



"Mekään ei tiedetä mitä tapahtuu näille muille ihmisille jotka eivät ole motivoituneita"

- päihdeongelmainen mielenterveysasiakas
Vantaan psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulmasta



Tolmunen, Tommi

Veijalainen, Ari

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila
Sosionomi AMK
Rikosseuraamusala

Tiivistelmä

Tommi Tolmunen, Ari Veijalainen

Opinnäytetyö ”Mekään ei tiedetä mitä tapahtuu näille muille ihmisille jotka eivät ole motivoituneita” - päihdeongelmainen mielenterveysasiakas Vantaan psykiatrian poliklinikoitten sairaanhoitajien näkökulmasta.

Vuosi

2010

Sivumäärä 67

Kuvaamme opinnäytetyössämme seitsemän psykiatrisen sairaanhoitajan kokemia haasteita päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoidossa sekä heidän näkemyksiään tämän asiakasryhmän sijoittumisesta päihde- ja mielenterveystyön palvelujärjestelmissä. Lisäksi esittelimme sairaanhoitajien arvioitavaksi Olli Kampmanin ja Antero Lassilan kehittämän kuutioarviointimallin jonka tarkoituksena on selkeyttää päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden hoitotarpeen ja hoitopolun määrittelemistä. Sairaanhoitajat työskentelivät kolmella eri Vantaan psykiatrian poliklinikalla. Aineiston keräsimme kahdessa ryhmähaastattelussa sekä kyselylomakkeella. Aineiston analysoimme induktiivisesti sisällönanalyysillä ja kyselylomakkeen analysoimme kvantitatiivisesti.

Kahden tai useamman sairauden yhtäaikaista esiintymistä samalla henkilöllä kutsutaan komorbiditeetiksi. Kun kyseessä ovat päihde- ja mielenterveyshäiriöt puhutaan usein kaksoisdiagnoosista. Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien on todettu usein joutuvan nykyisissä päihde- ja mielenterveysjärjestelmissä väliinputoajiksi. Lisäksi heillä on useasti sosiaalisia ongelmia ja jatkuva syrjäytymisen uhka. Opinnäytetyömme mukaan päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoitaminen on hyvin vaativaa ja psykiatrisilla poliklinikoilla käytössä olevat hoitomenetelmät eivät aina sovellu näiden asiakkaiden hoitoon parhaalla mahdollisella tavalla. Resurssit asiakkaiden hoitoon vaikuttaisivat olevan puutteellisia ja hoitovastuun jakautuminen päihde- ja mielenterveyspalveluiden välillä epäselvää. Esittelemämme kuutioarviointimallin käyttökelpoisuudesta sairaanhoitajien työssä emme saaneet selkeää tulosta.

Opinnäytetyömme oli osa Psykiatria ja päihteet -projektia jonka tarkoituksena oli selvittää Vantaan kaupungin psykiatrian poliklinikoiden sekä Peijaksen sairaalan psykiatristen osastojen työntekijöiden käsityksiä samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden hoidosta. Lisäksi pyrkimyksenä oli kehittää yhteistyötä alueella toimivien päihde- ja mielenterveysyksiköiden kesken. Projektin oli osa laajempaa vuonna 2005 käynnistynyttä ja 2009 päättynyttä Sosiaali- ja terveysministeriön Sateenvarjo-projektia, jossa päämääränä oli kehittää Vantaan ja Keravan kaupunkien sekä HUS/HYKS-sairaanhoitoalueen päihde- ja mielenterveyspalveluita.

Asiasanat: avohoito, kaksoisdiagnoosi, komorbiditeetti, mielenterveys, päihteet

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Tikkurila
 Degree Programme in Correctional Services

Abstract

Tommi Tolmunen, Ari Veijalainen

"Even we don't know what happens to these other people who are not motivated" - mental health client with substance abuse problems from the perspective of psychiatric nurses in Vantaa

Year	2010	Pages	67
------	------	-------	----

This thesis focused on the challenges experienced by seven psychiatric nurses in the treatment of mental health clients with substance abuse problems and their views of the placing of this client group within mental health services and intoxicant abuse rehabilitation. Also, Olli Kampman's and Antero Lassila's evaluation model was presented to be reviewed by the psychiatric nurses. The model's purpose is to clarify the care need assessment of those clients who are simultaneously suffering from mental disorders and substance abuse problems. The nurses worked in three different psychiatric policlinics in City of Vantaa. The research material was gathered in two group interviews and with a questionnaire. The material was analysed inductively with content analysis and the questionnaire was analysed quantitatively.

The simultaneous appearance of two or more health disorders with the same person is called comorbidity. When mental disorder and substance abuse problems are appearing at the same time it is often called dual diagnosis. Persons suffering simultaneously from mental disorders and substance abuse problems are frequently stated to fall in the middle of the current mental health and intoxicant abuse rehabilitation systems. They also have many kinds of social problems and are constantly in the danger of alienation. According to this thesis, the treatment of mental health clients who have substance abuse problems is very challenging and the methods of treatment in use at psychiatric policlinics do not always apply to this client group in the best possible way. The resources for taking care of these clients seem to be inadequate and the responsibility between the mental health system and the intoxicant abuse rehabilitation system seems unclear. In terms of the Kampman-Lassila model, its applicability in psychiatric nurses' work did not provide any clear results.

This thesis was part of a project called Psykiatria ja päihteet (Psychiatry and intoxicants) whose purpose was to find out the views of the staff working in psychiatric policlinics in City of Vantaa and in the psychiatric wards of Peijas Hospital about the treatment of those clients who suffer simultaneously from mental disorders and substance abuse problems. The purpose of the project was also to develop the cooperation between the substance abuse rehabilitation units and the mental health units of the region. It was part of the larger Umbrella project of Vantaa City the goal of which was to develop intoxicant abuse rehabilitation services and mental health services in the cities of Vantaa and Kerava and the HUCH hospital district.

Key words: outpatient care, dual diagnosis, comorbidity, mental health, intoxicants

SISÄLLYS

JOHDANTO	5
1 SAMANAIKAISET PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	6
1.1 Samanaikaisten päihde- ja mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys	8
1.2 Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintymistä selittäviä malleja	9
1.3 Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöstä kärsivän asiakkaan hoito	9
2 PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ SUOMESSA	10
2.1 Avohoito	11
2.2 Laitoshoidto	12
2.3 Muut palvelut	12
3 MIELENTERVEYSTYÖN PALVELUJÄRJESTELMÄ SUOMESSA.....	13
3.1 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa	14
3.2 Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa	14
3.3 Mielenterveystyön palvelujärjestelmän rakenteen muutos 1900-luvun lopulla	15
4 KUUTIOARVIOINTIMALLI	15
5 TUTKIMUSONGELMAT	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	20
6.1 Ryhmämuotoinen teemahaastattelu	21
6.2 Kysely kuutioarviointimallista	22
7 AINEISTON ANALYYSI	23
8 TULOKSET	28
8.1 Sairaanhoidtajien kohtaamat haasteet	30
8.2 Hoitovastuun jakautuminen, yhteistyö ja hoidon kehittäminen.....	38
8.3 Kuutioarviointimalli	45
9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	47
10 YHTEENVETO JA POHDINTA.....	49
LÄHTEET	57
KUVAOTSIKKOLUETTELO	60
LIITTEET	61

JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on selvittää Vantaan alueen psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia työskentelystä päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kanssa. Tähän työhön liittyy olennaisena osana yhteistyö päihdehuollon kanssa. Tavoitteenamme on tuoda esille kentän näkemyksiä ja kehittämisajatuksia aiheesta sekä selvittää päihdeongelmista kärsivien mielenterveysasiakkaiden sijoittumista palvelujärjestelmässä. Esittelimme lisäksi sairaanhoitajille kuutioarviointimallin ja pyrimme selvittämään olisiko se heidän mielestään sopiva työkalu työssä päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kanssa. Kuutioarviointimalli on Tampereen yliopiston lääketieteen professorin Olli Kampmanin ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueen johtajan Antero Lassilan kehittämä malli samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivän asiakkaan tilanteen ja hoitopolun määrittelemiseksi. Otimme kuutioarviointimallin osaksi opinnäytetyötämme, koska halusimme selvitystyön lisäksi tarjota uuden työkalun poliklinikoiden työskentelyyn. Aineistomme keruun jälkeen Vantaan kaupungin palvelujärjestelmää on uudelleen organisoitu siten, että pienemmät aluepoliikklinikat on yhdistetty suuremmiksi yksiköiksi. Opinnäytetyömme tutkimusongelmat kuitenkin lienevät edelleen ajankohtaisia hoitotyön sisällön pysyessä samana.

Haastattelimme keväällä 2009 seitsemää sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät kolmella eri psykiatrian poliklinikalla Vantaalla. Haastattelut teimme kahtena ryhmähaastatteluna. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kolme ja toiseen neljä haastateltavaa. Haastattelumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Nauhoitimme haastattelut ja litteroimme ne sanasta sanaan. Lisäksi kuusi haastateltavaa vastasi kirjalliseen kyselyyn kuutioarviointimallin soveltuvuudesta heidän työyksikkönsä. Haastattelujen analysoimiseen käytimme sisällönanalyysiä.

Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden palveluiden puutteellisuus on ollut toistuvasti esillä eri yhteyksissä, aiheesta on kirjoitettu mielenterveystyön sekä lääketieteen ammattilehdissä ja siitä on tehty useita selvityksiä. On koettu, että heille ei ole tarjottu riittävästi apua joko päihde- tai mielenterveyspalveluissa. Keskeistä on tällöin kehittää terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä, jotta päihde- ja mielenterveysongelmista yhtäaikaisesti kärsivät saisivat kattavaa ja oikealla tavalla suunnattua hoitoa. Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ajautuvat herkästi syrjäytymiskierteeseen, mikä osaltaan lisää avoterveyden- ja sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä aiheutuvia taloudellisia kustannuksia. Syrjäytymisen seurauksena ja päihteiden ollessa laittomia, koituu yhteiskunnallisia kustannuksia myös runsaasti järjestyksen valvontaan ja rikollisuuteen liittyen (Johnsson. 2000: 119-127).

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovatkin hyvin yleisiä rikosseuraamusalan asiakkailta, esimerkiksi vangeilla. Oikeusministeriö ja rikosseuraamuslaitos suorittivat tutkimuksen rikosseuraamusasiakkaiden terveydestä, työkyvystä ja hoidontarpeesta. Tutkimuksen tiedonkeruu suoritettiin vuosien 2005-2007 välisenä aikana. Alustavien tutkimustulosten mukaan kaikilla vankeiryhmillä todettiin runsaasti ruumiillisia sairauksia ja mielenterveyden häiriöitä. Tutkittavista noin puolella oli alkoholiriippuvuus ja kahdella kolmasosalla jokin muu päihteidenkäyttödiagnoosi. Jokin persoonallisuushäiriö diagnosoitiin noin kahdella kolmasosalla. (www.rikosseuraamuslaitos.fi.) Opinnäytetyön aihe linkittyy siis myös rikosseuraamusalaan, jota me opiskelemme. Rikosseuraamusalan asiakkaat kärsivät usein mielenterveys- ja päihdeongelmista. Vankilassa ollessaan he ovat vankilaterveydenhuollon piirissä, mutta siviilissä ja yhdyskuntaseuraamuksia suorittaessaan he tarvitsevat julkisia päihde- ja mielenterveyspalveluita. Koemme opinnäytetyömme näin tukevan myös omaa ammatillista kasvuamme.

Opinnäytetyömme käynnistyi osana Psykiatria ja päihteet-projektia joka taas oli osa laajempaa Sosiaali- ja terveysministeriön Sateenvarjo-projektia. Psykiatria ja päihteet -projektin tarkoituksena oli selvittää psykiatrian poliklinikoiden ja Peijaksen sairaalan psykiatristen osastojen työntekijöiden käsityksiä niiden asiakkaiden hoidosta, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia. Tarkoituksena oli myös kehittää yhteistyötä päihde- ja mielenterveystyötä tekevien yksiköiden välillä. Sateenvarjo-projekti käynnistyi vuonna 2005 seudullisena mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishankkeena Vantaan ja Keravan kaupunkien sekä HUS/HYKS-sairaanhoidopiirin alueella. Perustana kehitystyössä oli yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen kanssa tehdyt tutkimukset vantaalaisten terveyskeskuksen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden sekä nuorten depressiosta sekä muut alueella aikaisemmin toteutetut kehittämis- ja tutkimusprojektit. Projektin tavoitteena oli kehittää linjassa päihde- ja mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen kanssa seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuus, jossa palvelukokonaisuuden painopiste on peruspalveluissa ja ongelmien tunnistaminen ja matalan kynnyksen hoidon aloittaminen kaikissa ikäryhmissä toteutuu nykyistä aikaisemmin. Projektia hallinnoi Vantaan kaupunki ja se päättyi keväällä 2009. (Kuosmanen & Vuorilehto. 2007: 3.)

1 SAMANAIKAISET PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Puhuttaessa yhdellä henkilöllä samaan aikaan ilmenevistä päihde- ja mielenterveyshäiriöistä käytetään usein termiä kaksoisdiagnoosi. Tässä opinnäytetyössä viitatessamme psykiatristen poliklinikoiden asiakkaisiin joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia, emme käytä kaksoisdiagnoosi-käsitettä. Ensinnäkin syynä tähän on se, että kyseisillä asiakkailta ei välttämättä ole diagnosoitu molempia häiriöitä, joten esimerkiksi termi kaksoisdiagnoosiasiakas olisi heidän kohdallaan harhaanjohtava. Toiseksi käsite kaksoisdiagnoosi ei ole vakiintunut,

vaan eri tahot käyttävät sitä eri tavoin. Tämän vuoksi viitatessamme omassa aineistossamme psykiatrian poliklinikoiden asiakkaisiin, jotka yhtäaikaisesti kärsivät sekä päihde- että mielen-terveysongelmista, käytämme termiä päihdeongelmainen mielenterveysasiakas. Puhuessamme yleisemmin palvelujärjestelmän asiakkaista, joilla on samanaikaisesti päihde- ja mielen-terveysongelmia, käytämme käsitettä samanaikaisesti päihde- ja mielen-terveyshäiriöistä kärsivä asiakas. Koemme kuitenkin oleelliseksi avata mitä kaksoisdiagnoosi-käsite pitää sisällään, koska sitä joka tapauksessa paljon käytetään samanaikaisiin päihde- ja mielen-terveyshäiriöihin liittyvissä artikkeleissa ja tutkimuksissa.

Sanan alkuperä juontuu siitä, että lääkäri määrittelee samalle henkilölle kaksi eri sairautta, mielen-terveysdiagnoosin ja päihdediagnoosin. Henkilöllä on siis "kaksoisdiagnoosi". Se on niin Suomessa kuin kansainvälisestikin uusi käsite, joka otettiin käyttöön 1990-luvulla. (Pihlaja. 2005.) Lääketieteessä kahden tai useamman sairauden samanaikaisesta esiintymisestä käytetään termiä komorbiditeetti. Kaksoisdiagnoosi-sanalle on yritetty keksiä täsmällisempää vastinetta. Sanahan viittaa kahteen diagnoosiin paljastamatta, että kyseessä ovat nimenomaan päihde- ja mielen-terveysdiagnoosit. Toistaiseksi mikään muu sana ei ole kuitenkaan jäänyt yleisempään käyttöön. (Aalto. 2007: 1293.)

Kaksoisdiagnoosi-käsitteen sisältö on vakiintumaton, sillä eri tahot määrittelevät sen eri tavoin. Toiset rajaavat tarkasti, minkälaiset mielen-terveyden ongelmat ja minkä laatuinen päih- teidenkäyttö käsitteeseen kuuluu, toisten tahojen määrittely on väljempää. Lääketieteellises- ti määritellessä edellytetään, että päihderiippuvuus ja psyykkinen sairaus esiintyvät toisistaan riippumatta. (Mäkelä. 2003: 184.) Usein mielen-terveyden häiriö on kaksoisdiagnoosi- käsitteessä rajattu siten, että sen on oltava siinä määrin vakava, että ilman päih- teidenkäyttöäkin siihen liittyisi toimintakyvyn huomattava ja pysyvä heikkeneminen tai sen uhka (Drake. 2001: 469-476). Päihdeongelman diagnosointiin käytetään Suomessa Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10-luokitusta, jossa päih- teidenkäytön häiriöitä ovat haitallinen käyttö ja riippu- vuusoireyhtymä. Tupakan käyttö on yleensä rajattu kaksoisdiagnoosi-käsitteen ulkopuolelle. Joskus myös alkoholin käyttö on rajattu siitä pois. Tutkimustiedolla alkoholin käytön poisra- jaamista on hankala argumentoida. Todennäköisesti syyt tähän ovatkin hallinnollis- byrokraattiset. Alkoholin käyttö on yleisempää kuin huumeiden käyttö, joten juuri alkoholiin liittyvien kaksoisdiagnoosien hoitoon tulisi panostaa. (Aalto. 2007: 1294.)

Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto (UNODC) määritte- lee, että kaksoisdiagnoosipotilas on "henkilö, jolla on diagnosoitu alkoholi- tai huumeongelma sekä jokin toinen sairaus, yleensä psyykkinen sairaus, kuten mielialahäiriö tai skitsofrenia". Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee kaksoisdiagnoosin siten, että "henkilöllä on sa- manaikaisesti psyykoaktiivisen aineen käyttöä koskeva häiriö ja muu psyykkinen häiriö".

(EMCDDA. 2004: 94). Kaksoisdiagnoosi saatetaan nähdä myös sateenvarjomaisena yläkäsitteenä, joka kattaa erilaisista riippuvuuksista ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisten erilaiset diagnoosiyhdistelmät (Mantila. 2005: 4).

1.1 Samanaikaisten päihde- ja mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes arvioi huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää Suomessa amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä. Vuonna 2005 tämä määrä oli 14500-19100 eli noin 0,5-0,7 prosenttia maan 15-54-vuotiaasta väestöstä (Rönkä ym. 2007: 2). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan suomalaisista noin viidellä prosentilla on alkoholiongelma. Alkoholin riskikäyttäjiin kuuluu noin 10 prosenttia (www.stakes.fi). Suomessa yleisimmin diagnosoitu mielenterveydenhäiriö on masennus. Arviolta 10-20 prosenttia väestöstä sairastaa masennuksen ainakin kerran elämänsä aikana. 5-15 prosentilla väestöstä arvellaan esiintyvän persoonallisuushäiriöitä ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä 1-2 prosentilla. Skitsofreniaa sairastavien potilaiden määrän arvellaan olevan 0,5-1,5 prosenttia. (Hölttä. 2006: 11.)

Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintymisen esiintyvyyttä on ensimmäisen kerran selvitetty laajasti yhdysvaltalaisessa Epidemiologic Catchment Area -tutkimuksessa, joka tehtiin vuosina 1980-1985. Jossain elämänvaiheessa päihdeongelma todettiin 17 prosentilla tutkittavista. Niillä joilla oli jokin mielenterveydenhäiriö, päihdeongelma todettiin 29 prosentilla. Luvut vaihtelivat eri mielenterveyden häiriöissä. Skitsofreniaa sairastavilla 47 prosentilla esiintyi jossain sairauden vaiheessa päihdeongelma. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä päihdeongelma todettiin jossain sairauden vaiheessa jopa 56 prosentilla. Toisin tarkasteltuna tutkimuksen mukaan 23 prosentilla väestöstä oli jossakin elämänsä vaiheessa jokin muu mielenterveyden häiriö kuin päihdehäiriö. Alkoholiongelmasta kärsivillä jokin muu mielenterveydenhäiriö todettiin 37 prosentilla ja huumehäiriötä potevilla 53 prosentilla. (Aalto. 2007: 1293-1294.)

Suomessa samanaikaisesti huumausaineriippuvuudesta ja psykiatrisesta häiriöstä sairaalahoitossa olleiden määrä on viisinkertaistunut vuodesta 1987. Kasvuun on vaikuttanut 1990-luvulta alkanut psykiatristen laitoshoitopaikkojen vähentäminen ja palvelurakenteen keventäminen. (Pirkola & Wahlbeck. 2004: 1674.) Lisäksi päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintymistä on lisännyt päihteiden, varsinkin alkoholin kulutuksen kasvu (Virtanen. 2005). Tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että päihde- ja mielenterveyshäiriöiden esiintyminen henkilöllä samanaikaisesti on yleistä. Tulokset myös osoittavat, että eri häiriöt suurentavat toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta. Päihdehäiriöt ja mielenterveyshäiriöt ovat kytköksissä toisiinsa. (Aalto. 2008.)

1.2 Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintymistä selittäviä malleja

Tilanteen syntymistä, jossa henkilöllä on samanaikaisesti päihdehäiriötä ja mielenterveyshäiriötä selitetään yleensä kolmella eri mallilla. Ensimmäisessä mielenterveyden häiriö lisää päihdehäiriön riskiä. Mielenterveyden häiriöstä kärsivä saattaa lievittää psyykkisiä oireita päihteillä. Näin sairaus altistaa päihteidenkäytölle ja riippuvuuden kehittymiselle. (Hölttä. 2006: 5-6.) Toisen mallin mukaan päihteidenkäyttö laukaisee mielenterveydenhäiriön niille alttiilla henkilöillä. Osa välttyy muilta laukaisevilta tekijöiltä, ja he olisivat siten ilman päihteidenkäyttöä välttyneet sairastumiselta. Tällä ei tarkoiteta lyhytaikaisia päihteiden aiheuttamia häiriötä tai vieroitukseen liittyvää lyhytaikaista masennusta. (Aalto. 2007: 1293-1294.) Kolmas malli esittää, että osalla häiriöt kehittyvät samanaikaisesti. Tällöin häiriöillä ei ole syy-seuraussuhdetta vaan niiden taustalla on yhteisiä riskitekijöitä. Yhteiset riskitekijät voivat olla perinnöllisiä, biologisia tai psykososiaalisia. (Hölttä. 2006: 6.) Luultavasti monet tekijät yhdessä selittävät miksi päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa esiintymisen mahdollisuutta. Häiriöiden samanaikaisuuden yleisyys antaa perusteen pohtia, muodostavatko jotkin häiriöt sittenkään toisistaan selvästi erottuvia itsenäisiä kokonaisuuksia. (Aalto. 2007: 1293-4.)

1.3 Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöstä kärsivän asiakkaan hoito

Niiden henkilöiden hoidossa, joilla todetaan sekä päihde- että mielenterveyshäiriötä, useimmin käytetään jaksottaista ja rinnakkaista hoitoa, joka annetaan kahdessa eri paikassa. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin vaikkapa päihdeongelmaa A-klinikalla, ja kun on päästy tarpeeksi hyvään hoitotulokseen, aloitetaan toisen ongelman, esimerkiksi masennuksen hoito psykiatrian poliklinikalla. Rinnakkaisen hoidon mallissa taas hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta kummallekin häiriölle on eri hoitotaho. Kolmantena hoitomallina on niin sanottu integroitu hoito, joka on hoitomalleista uusin. Integroidussa hoidossa yksi taho hoitaa asiakkaan molempia häiriötä samanaikaisesti. Hoidossa on jaksottamista, mutta sitä ei määritellä toimintamalleista, vaan asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta käsin. Integroitua hoitoa tarjoavan lääkärin tai työryhmän täytyy olla perehtynyt sekä päihdehäiriöiden että mielenterveyshäiriöiden hoitoon. (Aalto. 2008.)

Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kanssa tehtävä hoitotyö on erityisen vaativaa ja usein epäkiitollista. Häiriöiden yhteisesiintymiseen liittyy paljon ja monenlaista oireilua, toimintakyvyn heikkenemistä, hoitokielteisyyttä ja tarpeita, joihin kapealaisempaan oireiluun suunnitellun hoitojärjestelmän on vaikea vastata. (Pirkola & Wahlbeck. 2004: 1674.) Samanaikaisten häiriöiden diagnosoiminen on hankalaa. Päihteidenkäytön aiheuttama häiriökäyttäytyminen hallitsee usein taudinkuvaa ja peittää psyykkisiä oireita (EMCD-

DA. 2004: 94.) Osittain näistä syistä yhdeksi samanaikaisten päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoidon haasteiksi on todettu hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet ja haluttomuus kohdata kyseistä asiakasryhmää (Hölttä. 2006: 17). Tällä hetkellä mielenterveyspalvelut ja päihdepalvelut ovat sektoroituneet. Mielenterveystyön palvelujärjestelmä keskittyy mielenterveysongelmien hoitamiseen ja päihdepalvelujärjestelmä päihdeongelmien hoitamiseen. Molemmista ongelmista kärsivältä tämä eriytyneisyys saattaa vaikeuttaa tai jopa estää perustuslaillisen oikeuden riittävään hoitoon ja huolenpitoon. (Hölttä. 2006: 14.)

