettiin huolellisesti lukitussa tilassa ja hävitettiin heti tulosten analysoinnin valmistuttua polttamalla.

Opinnäytetyössä jouduttiin pohtimaan tutkimuksen luotettavuutta myös tutkimuksen tekijöiden osalta. Tekijät työskentelevät tai ovat työskennelleet tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä eivätkä näin ole puhtaasti ulkopuolisia tarkastelijoita. Tämän vuoksi kyselyt lähetettiin kunkin yksikön yhdyshenkilön kautta, eikä suoraan tutkijoilta tutkittaville. Tutkijoiden kannalta pidetään kuitenkin epätodennäköisenä, että joku olisi jättänyt vastaamatta sen vuoksi, että on tiennyt tutkijoiden työskentelevän tai työskennelleen kyseisissä yksiköissä. Jos näin olisi käynyt, syy voi olla, että henkilö ei haluaisi opinnäytetyön tekijöiden tietävän kokemuksistaan.

6.3 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisehdotukset

Tässä tutkimuksessa nousi esiin selkeästi hoitajien kokemus hoidon integraation tärkeydestä. Koska tässä tutkimuksessa keskityttiin hoitohenkilökunnan näkemyksiin,

olisi jatkotutkimuskohteena mielenkiintoista selvittää hoitojärjestelmien toteuttamisesta päättävien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteuttamisesta.

Vaikka vastauksista nousi esiin osaamista ja kokemusta, tarve henkilökunnan lisäosaamiselle kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä ja kohtaamisaamisessa korostui. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, vaikuttavatko tässä työssä esiin nousseet asiat esimerkiksi yksiköiden koulutussuunnitteluun ja kehittämiskohteisiin.

Sekä teorian että tämän tutkimusten tulosten perusteella päihdepsykiatriselle hoitoyksikölle on selkeä tarve.

Lähteet

- Aalto, M. 2018. Kaksoisdiagnoosi. Duodecim. Viitattu 2.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01412&p_haku=mielenterveysh%C3%A4iri%C3%B6
- Aalto, M. & Vormaa, H. 2013. Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnoosiikkaa. Duodecim. Viitattu 3.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo11264&p_haku=mielenterveysh%C3%A4iri%C3%B6%20vaikutus
- Aalto, M. 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2010 125(15):1760-1761. Viitattu 4.11.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/duo98984?search=kaksoisdiagnoosi>
- Agyapong, V.I., Milnes, J., McLoughlin, D.M. & Farre, C.K. 2013. Perception of patients with alcohol use disorder and comorbid depression about the usefulness of supportive text messages. Technological health care 2013;21(1):31-9 Viitattu 2.4.2020. <https://content.iospress.com/articles/technology-and-health-care/thc00707>
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Tampere. Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito. Viitattu 24.3.2020. https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#s11_5
- Baker, A.L., Kavanagh, D.J., Kay-Lambkin, F.J., Hunt, S.A., Lewin, T.J., Carr, V.J. & Connolly, J. 2009. Randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. Addiction research report. Viitattu 5.4.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=989c389c-a567-4b63-a4de-fb4d7f55415e%40pdc-v-sessmgr06>
- Crockford, D. & Addington, D. 2017. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. Can J Psychiatry Sep 62 (9) : 624-634. Viitattu 31.12.2019. <https://www.ncbi-nlm-nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pmc/articles/PMC5593250/>
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62, 1, 109.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. & Daumann, J. 2015. Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. Julkaisussa Dtsch Arztebl int. 2015 oct 9;112(41):683-691. Viitattu

14.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pmc/articles/PMC4643160/>

Graham, H.L., Copello, A., Griffith, E., Freemantle, N., McCrone, P., Clarce, L., Walsh, K., Stefanidou, C.A., Rana, A. & Birchwood M. 2016. Pilot randomized trial of a brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings. Julkaisussa Acta Psychiatrica Scandinavica April 2016 Vol133 (4), 298-309.

Viitattu 5.4.2020. <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/pilot-randomised-trial-of-a-brief-intervention-for-comorbid-subst>

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Otava Kirjapaino Oy Keuruu.