2 PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ SUOMESSA

Suomen lain mukaan jokaisen suomalaisen on saatava tarvittaessa päihdepalveluja. Päihdehuoltolain 7 § mukaan: "Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella" (Päihdehuoltolaki 41/1986). Laki edelleen määrää, että kuntien on järjestettävä päihdepalvelut. Niiden tulee olla sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisia kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluiden ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen ovat sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnan vastuulla ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnan vastuulla. (Päihdehuoltolaki 41/1986.) Päihdepalvelut jaetaan Suomessa yleis- ja erityispalveluihin. Yleispalveluita ovat sosiaalitoimen, terveyskeskusten ja sairaaloiden tarjoamat palvelut. Erityispalveluita ovat A-klinikat eri liitännäispisteineen, nuorisoasemat, päiväkeskukset, päihdehuollon kuntoutuslaitokset ja erityispalveluiden yhdistelmät. (Saarelainen ym. 2003: 53-55.) Eri kunnissa päihdepalvelut ovat järjestetty eri tavoin. Kunnat saattavat tuottaa palvelut itse tai ostaa ne ostopalveluina esimerkiksi päihdepalveluja tuottavilta järjestöiltä, säätiöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Osassa kunnista kunta tuottaa avohoidon palvelun itse ja ostaa laitospalvelut katkaisu- ja kuntoutuspalvelut. Osa kunnista tuottaa kaikki palvelut itse. Joissakin kunnissa palvelut tuotetaan alueellisesti kuntien ja järjestöjen muodostamien säätiöiden toimesta. (Havio ym. 2008:99.)

Päihdehuoltolain ensisijaisia lähtökohtia ovat avohoito ja omaehtoinen hoitoon hakeutuminen. Laki myös painottaa asiakkaan osallisuutta ja läheisten huomioimista hoidossa. Jos avohoito ei onnistu, on päihteidenkäyttäjää mahdollista hoitaa tietyin edellytyksin vastoin hänen omaa tahtoaan psykiatrisessa sairaalassa. Päihdehuoltolaki mahdollistaa henkilön tahdosta riippumattoman hoidon, mikäli vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Lisäksi henkilön tilanteen on oltava sellainen, että ilman päihteidenkäytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa hän on aiheuttamassa itselleen hengenvaarallisen terveysvaaran tai päihteidenkäytön vuoksi on vakavalla tavalla väkivaltaisesti vaarantamassa perheensä jäsenen tai jonkun muun terveyden, turvallisuuden

tai henkisen kasvun. (Päihdehuoltolaki 41/1986.) Tahdosta riippumaton hoito voi pohjautua myös mielenterveyslakiin ja alaikäisten hoidossa voidaan soveltaa lastensuojelulakia. Mielenterveyslain 8 § mahdollistaa henkilön hoitamisen hänen tahdostaan riippumatta, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Tahdosta riippumatonta hoitoa on Suomessa kuitenkin käytetty melko harvoin päihdeidenkäytön aiheuttamien mielenterveysongelmien hoidossa (Havio ym. 2008 :101-103). Päihdepalvelujen avohoito keskeisyys on päihde ja mielenterveysongelmista samanaikaisesti kärsivien asiakkaiden kannalta ongelmallista, koska avohoito usein vaatii kykyä noudattaa ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumista intensiivisiin hoitosuhteisiin. Avohoito suosii sosiaalisempia päihdeongelmaisia. (Inkeroinen & Partanen. 2006: 22.)

2.1 Avohoito

Avohoidollisia päihdepalveluja tuotetaan sekä sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluissa että päihdehuollon erityispalveluina. Terveyskeskuksissa, neuvoloissa, sosiaalitoimistoissa, kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa palvelut saattavat olla muun muassa päihdeidenkäytön tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelman arviointiin, jatkohoitoon ohjaukseen ja pitkäaikaiseen jatkohoitoon osallistumiseen liittyviä palveluita. Avohuollon erityispalveluja tarjoaa muiden muassa A-klinikat. Niiden palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja hoitoon hakeutuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. A-klinikoilla saa apua päihdeongelmiin sekä toiminnallisiin riippuvuuksiin kuten peli- ja nettiriippuvuuteen. Hoitomuotoja ovat esimerkiksi katkaisuhoido, keskustelu-, ryhmä- ja toimintaterapiat sekä arviointi- ja neuvontapalvelut. A-klinikat käyttää työmuotoina yksilö-, pari-, perhe- ja verkostotyötä. A-klinikat ovat kunnan tai kuntainliiton ylläpitämiä tai ostosopimuksella ostettuja avohoitopalveluita. Nuorisoasemat tarjoavat avohuollon erityispalveluita alle 25-vuotiaille. Myös niiden palvelut ovat ilmaisia ja perustuvat vapaaehtoisuuteen. Niihin voi hakeutua päihdeidenkäyttöön, mielenterveysongelmiin ja muihin nuoren kasvuun ja elämäntilanteeseen liittyen kriisien vuoksi. Palvelut ovat toimintaa tai terapiaa ja ne voivat olla suunnattuja yksilöille, perheille tai ryhmille. (Havio ym. 2008: 100.) Palveluissa on alueellisia eroja, esimerkiksi Vantaan kaupungin nuorisoaseman asiakkuus edellyttää jonkinasteista riippuvuusproblematiikkaa (Palttila-Pulli. 2008).

2.2 Laitoshoito

Päihdeongelman laitoshoidon on jaettavissa lyhytaikaisempaan katkaisuhoidon ja pitkäaikaisempaan kuntoutushoiton. Useilla paikkakunnilla alkoholin- ja huumeidenkäyttäjien katkaisu- ja kuntoutushoidon tapahtuu samassa yksikössä, mutta monille paikkakunnille ollaan viime vuosina perustettu erityisesti huumeidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneita yksiköitä. Katkaisuhoidon tavoitteena on katkaista päihteidenkäyttökierre ja luoda edellytykset fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle jatkohoitosuunnitelman avulla. Katkaisuhoidon kesto on laitoksissa yleensä 1-2 viikkoa. Katkaisuhoidon toteutetaan A-klinikoiden katkaisuhoidon osastoilla, huumeidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneissa katkaisuhoidon yksiköissä, psykiatristen sairaaloiden päihdepsykiatrian osastoilla tai pienemmillä paikkakunnilla terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Katkaisuhoidon hakeutuminen tapahtuu yleensä A-klinikan tai terveyskeskuksen kautta. Kuntoutuslaitoksissa tarjotaan pidempiaikaista hoitoa. Usein hoito kestää joitakin viikkoja, pisimmillään joissakin yhteisöhoitoa tarjoavissa yksiköissä 1,5 vuotta. Hoitojaksoon voi liittyä intervallihoidon, jossa laitoshoidon jälkeen järjestetään muutaman viikon välein lyhyt jokusen päivän kestävä hoitojakso tukemaan kuntoutusta. (Havio ym. 2008: 101.)

2.3 Muut palvelut

Vaikeasti päihderiippuvaiset tarvitsevat usein asumis- ja muita tukipalveluita. Katkaisu- ja kuntoutushoidon jälkeen kuntoutuja saattaa kokea yksinäisyyttä, ja houkutus palata päihteidenkäyttöpiireihin voi olla suuri. Monissa kunnissa on järjestetty erilaisia asumispalveluita päihde- ja muista ongelmista kuntoutuville, lisäksi osassa kunnista on päiväkeskuksia, jotka pyrkivät tukemaan päihdekuntoutuksen jälkeistä selviämistä. A-killat järjestävät muun muassa harrastetoimintaa, niiden toiminta perustuu päihdeongelmista toipuvien ja heidän läheistensä vapaaehtoistyöhön. AA (Nimettömät alkoholistit) ja NA (Nimettömät narkomaanit) ovat toveriseuroja joiden ryhmätoiminta perustuu vertaistukeen. Useissa kunnissa on matalan kynnyksen hoitopalveluita. Ne voivat tarjota esimerkiksi terveysneuvontaa huumeidenkäyttäjille, B-hepatiittirokotuksia, mahdollisuuden HIV- ja hepatiittitestaukseen, pienten haavojen hoitoa ja hoitoonohjausta. Osa tarjoaa suonensisäisesti huumeita käyttäville puhtaita neuloja vanhojen tilalle. Matalan kynnyksen hoitopalveluja voi käyttää anonyymisti. (Havio ym. 2008: 101-102.)

Vankeinhoidossa on kehitetty päihdepalveluita 1990-luvun loppupuolelta alkaen, jolloin päihdetilanteen vaikeutuminen alkoi näkyä vankiloissa. Saapuessaan vankilaan vangit olivat yhä useammin vieroituslaitosten tarpeessa tai vankeja tavattiin päihtyneenä osastolla. Vuodesta 1999 vankeinhoidon laitoksella on ollut oma päihdestrategia. Vankeusaikana vankien

terveydenhuolto on valtion vastuulla. Käytännössä siitä vastaa vankeinhoitolaitoksen terveydenhuoltoyksikkö. Vankeinhoitolaitoksen päihdehoito käsittää päihdearvion, vieroitus- ja katkaisuhoidon, päihdepsykiatrisen hoidon sekä opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito- ja hoidon (Havio ym. 2008: 225-226). Tänä päivänä päihdekuntoutusta on saatavilla lähes jokaisessa Suomen vankilassa. Vankiloilla on käytössä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja yhteisöhoitoon perustuvia ohjelmia. Joissakin tapauksissa vankilassa alkanut kuntoutus jatkuu rangaistuksen loppuvaiheessa vankilan ulkopuolella päihdehoitolaitoksessa. (www.vankeinhoito.fi.) Vuonna 2007 keskivankiluku Suomessa oli 3 551 (www.rikosseuraamus.fi). Samana vuonna 705 vankia osallistui päihdekuntoutusohjelmiin, 50 sijoitettiin kuntoutuslaitoksiin ja 444 vankia osallistui päihdeneuvontaan ja motivoivaan haastatteluun (www.vankeinhoito.fi).

3 MIELENTERVEYSTYÖN PALVELUJÄRJESTELMÄ SUOMESSA

Mielenterveyslain 1 § määrittelee mielenterveystyön yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Kuten päihdepalveluiden, myös psykiatristen palveluiden järjestäminen on Suomessa tänä päivänä kuntien vastuulla. Mielenterveyslain 3 § määrää, että "kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään". Kuitenkin henkilöt, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai vaikeaa, hoidetaan lain 6 § mukaan valtion mielisairaalassa. Vangit saavat tarvittaessa hoitoa Turun vankimielisairaalassa, joka on hallinnollisesti vankeinhoitolaitoksen alainen (www.vankeinhoito.fi). Kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut niiden tuottajilta, kuten yksityisiltä tai eri järjestöiltä. Koska kunnilla on suuri päätösvalta ja vastuu palveluiden järjestämisestä, ovat alueelliset erot mielenterveyspalveluissa huomattavia. Mielenterveys- ja päihdetyöhön on laadittu laatusuositukset, joilla pyritään palvelujärjestelmän laadun yhtenäistämiseen. (Saarelainen ym. 2003: 32.)

Mielenterveystyön palvelujärjestelmä on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta jaettavissa peruspalveluihin ja erityispalveluihin. Terveydenhuollossa puhutaan perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. (Noppi ym. 2007: 125.) Suurin osa mielenterveystyöstä tehdään peruspalveluissa. Sosiaalitoimessa mielenterveystyötä tehdään muun muassa kotipalvelussa, päivähoitossa, vanhustenhuollossa, päihdehuollossa ja lastensuojelussa. (Saarelainen ym. 2003:32.) Peruspalvelujen ohella mielenterveystyötä tekevät koulu-, asuntotoimi- ja työvoimatoimistosektori, Kansaneläkelaitos, seurakunnat, vapaaehtoistyö- ja kansalaisjärjestöt sekä yksityiset palveluntarjoajat. (Noppi ym. 2007: 125.)

3.1 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa terveyskeskusorganisaatio on keskeinen. Esimerkiksi terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla, äitiys- ja lastenneuvoloissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä työterveydenhuollossa tehdään mielenterveystyötä. Kaikista terveyskeskuskäynneistä noin kolmannekseen liittyy jollain tavalla mielenterveydenhäiriö. Terveyskeskusten palveluihin kuuluu myös osastohoito jota tehdään muun muassa terveyskeskussairaalan psykiatrisella osastolla. (Saarelainen ym. 2003: 32.) Perusterveydenhuollon rooli on erityisesti toimia palveluketjun ensimmäisenä palvelutahona. Avohoidon psykiatriset toimintayksiköt, kuten psykiatriset poliklinikat ovat suurelta osin peruspalvelujen alaisia toimijoita. (Noppi ym. 2007: 125.) Järjestelmä toimii porrastetusti niin, että perusterveydenhuolto vastaa sairauksien ennaltaehkäisystä, seulonnan ja perustason hoidosta. Erikoissairaanhoidon vastaa erityistason palveluista polikliinisenä ja sairaalatoimintana, jossa on alue-, keskus- ja yliopistosairaaloitten keskinäinen porrastus. (Korkeila. 2006: 12-13.)

3.2 Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon jakaantuu avo- ja laitoshoidon. Avohoidon puolella toimivat mielenterveystoimistot, psykiatriset poliklinikat, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- ja palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot ja asuntolat. Laitosorganisaatio muodostuu psykiatrisista sairaaloista. (Noppi ym. 2007: 125-126.) Psykiatrinen erikoissairaanhoidon on järjestetty sairaanhoitopiireittäin. Erikoissairaanhoidopiirissä on yleensä useita sairaaloita. Yleissairaaloiden psykiatriset osastot, psykiatriset sairaalat ja poliklinikat tarjoavat erikoissairaanhoidollisia avo- ja laitospalveluita. Yliopistolliset sairaalat vastaavat alueellaan vaativan erikoistason sairaanhoidosta. Sairaanhoitopiirien kuuluu huolehtia erikoissairaanhoidopalveluiden yhteensovittamisesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista tulisi muodostua porrasteinen mutta kuitenkin joustava kokonaisuus. (Saarelainen ym. 2003: 34.)

Erikoissairaanhoito, sairaanhoitopiirit sekä niiden tehtävät ja vastualueet on määritetty erikoissairaanhoitolaissa (Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062).

3.3 Mielenterveystyön palvelujärjestelmän rakenteen muutos 1900-luvun lopulla

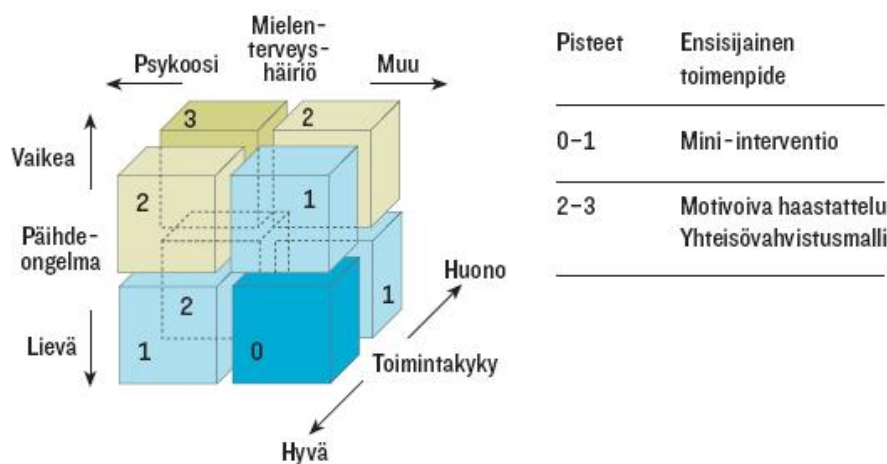
Mielenterveyden häiriöiden hoito on muuttunut Suomessa suuresti viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Kuten päihdepalveluissa, mielenterveyspalveluissakin hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon. Laitoshoidon vähentämisellä pyrittiin pitkien sairaalahoitojen haittavaikutusten, ennen kaikkea laitostumisen vähentämiseen. 1990-luvun lopulla psykiatrinen sairaalahoito toteutui 72 prosenttia pienemmällä hoitopäivämäärällä kuin vuonna 1970, potilasmäärä oli samalla aikavälillä kuitenkin vähentynyt vain 37 prosenttia. Avohoidon palvelujärjestelmä ei myöskään laajentunut suunnitelmien mukaisesti. Potilaiden vaihtuvuus sairaalahoitossa on lisääntynyt ja avohoitokäyntien määrä on kasvanut, siksi psykiatristen toimipaikkojen työkuormitus onkin selkeästi kasvanut. Terveysthuollon rakenteissa 1990-luvun aikana tapahtuneet muutokset kohdistuivat voimakkaammin psykiatriseen kuin muuhun erikoissairaanhoitoon. Itse asiassa psykiatrisen henkilöstön kokonaismäärä ja avohoidon henkilöstön määrä vähentyivät jonkin verran viime vuosikymmenen aikana. (Korkeila. 2006: 11)

Samanaikaisten päihde- ja mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyteen ja niistä yhtäaikaaisesti kärsivien tilanteeseen psykiatrisen laitoshoidon purkaminen on vaikuttanut kahdella tavalla. Ensinnäkin tiedetään, että parhaita hoitotuloksia kyseisen asiakasryhmän hoidossa saavutetaan pitkäaikaisella laitoshoidolla, jolloin hoidon painottuminen avohoitoon monesti vaikeuttaa asiakkaiden oireilua. Toiseksi avohoidon voidaan ajatella itsessään altistavan mielenterveysasiakkaat päihteidenkäytölle, koska siviilissä päihteitä on helposti saatavilla. Psykiatrisella laitoshoidolla arvellaankin aikaisemmin olleen päihdehäiriöiden kehittymisen kannalta suojaava vaikutus. (Hölttä. 2006: 3.)

4 KUUTIOARVIOINTIMALLI

Kampman & Lassila olivat havainneet työskennellessään Pohjanmaa-hankkeen 2005 - 2014 parissa, että samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin oli kehitetty erilaisia asteikoita, mutta näiden käyttökelpoisuus kliinisessä työssä oli valitettavasti rajallinen. Ne vaativat käyttäjiltään lisäkoulutusta ja myös paljon aikaa. He kokivat, että ongelmaa voisi lähestyä yksinkertaistamalla sekä mielenterveyden häiriön että päihdehäiriön diagnostista tarkkuutta ja liittämällä tähän arvio asiakkaan toimintakyvystä. Näin saataisiin kolmen ulottuvuuden arvio, joka luokittelisi samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat riittävän tarkasti ongelmien tunnistamista ja hoidon porrastamista varten ja samalla se toimisi myös seurantamittarina arvioitaessa mielenter-

veys-päihde-toimintakyky-ongelmakokonaisuutta. Jos tällainen arviointitapa olisi käytössä laajasti koko terveydenhuollossa päihdeyksiköt mukaan lukien, se voisi lisäksi tukea integraatiota perusterveyden, somaattisen erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehoitoyksiköiden kesken. (Kampman & Lassila. 2007: 4449.) Heidän ehdottamansa arviointimenetelmä on nimetty kuutioksi. (Kuvio 1)



Kuvio 1: Kuutioarviointimalli. (Kampman & Lassila. 2007: 4449)

Kuution sivut kuvaavat kutakin kolmea mitattavaa ulottuvuutta: päihdeongelmaa, toimintakykyä ja mielenterveyshäiriötä, jokaista omalla akselillaan siten että päihdeongelmaa arvioidaan lievän tai vaikean välillä, mielenterveyttä psykoosin tai muun mielenterveyshäiriön välillä ja toimintakykyä hyvän ja huonon välillä. Nämä pisteytetään kukin 0-1 pistettä, joten kokonaispistemäärä voi olla enintään 3 pistettä. Kyse on riskipisteistä, jolloin isommat pisteet kuvaavat kokonaistilanteen hankaluutta ja ne arvioidaan viimeisen kuukauden ajalta (Taulukko 1). Tältä pohjalta tapahtuu hoitopaikan ja hoitomenetelmän valinta esitetyn polkukaavion avulla. (Kuvio 2). Tunnistettava psykoottinen häiriö, kuten skitsofrenia, bi-polaarinen mielialahäiriö tai muu psykoosi antaa arvioinnissa yhden riskipisteen, kun taas ei-psykoottinen häiriö antaa 0 pistettä. Tämän tarkoituksena on ottaa huomioon pitkäaikaiset ja toistuvat oireet psykoottisissa häiriöissä liittyen komplikaatoriskeihin päihdeongelman yhteydessä. Mielenterveyden häiriö voidaan tehdä ICD-10-luokituksen mielenterveyden häiriöryhmien perusteella. Diagnoosin asettaminen vaatii perehtymistä häiriöryhmän diagnostisiin kriteereihin ja ne on koottu psykiatriseen tautiluokitukseen. (Kampman & Lassila. 2007: 4450.)

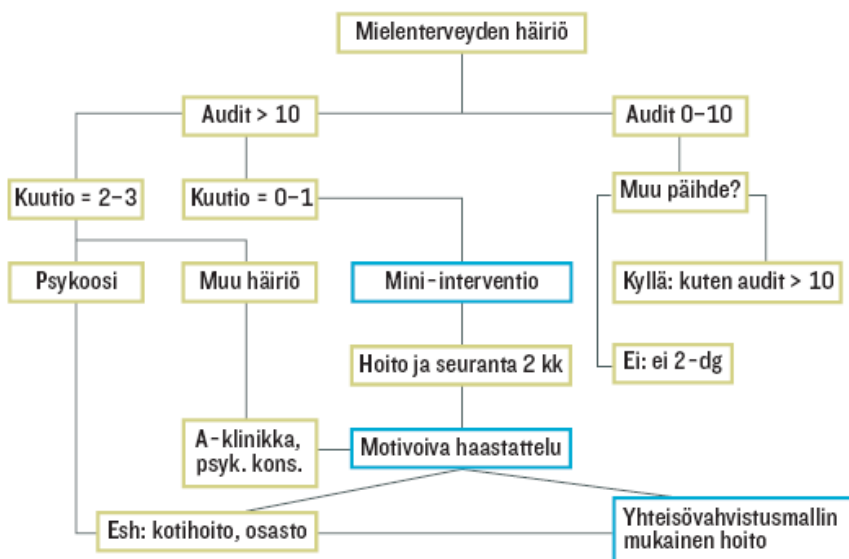
Kaksoisdiagnosipotilaan Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys.
Kukin osa-alue arvioidaan viimeisen kuukauden ajalta.

Arvioinnin osa-alue	0 pistettä: kriteerit	1 piste: kriteerit
Mielenterveys-häiriö	Muu kuin psykoottinen häiriö (depressio, ahdistuneisuushäiriö, persoonallisuushäiriö, näiden yhdistelmät)	Psykoottinen häiriö (skitsofrenia, bipolaarihäiriö, muu)
Päihdeongelma ¹	A. Enintään yksi käytettävä päihde B. Enintään riippuvuustason ongelma (ja käyttö enintään 3 pv/viikko) C. Ongelman ajallinen kesto enintään 2 vuotta	Päihdeongelma ei täytä kriteerejä A-C, vaan on vaikea-asteisempi
Toimintakyky	Yleinen toimintakyky (GAF) yli 50 pistettä	GAF enintään 50 pistettä ²

¹Päihdeongelman seulonta tapahtuu AUDIT-kyseelyllä. Jos AUDIT tuottaa vähintään 11 pistettä, jatketaan arviointia tämän mallin mukaan. Muiden päihteiden kuin alkoholin osalta Kuutioarviointiin johtaa yksikin käyttökerta viimeisen vuoden ajalta, vaikka AUDIT-kyseelyn pistemäärä olisi alle 11.

²Luokka 50-41: vaikeita oireita (esim. itsetuhoajatuksia, vaikeita pakkotoimintoja, toistuvia myymälävarkauksia) TAI jokin vakava toimintakyvyn lasku sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (esim. ei ollenkaan ystäviä, kyvyttömyys säilyttää työpaikka).

Taulukko 1: Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)



Kuvio 2: Hoitopolkukaavio. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)

Kuution eduksi Kampman & Lassila laskee arvioinnin nopeuden ja riskitekijöiden, esimerkiksi syrjäytymisuhan tai urautuneen päihteidenkäytön, todennäköisesti paremman tunnistamisen. Sen lisäksi sitä voi myös käyttää kokonaistilanteen seurannassa sopivien aikavälein. Kuutio

soveltuisi käytettäväksi kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä, joissa hoidetaan päihde- tai mielenterveysongelmista kärsiviä. Päihdeongelman vaikeusasteen mittaamiseen he ehdottavat AUDIT-lomakkeita, joissa seulonnassa käytettäisiin rajana AUDIT-pistemäärää 11. Se mittaisi tasoa, jossa päihteidenkäyttö ei vielä olisi urautunut, mutta käyttö olisi jo haitallista tai alkoholiriippuvuus on juuri alkanut. (Kampman & Lassila. 2007: 4449)

Testin kysymykset koskevat viimeksi kulunutta vuoden jaksoa. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyyppillistä käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Kysymykset 4-6 selvittävät riippuvuusoireita, joita voi ilmetä jo ennen varsinaisen riippuvuusoireyhtymän kehittymistä. Kysymykset 7-10 selvittävät tyyppillisiä alkoholista johtuvia haittoja. Jokainen kysymys pisteytetään nollassa neljään ja kysymyssarjan maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen rajana on useimmiten käytetty kahdeksaa pistettä. (Aalto. 2007.) Testistä saadun pistemäärän suuruus on verrannollinen vastaajan alkoholin käytön haitallisuuteen, mitä suuremmat pisteet, sitä suuremmat riskit. Tutkimuksissa on huomattu, että jo kahdeksan pisteen tulos merkitsee alkoholin aiheuttamien haittojen lisääntymistä tulevaisuudessa, ellei juomatavoissa tapahdu muutoksia. Useimmiten arvioidaan, että kun testipisteet ovat 20 tai enemmän, vastaajalle suositellaan hoitoon hakeutumista. On kuitenkin muistettava, että AUDIT-testi ei ole varsinainen diagnostinen työkalu, eli sen tulosten perusteella ei voida yksin päätellä onko testattava alkoholin suurkuluttaja tai alkoholisti. (www.paihdelinkki.fi.)

Toimintakykyarvio perustuu yleiseen toimintakykyasteikkoon (Global Assessment of Functioning, GAF), jota käytetään laajasti. Tässäkään yleisarviointiasteikossa ei tarvitsisi osata kaikkia skaaloja vaan riittäisi että erottaisi toisistaan toimintakykytasot yli tai alle 50 pistettä. Tuo pistemäärä erottaisi mielenterveyshäiriöön liittyvän sosiaalisen toimintakyvyn laskun, mutta ei vielä varsinaisia psykoosioireita. Vaikka tämäkin arvio vaatisi jonkinlaista perehtymistä käyttäjältään, se kuitenkin voisi tapahtua vaikka internetissä, jossa on kuvattu potilastapauksia ja tässä yhteydessä pisteytystä GAF-asteikolla. (Kampman & Lassila. 2007: 4450.)

Hoitointerventioksi Kampman & Lassila ehdottavat ensivaiheessa mini-interventiota lievissä tapauksissa, siis kuutiopisteissä 0-1. Keskivaikeissa ja vaikeissa tapauksissa (kuutiopisteet 2-3) he ehdottavat motivoivaa haastattelua ja tarvittaessa yhteisöavustussuunnitelmaa. Käypä hoito -suosituksessa kaikkien kolmen intervention näytön aste on vähintään b, joka tarkoittaa kohtalaista tutkimusnäyttöä, jolloin interventiosta on ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia. Mini-interventio on lääkärin tai hoitajan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä antama lyhyt terveysneuvonta. Mini-interventio on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi, ja se on yksi keskeisimpiä keinoja vähentää alkoholihaittoja. Motivoivan haastattelun tavoitteena on edistää potilaan motivaatiota muutokseen tutkimalla

päihteidenkäytön ja tavoitteiden välistä ristiriitaa. Tarkoitus on, että potilas saadaan puhumaan itse muutoksen tarpeen puolesta. Yhteisövähivistusmalli on behavioristinen malli, jossa palkitaan toivottua käyttäytymistä, etsitään tukea perheestä, työstä ja vapaa-ajasta sekä harjoitellaan sosiaalisia taitoja. Suomessa ohjelmaa sovelletaan esimerkiksi verkostoterapiassa. (www.kaypahoito.fi)

Mini-intervention käytön lisääminen ja koulutus on yksi Alkoholiohjelman keskeisiä tavoitteita. Motivoiva haastattelu ja yhteisövähivistusmalli ovat kognitiivisen käyttäytymisteorian sovelluksia, joiden käyttö on kuitenkin mahdollista rajatunkin koulutuksen turvin. Vaikeimmissa samanaikaisissa päihde- ja mielenterveyshäiriöissä, kuution pisteet 2-3, psykoottinen häiriö, suositellaan myös tehostettua avohoitoa tai sairaalahoitoa komplikaatoriskien vuoksi. Vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon on kehitetty osallistuva avohoitomalli (assertive community treatment, ACT), joka tukee hoidon jatkuvuutta, vaikka potilas ei pystyisi itse hoidostaan huolehtimaan vaikkapa samanaikaisen psykoosin ja päihdeongelman takia. Toimintamuoto saattaa turvata vaikeimpien samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidon jatkumista tarvittaessa yhdessä psykiatrisen osastohoidon kanssa. (Kampman & Lassila. 2007: 4450.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöaiheemme liittyi osana keväällä 2009 päättyneeseen Sateenvarjo - projektiin, jossa pyrittiin kartoittamaan ja kehittämään Vantaan kaupungin peruspalveluja esimerkiksi päihde- ja mielenterveyshäiriöisten asiakkaiden osalta. Olemme ottaneet opinnäytetyössä huomioon myös edellä mainitun projektin osaprojektin ”psykiatria ja päihteet” - projektiryhmän kokouksessa esille tulleita ajatuksia, jotka kuvaavat projektiryhmän näkemystä siitä, miten heidän mielestään tutkielmamme parhaiten pystyisi vastaamaan hankkeen tarpeisiin. Psykiatria ja päihteet - projektin keskeinen ajatus oli selkiyttää kehittämistyötä selvittämällä nykyinen tilanne Vantaan kaupungin valittujen psykiatristen poliklinikoiden yhteistyöstä päihdepalvelujen järjestäjien kanssa työntekijöiden kokemusten mukaan. Tarkoituksenamme on kuvailla psykiatrian poliklinikoiden erikoissairaanhoidajien kohtaamia haasteita päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoidossa ja näin tuoda esiin heidän hiljaista tietoaan ja näkemyksiä aiheesta, mikä siis muodostaa ensimmäisen tutkimusongelman. Toiseksi tarkoituksena on löytää vastauksia päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoitovastuun jakautumisesta Vantaan päihde- ja mielenterveyspalveluissa, näiden kahden sektorin välisestä yhteistyöstä sekä haastateltavien näkemyksiä siitä, kuinka heidän mielestään tämän asiakasryhmän hoitoa voisi kehittää. Saatu tieto toivottavasti selkeyttää kokonaiskuvaa ja antaa tietoa kehittämistyön jatkoedellytyksistä. Esittelimme lisäksi haastateltaville Olli Kampmanin ja Antero Lassilan kehittämän kuutioarviointimallin. Kyseinen malli on kehitetty yksinkertaista-

maan päihdeongelmista kärsivien mielenterveysasiakkaiden tilanteen arvioimista ja hoitopolun määrittämisestä. Tarkoituksenamme oli tuoda malli esille ja saada haastateltavien mielipiteitä siitä, voisiko se toimia apuvälineenä heidän työssään ja millä edellytyksin kyseinen malli saattaisi mahdollisesti auttaa palveluiden yhteensovittamista tai olisiko siitä apua kehitystyössä. Tutkielmaamme ohjaamaan olemme valinneet seuraavanlaiset kysymykset:

- Millaisia haasteita Vantaan psykiatristen poliklinikoiden sairaanhoitajat kohtaavat päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kohdalla?
- Miten päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoitovastuu jakautuu päihde- ja mielenterveyspalveluissa, miten sektorien välinen yhteistyö näyttäytyy ja kuinka hoitoa voisi kehittää haastateltavien näkökulmasta?
- Olisiko kuutioarviointimallista apua heidän työssään?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyötä aloittaessamme Vantaan kaupungilla oli viisi psykiatrian poliklinikkaa joista kolmesta osallistui erikoissairaanhoitajia järjestämiimme haastatteluihin. Haastateltavia oli yhteensä seitsemän. Strukturoituun kyselylomakkeeseen vastasi kuusi haastateltavaa. Suurella osalla haastateltavista oli pitkä kokemus mielenterveystyöstä ja osa oli myös tehnyt päihde-työtä. Kun olimme tekemässä suunnitelmaamme tuli meidän selvittää, mitä oikeastaan halusimme tietää ja mistä sen tiedon saisimme, jotta voisimme löytää tiivistetyt tutkimusongelmamme. Tutkimusongelmien avulla voidaan aloittaa varsinaisten käytettävien menetelmien pohtiminen, mitkä ehkä parhaiten auttaisivat saamaan esille ne tiedot, joita tutkielmaa varten tarvitsimme. Metodien käsite on moniselitteinen, yleisesti sitä voidaan luonnehtia sääntöjen ohjaamaksi menettelytavaksi, jonka avulla tieteessä tavoitellaan ja etsitään tietoa tai pyritään ratkaisemaan käytännön ongelma. Menetelmän valintaa ohjaa yleensä se, minkälaista tietoa etsitään. Kun tutkimustehtävät ovat selvillä, täytyy pohtia järkeviä metodeja, jotka soveltuvat ongelman ratkaisuun. Hirsijärvi kirjoittaa peukalosäännöksi metodien valinnasta mm. näin: ”Saadaksesi selville, mitä he ajattelevat, tuntevat, kokevat tai uskovat, käytä haastatteluja, kyselylomakkeita tai asenneskaaloja”. (Hirsijärvi. 2000: 170-172.)

Psykiatristen poliklinikoiden arki ei ollut meille ennestään tuttua, joten tarvitsimme sellaista tutkimusmenetelmää, joka antaisi meille autenttista tietoa asiasta mahdollisimman avoimesti. Saimme tutkimusluvan Hus:lta (Liite 5) sekä luvan Vantaan kaupungin eri psykiatristen poliklinikoiden johtavalta sairaanhoitajalta haastatella Vantaan psykiatristen poliklinikoiden sairaanhoitajia. Koska emme tienneet heidän työnkuvastaan paljoa, mutta meillä oli selvät tut-

kimuongelmat, päätimme niitä ratkaistaksemme tehdä teemahaastattelurungon, jossa olisi myös tilaa avoimille vastauksille ja keskustelulle. Keskustelua tukeaksemme päätimme tehdä haastattelut ryhmähaastatteluna kahtena eri kertana, jolloin myös osallistujamäärä olisi ryhmähaastatteluille sopiva ja ajankäytöllisesti järkevä. Olimme valinneet yhdeksi haastattelun teemoista kuutioarviointimallin, joka oli juuri kehitetty ja päätimme haastattelukutsun ohessa lähettää tiivistelmän mallin tarkoituksesta ja käyttötavasta. Lisäksi liitimme malliin liittyvät strukturoidut kysymykset mukaan, jossa oli likertin asteikolla asenneskaalat liittyen mallin toimivuuteen.

6.1 Ryhmämuotoinen teemahaastattelu

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja näihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla (Tuomi & Sarajärvi 2002: 77). Valitsimme teemahaastattelun metodiksemme, koska se tuntui järkevältä valinnalta tässä tapauksessa, jossa jouduimme kuitenkin hieman vieraalle alueelle hoitoympäristöön kokemattomina haastattelijoina. Meistä tuntui hyvältä etukäteen suunnitella haastattelun kulku ja sitä kautta myös ajankäyttö. On selvää, että kun valitsimme tietyt etukäteen suunnittelemamme teemat ja mahdolliset lisä-/tarkentavat kysymykset, haastattelutilanne tuntui luontevammalta. Olimme myös valinneet avoimia kysymyksiä edistääksemme keskustelua, jolloin haastateltavien itse keskenään tuottama aineisto nousee pääosiin. Tällainen ei onnistuisi strukturoiduilla kysymyksillä eikä myöskään etukäteen suunnitellulla lomakkeella.

Teemahaastattelussakaan ei voi kysellä mitä tahansa, vaan tarkoituksena on tuottaa sitä tietoa tai löytää niitä merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tavoitetta ja ongelmanasettelua tai tutkimustehtävää ajatellen (Tuomi & Sarajärvi 2002: 77). Näin ollen teemahaastattelussakin on mahdollisuuksia hiukan avoimempaan keskusteluun vaikka se on etukäteen teemoittain suunniteltu. Kun tietää mihin haluaa vastauksia, on helppoa teemahaastattelun rungon avulla kontrolloida keskustelua, mutta myös samalla antaa tilaa hiukan vapaammallekin keskustelulle, jolloin aineistosta tulisi mahdollisimman monipuolinen.

Ryhmäkeskustelun ideana on haastattelijan pyrkimys luoda osallistujien kesken vuorovaikutusta. Haastattelija tarjoilee tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskenään keskusteltaviksi ja kommentoitaviksi (Ruusuvoori & Tiittula toim. 2005: 224). Monesti laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuksia soveltaa hiukan eri tavalla hyviksi koettuja metodeja. Ryhmäkeskustelussa osallistujat toki soveltavat arkeenkin liittyvää vuorovaikutuskehystä, jolloin haastateltavat saattavat pohtia sitä, mitä yhteisiä tuntemuksia he ammattilaisina ja ryhmänä haastatelluista asioista ajattelevat, jolloin subjektiiviset tuntemukset tai yksilölliset eroavaisuudet suodattuvat pois (Alasuutari. 1999: 152). Tämän kaltaisessa tutkielmassa ei välttämät-

tä ole keskeisintä, miten orjallisesti mitäkin metodia toteutetaan, vaan se miten saadaan tuotettua sitä tietoa, jota alun perin oli tarkoituskin. Aineiston analyysissä voi sitten nousta joitakin kiinnostavia asioita esille, jotka koetaan tärkeiksi tuoda esille tulkintavaiheessa. Ryhmähaastattelusta esimerkiksi Pekka Sulkunen (Mäkelä toim. 1990: 264) on sitä mieltä, että ryhmähaastattelussa on joitakin etuja, joita avoimemmilla haastattelutyypeillä, kuten esimerkiksi yksilöiden teemahaastatteluilla, ei välttämättä ole. Teemahaastatteluissa saattaa tutkija liikaa kontrolloida haastattelun kulkua, mutta ryhmähaastattelu pyrkii vastaamaan tähän ongelmaan kun haastateltavat kontrolloivat toisiaan. Erityisesti ryhmähaastatteluiden otollisuus tulee esille silloin, kun halutaan päästä käsiksi pienoiskulttuurien, (tai miksei tiettyjen työyhteisöiden), merkitysrakenteisiin. (Mäkelä toim. 1990: 264.)

Itse koimme ryhmähaastattelujen eduksi sen, miten haastateltavat kollegat keskenään näkivät asioita ja kuinka he keskenään ratkaisivat tai pohtivat esimerkiksi juuri päihdeongelmaisen mielenterveysasiakkaan asemaa tai sitä työtä mitä he teettävät mielenterveysyksiköissä. Kuitenkin kyse on ruohonjuuritason työntekijöistä, jotka kohtaavat mainittua ryhmää taajaan työssään. Samalla heillä on mahdollisuus ammatilliseen keskusteluun ja heidän näkemyksensä nousevat ensisijaisesti arjen tasolta. Toki on mahdollista myös jonkinasteinen keskinäinen kontrolli tai jonkin vahvemman yksilön mielipiteen nousta yleiseksi mielipiteeksi, mutta pidimme kuitenkin huolta siitä, että jokaisella oli mahdollisuus tuoda omaa näkemystään keskusteluihin.

6.2 Kysely kuutioarviointimallista

Koska kuutioarviointimalli on vasta prototyyppivaiheessa, koimme hyväksi selvittää sen toimivuutta yleisellä tasolla. Päätimme käyttää strukturoitua kyselylomaketta malliin liittyen, johon saimme itse asiassa idean sähköpostivaihdossa Olli Kampmanin kanssa. Laitoimme ennen haastatteluja haastateltaville luettavaksi sivun referaatin kuutioarviointimallista, jonka ensin hyväksyimme Kampmanilla ja liitimme mukaan sivun mittaisen kyselylomakkeen malliin liittyen.

Strukturoidut kysymyslomakkeet liitetään yleensä tilastollisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmiin, mutta tässä tapauksessa kun halusimme lähinnä selvittää, kuinka psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajat kokevat mallin käyttökelpoisuuden tai toimivuuden oman työn kannalta, koimme selkeästi valmiit vastausvaihtoehdot annettuihin malliin liittyviin kysymyksiin hyväksi tavaksi saada selvät, helposti mitattavat mielipiteet kuutiosta. Käytimme mielipidemittauksessa likertin viisi portaikkoista asteikkoa, jossa toisena ääripäänä oli "täysin samaa mieltä" ja toisena "täysin eri mieltä". Asteikkotyyppisten kysymysten etuna on, että niiden avulla saadaan paljon tietoa vähään tilaan (Heikkilä 2004: 52). . Rensis Likertin kehittämää

järjestysasteikkoa käytetään usein asenteiden mittaamiseen. Sillä voidaan järjestää vastaajat "samanmielisyyden" määrän mukaan. (Yhteiskuntatieteellinen Tietoaarkisto.) Selkeällä kysymystenasettelulla saimme esille ne tiedot, joita tarvitsemme ja vastauksia analysoidessa on helppo mitata näin haastateltavien mielipide mallista.

7 AINEISTON ANALYYSI

Eskola ja Suoranta (2003: 160-161) luokittelevat erilaisia analyysimenetelmiä kuuteen eri luokkaan antaakseen joitakin esimerkkejä erilaisista analyysimenetelmistä. He kokevat, että tärkeintä on analyysiin saatava apu. Heidän jakonsa on seuraavanlainen: kvantitatiiviset analyysimenetelmät, teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskursiiviset analyysitavat ja keskusteluanalyysi. He kuitenkin huomauttavat, että usein käytännössä eri analyysitavat kietoutuvat toisiinsa ja harvemmin pystyy käyttämään vain yhtä analyysitapaa.

Teemoittelun avulla voidaan aineistosta nostaa esiin tutkimusongelmia valaisevia teemoja. Aineistosta voidaan poimia sen sisältämät keskeiset aiheet ja tekstimassasta pyrkiä löytämään ja erittelemään tutkimusongelman kannalta olennainen (Eskola & Suoranta 2003: 174). Sisällönanalyysi taas on lyhyesti ja ytimekkäästi määriteltynä ihmisen minkä tahansa henkisen tuotteen oli se sitten puhuttua, kirjoitettua, piirrettyä, kuvattua tai vaikka esitettyä - sisällön tieteellistä tutkimusta (Pietilä. 1969: 12-13). Menetelmää voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjojen, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kynäs & Vanhanen. 1999: 3-4, 10.) Sisällön erittelyä Eskolan ja Suorannan mukaan voidaan myös pitää kirjavaa joukkoa erilaisia tapoja luokitella ja järjestää laadullista aineistoa (Eskola & Suoranta. 2003: 187).

Aloitimme analyysin litteroimalla haastattelut sanasta sanaan. Luimme aineiston läpi useaan otteeseen, jonka perusteella nousi muutamia mielenkiintoisia teemoja. Aloimme poimia tekstistä lainauksia/ajatuksia liittyen tutkimuskysymyksiin. Jaoimme nämä ajatukset noin 70 tutkimusongelmien pohjalta laadittuihin lauseisiin/ajatuksiin/luokkiin, jotka toistuivat aineistossa. Tämän jälkeen taulukoimme ne ja laskimme esiintymiskerrat aineistossa sekä myös haastateltavien mukaan. Samaan aikaan jaottelimme esiin nousseet keskeiset asiat erilaisten teemojen alle (sivuja tuli litteroinnin jälkeen noin 40), joista jotkut teemat olivat laajempia, jotkut suppeampia. Teemoja tuli yhteensä 24. Kaikissa näissä vaiheissa suoritimme myös kar-

sintaa. Aloimme vielä redusoida aineistoa siten, että poimimme keskeisiä lainauksia karsien niitä samalla ja etsien pelkistettyjä ilmauksia. Taulukoimme pelkistetyt ilmaukset jolloin meillä oli noin 40 sivua lainauksia taulukoissa, yhteensä noin 240 lainausta aineistosta. Jaottelimme kategorioihin pelkistetyt ilmaukset, joista tuli yläkategorioita. Teimme samalla myös päätöksen, mitkä olivat keskeisiä asioita tutkielmassamme ja näin saimme nykyiset kategoriat.

Haastatteluiden litteroinnin jälkeen meillä oli 40 sivua aineistoa. Luimme aineiston läpi useaan otteeseen, jolloin tekstistä alkoi erottua monia tutkimuskysymysten kannalta mielenkiintoisia teemoja, joita aloimme luokitella kokonaisuuksiksi. Tällaisia teemoja olivat esimerkiksi vuorovaikutus, motivaatio tai psykiatrian poliklinikoiden ja A-klinikoiden yhteistyö, näitä eri teemoja oli kappalemääräisesti noin pari kymmentä. Yhdistimme teemat omiksi osaluokiksi teemojen mukaisten otsikoiden alle. Tämä oli ensivaiheen aineiston järjestelyä ja käsitteellistämistä, jonka tarkoituksena oli koota aineistoa varsinaista analyysiämme varten. Samalla se helpotti kokonais kuvan hahmottamisessa. Suoritimme toki jo tässä vaiheessa jonkin verran karsintaa, mutta nimenomaan siten, ettei tutkimuskysymyksemme unohtuisi fokuksista.

Sisällönanalyysia tehdessä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Aineistolähtöisessä induktiivisessa analyysiprosessissa aineisto tulee pelkistää, ryhmitellä ja abstrahoida. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan aineistosta nousseita, erilaisia tutkimuskysymyksiin liittyviä ilmaisuja tai lauselmia, alkuperäisiä ilmaisuja, jotka pyritään selkeyttämään prosessissa niin sanotuiksi pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Ryhmittelyssä yhdistetään saatuja pelkistettyjä ilmaisuja siten, että yhteenkuuluvat pelkistetyt ilmaisut liitetään omiksi ryhmitellyiksi kokonaisuuksiksi, alakategorioiksi, jotka nimetään. Tähän vaiheeseen siis liittyy jo abstrahointia, käsitteellistämistä. Abstrahointiin kuuluu aineiston tulkitseminen, kuten päättäminen siitä, mitkä pelkistetyt ilmaisut voidaan yhdistää alakategorioiksi. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistämällä edellisellä tavalla saadut alakategoriat edelleen yhteenkuuluviksi yläkategorioiksi, joilla pyritään muodostamaan kuvaus tutkittavasta kohteesta. Yläkategorioiden nimet tulisi vastata hyvin sisällöltään niitä alakategorioita, josta yläkategoria on muodostettu. Tämän jälkeen abstrahointia voidaan edelleen jatkaa muodostamalla eri yläkategorioista yhdistävä kategoria. (Kyngäs & Vanhanen. 1999: 5-7).

Edellisen mallin mukaisesti aloimme etsiä aineistoista keskeisiä tutkimusongelmiimme liittyviä lainauksia. Lainaukset taulukoimme aluksi siten, että leikkasimme lainaukset taulukkoon vasempaan sarakkeeseen ja oikeaan sarakkeeseen taulukossa tuli aikaisemmin mainitun ensivaiheen järjestelyn teemojen mukaiset otsikot. Tämä oli analyysin kannalta mielestämme hyvä ratkaisu kokonais kuvaa ajatellen, koska näin saimme taulukoitua samojen teemojen mukaiset

lainaukset peräkkäin yhteen ja sitä kautta selkeiksi kokonaisuuksiksi. Tässä vaiheessa meillä oli taulukoitua aineistoa noin 40 sivua, jossa oli parisen sataa lainausta aineistosta, tosin osa lainauksista eri teemojen alla olivat samoja, koska jotkut lainaukset sopivat useampiin teemoihin. Aineistoa analysoidessamme muutimme vielä toista tutkimusongelmaamme liittyen päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoidon toteutumiseen, koska aineistosta nousi enemmän keskustelua hoitovastuun jakautumisesta päihde- ja mielenterveyssektoreiden kesken, kuin varsinaisesta hoitoprosessista. Korvasimme alkuperäisen tutkimusongelmamme hoitoprosessiin liittyvän ilmaisun ilmaisulla hoitovastuu.