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim. Viitattu

20.10.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Huttunen, M. 2018. Päihde- ja huumeriippuvuus. Duodecim. Viitattu

4.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. Viitattu

27.2.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Kalapatapu, R.K., Ho, J., Cai, X., Vinogradov, S., Batki, S.L. & Mohr, D.C. 2014. Cognitive-Behavioral Therapy in depressed primary care patients with co-occurring problematic alcohol use: Effect of telephone-administered vs face-to-face treatment – a secondary analysis. Journal of Psychoactive Drugs 46 (2), 85-92. Viitattu

19.3.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7fb8f5b3-c2c0-43fc-be31-9ef84ac5d93e%40pdc-v-sessmgr05>

Khan, S. 2017. Concurrent mental and substance use disorders in Canada. Health rep. 2017 Aug 16;28(8)3-8. Viitattu 14.2.2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-eng.pdf>

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2013. Päihdehäiriöt. Teoksessa Psykiatria. 2013. Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2013;129(19):2063-9. Viitattu

5.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01693&p_haku=mielenterveys%20vaikutus

Langås, A-M., Malt, U.F. & Opjordsmoen, S. 2011. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area – a clinical study. BMC Psychiatry 11Article number 25. Viitattu

1.4.2020. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-25>

Latt, N., Jurd, S., Tennant, C., Lewis, J., Machen, L., Joseph, A., Grochulski, A. & Lomg, L. 2011. Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. Australasian Psychiatry Vol 19 No 4. Viitattu 4.3.2020.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=85b40a21-216b-4ce0-9b95-4e45fb2ef9d1%40pdc-v-sessmgr02>

Lindholm, L., Luoto, K., Koivukangas, A. & Kampman, O. 2013. Psykye plus ja päihteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(19):2057-62. Viitattu

5.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01693&p_haku=mielenterveys%20vaikutus

Lotvonen, E. 2015. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Päihdelinkki. Viitattu

15.11.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito>

Matthew, J.W., Susan, R.T. & Sandra, A.B. 2012. Medicational relations between 12-step attendance, depression and substance use in patients with comorbid substance dependence and major depression. Addiction. Viitattu

19.3.2020. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a694d0b5-ad74-4e53-ad7a-6bcea4ec2713%40sessionmgr4006>

McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Gotham, H.J., Claus, R.E. & Xie, H. 2014. Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An assessment of programs across multiple state systems. Adm Policy Mental Health Mar 41 (2), 205-214. Viitattu 31.12.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pmc/articles/PMC3594447/>

Mental health: a state of well-being. 2014. World Health Organization. Viitattu

17.10.2019. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Mielenterveyden häiriöt. Mieli, Suomen Mielenterveys ry. Viitattu

16.10.2019. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu

1.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveyspalvelut. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

23.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu

1.11.2019. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Moggi, F., Giovanoli, A., Buri, C., Moos, BS. & Moos RH. 2010 Patients with substance use and personality disorders: a comparison of patient characteristics, treatment process and outcomes in Swiss and U.S. Substance use disorders programs. American journal of Drug & Alcohol abuse 2010; 36(1): 66-72. Viitattu

19.3.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c0d25042-9733-49e7-8baf-bab622f7543e%40pdc-v-sessmgr03>

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.). 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Juvenes Print, Tampere Viitattu

24.3.2020. <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Niemelä, S. 2015. Kaksoisdiagnoosipotilaan laadukas hoito. Terveyttä Lapista 2015. Viitattu 23.3.2020.

http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/hyvinvointihakusessa/tl2015/tl2015_niemela

Palotie-Heino, T. & Nyman, H. 2017. Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Eläketurvakeskus. Viitattu

15.11.2019. <https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttomyyselakkeelle/>

Priester, M.A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. & Seay, K.D.

2016. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. Viitattu

14.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pubmed/26531892>

Päihderiippuvuus. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

4.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

Schulte, S.J., Meier, P.S. & Stirling, J. 2011. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. MBC Psychiatry 2011; 11:64. Viitattu

31.12.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pmc/articles/PMC3101156/>

Simojoki, K. 2016. Päihteiden käytön tunnistaminen. Duodecim. Viitattu

4.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01093&p_haku=p%C3%A4ihdeh%C3%A4iri%C3%B6

Sterling, S., Chi, F. & Hinman, A. 2011. Integrating care for people with Co-occurring Alcohol and other drugs, medical and mental health condition. Alcohol research & health. 2011; 33(4)338-349 Viitattu

4.11.2019. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=55df995b-be85-45ab-b7fc-a53c2669dedf%40sessionmgr4008>

STM. 2020. Viitattu 20.1.2020. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM069:00/2018>

- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Viitattu 19.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>
- Tirado-Munoz, J., Farre, A., Mestre-Pinto, J., Szerman, N. & Torrens, M. 2018. Dual Diagnosis in Depression: treatment recommendations. Adicciones vol 30 n 1. Viitattu 31.12.2019. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/868/868>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimusetiikka. 2019. Helsingin Yliopisto. Viitattu 15.11.2019. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka>
- Waal, M.M., Kikkert, M.J., Blankers, M., Dekker, J.J.M. & Gourdiaan, A.E. 2015. Self-wise, Other-wise, Streetwise (SOS) training, a novel intervention to reduce victimization in dual diagnosis psychiatric patients with substance use disorders: protocol for a randomized controlled trial. Psychiatry 2(015)15:267 viitattu 31.3.2020. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=882d7e23-c7b1-4036-a9ea-cdcde34d655c%40sdc-v-sessmgr01>
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantaus, T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Duodecim. Viitattu 3.11.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo13731&p_haku=mielenterveysh%C3%A4iri%C3%B6%20vaikutus
- Weselius, H. 2017. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 28.11.2019. <file:///C:/data/korhonenmi/Documents/Downloads/Laadullisen%20tutkimuksen%20perusteita.pdf>
- Young, M.S., Barrett, B., Engelhardt, M.A. & Moore, K.A. 2014. Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. Community mental health journal (2014) 50:474-497. Viitattu 4.11.2019. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=55df995b-be85-45ab-b7fc-a53c2669dedf%40sessionmgr4008>

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvä hoitoalan ammattilainen,

Opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijan (YAMK) tutkintoa. Opinnäytetyömme aiheena on hoitajien kokemukset kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Tässä työssä kaksoisdiagnoosipotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on samanaikaisesti päihdehäiriön kanssa vähintään yksi mielenterveyden häiriö, tai päinvastoin, eivätkä mielenterveyden ongelmat johdu päihteiden vaikutuksesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia kaksoisdiagnoosipotilaiden saamaa hoitoa ja kohtaamista. Tavoitteena on tunnistaa henkilökunnan osaamista sekä tuen ja kehittymisen tarpeita kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa. Tutkimusaineisto kerätään Webropol-kyselyllä, joka sisältää taustakysymysten lisäksi kahdeksan avointa kysymystä.

Mikäli työssäsi hoitajana hoidat ja kohtaat kaksoisdiagnoosipotilaita, pyydämme kohdella ihmisenä sinua osallistumaan tutkimukseen vastaamalla ohessa olevaan kyselyyn. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaamisen voi keskeyttää kyselyn missä vaiheessa tahansa. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi tutkimukseen osallistumiselle. Vastaukset käsitellään luottamuksella ja anonyymisti, jolloin vastaajan henkilöllisyys ei tule tutkimuksen missään vaiheessa esille. Vastaukset ovat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja ne hävitetään asianmukaisesti työn valmistuttua. Vastaamaan pääset oheisen Webropol-linkin kautta. Aikaa vastaamiseen kuluu n. 30 minuuttia. Vastausaika on 16.2.2020 saakka. Tarvittaessa voitte olla meihin yhteydessä allaolevien sähköpostiosoitteiden kautta.

Linkki kyselyyn:

<https://link.webpolsurveys.com/S/65CFB35CB3CBA9F2>

Paljon kiitoksia tutkimukseen osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

Sh Sara Hautanen (L5181@student.jamk.fi)

Sh Miia Korhonen (M2339@student.jamk.fi)

Liite 2. Webropol-kysely

1. TAUSTATIEDOT

Ikä

Alle 25 vuotta

25-34 vuotta

35-44 vuotta

45-54 vuotta

Yli 55 vuotta

Työkokemus _____ vuotta hoitotyössä, josta _____
vuotta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisessa.

Työyksikkösi

Kyllön sairaala _____

Sovatek _____

Psykiatria _____

2. AVOIMET KYSYMYKSET

Vastaathan kysymyksiin mahdollisimman laajasti.

1. Kuvaile millaisia kokemuksia sinulla on ja millaisena tällä hetkellä koet kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisen toteutuvan omassa työyksikössäsi?
2. Kuvaile millaisena koet oman osaamisesi kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa?
3. Kuvaile millaisia haasteita koet kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa omassa työyksikössäsi? Mikä mahdollisesti estää tai edistää potilaan hoitamista?
4. Kuvaile mitkä ovat sinun vahvuutesi hoitajana kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa?