Seuraavaksi aloimme pelkistää alkuperäisiä ilmaisuja. Tämä vaihe olikin aikaa vievä, koska meillä oli jo paljon lainauksia, joista oli päätettävä keskeisimmät pelkistetyt ilmaisut tutkimusongelmien kannalta, kuitenkin niin, että saimme mielestämme olennaisimmat asiat tuotua esiin. Pyrimme löytämään ne ilmaisut, jotka toistuivat aineistossa. Lisäksi päätimme tukeksimme vielä ristiintaulukoida kymmeniä pelkistettyjä ilmaisuja haastateltavien ja ilmausten esiintyvyyss määrän mukaan, jotta voisimme nähdä yleisimmät ilmaukset ja kuinka monelta haastateltavilta niitä tulee, vai tuleeko tietty ilmaisu aina samalta haastateltavalta. Vaikka tuo ristiintaulukointi olikin tarkoitettu vain omaksi tueksemme ja yleiseksi avuksi, se helpotti jonkin verran määrittellessä, minkä tyyppiset asiat haastateltavien puheessa korostuu. Näin saatuamme valittua aineistoon haluamamme pelkistetyt ilmaisut, analysointiprosessi jatkui ryhmittelyllä, jossa yhdistimme yhteenkuuluvat ilmaisut alakategorioiksi. Seuraavassa taulukossa esitetään esimerkki luokittelusta alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyihin ilmaisiin ja edelleen alakategorioihin (Taulukko 2).

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
<i>"On paljon että tota joku harhaluuloisuus-häiriö skitsofreenisuus ja siitä sitten joku päihdeongelma ja molempien diagnoosien vuoksi käyntejä ja siis toteutumatta, peruutuksia ja poisjääntejä paljon."</i>	Jättävät tulematta varatuille ajoille	Hoitoon sitoutuminen
<i>"Vaikka mä näkisin ett tää ois nyt hänelle ihan hyvä, mut ei kannata, tietää taustan ei kannata., ei tartu tilaisuuteen kuitenkaan yhdentekevää..et ei niinku kokeilla kepillä jäätä vaan siin pitää olla kutakuinkin varma et se koko rulljanssi mitä siihen liittyy vaiheineen ihan oikeesti menee päätökseen"...</i>	Sitoutuminen on kyseenalaista	
<i>"...mutta tärkeintähän se olis se motivaatio sitten ja niihin sitouduttais sinne ja siedettäis sitä hoitoa"</i>	Tärkeintä on motivaatio ja sitoutuminen	

Taulukko 2: esimerkki luokittelusta alkuperäisistä ilmaisuista pelkistettyihin ilmauksiin ja edelleen alakategorioihin.

Jatkoimme aineiston abstrahointia alakategorioista edelleen yläkategorioihin ja yhdistäviin luokkiin, jotka olivat tutkimusongelmiamme. Alakategorioita luokitellessa etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia, jotka yhdistettiin oman nimetyn alakategorian alle. Alakategorioita nimetessämme pyrimme löytämään sellaisia otsikoita, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin aineiston pohjalta nousseiden pelkistettyjen ilmaisujen sisältöä. Samansisältöiset alakategoriat abstrahoinimme edelleen yläkategorioiksi, jotka kuvaavat yhdistettyjä alakategorioita (Taulukko 3).

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Tärkeintä on motivaatio ja sitoutuminen -Sitoutuminen on kyseenalaista -Jättävät tulematta varatuille ajoille	Hoitoon sitoutuminen	Päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa
-Asiakkailla on monenlaista ongelmaa -Asiakkaat ovat moniongelmaisia -Sosiaalinen pärjääminen vaikeaa	Sosiaaliset ongelmat	
-Potilas hoitaa itseään alkoholilla -Oireilu peitetään päihteillä -Skitsofreniapotilaat hoitaa itseään päihteillä	Itsehoito	
-Alkoholiongelmaiset potilaat valehtelevat juomisestaan -Päihdeidenkäyttöä salataan -Päihdeongelma kielletään	Päihdeidenkäytön salailu	

Taulukko 3: esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen abstrahoinnista alakategorioihin ja alakategorioita yhdistävä yläkategoria.

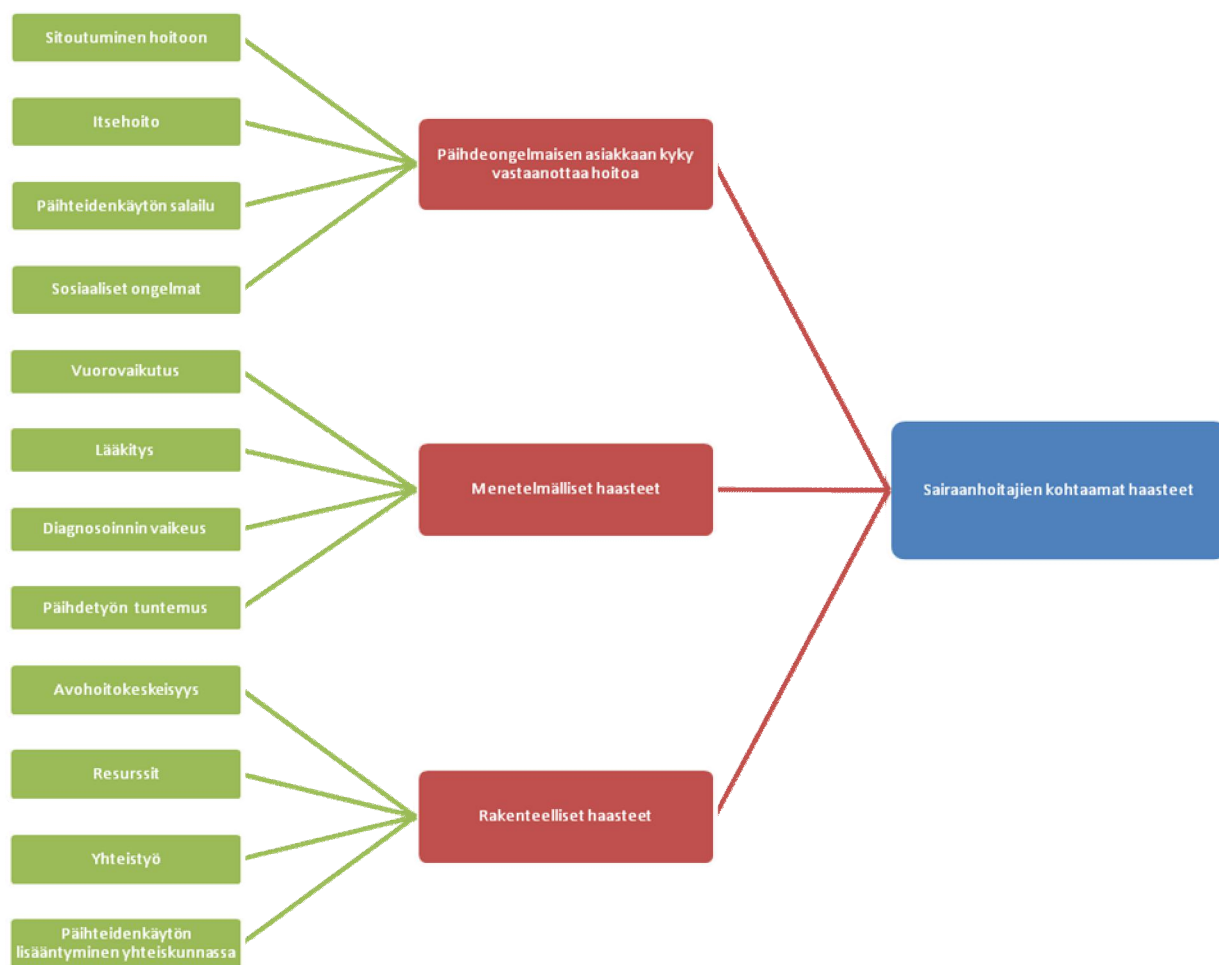
Tutkimusmassamme olevat yläkategoriat muodostivat yhdistetyt kategoriat, jotka olivat samat kuin tutkimusongelmamme. Oheisa esimerkki yläkategorioiden muodostamasta yhdistävästä kategoriasta, joka on sama kuin yksi tutkimusongelmistamme (Taulukko 4).

YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa	Sairaanhoitajien kohtaamat haasteet
Menetelmälliset haasteet	
Rakenteelliset haasteet	

Taulukko 4: esimerkki yläkategorioiden muodostamasta yhdistävästä kategoriasta.

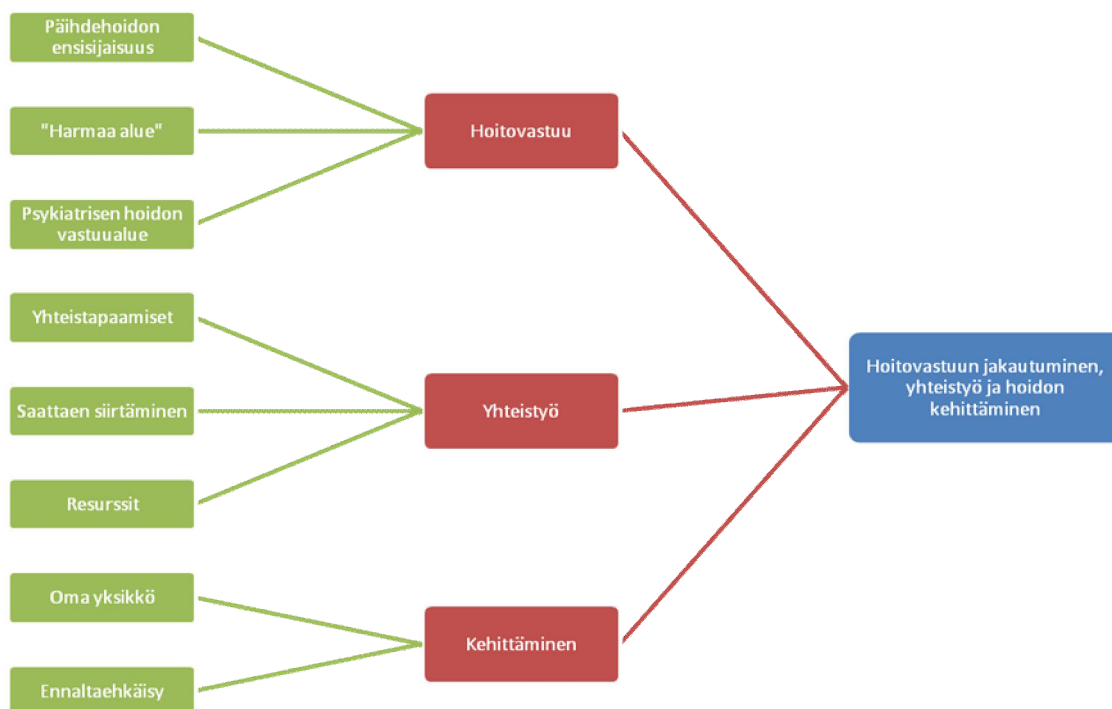
8 TULOKSET

Olemme jakaneet psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien kohtaamat haasteet kolmeen eri luokkaan riippuen siitä, mistä olemme tulkinneet niiden alkuperän juontuvan. (Kuvio 3) Haasteet, jotka liittyivät päihdeongelmaisten asiakkaiden erityispiirteisiin, luokittelimme yläkategoriaksi *päihdeongelmaisen mielenterveysasiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa*. Nämä aineistossa esiin tulleet haasteet kuvailivat nimensä mukaisesti kuinka päihdeongelma heikentää mielenterveysasiakkaan kykyä vastaanottaa psykiatrista hoitoa. *Menetelmälliset haasteet* yläkategoriaan luokittelimme haasteet, joiden alkuperän katsoimme olevan sairaanhoitajien käytössä olevissa menetelmissä liittyen päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyyn. Kolmannen yläkategorian muodostimme haasteista joiden katsoimme olevan luonteeltaan *rakenteellisia*. Nämä haasteet ovat sellaisia, jotka tavalla tai toisella liittyvät vallitseviin yleisiin olosuhteisiin, joissa mielenterveystyötä tänä päivänä tehdään.



Kuvio 3: Ensimmäisen tutkimusongelman kategorioiden abstrahointi.

Toinen tutkimusongelmamme liittyy siihen miten hoitovastuu päihdeongelmaisista mielenterveysasiakkaista jakautuu psykiatrian ja päihdehoidon kesken sekä siihen millaista yhteistyönäiden toimijoiden välillä on. Pyrimme myös löytämään aineistosta esiin nousevia hoidon kehittämisaatuksia. Aineisto luokiteltiin yläkategorioihin *hoitovastuu*, *yhteistyö* ja *kehittäminen*. (Kuvio 4) Hoitovastuun kategoriassa pyrimme tuomaan esille aineiston perusteella sen, miten hoitovastuu jakautuu haastateltavien näkökulmasta. Yhteistyö toisena yläkategoriana koskee yhteistyötä A-klinikoiden kanssa ja pitää sisällään niitä ajatuksia, jotka haastateltavat kertovat yhteistyöstä päihdepuolen kanssa, kun hoidetaan samoja asiakkaita eli heitä, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelma. Samalla pyritään vastaamaan siihen miten yhtäaikaaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita nykyisessä järjestelmässä hoidetaan. Kolmanteen yläkategoriaan nostimme kehittämisen, eli aineistosta nousseita ajatuksia siitä, miten mahdollisesti näiden asiakkaiden hoitoa voisi kehittää.



Kuvio 4: Toisen tutkimusongelman kategorioiden abstrahointi.

Kuutioarviointimallista halusimme selvittää, miten kyseinen malli soveltuisi haastattelemiemme sairaanhoitajien arjen työhön. Olimme tehneet kyselylomakkeen liittyen mallin ominaisuuksiin haastateltavien vastattavaksi. Tarkoituksena oli esitellä mahdollinen uusi työkalu ja mitata sen käyttökelpoisuutta haastateltavien näkökulmasta. Tuloksia pohdimme strukturoidun kyselylomakkeen analysoinnin avulla sekä tuomalla esiin haastateltavien ryhmähaastattelussa esille tuomia ajatuksia mallin ominaisuuksista. Strukturoitu haastattelurunko itsessään

antoi luokittelupohjan, joten emme lähteneet enää vastaavasti luokittelemaan aineistoa, kuten olimme tehneet edellisten kahden tutkimusongelman kohdalla.

8.1 Sairaanhoidajien kohtaamat haasteet

Haastateltavat toivat esiin, etteivät psykiatrian poliklinikoiden asiakkaat välttämättä aina ole sitoutuneita tai motivoituneita hoitoonsa. Etenkin yhtäaikaaisesti sekä päihde- että mielenterveysongelmista kärsivien näyttäisi haastateltavien mukaan olevan vaikeaa sitoutua tai motivoitua hoitoon siten kun se on heille nykyisellään järjestetty. Tämä tuli toistuvasti esille aineistosta, ja sitä kautta tätä voidaan pitää yhtenä sairaanhoidajien kokemista haasteista työssään. Lisäksi mielenterveyspotilailla on haastateltavien mukaan tapana "lääkitä itseään" päihteillä, mikä jo sinänsä tekee työstä haastavaa kun voidaan puhua erästä haastateltavaa mukaillen, "kilpailevasta hoitomuodosta". Haastateltavat kertoivat, että päihteidenkäytöstä jätetään usein kertomatta, kunnes asia tulee tavalla tai toisella esille hoitosuhteessa. Lisäksi haastateltavat kuvailivat, että asiakkailla saattaa päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi olla taloudellisia ongelmia sekä monenlaisia muita sosiaalisia ongelmia, mitkä kaikki vaikuttavat yhdessä asiakkaiden kykyyn vastaanottaa hoitoa. Luokittelussamme haastateltavien kohtaamista haasteista päädyimme yläkategoriaan päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa alakategorioiden sitoutuminen hoitoon, itsehoito, päihteidenkäytön salailu ja sosiaaliset ongelmat kautta (Taulukko 5).

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Tärkeintä on motivaatio ja sitoutuminen -Sitoutuminen on kyseenalaista -Jättävät tulematta varatuille ajoille	Hoitoon sitoutuminen	Päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa
-Asiakkailla on monenlaista ongelmaa -Asiakkaat ovat moniongelmaisia -Kuinka tukea asiakkaan sosiaalista pärjäämistä	Sosiaaliset ongelmat	
-Potilas hoitaa itseään alkoholilla -Oireilu peitetään päihteillä -Skitsofreniapotilaat hoitaa itseään päihteillä	Itsehoito	
-Alkoholiongelmaiset potilaat valehtelevat juomisestaan -Päihteidenkäyttöä salataan -Päihdeongelma kielletään	Päihteidenkäytön salailu	

Taulukko 5: Päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa yläkategorian abstrahointi.

Haastateltavien kertoman mukaan päihde - ja mielenterveysoireileville asiakkaille sitoutuminen sovittuihin aikoihin saattaa usein olla vaikeaa, mikä käytännössä näyttäytyy haastateltavien työssä siten, etteivät asiakkaat saavu heille varatuille ajoille. Lisäksi haastateltavat kokivat, että kyseiseltä asiakasryhmältä monesti puuttuu hyvään hoitosuhteeseen vaadittava pitkäjännitteisyys. Aineistossa kuvailtiin kuinka asiakkaat haluaisivat hoitoa juuri silloin, kun heistä siltä tuntuu tai vastaavasti he jättävät saapumatta silloin kun heille on aika varattu. Asiakkaiden hoitoon sitoutumattomuus vaikeuttaa haastateltavien mukaan myös verkostotyötä A-klinikoiden kanssa, koska ei voida olla varmoja saapuuko asiakas ylipäänsä paikalle.

H3: *"...ja se että kaksoisdiagnoosipotilaita on paljon että tota joku harhaluuloisuushäiriö, skitsofreenisuus ja siitä sitten joku päihdeongelma ja lyhyesti se tarkoittaa sitä että molempien diagnoosien vuoksi käyntejä jää siis toteutumatta, peruutuksia ja poisjääntejä paljon..."*

H3 *"Vaikka mä näkisin että tää ois nyt hänelle ihan hyvä, mut ei kannata, tietää taustan ei kannata, ei tartu tilaisuuteen kuitenkaan... Yhdentekevää, että ei niinku kokeilla kepillä jäätä vaan siin pitää olla kutakuinkin varma et se koko rulljanssi mitä siihen liittyy vaiheineen ihan*

oikeesti menee päätökseen, Siis se on tosi tärkeä mieltii sit se jatkohoito missä se on kaksoisdiagnoosille, ketkä hoitaa, tosi harkiten"

Asiakkaiden sosiaaliset ongelmat nousevat erikseen mainittuna vain pariin otteeseen esille suoraan aineistosta. Silti haastatteluista jäi vaikutelma sosiaalisten ongelmien yleisyydestä kyseisellä asiakasryhmällä. Asiakkailta on siis samanaikaisesti sekä päihde, että mielenterveysongelma, mutta arkikaan ei oikein tunnu sujuvan. Asiakkailta on vaikeuksia sopeutua yhteiskuntaan monella tapaa. Eräs haastateltava totesi, että on hyvin haastavaa kun 45 minuutin hoitokäyntiin pitäisi sisällyttää niin paljon asioita, jotka kannattelisivat asiakkaita seuraavaan kertaan ja auttaisi jotenkin elämänhallinnan ylläpitämisessä. Kun asiakkaat saapuvat vielä ajoille milloin sattuu tai päihtyneenä ja lisäksi päihteidenkäyttö saattaa olla jo hyvinkin pitkäaikaista, hoitaminen koetaan vaikeaksi. Aineistosta nousseiden ajatusten mukaan asiakkaita on vaikea kannatella hoidon ollessa vapaaehtoista. Hoito edellyttää asiakkailta motivaatiota ja sitoutumista sekä halua tehdä työtä hoidon eteen. Haastateltavat kuvailivat asiakkaiden olevan usein persoonaltaan lyhytjännitteisiä ja kykenemättömiä vastaanottamaan hoitoa säännöllisesti käytettävissä olevien hoitokeinojen puitteissa, jonka vuoksi heitä voidaan pitää haasteellisuudeltaan aivan omana ryhmänään. Hoidon vapaaehtoisuus vaatii motivaatiota ja halua kuntoutua, mutta mikäli sitä ei löydy, ei hoitokaan etene. Haastateltavat toivat esiin huolensa siitä mitä tapahtuu asiakkaille, joilla motivaatiota ei ole ja jotka näin saattavat jäädä kokonaan ilman hoitoa. Syrjäytymisen uhka on jatkuvasti läsnä.

H1: "Niin tulis jotenkin mieleen siitä että se miten parhaiten vois hoitaa tällaista ihmistä niin sehän riippuu vähän siitä et kuinka vastaanottavainen hän olis sitten sille hoidolle mitä me tarjotaan..."

H2: "Niin vaikea kysymys ku se ei ole aina siitä kiinni vaikka meillä olis miten hyviä hoitopaikkoja niin välttämättä ne ei ole kuitenkaan niille potilaille sitten... Ett tästähän puhutaan ett niitä puuttuu hoitopaikkoja mutta tärkeintähän se olis se motivaatio sitten ja niihin sitouduttais sinne ja siedettäis sitä hoitoa ja niitä tarjottuja hoitomalleja, ettei se ois ainoastaan sitä laakereilla lepäämistä ja joku ongelma häviää vaan"

H3: "Se oikeastaan ratkaiseva kollegoiden puheessa, että ollaan nyt virallisesti menossa siihen suuntaan et oli mitä hoitoa hyvänsä niin sitä annetaan jatkossa niille jotka ovat siihen motivoituneita, mekään ei tiedetä mitä tapahtuu näille muille ihmisille, jotka ei ole motivoituneita, mut ett se on ihan selvä suunta et palvelut tulee heille jotka ovat motivoituneita... Se on pikkasen eettisesti ahdistavaa näin hoitaville työntekijöille, koska mehän ollaan nyt yritetty pyydystää ihmisii paljon jotka ei oo oikein motivoituneita ett jos he jonain päivänä motivoituisivat ni pitää hyppysissä ja pyydystellä, mut suunta on ihan selvä nytte että

siihen niinku tavallaan pitää olla valmiina siihen tilanteeseen jatkossa että keskitytään vaan sellaseen hoitamiseen..."

Yleisesti aineistosta nousi esille, että päihteidenkäyttö on monilla asiakkailla jonkinlaista itsehoitoa. Haastateltavien jakamien kokemusten perusteella asiakkaat usein tarttuvat päihteisiin jotta olo helpottuisi. Tämä ennemmin tai myöhemmin pahentaa mielenterveydentilaa entisestään. Kun asiakkaat "hoitavat" itseään päihteillä ja toisaalta asiakkaan mielenterveysongelmaa pyritään hoitamaan avohoidossa, voidaan puhua kilpailevasta hoidosta, koska asiakkaan itsehoito häiritsee ammatillisesti annettua hoitoa. Keskusteluun perustuvasta hoidosta ei ole hyötyä, jos asiakas ei edes muista käyneensä vastaanotolla, kuten eräs haastateltavista kertoi. Haastateltavien mukaan asiakkaiden pitäisi kyetä ainakin selkeästi vähentämään päihteidenkäyttöä, jotta mielenterveyden hoitoa voitaisiin tuloksellisesti toteuttaa. Haastateltavat kuvailivat, että mielenterveyspotilaille esimerkiksi skitsofreenikoilla päihteidenkäyttö saattaa alkaa siten, että päihteillä peitetään sairauden oireita kuten harhoja. Tämän jatkussa riittävän pitkään, asiakkaalle kehittyy päihdeongelma ja koska hoitoon sitoutuminen saattaa kestää vuosia, seurauksena voi olla jo vakavia neurologisia ongelmia.

H6: "...ja päihdekäyttö yleensä se lisää masennusta niin kauan kun se jatkuu on tavallaan turha hoitaa sitä masennusta siihen ei pääse niinku kiinni ett mä oon ainakin käyttäny siihen nimitystä just sellainen kilpaileva hoito että mitä tässä nyt sitte hoidetaan tai potilas hoitaa itseään alkoholilla ja sit hän käy vielä niinku psykiatrian polilla hoitamassa itseään. Siinä on se itsehoito ja hoito yritys täällä että ne ei kerta kaikkiaan välttämättä rimmaa ollenkaan yhteen. Ne ihmiset ei sitä niinku tajuu. Siinä ainaki pitäis pystyy vähentämään."

H5: "Jossain tapauksessa oon ite ihmetelly sitä että miks se on jotenki hienompaa että on psykiatrinen ongelma ku että on päihdeongelma että on sellaisia potilaita jotka haluaa jotenki mitätöidä ja kieltää sen päihdeongelman ja korostaa sitä että nyt tarvii nimenomaan tätä psykiatrista hoitoa..."

Haastatteluista saamamme käsityksen mukaan asiakkaat usein salailevat tai vähättelevät päihdeongelmaansa, tai kieltävät sen kokonaan. Etenkin yhtäaikaaisesti päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakkaiden kohdalla haastateltavat toivat esiin, että asiakkaat korostavat nimenomaan mielenterveysongelmaansa, ikään kuin olisi "hienompaa" olla psyykkisesti sairas kuin vastaavasti päihdeongelmainen. Haastateltavat kokivat ongelmalliseksi, etteivät asiakkaat monesti näe päihteidenkäytön vaikutuksia mielialaansa tai psyykeoireilun esiintyvyyteen. Kun päihdeongelmaa ei myönnetä tai siitä ei välitetä, on hoitokin vaikeaa, koska mielenterveysongelmaa ei voida hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla, ennen kuin asiakkaan päihdeon-

gelma on jokseenkin hallussa. Mikäli päihdeongelman hoitamiseen ei riitä motivaatiota, on vaikea tarttua myös mielenterveyden ongelmaan.

Menetelmälliset haasteet yläkategoria koostuu sairaanhoitajien kohtaamista haasteista, jotka liittyvät heidän käytössään oleviin hoitokeinoihin. Aineistosta tuli ilmi, että mielenterveysasiakkaan päihdeongelma vaikeuttaa useiden psykiatrian poliklinikoilla käytössä olevien hoitokeinojen käyttämistä tai tekee ne jopa täysin tehottomiksi. Aineistossa ilmeneviä menetelmällisiä haasteita luokittelimme neljään eri alakategoriaan: *vuorovaikutus hoitokeinona, lääkitys, päihdetyön tuntemus ja diagnosointi*. Ensimmäinen alakategoria muodostui haastateltavien kohtaamista haasteista jotka kohdistuivat *vuorovaikutukseen hoitokeinona*. Psykiatrisen hoito perustuu paljolti vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa; hoidonarviointi pohjautuu asiakkaan itsestään antamiin tietoihin ja hoitomuotoina käytetään yksilökeskusteluja sekä ryhmäkeskusteluja. Asiakkaan päihtyneisyys hankaloittaa tai tekee mahdottomaksi nämä arviointi- ja hoitokeskustelut. Päihtyneisyys vaikuttaa asiakkaan ulosantia ja ymmärrystä heikentävästi. Haastateltavat kertoivat, etteivät he tästä syystä yleensä ota vastaan päihtynyttä asiakasta. Joissakin esimerkeissä kerrottiin muun muassa päihtyneen asiakkaan kantamisesta pois vastaanotolta. Päihteidenkäyttö tekee myös asiakkaan *lääkitsemisestä* ongelmallista. Haastateltavien mukaan lääkitys ei pääse vaikuttamaan asianmukaisesti jos asiakas käyttää päihteitä. Päihtyneelle asiakkaalle ei myöskään voi kirjoittaa reseptiä. Sairaanhoitajat kertoivat, että päihdeongelmallisilla asiakkailla esiintyy myös ”pelaamista”, jolla tarkoitettiin reseptilääkkeiden saamista päihtymistarkoitukseen.

H7: "...esimerkiks joku masennuslääkitys ja tämmöset pääsee vaikuttamaan niin edellyttää sitä että ei oo päihteidenkäyttöä muuten ei oo mitään hyötty syödä niit lääkkeitä."

H5: "...varsinki näillä huumeidenkäyttäjillä niin kyllähän ne on aikamoisia pelureita monesti ja tuntee niinku yhteiskunnan järjestelyt ja osaa sillei yrittää vetää oikeista naruista jos on sillei niinku tavoite saada jotaki niin ja sitte niinku sellaista että käydään nyt lääkäriillä hakemassa rauhoittavia ja tullaan tännekkä sit yrittämään sitä että siinä vaiheessa se on varmasti tukevampaa pistää niitä rajoja."

Päihdetyön tuntemuksensa haastateltavat arvioivat eritasoisiksi. Valtaosa haastateltavista toivoi koulutusta päihdeosaamiseensa. Esimerkiksi riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvää tietoa kaivattiin. Osa sairaanhoitajista oli työskennellyt päihdehoidon puolella, he toivoivat lähinnä päivitystä osaamiseensa kuten tietoa uudenlaisista huumeista. Yksi haastateltava totesi päihdepuolen asioiden olevan hänelle melko vieraita. Yksi totesi, ettei kaipaa minkäänlaista päihdepuolen koulutusta. Muutamassa puheenvuorossa esitettiin, ettei psykiatrian puolella työs-

kentelevillä ole resursseja ottaa myös päihdeongelman hoitamista vastuulleen, sillä mielen-terveyden häiriöiden hoitamisessakin on työsarkaa riittämiin.

H4: "Mä itse oon ollu a-klinikalla töissä ja järvenpäässä sosiaalisairaalassa mutta siitä on kuitenkin ollu puhetta että tällaista [koulutusta] tarvittaisiin kaksoisdiagnoosi potilaiden kanssa."

Haastateltavien esittämien näkemysten mukaan päihteidenkäyttö vaikeuttaa oikean psykiatrisen diagnoosin asettamista. He kuvailivat päihteidenkäytön vääristävän asiakkaan mielenterveydenhäiriötä, jolloin mielenterveydenhäiriön tunnistaminen vaikeutuu. Toisaalta päihteidenkäyttö saattaa aiheuttaa asiakkaalle oireita, jotka ovat samankaltaisia jonkin mielenterveyshäiriön kanssa. Oireiden aiheuttajana on tällöin kuitenkin päihteidenkäyttö eikä mielenterveydenhäiriö ja diagnoosin asettaminen mielenterveyshäiriöksi olisi virheellinen. Vaarana virheellisen diagnoosin asettamisessa on, että asiakas saa vääränlaista hoitoa. Esimerkkeinä haastateltavat kertoivat rajun alkoholin käytön aiheuttavan samanlaisia oireita kuin kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Alkoholin käytön kerrottiin saattavan aiheuttaa myös hallusinaatioita. Vastaavasti amfetamiinin käytön todettiin saattavan aiheuttaa vainoharhoja. Mitä pidempiaikaista asiakkaan päihteidenkäyttö on ollut, sitä pidemmän ajan hänen tulisi olla päihteittä, jotta oikean psykiatrisen diagnoosin asettaminen olisi mahdollista. Erään haastateltavan mukaan tämä voi vaatia jopa useiden kuukausien päihteettömän jakson. Jos asiakkaalle ei voida asettaa oikeaa diagnoosia, on myös hyvin vaikeaa antaa hänelle oikeanlaista hoitoa.

H2: "Joskus diagnosointikin voi olla hirveen vaikeaa ett jos on rankka alkoholiongelma niin sillon saattaa tulla näitä kaksisuuntaisen mielialahäiriön viittaavia oireita vaikka kyse ei niistä ookaan että sillon on on varmaan järkevämpää aloittaa se päihdehuolto ku ruvetaan tekemään diagnosei, ku ne voi mennä ihan pieleen."

H3: "Se on melkein pahimmassa tapauksessa useita kuukausia ilman käyttöä enne ku voidaan diagnoosia asettaa..."

H6: "Niin siinäähän ihan se yksinkertaisesti arviokin on vaikeeta jos potilaalla on... jos hän on niinku päihtynyt. Täällä pitää niinku odottaa sitä että promillet on ikään kuin nollat. Jos ihmisellä on pitkään päihdekäyttöä niin se kyllä sit vääristää sitä mielenterveysongelmaaki joltaki osin esmes tää tai miten se nyt sitten vaikuttaa potilaaseen ylipäänsä että ne on kyl vähän hankalii juttui sillai että samanaikaisesti tai toistaiseksi on ollu se kulttuuri että ne ohjataan päihdepuolelle jotta se ongelma saadaan hallintaan ja sitten kun se on saatu hallintaan sitä arvioidaan uudelleen sitä mielenterveysongelmaa."

Ohessa luokitteluun liittyvä taulukko, jossa alakategorioiden vuorovaikutus hoitokeinona, lääkitys, päihdetyön tuntemus ja diagnosointi kautta päädyttiin yläkategoriaan menetelmälliset haasteet (Taulukko 6).

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi -Hoito perustuu keskusteluun -Vuorovaikutusta halutaan	Vuorovaikutus hoitokeinona	Menetelmälliset haasteet
-Päihteidenkäyttö pitää lopettaa jotta voidaan lääkittää. -Lääkitys ei vaikuta jos käyttää päihteitä. -Humaltunutta ei voi lääkittää.	Lääkitys	
-Päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitoon lisäkoulutusta -Kaivataan päihdekoulutuksen päivittämistä -Päivitystä huometietämykseen	Päihdetyön tuntemus	
-Diagnosointi voi olla vaikeaa -Diagnosoinnin asettaminen vaatii päihteettömyyttä -Päihteidenkäyttö vääristää mielenterveysongelmia	Diagnosointi	

Taulukko 6: Menetelmälliset haasteet yläkategorian abstrahointi.

Aineistosta nousi esiin sairaanhoitajien kokemia haasteita jotka luokittelimme luonteeltaan rakenteellisiksi (Taulukko 7). Nämä haasteet näyttäisivät johtavan juurensa laajemmista yhteiskunnallista muutoksista ja poliittisista päätöksistä. Alakategorian avohoitokeskeisyys muodostavat sellaiset toteamukset aineistossa joissa haastateltavat kertovat psykiatrisen hoidon olleen tukevampaa ja intensiivisempää noin kaksikymmentä vuotta sitten. Sairaanhoitajat käyttivät usein sanaa "holhota" tai "holhous". Heidän arvionsa mukaan asiakkaita ei enää holhota, mutta kuitenkin päihdeongelmaiset mielenterveysasiakkaat tarvitsisivat holhusta.

H7: "Mut kaksikymmentä vuotta sitten osastohoidotki oli pitkiä. Ne oli todella pitkiä että nythän ne ei enää oo että tähän on mennä tällaseks että pitäis kuitenkin pärjätä tuolla."

H4: "Se on ihan totta että silloin parikymmentä vuotta sitten oli paljon tukevampaa se hoito kyllä ja oli enemmän sellaisia kuntoutustyyppisiä osastoja ja ja enemmän niinku seurattiin että kyllä"

on niinku enemmän skitsofreenikoita jääny niinku ilman niinku asianmukaista turvallista tukea..."

H7: "Ennen oli mielenterveyslaki sekin on nyt ehkä hieman muuttunu siitä mitä se oli aiemmin. Joskus saatto olla että ihan tarkotuksella pidettiin se kolme kuukautta että yritettiin takoo järkee niitten päähän ... mutta ei sellasii hoitot oi enää nykypäivänä psykiatrian osastoilla täällä Vantaalla."

Kautta koko aineiston haastateltavat toivat esille kokemansa resurssien puutteellisuuden. Useiden haasteiden syy nähtiin nimenomaan resursseissa, asiakkaita on paljon ja aikaa vähän. Haastateltavien näkemyksen mukaan niin psykiatrisen kuin päihdehoidonkin resurssit olivat riittämättömät. He kertoivat omasta ajan puutteestaan asiakastyössä sekä vaikeuksista saada oman hoitonsa jälkeen asiakkaita jatkohoitoon. Asiakkaiden päihdehoitoon saaminen koettiin erityisen vaikeaksi päihdehoitopaikkojen resurssipulan vuoksi. Sairaanhoidajat kertoivat kokevansa eettistä ahdistusta koska useat hoitoa kipeästi tarvitsevat jäävät siitä paitsi.

H3: "Niin kun on hoitajakoulutus et siin on tietynlainen etiikka ni must se on aika ahdistavaa ajatella sit tätä väkee.. et minkälaisii katukuvia meillä on ja sitten kaupunkikuvia..."

Yhteistyön haasteet näkyivät aineistossa paitsi asiakkaiden hitaana hoitoon pääsynä päihdepuolelle, niin myös asiakkaiden palautumisena päihdeyksiköstä psykiatrian poliklinikalle. Haastateltavat kertoivat tapauksista joissa heidän mielestään asiakkaan psykiatrinen diagnoosi oli lievä, mutta päihdeyksikössä asiakkaan psykiatrinen tilanne oli silti arvioitu liian vaikeaksi päihdehoidon aloittamiseksi. Tämän uskottiin johtuvan siitä, että resurssien ollessa tiukat, hoitotahot ovat tiukentaneet hoitokriteereitään. Haastateltavat kokivat myös, että yhteisten tapaamisten järjestäminen päihdepuolen työntekijöiden kanssa oli hankalaa johtuen molempien osapuolien ajan puutteesta. Tässä oli tosin eroja eri psykiatrian poliklinikoiden välillä. Toiset käyttivät yhteispalavereita useammin kuin toiset. Useat haastateltavat myös kuvailivat päihteidenkäytön muutosta yhteiskunnassa. He kokivat, että päihteidenkäyttö on yleistynyt suuresti ja se näkyi asiakaskunnassa päihdeongelmien kasvuna. Haastateltavien kokemuksen mukaan asenneilmapiiri ja päihteiden saatavuus yhteiskunnassa on muuttunut siten, että elämän ahdistavina hetkinä turvaudutaan helpommin päihteisiin, etenkin alkoholiin. Tämän koettiin haastavan työssä entistä enemmän päihdeproblematiikan tuntemukseen.

H4: "Mutta joskus parikymmentä vuotta sitten niin sillon tai reilu parikymmentä vuotta sitten niin sillon se päihdeongelma ei ollu ollenkaan niin yleistä niinku ku tänä päivänä että mun mielestä se on niinku hirveesti lisääntyny niinku vuosien aikana..."

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Suuntaus on se, ettei holhota -Parikymmentä vuotta sitten hoito oli tukevampaa -Nykypäivänä ei holhota vaikka kyseinen ryhmä kaipaisikin holhous	Avohoitokeskeisyys	Rakenteelliset haasteet
-Psykiatria on resursoitu huonosti -Kaupungilla ei ole kunnollisia psykiatrisia palveluita -Ajasta ja resursseista on puutetta	Resurssit	
-Päihdehoitoon pääsyä joutuu odottamaan kauan -Potilas on palautettu päihdehoidosta psykiatrian poliklinikalle -Katkaisuhoitopaikat ovat täynnä	Yhteistyö	
-Päihdeongelmat ovat lisääntyneet vuosien aikana -Alkoholin käyttö on lisääntynyt väestössä -Huumeiden käyttö on yleistynyt	Päihteidenkäytön lisääntyminen yhteiskunnassa	

Taulukko 7: Rakenteelliset haasteet yläkategorian abstrahointi.

8.2 Hoitovastuun jakautuminen, yhteistyö ja hoidon kehittäminen

Analysoidessamme toiseen tutkimusongelmaan eli hoitovastuun jakautumiseen liittyvää materiaalia aineistossa, jaoinme hoitovastuun kolmeen aineistosta nousseeseen alakategoriaan: *päihdehoidon ensisijaisuuteen*, *psykiatrisen hoidon vastuualueeseen* sekä *harmaaseen alueeseen*. Nimensä mukaisesti päihdehoidon ensisijaisuus viittaa niihin tilanteisiin, joissa haastateltavien näkemyksen mukaan asiakkaan päihdeongelma on hoidettava ennen kuin voidaan alkaa hoitaa mielenterveydenhäiriötä. Psykiatrisen hoidon vastuualue kattaa ne tapaukset, joissa haastateltavat katsoivat aiheelliseksi hoitaa asiakasta ensin psykiatrian puolella. Kolmannen alakategorian nimesimme harmaaksi alueeksi kuvaamaan niitä tilanteita, joissa aineiston perusteella ei voida selkeästi sanoa miten päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoito käytännössä etenisi tai kun siinä on jonkinlaisia ongelmia. Ohessa taulukko yläkategorian hoitovastuu luokittelusta, jossa alaluokka harmaa alue on sijoitettu alaluokkien päihdehoidon ensisijaisuus ja psykiatrisen hoidon vastuualue väliin (Taulukko 8).

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Ensin päihdepuolelle, sitten arvioidaan mielenterveysongelmaa. -Ei voida psykiatrisesti auttaa, jos päihdeongelma on paha -Järkevämpää aloittaa ensin päihdehoito kun tehdä diagnoosia mikäli päihdeongelma on paha	Päihdehoidon ensisijaisuus	Hoitovastuu
-Asiakas palautetaan päihdepalveluista -Palveluissa pyritään rajaamaan hoitopääsykriteeristöä resurssipulan vuoksi -A-klinikalla tulkitaan lähetteitä omalla tavalla	Harmaa alue	
-Jos asiakas on itsetuhoisin tai on muuten vaikea päättää kuuluuko osastolle -Jos asiakkaalla on psykoosidiagnoosi, psykiatrian poliklinikoilla on hoitovastuu -Huonossa kunnossa oleva asiakas on otettava osastolle	Psykiatrisen hoidon vastuualue	

Taulukko 8: Hoitovastuu yläkategorian abstrahointi.

Päihdehoidon ensisijaisuus nousi oikeastaan kaikkien haastateltavien mielipiteissä esille. Aineistosta selvisi myös, että haastateltavien näkemysten mukaan yleinen linjaus psykiatrisilla poliklinikoilla on se, että päihdeongelma tulee lähtökohtaisesti hoitaa ensin. Perusteluna tälle nähtiin esimerkiksi lääkkeiden vaikuttamattomuus päihdekäyttäytymisen ollessa päällä ja se, että päihteet vaikuttavat niin paljon psyykeen, että oikeaa diagnoosia ei voi tehdä. Lisäksi aineistossa perusteltiin päihdeongelman hoidon ensisijaisuutta myös siten, että jo runsas alkoholin käyttö itsessäänkin aiheuttaa masennusta tai jopa kasisuuntaiseen mielialahäiriöön viittaavia oireita. Tällaiset tekijät tulisi saada poissuljettua ennen kuin voidaan tarttua mielenterveysongelmaan vaikka mielenterveysongelma olisikin ollut ensin.

H7: "...toistaiseksi on ollu se kulttuuri että ne ohjataan päihdepuolelle jotta se ongelma saadaan hallintaan ja sitten kun se on saatu hallintaan sitä arvioidaan uudelleen sitä mielenterveysongelmaa..."

H5: "Tavallaan huomataan että ei voi psykiatrisesti auttaa jos se päihdeongelma on niin paha."

H2: "Siinä vaiheessa kun se päihdeongelma on jo paha niin tietysti täytyy hoitaa se tilanne vaikka se lähtösyö oiskin ollu joku mielenterveyspuolen ongelma."

Psykiatrinen hoito koettiin aineistossa silloin ensisijaiseksi, kun asiakkaalla on havaittavissa itsetuhoisuutta, psykoottisuutta tai asiakkaan tilanne koettiin sen verran vakavaksi, että osastohoito olisi aiheellista. Psykiatrialla on lainsäädännöllinen hoitovastuu esimerkiksi alkoholi-psykoositapauksia ajatellen. Lisäksi vaikkapa itsetuhoiset asiakkaat tai ne joilla jotenkin muuten sosiaaliset taidot ovat selkeästi alentuneet, johtuu se sitten päihdeistä tai jostain muusta, tulee saada välittömästi hoitoa.

H1: "No, se on ehkä määrittynyt sen käytännön mukaan mutta se linja mikä nytki on että jos on akuutti itsetuhoisuus niin vahvaa että tavallaan henki on uhattuna niin silloin se on ihan asiallista hoitaa vaikka oiski päihdeongelmainen tässä ja sit just tällaiset ensipsykoottiset vaikka niillä on sitä päihdekäyttöä niin on asiallista hoitaa tässä näin."

H3: "Kyl mä oon samaa mieltä tosta. Varmaan just nää graaveimmat tai vakavimmat olis tässä huolimatta siitä vaik olis se päihdeongelma."

Aineiston perusteella nousi esille myös tilanteita, joissa psykiatrian poliklinikoiden työntekijöiden on erityisen vaikea tietää miten päihdeongelmaista mielenterveysasiakasta tulisi hoitaa tai asiakasta ei oikein osattu sijoittaa selkeästi oikeaan hoitopaikkaan. Tähän harmaaksi alueeksi kutsumaamme alakategoriaan kuuluu monenlaisia erilaisia tilanteita, joissa asiakkaalle ei välttämättä löydy heti oikeaa hoitoa. Tällaisia tilanteita aineistossa olivat esimerkiksi sellaiset, joissa asiakas lähetettiin psykiatrian poliklinikalta päihdehoitoon, mutta hänet palautettiin päihdepalveluista takaisin psykiatriseen hoitoon. Eräät haastateltavat kokivat, että A-klinikoilla toisinaan tulkitaan asiakkaan tilannetta eri tavalla, mutta myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon kriteereistä sanottiin olevan ikään kuin poissuljettu päihdeongelman olemassaolo. Näin voidaan rakenteissa jo havaita olevan ongelmaa päihdeongelmista kärsivien mielenterveysasiakkaiden kohdalla, mitä ei helpota myöskään esille nostettu resurssipula, joka johtaa helposti siihen, että halutaan tiukentaa hoitopääsykriteeristöä monin paikoin ja välillä hoitaminen on luovimista eri hoitopaikkojen välillä. Koska kyseessä on samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivistä asiakkaista, on selvää, että hoitoa sellaisenaan on vaikea toteuttaa psykiatrian poliklinikoilla ja se koetaan haasteelliseksi, koska tämä erityisryhmä ei usein kykene sellaiseen suunnitelmalliseen päihdeettömyyteen avohoidossa jo perusproblematiikkansa vuoksi. Haastateltavat arvelivat, että tämä asiakasryhmä on myös päihdepalvelujen puolella erityisen haasteellinen. He eivät ole pelkästään päihdetyön asiakkaita eivätkä pelkästään mielenterveystyön asiakkaita, heitä voidaan usein hyvällä syyllä pitää väliinputoajina.

H1: *"Toki jos jollakin on ihan erityisen hankala tilanne on molemmat sekä päihdeongelma että se mielenterveysongelma hyvin pinnalla sitten mietitään sit sairaalahoitoa et avopuolelta tällöinen potilas akuutimpaan hoitoon, mutta se vähän riippuu kumpi ongelma on enemmän pinnalla ja millä tavalla se näyttäytyy."*

H4: *"Näiden ongelma on ollu että on ollu sellaisia tapauksia taas että on katsottu että se psykiatrinen diagnoosi on lievä että kun täältä on yritetty laittaa lähetettä sinne niin on palautettu kuitenkin."*

H5: *"...on varmaan pienennetty resursseja ja kukin yrittää rajata sitä omaa hoitopääsykriteeristöä jollain tavalla että kyllähän mekin sitä täällä palautellaan ja lähetellään muualle..."*

H6: *"...että sehän on oikeestaan näissä erikoissairaanhoidon kriteereissä tavallaan poissuljettu se päihdeongelman olemassaolo aika pitkälti sillai että esim alueiden poliklinikat ei ota potilaita hoitoon jos heillä on tätä ongelmaa."*

H4: *"...mut se on vielä ehkä sellaista luovimista se hoitaminen että kumpi tekee ja missä vaiheessa ja mitä tekee..."*

Yhteistyön muodoista haastateltavat keskustelivat eniten yhteistapaamisista sekä asiakkaan saattaen siirtämisestä päihdehoitoon. Näihin liittyvistä ilmauksista muodostimme alakategoriat *yhteistapaamiset* sekä *saattaen siirtäminen*. Kolmannen alakategorian muodostimme haastateltavien tuottamista ilmauksista, jotka liittyivät siihen, kuinka *resurssit* vaikuttavat yhteistyöhön päihdepuolen kanssa (Taulukko 9). Psykiatrian poliklinikoiden päihdepuolen kanssa tekemän yhteistyön määrä vaikutti aineiston pohjalta vaihtelevan jonkin verran poliklinikka-kohtaisesti. Yksi poliklinikoista näytti tekevän tiiviimpää yhteistyötä A-klinikan kanssa kuin toiset kaksi poliklinikkaa. Tähän vaikutti todennäköisesti se, että kyseinen poliklinikka sijaitsi A-klinikan toimipisteen välittömässä läheisyydessä. Kynnys järjestää yhteisiä tapaamisia on varmasti pienempi, kun työntekijöiden ei tarvitse matkustaa pitkiä matkoja tavataksaan toisiin. Useimmiten päihdepuolen yhteistyökumppaniksi aineistossa mainittiin nimenomaan A-klinikka. Haastateltavien kuvailemissa yhteistapaamisissa paikalla on asiakas, psykiatrian poliklinikan työntekijä sekä A-klinikan työntekijä sekä mahdollisesti muitakin henkilöitä asiakkaan verkostosta kuten perheenjäseniä. Aineistosta syntyi vaikutelma, että yhteistapaamisia käytettiin vaihtelevasti. Osalle haastateltavista yhteistapaamiset vaikuttivat olevan yleisempi työmuoto ja osalle taas harvinaisempi. Yhteistapaamisia haastateltavat pitivät yleisesti ottaen hyödyllisinä. Yhteistapaamisten ongelmana nähtiin se, etteivät asiakkaat saavu aina pai-

kalle. Eräs haastateltava epäili tämän johtuvan siitä, että tilanne jossa on paljon työntekijöitä saattaa olla asiakkaalle kiusallinen.