5. Kuvaile millaisena koet kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisen ja kohtaamisaamisen omassa työyksikössäsi? Voit nimetä edistäviä ja/tai estäviä tekijöitä.
6. Kuvaile millaisia haasteita koet kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisessa omassa työyksikössäsi?
7. Missä koet hoitajana tarvitsevasi lisäosaamista kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa?
8. Missä koet työyhteisösi tarvitsevan lisäosaamista kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa?

Liite 3. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Vaikeahoitoisia potilaita.	Potilasaineiston haasteellisuus	Estävät tekijät kaksoisdiagnoosissa	Hoidon toteutumista estävät tekijät
Hoitaminen haasteellista.			
Hoidetaan psyykinen oireilu ensisijaisesti.	Hoito ei integroitua	Estävät tekijät hoitojärjestelmässä	
Päihdepuoli hoidetaan siinä sivussa.			
Asenne estää eniten.	Hoitohenkilökunnan asenne	Estävät tekijät hoitohenkilökunnassa	
Hoitohenkilökunnan asenne estää päihdepotilaiden hoitamista.			
Potilaan oirehdinta antaa materiaalia hoitosuhteeseen.	Hoitosuhdetyöskentely	Edistävät tekijät kaksoisdiagnoosissa	Hoidon toteutumista edistävät tekijät
Pitää hoitosuhdetyöskentelyn antamista haasteista.			
Päihdepuoli otetaan puheeksi.	Hoito integroitua	Edistävät tekijät hoitojärjestelmässä	
Osastolla pyritään lääkehoidossa huomioidaan kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisuustilanne.			
Osa vastata potilaan tarpeisiin häiriötason vaatimalla tavalla.	Hoitohenkilökunnan osaaminen/kokemus kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä	Edistävät tekijät hoitohenkilökunnassa	
Ennen päihdehoitotyötä kokemusta psykiatrian puolelta parikymmentä vuotta.			

Liite 4. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisessa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Persoonallisuushäiriöt asettavat haastetta yhteisöllisesti.	Potilasaineiston haasteellisuus	Kohtaamista estävät tekijät kaksoisdiagnoosissa	Kohtaamista estävät tekijät
Potilaan psyykinen vointi vaikuttaa omahoitajatyöskentelyn etenemiseen.			
Puheeksi ottaminen liian satunnaista.	Hoito ei integroitua	Kohtaamista estävät tekijät hoitojärjestelmässä	
Puheeksi ottaminen psykoosikeskeistä.			
On hoitajia, jotka eivät koe päihde- tai mielen-terveyspotilaita omaksi osaamisalueekseen.	Hoitohenkilökunnan asenne	Kohtaamista estävät tekijät hoitohenkilökunnassa	
Empatian puute potilaan toistuvien hoitajaksojen vuoksi.			
Potilas otetaan ihmisenä vastaan.	Empatia, potilasta kunnioittava työote	Kohtaamista edistävät tekijät hoitohenkilökunnassa	Kohtaamista edistävät tekijät
Arvostava kohtaaminen.			

Liite 5. Aineiston luokittelu: Hoitajien kokemuksia osaamisen tarpeesta
kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tarve päivitykselle eri päihteiden vaikutuksesta potilaaseen.	Psykiatrisen tai päihdepotilaan hoito	Hoitaminen	Hoitajien tarvitsema lisäosaaminen
Tarve koulutukselle psykiatrisen potilaan hoitotyöstä.			
Kohtaaminen.	Potilaan kohtaaminen	Kohtaaminen	
Hoidetaanko kaikkia samanarvoisesti.			
Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi.	Kaikessa	Sekä hoito- että kohtaamisosaaminen	
Kaikessa.			
Päihdehoitotyö.	Psykiatrisen tai päihdepotilaan hoito	Hoitaminen	Työyhteisön tarvitsema lisäosaaminen
Psykiatristen potilaiden hoito.			
Asenne.	Hoitohenkilökunnan asenne	Kohtaaminen	
Konkreettisia keinoja miten motivoitua aina uudelleen haasteellisten potilaiden hoitoon.			
Vahvistusta osaamiseen luennoilla/toimipaikkakoulutuksella.	Kaikessa	Sekä hoito- että kohtaamisosaaminen	
Kaikessa.			