H1: "Se on oikeastaan ollu aika sujuvaa se yhteistyö, ehkä eniten ongelmii on ollu siinä että potilaat ei välttämättä saavukkaa näihin tapaamisiin mitä sit järjestetään. Ett niinku hoitotahoilla ei ole siin mitään ongelmaa... Yhteisten aikojen etsiminen, siinä on jotain hankaluutta. ... Yhteistyö sujuu, mut potilaat ei ole aina ollut niin intoutuneita näistä meidän yhteistyöryhtyksistä enimmäkseen. Et jotenkin potilas saattaa kokee sen et varmaan se...et parin hoitotahon edustajaa siinä ja hän on jotenkin sitten se hoidettava sit. Siihen tulee monenlaisii ajatuksii että ehkä touhutaan tai jollain tavalla jeesustellaan sitä tilannetta vaikka ne on sellasii keskustelu ja suunnittelutilanteita."

Saattaen siirtämisessä psykiatrian poliklinikan työntekijä lähtee asiakkaan mukaan tueksi kun asiakas menee vaikkapa A-klinikalle aloittaakseen päihdehoidon. Aineistossa esiintyi toteamuksia joiden mukaan saattaen siirtämistä harjoitettiin noin viisi vuotta sitten enemmän, mutta työntekijöiden ajanpuutteen vuoksi ne ovat vähentyneet. Osa haastateltavista myös kyseenalaisti menetelmän tarpeellisuuden. He esittivät, että jos asiakas on motivoitunut päihdehoitoon, hän kyllä varaa itselleen ajan ja saapuu paikalle. Aineiston mukaan saattaen siirtämistä tapahtuu myös niin, että päihdehuollon asiakas saatetaan psykiatrian poliklinikalle päihdehuollon työntekijöiden toimesta. Tämäkin on aineiston perusteella vähentynyt.

H3: "No, täs oli ihan 5 vuotta sitten oli tämmöstä saattaen siirtämistä puolin ja toisin, että työntekijät tapasivat potilasta yhdessä. Se on nyt jäänyt, ilmeisesti ajan ja resurssoinnin puutetta..".

H1: "...jos se potilas on motivoitunut siihen a-klinikka hoitoon, se ite kans varaa sen ajan... jos sitä motivaatioita ei oo, se ei ikään kun auta et me kannetaan se sinne. Mä oon just sitä monta kertaa ajatellut, että se on paljon tärkeempi ... et se potilas ite varaa sen ajan eikä niin et mä lähen ikään kun sorkkimaan sinne. ... Se voi olla ett mä vaan teen sen työn ja siinä ei tapahdu yhtään mitään ett se jää vaan siihen yhteen tapaamiseen ja se ei kyllä paranna ketään."

Kaksi kolmesta poliklinikasta järjesti yhteistyöpäiviä A-klinikan kanssa. Toisella poliklinikalla tämä oli vuotuinen tapahtuma, toinen poliklinikka järjesti yhteistyöpäivät joka toinen vuosi. Haastateltavat kertoivat, että yhteistyöpäivillä psykiatrian poliklinikan ja A-klinikan toimipisteiden työntekijät kokoontuivat yhteen ja päivittivät tietonsa toistensa toiminnasta. Kolmannella poliklinikalla työskentelevät haastateltavat kertoivat, että heilläkin vastaavia yhteistyöpäiviä on järjestetty joitakin vuosia sitten, mutta ne eivät ole säännöllinen käytäntö. Osa ker-

toi käyttävänsä yhteistyöhön päihdepuolen kanssa puhelinkonsultaatiota. Haastateltavat suhtautuivat kautta aineiston pääasiassa myönteisesti A-klinikan kanssa tehtävään yhteistyöhön sekä A-klinikan tekemään työhön. Resurssien puute koettiin usein yhteistyön suurimmaksi ongelmaksi. Suuri osa haastateltavista koki, että yhteistapaamisten järjestäminen on hankalaa kun aikaa on vähän niin psykiatriassa kuin päihdepuolellakin. Haastateltavat toivat esiin, että asiakkaiden päihdehoitoon pääsy on hidasta. Päihdepuolen resurssit koettiin riittämättömiksi ja niitä toivottiin lisää. Haastateltavat toivat myös esiin, että on tapauksia joissa psykiatrian poliklinikalta päihdehoitoon lähetetty asiakas on palautettu takaisin psykiatrian poliklinikalle, koska päihdehoitopaikassa on koettu asiakkaan psykiatrisen ongelman olevan niin vakava. Eräs haastateltavista arvioi tämän johtuvan siitä, että resurssien ollessa tiukat, joudutaan tiukentamaan hoitoon pääsyn kriteerejä. Haastateltava myös totesi, että myös psykiatrian poliklinikalta palautetaan asiakkaita päihdehoitoon.

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Pyydetään A-klinikalta työntekijöitä yhteis- palaveriin -Yhteistyötä on puolin ja toisin, pyydetään A- klinikalta työntekijöitä yhteistapaamisiin ja he kutsuvat meitä -Järjestämme yhteistyöpäiviä	Yhteistapaamiset	Yhteistyö
-Viisi vuotta sitten oli saattaen siirtämistä puolin ja toisin -Saattaen siirtäminen ei ole nykypäivänä mahdollista -Jos motivaatiota ei ole, ei auta että kanne- taan päihdehoitoon	Saattaen siirtäminen	
-Yhteisten aikojen etsimisessä on hankaluutta -Yhteistyötä voisi kehittää lisäämällä resurs- seja -Kunnan talous on kuralla ja A-klinikat ovat kunnan alaisuudessa	Resurssit	

Taulukko 9: Yhteistyö yläkategorian abstrahointi.

Osittain vallitsevan työtilanteen johdosta ja muutenkin läpi aineiston esille tulleen vallitsevan resurssipulan vuoksi saattoi kehittäminen ajatuksena haastateltavista tuntua suhteellisen epärealistiselta, mikä näyttäytyi jonkinasteisena vaisuutena erilaisten kehittämisideoiden suhteen. Esille nousi kuitenkin ajatuksia *omasta yksiköstä*, joka olisi nimenomaan päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita varten, mutta jonka hoitokriteerit olisivat riittävän alhaiset niin, että kyseinen yksikkö ottaisi kaikki sille kuuluvat asiakkaat vastaan. Se vähentäisi huo-

mattavasti nykyistä "pallottelua" ja helpottaisi sekä päihdepuolen että psykiatrisen puolen työtä, koska olisi paikka mihin nämä asiakkaat lähetettäisiin. Koska asiakasryhmän hoidot saattavat olla pitkiä ja vaativiakin, esille nousi myös tarve sellaiseen hoitoon, joka olisi systemaattista, pitempiaikaista niin, että hoidolla olisi jatkumo tuttujen työntekijöiden kanssa. Lisäksi päihdeongelmaiset mielenterveysasiakkaiden on vaikea noudattaa esimerkiksi varattuja aikoja, tai he kokevat tarvitsevansa juuri tietyllä hetkellä hoitoa, joten heille hoidon kannalta olisi tärkeää jokin sellainen yksikkö, jossa olisi päivystys. Muita tukimuotoja voisivat olla haastateltavien esille tuomat matalan kynnyksen paikat tai päiväkeskukset tai muut vastaavat, joissa olisi mukana myös sosiaalityö. Tämän alakategorian nimesimme nimellä *Oma yksikkö*. Toisaalta aineistosta nousi esille myös hiukan lievempää hoitoon liittyvää kehittämisajattelusta, jonka luokan nimeksi annoimme *ennaltaehkäisy*. Tähän luokkaan kuuluu ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen liittyvät kehitysajat. Ennaltaehkäisyä voisi haastateltavien näkemyksen mukaan tehdä vaikkapa perusterveydenhuollossa ennen kuin tilanne ehtisi kehittyä liian pahaksi. Nämä hoidot tukisivat päihdeongelmaisen mielenterveysasiakkaiden hoitoa omalta osaltaan. Alla taulukko yläkategorian kehittäminen muodostamisesta (Taulukko 10).

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
-Systemaattinen ja pitkäaikainen hoito -Oma yksikkö, joka suosiolla ottaisi kaikki vastaan -Hoitopaikka, jossa olisi päivystys	Oma yksikkö	Kehittäminen
-Ennaltaehkäisy hoitokeinona -Masennus- ja ahdistuspotilaat perusterveydenhuollossa - Varhainen puuttuminen	Ennaltaehkäisy	

Taulukko 10: Kehittäminen yläkategorian abstrahointi.

H2: *"Pitäiskö sitä sit olla semmonen hoitopaikka, meillä ei ainakaan oo sellasta paikkaa psykiatrisella poliklinikalla tullaan varatulle ajalle, meillä ei ole päivystystä, mutta useinhan tämmöset ihmiset on just et mä tarviin sitä hoitoa, nyt mä tulen."*

H1: *"Kyllä mun mielestä ois tarpeen sellasta kaksoisdiagnoosiyksiköitä ois koska tällasii potilaita on paljon joita sitten vähän pallotellaan ja ettei sitten tulis sellasta että vois sanoo että tää ei kuulu meille vaan ois joku sellainen yksikkö joka suosiolla ottais kaikki vastaan. niin se ois tosi hienoo jos tämmönen ois."*

H2: *"...Mun mielestä ois hyvä jos ois kaupungin oma palvelu ettei ois erikoissairaanhoidon osiin ois just sosiaalipuoli aika vahvasti mukana kans..."*

H4: *"Ne on kuitenkin aika pitkii juttui noi ihmisten hoidot että ku tilanne on päässy jo niin pahaks se on kestäny jo mahdollisesti vuosikymmeniä tai ainaki vuosia niin se tarvitsis myös sellasen jotenki sellasen hoidon että se ois sillai systemaattista ja että mahdollisesti se ois niinku pitkäaikaista ja siellä ois niinku ehkä tuttuja ihmisiäki jotka osaa arvioida että missä siinä mennä tässä kohtaa myös päihdeongelman ja kaiken suhteen että niinku sellainen jatkumo ois hyvä."*

H1: *"Mäkin aattelen että sellanen varhainen puuttuminen niinku ois ihan ennaltaehkäsevässä mielessä tärkeä että mielenterveyspotilaille ja lähinnä mä aattelen just niinku masennuspotilaita ja ahdisutneisuuspotilaita että niitä vois hoitaa siellä perusterveydenhuollossa ja he pääsis sinne..."*

H2: *"...että ei se ehkä ois erikoissairaanhoidon paikka sitten mihin nää ois niinku kaupungin, jos ois sellanen missä matalalla kynnyksellä hoidettais että ois helppo hakeutua..."*

8.3 Kuutioarviointimalli

Haastateltavien näkemyksen selvittämiseksi kuutioarviointimallin käyttökelpoisuudesta heidän työssään käytimme sekä haastattelua että strukturoitua kyselylomaketta. Kuutioarviointimallin arviointi oli osa teemahaastatteluiden haastattelurunkoa ja kyselylomakkeen lähetimme haastateltaville etukäteen sähköpostitse (Liite 3). Samassa lähetimme kuutioarviointimallin toisen kehittäjän Olli Kampmanin hyväksymän esittelyn haastateltaville. Kirjoitimme esittelyn itse ja hyväksytimme sen Kampmanilla sähköpostitse. Esittelyn kuvat ja kaaviot olivat Kampmanin ja Lassilan alkuperäisestä artikkelista. Osa haastateltavista ei ollut ehtinyt etukäteen paneutua lähettämäämme materiaaliin kuutioarviointimallista. Yksi haastateltavista joutui poistumaan ennen kuin haastattelurungossa edettiin kuutioarviointimalliin, eikä hän myöskään vastannut kyselylomakkeeseen. Puolet haastateltavista oli täyttänyt kyselylomakkeen etukäteen ja puolet vastasi siihen haastattelujen jälkeen. Yksi vastaajista ei vastannut kyselylomakkeen viidenteen väittämään.

Käsitlemme tässä ensin haastatteluaineistosta löytämiämme tuloksia ja siirrymme sitten strukturoitujen kyselylomakkeiden tulosten esittelyyn. Pidimme molemmille haastatteluryhmille lyhyen esittelyn kuutioarviointimallista ja haastateltavilla oli tulostettuna materiaalit joihin heillä oli hetki aikaa tutustua. Haastatteluaineistosta nousi esiin, että suurin osa haas-

tateltavista koki kuutioarviointimallin kaaviot ja kuvat vaikeaselkoisiksi. Varsinkin kolmiulotteinen kuutio-kuvio (kuvio 1) oli monen haastateltavan mielestä hankala hahmottaa.

H1: "Jotenkin ... oma ajattelutapa on ehkä vähän toisenlainen, mä en oo niin sanotusti taulukkoihmisiä. Meille on nyt tän uuden organisaation muutoksen myötä kaikenlaista kuponkia esitetty miss on tän tyyliä, niin mä tipun kyllä heti kärryiltä että mä oon toisenlainen."

H5: "Niin mulla kans että ehkä sanottuna ymmärtää paremmin ku jonku kaavan kautta."

H2: "Nää on niinku paljon helpompia ihan tällasena asiana et mä en tarvii tällast kuutiota piirtää."

Pisteyttäminen sen sijaan oli kuutioarviointimallissa haastateltavien pääosan mukaan selkeä. GAF-toimintakykyasteikko ei ollut suurimmalle osalle haastateltavista entuudestaan tuttu. Erään haastateltavan mukaan heillä oli psyykkisen toimintakyvyn arviointiin käytössään GAS-asteikko. AUDIT-kyselytesti oli kaikille haastateltaville tuttu ja yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki käyttivät sitä työskentelynsä apuna. Yksi haastateltavista totesi, ettei käytä AUDIT-kyselytestiä työssään. Kaksi haastateltavaa toi esiin, että AUDIT-testin ongelmana päihdeongelman arvioinnissa on se, etteivät asiakkaat aina kerro alkoholin käytöstään totuudenmukaisesti. Tämä heikentää heidän mielestään kuutioarviointimallin päihdeongelman arvioinnin luotettavuutta. Heidän mukaansa asiakkaan mahdollinen alkoholin ongelmakäyttö näyttäytyy usein vasta pidemmän seurannan aikana. Osa haastateltavista toi esiin, että vaikka kuutioarviointimallin sisältö on hyvä, ei se tarjoa heille kovinkaan paljon uutta.

H7: "Tavallaan tässä kuutiossa on kaikki ne asiat mitä me arvioidaan tänä päivänäkin jo."

H6: "Siis nää asiat on meillä joka päivästä leipää.. Et en mä tiiä onks tolla kuutiolla käyttöä, et ei ainakaan mulla varmaan oo."

H3: "...Käyttökelpoisuus ihan piirroksena ei ehkä oo mut elementit ihan sellaisenaan on tärkeitä."

Moni haastateltava oli sitä mieltä, että heillä on jo työssään käytössä tarpeeksi erilaisia malleja ja kyselylomakkeita. Näiden koettiin syövän aikaa vuorovaikutukselta asiakkaan kanssa. Aineistossa esiintyi useita mielipiteitä, että asiakkaat tulevat hakemaan psykiatrian poliklinikalta ensisijaisesti vuorovaikutusta toisen ihmisen kanssa. Varsinkin toisessa haastatteluryhmässä vuorovaikutuksen merkitys herätti keskustelua. Keskustelussa esitettiin mielipiteitä siitä, ettei vuorovaikutusta asiakkaan kanssa arvosteta tarpeeksi.

H5: *”Niin ehkä sitä on joutunu täällä niinku sairaanhoitajana puolustamaan tällaista vuoro-vaikutuksen merkitystä, että sitte jos jotku niinku painottaa tällaisia erilaisia mittareita ja malleja niin sitte tavallaan niinku vähän pelkää sitä että hoito menee kauheen mekaaniseks ja otetaan taas vaan joku uus malli ja mittari käyttöön ja se on sitte siinä että se ihmisen kohtaaminenki on aika tärkeitä.”*

Strukturoidussa kyselylomakkeessa oli 15 väittämää liittyen kuutioarviointimallin käyttökelpoisuuteen. Vastaajien tuli arvioida kuutioarviointimallin selkeyttä, mielenterveyshäiriön, päihdeongelman sekä toimintakyvyn arvioinnin helppoutta, nopeutta, käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta mallissa sekä lisäksi mallin hoitopolkukaavion selkeyttä ja käyttökelpoisuutta. Väittämien kohdalla oli vastausvaihtoehdot Likert-asteikolla *täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin samaa mieltä* sekä *täysin samaa mieltä*. Strukturoitujen kysymysten tulokset olivat osittain erisuuntaisia haastatteluista esiin nousseiden tulosten kanssa. Haastatteluaineistossa esiintyi useita toteamuksia kuutioarviointimallin kuvioiden ja kaavioiden vaikeaselkoisuudesta, kuitenkin kyselylomakkeessa neljä kuudesta vastaajasta oli jokseenkin samaa mieltä väittämän ”kuutioarviointimalli on selkeä” kanssa. Vain yksi vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä ja yksi vastasi en osaa sanoa. Eniten samaa mieltä vastaajat olivat niiden väittämien kanssa jotka totesivat mielenterveyshäiriöiden, päihdeongelman ja toimintakyvyn arvioinnin olevan mallissa helppoa ja nopeaa. Eniten eri mieltä vastaajat olivat niiden väittämien kanssa, jotka totesivat kyseisten osa-alueiden arvioinnin olevan mallissa luotettavaa. Kaikista vastauksista täysin tai jokseenkin samaa mieltä vastausten osuus oli 42,6 prosenttia. Täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämien kanssa oli 15,8 prosenttia kaikista vastauksista. Huomionarvoista kyselyssä on se, että 41,6 prosenttia kaikista vastauksista oli *en osaa sanoa*. Saattaa olla, ettei osa vastaajista pitämästämme esittelystä huolimatta ollut ehtinyt tutustua kuutioarviointimalliin riittävästi ennen kyselyyn vastaamistaan. Analysointivaiheessa *en osaa sanoa* vaihtoehto voidaan määritellä puuttuvaksi tiedoksi. (Yhteiskuntatieteellinen Tietoarkisto.) Näin tarkasteltuna vastaajat suhtautuivat pääasiassa samanmielisesti kyselyn väittämien kanssa. Kuitenkin *en osaa sanoa* vastausten suhteessa suuri osuus kaikista vastauksista heikentäne kyselyn luotettavuutta.

9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuuspohdinnassa on hyvä ottaa huomioon tutkijan puolueettomuus. Pyriikö tutkija ymmärtämään tiedonantajaa itseään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehityksen läpi. Vaikuttaako esimerkiksi tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus, virkasuhde tai jokin muu vastaava seikka siihen mitä tutkija kuu-lee ja havainnoi. On otettava huomioon mihin tutkija on sitoutunut kyseisessä tutkimuksessa, mitä oletuksia hänellä oli tutkimusta aloitettaessa ja ovatko ne kenties muuttuneet. Tutki-

musaiheenvaihto on näin myös eettinen kysymys, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 135.)

Opinnäytetyön aihe, opinnäytetyöhön osallistuneet haastateltavat sekä heidän organisaationsa olivat meille entuudestaan tuntemattomia. Emme ole työskennelleet mielenterveys- tai päihdetyössä. Koimme siis olevamme ulkopuolisia suhteessa tiedonantajiin sekä heidän taustaorganisaatioonsa. Opinnäytetyön idea juontui Sateenvarjo-hankkeesta, emme siis tehneet sitä erityisesti haastateltavien työnantajan tilauksesta. Omat intressimme opinnäytetyön tekemiseen liittyivät tietoon siitä, että opiskelemamme rikosseuraamusalan asiakkaista monilla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia. Luonnollisesti myös opintojemme loppuun saattaminen oli keskeisenä tavoitteenamme. Koska aihe oli meille uusi, muodostimme käsityksemme siitä opinnäytetyötä tehdessämme. Mielestämme olemmekin olleet varsin puolueettomassa asemassa opinnäytetyötä tehdessämme.

Aineistonkeruussa on kiinnitettävä huomiota siihen, miten haastattelu on menetelmänä tapahtunut. Toisaalta on otettava huomioon miten se on teknisesti tapahtunut, esimerkkinä vaikkapa haastattelun nauhoitus. Lisäksi on otettava huomioon aineiston keräämiseen liittyneet erityispiirteet. Haastatteliko tutkija esimerkiksi kaikki tutkittavat yksin vai ehkä kaksin, esiintyikö tilanteessa jotain ongelmia. On pohdittava millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat on valittu, miten heihin otettiin yhteyttä ja montako henkeä tutkimuksessa oli kaikkiaan. Samalla on otettava huomioon tutkittavien anonymiteetin säilyminen. Aineiston analyysissä tulisi ottaa huomioon miten aineisto analysoitiin ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittaville on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sillä tavoin, että he ne ymmärtävät. Yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä tulosten esittämisessä on paitsi luotettavuuden, niin myös eettisyyden kannalta tärkeää. Samoin muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukainen huomioonottaminen, omien tulosten esittäminen oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittaminen on luotettavuuden ja eettisyyden kannalta oleellista. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 135-138.)

Analyysin luotettavuus voidaan osoittaa esimerkiksi analyysin arvioitavuuden ja toistettavuuden avulla. Analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä. Näin hänelle annetaan edellytykset hyväksyä tutkijan tulkinnat tai olla niistä eri mieltä. Analyysin toistettavuudella tarkoitetaan, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija niitä soveltamalla voi päätyä samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1990: 53.)

Opinnäytetyön tiedonantajiksi valikoituivat psykiatrian poliklinikoiden erikoissairaanhoitajat osittain käytännöllisistä syistä. Haastateltavia etsiessämme huomasimme, että psykiatristen poliklinikoiden kaikkien ammattiryhmien aikatauluja oli vaikea sovittaa yhteen. Toisaalta koimme myös, että erikoissairaanhoitajat tekevät paljon asiakastyötä päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kanssa ja arvelimme heillä siten olevan runsaasti ensikäden tietoa asiakasryhmästä. Haastateltavamme osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. Lähestyimme psykiatrian poliklinikoiden esimiehiä, jotka tiedustelivat haastatteluihin halukkaita. Haastattelimme tutkittavia kahdessa eri ryhmässä ja nauhoitimme haastattelut nauhurilla. Ensimmäisessä ryhmässä oli kahden eri psykiatrian poliklinikan työntekijöitä, toisen ryhmän haastateltavat olivat samalta poliklinikalta. Osallistuimme molemmat opinnäytetyöntekijät haastatteluihin ja olimme jakaneet haastattelurungon kysymykset keskenämme niin, että molemmat esittivät kutakuinkin yhtä paljon kysymyksiä. Tarkentavia kysymyksiä esitimme kummatkin spontaanisti kun koimme tarkennukseen tarvetta. Kerroimme haastateltaville nauhoittavamme haastattelut ja että litteroituaamme nauhat hävitämme ne, kuten myös toimimme. Lupasimme varjella haastateltavien anonymiteettiä ja totesimme, että jokainen haastateltava edustaa haastatteluissa nimettömästi itseään. Opinnäytetyössämme ei mainita haastateltavien nimiä, sukupuolta, ikää tai poliklinikkaa jolla he työskentelevät. Ilmapiiri oli molemmissa haastatteluissa mielestämme avoin ja rento, emmekä havainneet haastattelujen vuorovaikutustilanteissa jännitteitä haastateltavien kesken tai mitään muuta erikoista. Kuitenkin ryhmähaastatteluissa lienee aina luotettavuuden kannalta se riski, ettei joku haastateltavista tohdi kertoa tilanteesta todellista mielipidettä.

Olemme pyrkineet opinnäytetyössämme esittämään kirjallisesti sekä visuaalisesti mahdollisimman selkeästi ja havainnollistavasti kuinka olemme aineistoa analysoineet ja tulkinneet. Luotettavuuden kannalta oleellinen seikka on haastatteluun osallistuneiden henkilöiden määrä, seitsemän henkilöä. Otos on melko pieni ja tuloksia voidaankin mielestämme pitää korkeintaan suuntaa antavina siitä, miten Vantaan psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajat opinnäytetyön aiheesta kokevat. Kuutioarviointimalliin liittyviin kysymyslomakkeisiin vastasi kuusi haastateltavaa. En osaa sanoa -vastausten lukumäärä oli suuri, 41,6 prosenttia kaikista vastauksista. Pidämme todennäköisenä etteivät haastateltavat olleet ehtineet riittävästi paineutua kuutioarviointimallista lähettämäämme materiaaliin, ja että aiheesta pitämämme lyhyt esittely ei riittänyt selkiyttämään haastateltavien käsityksiä mallista. Tämä vaikuttanee kuutioarviointimalliin liittyvien tulosten luotettavuutta heikentävästi.

10 YHTEENVETO JA POHDINTA

Voidaan todeta, että haastattelemamme psykiatristen poliklinikoiden sairaanhoitajat vaikuttaisivat kohtaavan monenlaisia haasteita päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden koh-

dalla. He toivat esiin, että päihdeongelma heikentää asiakkaan kykyä vastaanottaa hoitoa. Tämä näyttäytyy haastateltavien näkökulmasta muun muassa asiakkaiden hoitomotivaation puutteena ja poisjäänteinä varatuilta ajoilta. Haastateltavat kuvailivat, että päihteidenkäyttöä usein salataan tai vähätellään, mikä vaikeuttaa päihdeongelmaan puuttumista. Päihteistä voi olla hyvin vaikea luopua, koska ne saattavat lyhyellä aikavälillä lievittää mielenterveyshäiriön oireita ja pahaa oloa. Samalla tämä "itsehoito", kuten haastateltavat sen nimesivät, vaikeuttaa psykiatrisen hoidon antamista ja heikentää pidemmällä aikavälillä asiakkaan tilannetta entisestään. Itsehoidon riskinä on päihderiippuvuus sekä mielenterveyshäiriön syveneminen. Päihteiden ongelmakäyttö tuo mukanaan haastateltavien mukaan asiakkaille monenlaisia sosiaalisia ongelmia kuten taloudellisia ongelmia ja elämänhallinnan vaikeutumista.

Näyttäisi siltä, että asiakkaan päihdeongelma vaikeuttaa haastateltavien käytössä olevien työmenetelmien käyttöä tai heikentää niiden tehoa. Haastateltavat totesivat, että jo mielenterveyshäiriön diagnosoiminen hankaloituu suuresti, jos asiakkaan päihteidenkäyttö on liiallista. Päihteidenkäyttö saattaa vääristää mielenterveyshäiriöitä tai aiheuttaa oireita, jotka viittaisivat mielenterveydenhäiriöön, mutta joiden taustalla on kuitenkin ongelmallinen päihteidenkäyttö. Tämä päihteidenkäytön vääristävä vaikutus voi kestää pahimmillaan kuukausia päihteidenkäytön loputtua. Haastateltavat toivat esiin, että päihdeongelma tekee usein myös lääkehoidon tehottomaksi. Lääkkeet eivät välttämättä pääse vaikuttamaan tarkoitetulla tavalla jos asiakkaan päihteidenkäyttö on ongelmallista. Päihteiden ongelmakäyttö vaikuttaa myös asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen. Psykiatrian poliklinikoilla annettu hoito perustuu pitkälti hoitokeskusteluihin asiakkaan kanssa. Haastateltavien mukaan päihtyneen asiakkaan kanssa nämä keskustelut eivät tuota tulosta. Eräs haastateltava esitti havainnollistavan kysymyksen: mitä järkeä on ottaa vastaan asiakasta, jos hän ei seuraavana päivänä muista edes käyneensä vastaanotolla? Moni haastateltava totesikin, ettei lähtökohtaisesti ota vastaan esimerkiksi humalaista asiakasta. Suurin osa haastateltavista toivoi päivitystä päihdetyön tuntemukseensa. Toisaalta myös esitettiin, että liiaksi ei voida paneutua päihdetyöhön sillä psykiatriassakin on tarpeeksi tekemistä.

Samansuuntaisiin tuloksiin on päätynyt muun muassa Jenni Laiho Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaan tekemässään opinnäytetyössä "Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla - sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta" vuodelta 2008. Laiho tutki kyselyn avulla psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajien näkemyksiä päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoidosta. Laiho esittää opinnäytetyössään, että kyseisen asiakasryhmän hoito on erittäin haastavaa, koska nämä asiakkaat ovat moniongelmaisia ja sitoutuvat huonosti hoitoon. Lisäksi opinnäytetyössä todetaan sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen puutteen vaikeuttavan hoidon kokonaisvaltaisuutta. Keskeisim-

mäksi kehitystarpeeksi Laiho nosti yhtenäisen hoitomallin kehittämisen tälle asiakasryhmälle. (Laiho. 2008: 2.)

Vastaavasti Heta Lähteenaron ja Miina-Liisa Pesolan opinnäytetyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun sosiaali-, terveys ja kasvatustieteiden koulutusohjelmaan vuodelta 2005 löytyy yhtäläisyyksiä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Opinnäytetyössään "Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta akuuteilla päihde- ja psykiatrisilla osastoilla" Lähteenaro ja Pesola ovat selvittäneet psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden erityispiirteistä hoitotyössä. Tuloksissaan he päätyivät siihen, että näillä asiakkailla on sosiaalisia, psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia ja he ovat erittäin vaikeahoitoinen potilasryhmä. Lisäksi opinnäytetyössä esitetään, että tällä asiakasryhmällä on huono hoitomyöntyvyys. Kehittämistarpeiksi opinnäytetyössä nousivat jatkohoitoa paikkojen lisääminen ja sairaanhoitajien työssä jaksamisen turvaaminen sekä yhteistyön tiivistäminen psykiatrisen ja päihdehoidon välillä. (Lähteenaro & Pesola. 2005: 2.)

Osa opinnäytetyömme haastateltavien kohtaamista haasteista vaikutti olevan alkuperältään rakenteellisia. Niiden taustalla näyttäisi olevan laajemmat yhteiskunnalliset muutokset ja poliittiset päätökset. Kautta koko aineiston esiintyi haastateltavien viittauksia resurssihin. Resurssien koettiin olevan puutteelliset niin psykiatriassa kuin päihdehoidossakin. Haastateltavat kertoivat omasta ajan puutteestaan asiakastyössä ja toisaalta vaikeuksista ohjata asiakkaita päihdehoitoon. Päihdehoitopaikkojen todettiin olevan ruuhkaantuneita. Resurssien koettiin myös haittaavan yhteistyötä päihdepuolen kanssa. Toisinaan psykiatrian poliklinikalta päihdehoitoon lähetettyjen asiakkaiden kerrottiin palautetun takaisin, koska päihdehoitopaikassa asiakkaan tilanne on tulkittu eri tavoin kuin psykiatrian poliklinikalla. Syyksi tähän arveltiin päihdehoidon puutteellisia resursseja; kun resursseja on kiristetty, on pakko rajata tiukasti omat hoitopääsykriteerit. Samaan aikaan haastateltavat toivat esiin näkemyksensä siitä, että päihdeidenkäyttö on yleisesti ottaen lisääntynyt suomalaisessa yhteiskunnassa. Haastateltavat ilmaisivat huolensa siitä, että resurssien ollessa riittämättömät tehdään tulevaisuudessa entistä enemmän niin psykiatriassa kuin päihdehoidossakin valintaa siitä, kuka saa hoitoa ja kuka ei. Monesti haastateltavat vertasivat nykyistä psykiatriasta hoitoa noin kaksikymmentä vuotta sitten annettuun hoitoon. Entistä tapaa hoitaa kuvailtiin tukevammaksi ja pitkäjänteisemmäksi. Tuotiin esiin, että asiakkaita ei enää holhota, mutta monet asiakkaat kuitenkin tarvitsisivat holhousa.

Hoitotieteissä holhoamisesta käytetään termiä paternalismi. Käsitteenä paternalismi on vastakkainen itsemääräämisoikeus-käsitteelle. Terveystieteiden tutkimuksessa hoitamisen velvollisuus saattaa joutua vastakkain itsemääräämisoikeuden kanssa. Paternalismissa toimitaan jonkun hy-

väksi pyytämättä häneltä suostumusta tai ottamatta hänen näkemystään huomioon hoidon suhteen. Tätä perustellaan sillä, ettei potilas ymmärrä tai tiedosta oman toimintansa riskejä riittävästi voidakseen olla itsemääräävä. Riskien ollessa suuria ajatellaan, että oikeutetusti voidaan toimia niin, ettei potilas voi tai saa tehdä päätöksiä itse. Toisena perusteluna on se, että potilaan toiminnan haitat ovat suuremmat kuin puuttumisen aiheuttamat haitat. (Suonsivu ym. 2009: 12.)

Haastateltavat yhdistivät muutoksen hoitokulttuurissa vähemmän holhoavaan suuntaan mielenterveyslain muutokseen 1990-luvun alussa. Tuolloin psykiatrisessa palvelujärjestelmässä rakenne muuttui nopeasti, joskin tämä kehitys alkoi jo 1980-luvun alussa. Psykiatrissa laitoshoidoa purettiin ja painopiste siirtyi avohoitoon. Haastateltavien käsitykset ovat linjassa tutkimustulosten kanssa joiden mukaan tämä kehitys on lisännyt mielenterveysasiakkaiden päihdeongelmia. Aihetta käsittelee muun muassa Jyrki Korkeila artikkelissaan Pakkohoito: milloin ja miten?. Pakkohoidon määrä on Korkeilan mukaan yleisesti vähentynyt läntisissä teollisuusmaissa. Taustalla on lainsäädännön muutosten ohella todennäköisesti myös muita keskeisiä tekijöitä, kuten hoitojärjestelmän rakenteelliset muutokset, hoitokäytäntöjen kehittyminen ja hoitovaihtoehtojen lisääntyminen. Samalla psykoosipotilaiden haitallinen päihteenkäyttö, syrjäytyminen ja eräät muut psykososiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet. (Korkeila. 2006: 2251-7.)

Uskoaksemme päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kohdalla hoitohenkilökunta joutuu usein puntaroimaan mielessään kumpi vaa'assa painaa enemmän, hoitovelvollisuus vai asiakkaan itsemääräämisoikeus. Perimmiltään vastakkain on kaksi painoarvoltaan hyvin suurta asiaa: velvollisuus auttaa ihmistä "hädässä" ja hänen perusoikeuksiensa kunnioittaminen. Tämä varmasti lisää heidän työnsä kuormittavuutta varsinkin kun koetaan, että resurssit työn tekemiseen ovat puutteelliset.

Myös resursseihin liittyvien haasteiden taustalla voidaan nähdä 1990-luvun lopun rakennemuutos psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Kun laitoshoidoa purettiin, avohoitoa ei kuitenkaan kehitetty samassa suhteessa, jolloin psykiatrisen erikoissairaanhoidon voimavarat vähenivät huomattavasti. Tämä liittyi suurelta osin lamaan mutta myös suunnitelmalliseen palvelurakennemuutokseen. Useiden arvioiden mukaan psykiatrisen hoidon rakennemuutos oli voimavarojen hallitsematonta alasajoa, joka tehtiin osin säästövimmissä. Avohoidon ja sitä tukevien toimintojen kehittäminen ei kyennyt korvaamaan vähenevää sairaalahoitoa, vaan kehitys johti psykiatristen potilaiden ja heidän perheidensä kannalta kestävämpään tilanteeseen. (Lehtinen & Taipale. 2005.)

Päihdehuolto joutui leikkausten kohteeksi laman jälkimainingeissa. Leikkauksia ei siis toimeenpantu laman ollessa syvimmillään, vaan kriisin ollessa jo ohi. Melkein kolmannes kuntien omasta päihdehuollon erityispalvelukapasiteetista purettiin, ja kunnat alkoivat ostaa päihdepalveluita yksityisiltä palvelujen tarjoajilta. Tutkimuksissa on esitetty, että erityisesti huono-osaisimpien kansalaisten palvelujen järjestämisen vastuu on yhä enenevässä määrin siirretty kunnilta järjestöille. (Kaukonen & Hakkarainen. 2002: 153-154.)

Päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita ei ole helppo hoitaa psykiatrisessa avohoidossa, mutta tuskin myöskään A-klinikoilla. Pääsääntöisesti hoidoissa pyritään asiakkaiden päihdeongelmaan puuttumaan ennen kuin voidaan mielenterveysongelman hoitoa edes aloittaa. Asiakkaiden erityisyys ja jopa -jos sellaista ilmaisua voidaan käyttää, hankaluus sinänsä vaikuttaa siihen, ettei aina tiedetä mitä asiakkaille erilaisissa tilanteissa tulisi tehdä. On selvää, ettei mielenterveystyötä voida edes aloittaa, mikäli asiakkaiden todellista tilannetta ei voida arvioida esimerkiksi pitkään jatkuneen päihteidenkäytön vuoksi. Monenlaiset päihdeongelmat vaikuttavat siihen miten asiakkaan jaksaa psyykkisesti. Mielenterveystyössä koetaan helposti samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden olevan enemmän päihdetyön asiakkaita, koska on järkevämpää aloittaa päihdehoito, koska päihdeongelmista johtuen ei voida asettaa muun muassa oikeanlaista diagnoosia. Niin ikään lääkehoito ei tepsii, ja mikäli päihdeongelma on jo vakava, aiheuttaa se itsessään masennusta ja jopa kaksisuuntaisen mielialahäiriön viittaavia oireita. Tästä johtuen psykiatrisilla poliklinikoilla aineiston mukaan koetaan selkeästi päihdehoidon olevan aina ensisijainen samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä asiakkailla. Tämä toimintamalli näyttäisi selkeästi olevan myös yleisesti linjattu psykiatrisen poliklinikoilla etenkin kun voidaan sanoa päihdeongelman olevan poissuljettu erikoissairaanhoidon kriteereistä. Sellaiset tapaukset, jossa koetaan päihdeongelmaisen asiakkaan tarvitsevan ensiksi mielenterveyspalveluita, liittyvät pääsääntöisesti tilanteisiin, jolloin asiakas on itsetuhoinen, asiakkaalla on ensipsykoosin oireita tai asiakas on muutoin tapaamistilanteessa harhainen, vaikka olisikin päihteissä. Päihteistä johtuva psykoositila velvoittaa jo lainsäädännöllisesti hoitamaan asiakkaat mielenterveyspuolella.

Haastattelumme aineistosta kävi myös ilmi, että niin ikään A-klinikoilla pyritään määrittelemään hoitokriteerejä asiakkaista, jotka kuuluvat ensisijaisesti päihdepuolelle tai sitten toisaalta mielenterveyspuolelle. Tällaiset eri sektorien omat sisäiset määritelmät eivät osu toisensa kanssa aina yksiin. Aineistostamme selvisi, että psykiatrisen poliklinikoilta A-klinikoille lähetettyjä asiakkaita saatetaan lähettää takaisin psykiatrisen poliklinikoille esimerkiksi tapauksissa, joissa asiakkailla koettiin olevan sellaisia psyykkisiä ongelmia, ettei heitä voitu A-klinikalla hoitaa. Kuitenkin juuri oli todettu psykiatrisen poliklinikoilla samaisen asiakkaan psykiatrisen diagnoosin olevan niin lievä, että asiakas lähetettiin A-klinikalle päihdehoitoon. Vastaavanlaista tapahtuu luultavasti yleisimminkin kun eri yksiköt pyrkivät rajaamaan asiakas-

määriään tai omia hoitopääsykriteeristöjään, joko resurssipulan vuoksi tai jostain muusta syystä. Kaikkia asiakkaita kuitenkin tulisi hoitaa, mutta kuka hoitaa, miten ja missä. Näyttäisi siltä, että päihdeongelmaiset mielenterveysasiukkaat eivät oikein kelpaisi varsinaisesti kenellekään ja syynä siihen lienee sekä rakenteelliset ongelmat, kun ei ole selkeitä pelisääntöjä kyseisen asiakasryhmän hoidosta, mutta myös toisaalta sekin, että nämä asiakkaat eivät aina ole helpoimmasta päästä hoitaa. Tuntuu erikoiselta, että meillä on sellainen asiakasryhmä olemassa, joiden hoito liikkuu jonkinlaisella harmaalla alueella, missä ei oikein ole todellista selkeyttä siitä, miten pystyttäisiin vastaamaan kokonaisvaltaisesti tämän asiakasryhmän hoitotarpeisiin.

Aineistosta nousi myös esille ajatuksia siitä, että nykypäivänä suuntana on se, että asiakkaita ei pyritä enää avohoitoaikana holhoamaan ja lähinnä motivoituneet asiakkaat saavat sitä hoitoa mitä on järjestetty. Tämä varmasti vaikuttaa A-klinikoiden ja psykiatristen poliklinikoiden yhteistyöhön ainakin siinä, että asiakkaiden saattaen siirtämiset päihdepuolelta psykiatriselle puolelle tai päinvastoin ovat vähentyneet ja asiakkaita vastuutetaan itseä hoitamaan asiansa, kuten ajanvaraukset. Lähtökohtaisesti tämä vaikuttaisi olevan jo resurssitilanteen vuoksi järkevää toimintaa, koska on vaikea olettaa motivoitumattoman asiakkaan saattamisella vaikkapa päihdehoitoon olevan lopputuloksen kannalta erityisen suurta merkitystä. Ja toisaalta, mikäli asiakas on motivoitunut, hän kyllä itse varaa tarvittavan ajan. Kuitenkin tuotiin myös esille, että hoitokoulutuksen saaneena saatetaan kokea eettisesti hiukan ahdistavaksi tilanne, jossa pääsääntöisesti hoidettaisiin vain motivoituneita asiakkaita. Aiemmin kun on pyritty asiakkaita pitämään ainakin jonkinlaisessa hoitokontaktissa myöhemmän motivoitumisen varalta.

A-klinikoiden ja psykiatristen poliklinikoiden välisestä yhteistyöstä tuli haastateltavilta erilaisia mielipiteitä. Pääosin suhtauduttiin positiivisesti A-klinikoiden kanssa tehtävään yhteistyöhön huolimatta edellisessä kappaleessa mainittuja työnjaollisia epäselvyyksiä, vaikka aikojen saamisvaikeuksia hiukan harmiteltiin. Yhteistyötavoiksi mainittiin puhelinkonsultaatiot, yhteistapaamiset ja yhteistyöpäivät, joita järjestettiin joko kerran vuodessa tai kahden vuoden välein. Aineistoa tutkiessamme ja analyysiä tehdessämme pohdimme kuitenkin, että voisiko yhteistyön tiivistäminen olla se yksi osa-alue, jota voisi näiden kahden välillä kehittää. Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että sekä A-klinikalla että psykiatrisilla poliklinikoilla tehdään selkeästi sitä oman sektorin työtä päihdeasiakkaiden ja psykiatrian asiakkaiden kanssa, mutta päihdeongelmista kärsivien mielenterveysasiakkaiden kohdalla yhteistyö on jäänyt vähemmälle. Pohdimme myös sitä, että onko kyseessä niin uusi asiakasryhmä tai ovatko asiakasmäärät niin suuresti kasvaneet, että nykyinen hoitojärjestelmä ei tällaisenaan pysty vastaamaan syntyneeseen tarpeeseen.

Keskeisin haastateltavien esille tuoma kehittämisajatus päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden hoitoon oli oma yksikkö, joka suosiolla ottaisi kaikki päihdeongelmaiset asiakkaat vastaan. Yksikkö voisi olla kaupungin oma matalankynnyksen yksikkö, jonne olisi helppo haakeutua ja saada sitä kautta kontaktiin tai toisaalta sellainen yksikkö, jossa hoito olisi kokonaisvaltaisempaa ja asiakkaan hoidolla olisi selkeä jatkumo. Lisäksi haastateltavat miettivät myös ennaltaehkäisyä, joka toimisi perusterveydenhuollossa, jossa ainakin päihdeongelmaiset tai masennusoireilevat asiakkaat saataisiin aiemmin jo kartoitettua. Tämä edesauttaisi sitä, että ongelmat eivät ehtisi muodostua niin pahoiksi, että asiakkaiden hoito kävisi vieläkin haasteellisemmaksi. Sen lisäksi haastatteluista nousi esille ajatuksia asiakkaiden tarvitsevan avukseen myös sosiaalipuolen osaamista, koska näiden oireiden yhteinen problematiikka vaikuttaa asiakkaiden sosiaalisiin taitoihin ja lisää syrjäytymisen uhkaa sekä tuottaa muuta sosiaalisen tuen tarvetta. Haastatteluiden perusteella näyttäisi siltä, että tarvetta olisi uudelleen palvelulle päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohdalla. Keskeisiä asioita tällaisessa palvelussa olisi kokonaisvaltaisempi systemaattinen hoito jatkumoineen, johon olisi helppo tulla sekä ohjata, myös päivystykseen, ilman nykyisen tapaista "pallottelua", ja se olisi tarkoitettu nimenomaan tälle erikoisryhmälle. Toisaalta nämä asiakkaat tarvitsisivat matalankynnyksen paikan, jossa voisi tarjota myös sosiaalista tukea. Tuo kaikki toki vaatisi oman yksikön perustamista ja lisää resursseja jo nykyisten vajaiden resurssien lisäksi, mutta ajatuksena esimerkiksi resurssien uudelleen järjestäminen ei tunnu mahdottomalta vallitsevissa puitteissa. Voisiko vaikka ajatella perustettavan moniammatillista tiimiä, jossa olisi päihdepuolen, psykiatrisen puolen sekä sosiaalisen puolen osaajia, jotka hoitaisivat yhdessä päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita?

On hyvä huomioida, että tämän opinnäytetyön näkökulma on haastatteluaineistosta johtuen psykiatriakeskeinen. Esimerkiksi Vantaan päihdehuollon ylilääkärin Martta Paltila-Pullin johtaman Selvämieli -projektin väliraportissa todetaan, että päihdeongelmaisten asiakkaiden on ollut jo vuosia erittäin hankala päästä tarvittaessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin. Lisäksi tässä raportissa todetaan, että tälle asiakasryhmälle ei ole Vantaalla palvelumallia ja sen kehittämisen tulisi tapahtua päihdehuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Tähän ongelmaan Selvämieli -projekti pyrkii vastaamaan kehittämällä samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivän asiakkaan hoitomallia. (Paltila-Pulli. 2010: 3.)

Esittelemämme kuutioarviointimallin käyttökelpoisuudesta haastateltavat olivat tiivistetysti sitä mieltä, että asiat mallissa ovat hyviä, mutta malli ei tarjoa kovinkaan paljoa uutta heidän työhönsä. Kyselylomakkeessa annettu palaute mallin käyttökelpoisuudesta oli pääasiassa positiivista, mutta *en osaa sanoa* -vastausten suhteessa hyvin suuri määrä, lähes puolet vastauksista, kertonee siitä, että mallin esittely haastateltaville olisi pitänyt järjestää toisella tapaa.

Kenties kuutioarviointimallin käyttökelpoisuuden luotettavampi selvittäminen vaatisi oman opinnäytetyönsä.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.

Drake, R. E., Essock S, M., Shaner, A. ym. 2001. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52.

EMCDDA. Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. 2004. Vuosiraportti 2004: Huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa. Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto. Luxemburg.

Eskola, J., Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen, Vastapaino. Tampere.

Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä vain häirikkö.." - Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Pro Gradu. Tampereen yliopisto.

Inkeroinen, T., Partanen, A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. Stakesin työpapereita 7/2006. Stakesin monistamo. Helsinki.

Johnsson, J. 2000. Cost Effectiveness of mental health services for persons with dual diagnosis. A literature review and the CCMHCP. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

Kaukonen, O., Hakkarainen, P (toim). 2002. Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki.

Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:32.

Laiho, J. 2008. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito Lahden psykiatrian poliklinikalla - sairaanhoitajien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Lähteenaro, H., Pesola, M-L. 2005. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta akuuteilla päihde- ja psykiatrisilla osastoilla. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Mantila, S. 2007. "Ja että oltais niillä samoilla linjoilla". Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteita ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Pro Gradu. Kuopion yliopisto.

Mäkelä, K. (toim). 1998. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Mäkelä, K. (toim). 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Mäkelä, R. 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K. (toim). Päihdelääketiede. 2, uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Noppari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Tammi. Vammala.

Pietilä, V. 1969. Johdatusta sisällön erittelyyn. Osa 1. Tampereen Yliopiston Tutkimuslaitos. Tampere.

Regier D. A., Farmer M. E., Rae D.S. ym. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Office of the Director, National Institute of Mental Health, Rockville Md. 20857.

Rönkä, S., Virtanen, A., Perälä, R., Vihmo, J. Huu­metilanne Suomessa 2007. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes.

Saarelainen R., Stengård E. & Vuori-Kemilä A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Wsoy. Porvoo.

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

Seikkula, J & Arnkil, T E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammi. Helsinki.

Virtanen, A. 2005. Huu­metilanne Suomessa 2004. Helsinki: Stakes. Tilastoraportteja 1/2005.

Artikkelit

Aalto, M. 2007. Alkoholien suurkuluttaja työterveyshuollon vastaanotolla: tunnistaminen ja hoito. Työterveyslääkäri ;25(4):

Aalto, M. 2008. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. Kansanterveyslehti 4/2008.

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim.

Kampman, O & Lassila, A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen Lääkärilehti. 47/2007 vsk 62.

Kuoppasalmi, K. Turtiainen, S. 2005. Päihteidenkäyttö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Kansanterveyslehti 4/2005.

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti, Vol.!!, no 1/99.

Lehtinen, V., Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Duodecim.

Pirkola S, & Wahlbeck K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002 Suomen Lääkärilehti 2004 vsk 59

Lait ja asetukset

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062

Lastensuojelulaki (139/1990).

Mielenterveyslaki 1990/1116

Päihdehuoltolaki 41/1986

Internet-lähteet

www.kaypahoito.fi Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin hoitosuosituksen www-sivu
<<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028>>

www.paihdelinkki.fi Päihdelinkki. A-klinikka säätiön internet-palvelu. (WWW-dokumentti)
<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit_lisatieto.htm> Luettu 2.10.2008.

Pihlaja, K. 2005. Kaksoisdiagnoosi: Uusi näkökulma hoitotyöhön.
Verkkodokumentti. Kirjoitettu 24.5.2005.
<http://www.kaksoisdiagnoosi.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=44> . .

Rikosseuraamusviraston www-sivut
<http://www.rikosseuraamus.fi/17006.htm>

Rikosseuraamuslaitoksen www-sivut
www.rikosseuraamuslaitos.fi
<<http://www.rikosseuraamus.fi/45036.htm>>
Viitattu 8.5.2010

www.stakes.fi Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten www-sivut.
<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/20070828/Heiskanen_Aki_abs.pdf> luettu
2.10.2008

Vankeinhoitolaitoksen www-sivut
<<http://www.vankeinhoito.fi/15982.htm>> luettu 2.10.2008
<<http://www.vankeinhoito.fi/4812.htm>> luettu 2.10.2008

<http://www.fsd.uta.fi/hallinto/index.html>
Yhteiskuntatieteellinen Tietoarkisto. Tutkimuksen ja opetuksen valtakunnallinen palveluinfra-
struktuuri. Yksikkö toimii Tampereen yliopiston yhteydessä.

<<http://74.125.77.132/search?q=cache:n8bc9kdpU34J:www.fsd.uta.fi/metodimaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html+likertin+asteikko&cd=2&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>>

Viitattu 23.4.2010

Muut lähteet

Kuosmanen, L. Vuorilehto, M. 2007. Sateenvarjo-projekti 2007-2009. Tarkennettu projekti-
suunnitelma.

Paltila-Pulli, M. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto.

Paltila-Pulli, M. 2010. Selvämieli-projektin väliraportti.

KUIVAOTSIKKOLUETTELO

Kuvio 1: Kuutioarviointimalli. (Kampman & Lassila. 2007: 4449)	16
Kuvio 2: Hoitopolkukaavio. (Kampman & Lassila. 2007: 4450).....	17
Kuvio 3: Ensimmäisen tutkimusongelman kategorioiden abstrahointi.....	28
Kuvio 4: Toisen tutkimusongelman kategorioiden abstrahointi.....	29
Taulukko 1: Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)	17
Taulukko 2: esimerkki luokittelusta alkuperäisistä ilmaisuista pelkistettyihin ilmauksiin ja edelleen alakategorioihin.	26
Taulukko 3: esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen abstrahoinnista alakategorioihin ja alakategorioita yhdistävä yläkategoria.....	27
Taulukko 4: esimerkki yläkategorioiden muodostamasta yhdistävästä kategoriasta.....	27
Taulukko 5: Päihdeongelmaisen asiakkaan kyky vastaanottaa hoitoa yläkategorian abstrahointi.	31
Taulukko 6: Menetelmälliset haasteet yläkategorian abstrahointi.....	36
Taulukko 7: Rakenteelliset haasteet yläkategorian abstrahointi.....	38
Taulukko 8: Hoitovastuu yläkategorian abstrahointi.....	39
Taulukko 9: Yhteistyö yläkategorian abstrahointi.....	43
Taulukko 10: Kehittäminen yläkategorian abstrahointi.	44

LIITTEET

Liite 1 Haastattelurunko.....	61
Liite 2 Kuutioarviointimallin saate haastateltaville.....	62
Liite 3 Kyselylomake kuutioarviointimallin käyttökelpoisuudesta.....	66
Liite 4 Haastattelukutsu.....	67
Liite 5 Tutkimuslupa.....	68

HAASTATTELURUNKO

Liite 1

PÄIHDEASIAKKAAT PSYKIATRISILLA POLIKLINIKOILLA

- Kuinka yleisiä mielestänne päihdeongelmat asiakkaillanne ovat?
- Miten käytätte AUDIT-lomakkeita työssänne?
 - Kuinka usein ja minkälaisille potilaille niitä tehdään?

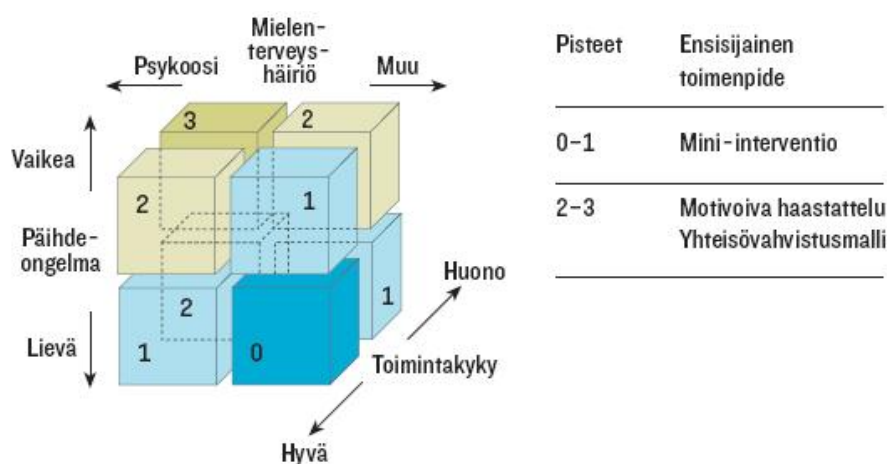
HOITO JA YHTEISTYÖ

- Kun mielenterveysasiakkaalla on päihdeongelma ja häntä hoidetaan psykiatrian poliklinikalla, mitä hoitokeinoja on käytössänne?
 - Mitä lisäosaamista mahdollisesti kaipaisitte?
- Minkälaista on yhteistyö päihde- ja mielenterveystyön palveluiden välillä?
 - Voisiko sitä jotenkin kehittää?
- Missä tapauksissa päihdeongelmaista mielenterveysasiakasta olisi parempi hoitaa päihdepalvelujen puolella ja milloin psykiatrian poliklinikalla?
 - Milloin kannattaisi hoitaa ensin päihdehuollossa ja sitten psykiatrisella poliklinikalla?
 - Milloin taas ensin psykiatrian poliklinikalla ja sitten päihdehuollossa?
 - Milloin tulisi hoitaa integroidusti?
 - Miten toimitaan tällä hetkellä?
- Miten mielestänne parhaiten hoidettaisiin päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita?

KUUTIOARVIOINTIMALLI

- Kuinka käyttökelpoinen malli olisi työssänne?
- Millä edellytyksin sen voisi mahdollisesti ottaa käyttöön yksikössänne?

Kampman & Lassila olivat havainneet työskennellessään Pohjanmaa-hankkeen 2005 – 2014 parissa, että samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin oli kehitetty erilaisia asteikoita, mutta näiden käyttökelpoisuus kliinisessä työssä oli valitettavasti rajallinen. Ne vaativat käyttäjiltään lisäkoulutusta ja myös paljon aikaa. He kokivat, että ongelmaa voisi lähestyä yksinkertaistamalla sekä mielenterveyden häiriön että päihdehäiriön diagnostista tarkkuutta ja liittämällä tähän arvio asiakkaan toimintakyvystä. Näin saataisiin kolmen ulottuvuuden arvio, joka luokittelisi samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat riittävän tarkasti ongelmien tunnistamista ja hoidon porrastamista varten ja samalla se toimisi myös seurantamittarina arvioitaessa mielenterveys-päihde-toimintakyky-ongelmakokonaisuutta. Jos tällainen arviointitapa olisi käytössä laajasti koko terveydenhuollossa päihdeyksiköt mukaan lukien, se voisi lisäksi tukea integraatiota perusterveyden, somaattisen erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehoitoyksiköiden kesken. (Kampman & Lassila. 2007: 4449). Heidän ehdottamansa arviointimenetelmä on nimetty kuutioksi (Kuvio 1).



Kuution sivut kuvaavat kutakin kolmea mitattavaa ulottuvuutta: päihdeongelmaa, toimintakykyä ja mielenterveyshäiriötä, jokaista omalla akselillaan siten että päihdeongelmaa arvioidaan lievän tai vaikean välillä, mielenterveyttä psykoosin tai muun mielenterveyshäiriön välillä ja toimintakykyä hyvän ja huonon välillä. Nämä pisteytetään kukin 0-1 pistettä, joten kokonaispistemäärä voi olla enintään 3 pistettä. Kyse on riskipisteistä, jolloin isommat pisteet kuvaavat kokonaistilanteen hankaluutta ja ne arvioidaan viimeisen kuukauden ajalta (Taulukko 1). Tältä pohjalta tapahtuu hoitopaikan ja hoitomenetelmän valinta esitetyn polkukaavion avulla (Kuvio 2). Tunnistettava psykoottinen

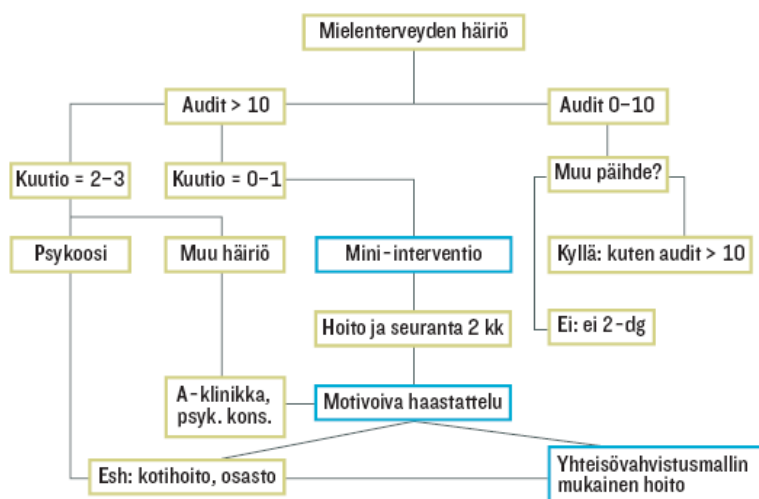
häiriö, kuten skitsofrenia, bi-polaarinen mielialahäiriö tai muu psykoosi antaa arvioinnissa yhden riskipisteen, kun taas ei-psykoottinen häiriö antaa 0 pistettä. Tämän tarkoituksena on ottaa huomioon pitkäaikaiset ja toistuvat oireet psykoottisissa häiriöissä liittyen komplikaatoriskeihin päihdeongelman yhteydessä. Mielenterveyden häiriö voidaan tehdä ICD-10-luokituksen mielen terveyden häiriöryhmien perusteella. Diagnoosin asettaminen vaatii perehtymistä häiriöryhmän diagnostisiin kriteereihin ja ne on koottu psykiatriseen tautiluokitukseen. (Kampman & Lassila. 2007: 4450) Tavallisimmat arvioinnin kannalta tärkeät diagnoosit on koottu julkaistun artikkelin verkkoversioon.

Kaksoisdiagnoosipotilaan Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys.
Kukin osa-alue arvioidaan viimeisen kuukauden ajalta.

Arvioinnin osa-alue	0 pistettä: kriteerit	1 piste: kriteerit
Mielenterveys-häiriö	Muu kuin psykoottinen häiriö (depressio, ahdistuneisuushäiriö, persoonallisuushäiriö, näiden yhdistelmät)	Psykoottinen häiriö (skitsofrenia, bipolaarihäiriö, muu)
Päihdeongelma ¹	A. Enintään yksi käytettävä päihde B. Enintään riippuvuustason ongelma (ja käyttö enintään 3 pv/viikko) C. Ongelman ajallinen kesto enintään 2 vuotta	Päihdeongelma ei täytä kriteerejä A-C, vaan on vaikea-asteisempi
Toimintakyky	Yleinen toimintakyky (GAF) yli 50 pistettä	GAF enintään 50 pistettä ²

¹Päihdeongelman seulonta tapahtuu AUDIT-kyselellä. Jos AUDIT tuottaa vähintään 11 pistettä, jatketaan arviointia tämän mallin mukaan. Muiden päihteiden kuin alkoholin osalta Kuutioarviointiin johtaa yksikin käyttökerta viimeisen vuoden ajalta, vaikka AUDIT-kyseleyn pistemäärä olisi alle 11.

²Luokka 50-41: vaikeita oireita (esim. itsetuhoajatuksia, vaikeita pakkotoimintoja, toistuvia myymälävarkauksia) TAI jokin vakava toimintakyvyn lasku sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (esim. ei ollenkaan ystäviä, kyvyttömyys säilyttää työpaikka).



Kuution eduksi Kampman & Lassila laskee arvioinnin nopeuden ja riskitekijöiden, esimerkiksi syrjäytymisuhan tai urautuneen päihteidenkäytön, todennäköisesti paremman tunnistamisen. Sen lisäksi sitä voi myös käyttää kokonaistilanteen seurannassa sopivien aikavälein. Kuutio soveltuisi käytettäväksi kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä, joissa hoidetaan päihde- tai mielenterveysongelmista kärsiviä. Päihdeongelman vaikeusasteen mittaamiseen he ehdottavat AUDIT-lomakkeita, joissa seulonnassa käytettäisiin rajana AUDIT-pistemäärää 11. Se mittaisi tasoa, jossa päihteidenkäyttö ei vielä olisi urautunut, mutta käyttö olisi jo haitallista tai alkoholiriippuvuus on juuri alkanut. (Kampman & Lassila. 2007: 4449)

Toimintakykyarvio perustuu yleiseen toimintakykyasteikkoon (Global Assessment of Functioning, GAF), jota käytetään laajasti. Tässäkään yleisarviointiasteikossa ei tarvitsisi osata kaikkia skaaloja vaan riittäisi että erottaisi toisistaan toimintakykytasot yli tai alle 50 pistettä. Tuo pistemäärä erottaisi mielenterveyshäiriöön liittyvän sosiaalisen toimintakyvyn laskun, mutta ei vielä varsinaisia psykoosioireita. Vaikka tämäkin arvio vaatisi jonkinlaista perehtymistä käyttäjältään, siihen tutustuminen voisi tapahtua vaikka internetissä, jossa on kuvattu potilastapauksia ja tässä yhteydessä pisteytystä GAF-asteikolla. (Kampman & Lassila. 2007: 4450) GAF-asteikon arviointikriteerit esitetään myös artikkelin verkkoversiossa.

Ehdotus arvioinnin ja hoidon porrastuksen malliksi

Hoitointerventioksi Kampman & Lassila ehdottavat ensivaiheessa mini-interventiota lievissä tapauksissa, siis kuutiopisteissä 0-1. Keskivaikeissa ja vaikeissa tapauksissa (kuutiopisteet 2-3) he ehdottavat motivoivaa haastattelua ja tarvittaessa yhteisövaikutusmallia. Käypä hoito – suosituksessa kaikkien kolmen intervention näytön aste on vähintään b, joka tarkoittaa kohtalaista tutkimusnäyttöä, jolloin interventiosta on ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia. (www.kaypahoito.fi)

Mini-interventio on lääkärin tai hoitajan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä antama lyhyt terveysneuvonta. Mini-interventio on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi, ja se on yksi keskeisimpiä keinoja vähentää alkoholihaittoja. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on edistää potilaan motivaatiota muutokseen tutkimalla hänen päihteidenkäyttönsä ja tavoitteidensa välistä ristiriitaa. Tarkoitus on, että potilas saadaan

puhumaan itse muutoksen tarpeen puolesta. Yhteisövahvistusmalli on behavioristinen malli, jossa palkitaan toivottua käyttäytymistä, etsitään tukea perheestä, työstä ja vapaa-ajasta sekä harjoitellaan sosiaalisia taitoja. Suomessa ohjelmaa sovelletaan esimerkiksi verkostoterapiassa. (www.kaypahoito.fi)

Mini-intervention käytön lisääminen ja koulutus on yksi Alkoholiohjelman keskeisiä tavoitteita. Motivoiva haastattelu ja yhteisövahvistusmalli ovat kognitiivisen käyttäytymisteorian sovelluksia, joiden käyttö on kuitenkin mahdollista rajatunkin koulutuksen turvin. Vaikeimmissa samanaikaisissa päihde- ja mielenterveyshäiriöissä, kuution pisteet 2-3, psykoottinen häiriö, suositellaan myös tehostettua avohoitoa tai sairaalahoitoa komplikaatioriskien vuoksi. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)

Artikkeli löytyy kokonaisuudessaan internetosoitteesta <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029256> tai Lääkärilehden numerosta 47/2007 sivut 4447-51.

KYSELYLOMAKE KUUTIOARVIOINTIMALLIN KÄYTTÖKELPOISUUDESTA
Ympyröi sopivin vaihtoehto.

Liite 3

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Kuutioarviointimalli on selkeä.	1	2	3	4	5
2. Mielenterveyshäiriön arviointi mallissa on helppoa.	1	2	3	4	5
3. Mielenterveyshäiriön arviointi on mallissa nopeaa.	1	2	3	4	5
4. Mielenterveyshäiriön arviointi mallissa on käyttökelpoinen.	1	2	3	4	5
5. Mielenterveyshäiriön arviointi mallissa on luotettavaa.	1	2	3	4	5
6. Päihdeongelman arviointi mallissa on helppoa.	1	2	3	4	5
7. Päihdeongelman arviointi mallissa on nopeaa.	1	2	3	4	5
8. Päihdeongelman arviointi mallissa on käyttökelpoinen.	1	2	3	4	5
9. Päihdeongelman arviointi mallissa on luotettavaa.	1	2	3	4	5
10. Toimintakyvyn arviointi mallissa on helppoa.	1	2	3	4	5
11. Toimintakyvyn arviointi mallissa on nopeaa.	1	2	3	4	5
12. Toimintakyvyn arviointi mallissa on käyttökelpoinen.	1	2	3	4	5
13. Mielenterveyshäiriön arviointi mallissa on luotettavaa.	1	2	3	4	5
14. Hoitopolkukaavio mallissa on selkeä.	1	2	3	4	5
15. Hoitopolkukaavio mallissa on käyttökelpoinen.	1	2	3	4	5

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Hei!

Liite 4

Olemme kaksi rikosseuraamusalan sosionomi-opiskelijaa Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä jossa selvitämme Vantaan psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia niiden potilaiden hoidosta joilla on samanaikaisesti sekä päihde- että mielenterveysongelmia. Opinnäytetyön tavoite on kartoittaa näiden asiakkaiden hoitoon liittyviä erityispiirteitä sekä auttaa kehittämään heidän kanssaan tehtävää työtä. Työmme on osa Vantaan kaupungin Sateenvarjo-projektia ja sillä on HUS:n myöntämä tutkimuslupa.

Tutkielmamme metodiksi olemme valinneet teemapohjaisen ryhmähaastattelun. Haastattelussa keskustellaan ryhmässä ennalta annetuista aiheista. Tarkoituksenamme on haastatella xxxx, xxxx, xxxx sekä xxxx psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajia kahdessa eri ryhmässä. Kummankin ryhmän otos on 4-5 sairaanhoitajaa. Haastattelu kestää noin puolitoista tuntia.

Haastattelutilanteen ajankäytön kannalta olisi hyvä jos ehtisitte etukäteen lukea läpi ohessa lähetetyn haastattelun teemarungon ja kuutioarviointimallin esittelyn sekä vastata kuutioarviointimallia koskevaan kyselylomakkeeseen. Kuutioarviointimalli on uusi työkalu samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoidontarpeen arviointiin. Osana opinnäytetyötämme tutkimme teidän näkemyksiänne kuutioarviointimallin käyttökelpoisuudesta.

Ryhmähaastattelun aika ja paikka selviää lähitulevaisuudessa.

Lämpimin kiitoksin,

Tommi Tolmunen ja Ari Veijalainen

Yhteystietomme ovat tommi.tolmunen@laurea.fi puh. xxxxxx ja ari.veijalainen@laurea.fi puh. xxxxxx.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPAIKKA HYKS-sairaanhoitoalue 2008 Psykiatrian tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 199 07.11.2008	1 (2) Dnro
--	---	---------------

Hakija	Tommi Tolmunen, Ari Veijalainen
Esittelijä	ylihoitaja Christina Rouvala
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN SOSIONOMI-OPISKELIJOIDEN TOMMI TOLMUSEN JA ARI VEIJALAISEN OPINNÄYTETYÖLLE "OPINNÄYTETYÖ SATEENVARJO-HANKKEEN PSYKIATRIA JA PÄIhteet PROJEKTISSA"
Perustelut	<p>Olen tutustunut minulle esitettyyn tutkimussuunnitelmaan sekä tutkimuslupahakemukseen ja sen liitteisiin ja pidän tutkimusta tieteellisesti perusteltuna. Tutkimuslupahakemus liitteineen on asianmukaisesti täytetty ja siitä käyvät ilmi tutkimusluvan myöntämisen kannalta olennaiset seikat.</p> <p>Kyseessä on Laurea Ammattikorkeakoulu, Tikkurilan sosionomiopiskelijoiden Tommi Tolmusen ja Ari Veijalaisen opinnäytetyö "opinnäytetyö Sateenvarjo-hankkeen psykiatria ja päihteet projektissa (ei lopullinen tutkimusprojektin nimi). Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Teemu Rantanen. Tutkimuksen vastuuhenkilönä HYKS Psykiatrian tulosyksikössä toimii johtava ylihoitaja Taina Ala-Nikkola. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Vantaan alueen psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia työskentelystä päihdeongelmaisten mielenterveysasiakkaiden kanssa. Tutkimus toteutetaan HUS HYKS Psykiatrian tulosyksikössä, Peijaksen sairaalan aluepsykiatrisilla poliklinikoilla Korso-Rekola, Tikkurila, Hakunila sekä Myyrmäki-Martinlaakso. Heitä haastatellaan kahdessa eri ryhmäkeskustelussa, joiden kumpienkin otoksen olisi tarkoitus olla viisi haastateltavaa. Tähän työhön liittyy olennaisena osana yhteistyö päihdehuollon kanssa. Tavoitteenamme on selkiyttää kehittämistyötä tuomalla myös kentän näkemys esille aiheesta. Tarkoituksena on myös tuoda näkyville päihdeongelmasta kärsivien mielenterveysasiakkaiden nykytilannetta tämän hetkessä palvelujärjestelmässä työntekijöiden näkökulmasta katsottuna. Tutkimuslupa ei sisällä AUDIT-lomakkeiden käyttöä. Jos näitä halutaan käyttää, tulee tehdä niitä koskeva erillinen lupahakemus joka sisältää eettisen lautakunnan päätöksen. Tutkijat vastaavat itse kustannuksista, joten HYKS Psykiatrian tulosyksikölle ei aiheudu kustannuksia.</p>
Päätös	Päätän myöntää tutkimusluvan sosionomiopiskelijoiden Tommi Tolmusen ja Ari Veijalaisen opinnäytetyölle "opinnäytetyö Sateenvarjo-hankkeen psykiatria ja päihteet projektissa" ajalle 1.9.2008 - 31.3.2009. Tutkimuksen ohjaajana toimii yliopettaja Teemu Rantanen. Tutkimuksen vastuuhenkilönä HYKS Psykiatrian tulosyksikössä toimii johtava ylihoitaja Taina Ala-Nikkola.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, yleiskirje 22/2000 ja 4/2004 Henkilötietolaki 523/1999
Päätösvallan peruste	HUS yleiskirje 22/2000



Sami Pirkola
HYKS psykiatrian tulosyksikön johtaja, vs.

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS-sairaanhoitoalue 2008
Psykiatrian tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 199
07.11.2008

2 (2)
Dnro

Liitteet tutkimuslupahakemus

Jakelu Tommi Tolmunen
Ari Veijalainen
Christina Rouvala
Taina Ala-Nikkola
TIETU-rekisteri

Lähetetty tiedoksi