

*”Muiden silmissä vaan häirikkö..”*  
**Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet**

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Pro gradu – tutkielma  
Jaana Hölttä  
Elokuu 2006

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos

**JAANA HÖLTTÄ: ”Muiden silmissä vaan häirikkö..”**  
Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet

Pro gradu-tutkielma 71 sivua

Ohjaajat: THT, lehtori Heli Laijärvi,  
TtM, tutkija Minna Sorsa

Hoitotiede

Elokuu 2006

---

*”Muiden silmissä vaan häirikkö..”* –tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä hoidon ja avun saannin esteitä samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavat kohtaavat. Kummankin sairauden yhteisesiintyminen on hyvin yleistä niin päihde- kuin mielenterveyspotilaidenkin kohdalla. Mielenterveys- ja päihdehäiriön yhteisesiintymistä kutsutaan komorbiditeetiksi, yleisemmin puhutaan kaksoisdiagnoosista.

Ihmisellä ilmenevä päihde- ja mielenterveyshäiriön yhtäaikainen esiintyminen vaikuttaa merkittävästi kummankin häiriön oirekuvaan, kulkuun, hoitoon ja niiden ennusteeseen. Päihdeidenkäytön ja mielenterveyshäiriön yhteisesiintyminen altistaa monelle terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia uhkaavalle tekijälle sekä lähes poikkeuksetta aina syrjäytymiskiarteelle, joista seuraa monimuotoisia avun-, tuen- ja hoidontarpeita. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden eriytyneisyys johtaa valitettavan usein kuitenkin tilanteeseen, jossa kaksoisdiagnoosin omaavat ihmiset jäävät vaille tarvitsemaansa apua ja hoitoa.

Tämän tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon toteutuminen perustuu helposti sattumanvaraan ja yksilön omaan kykyyn ajaa omia asioitaan. Eettisesti ja perustuslaillisesti tarkasteltuna tilanne on kestävä. Tutkimusaineiston perusteella hoidon ja avun saannin esteet muodostuvat palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaisesta rakenteesta ja yleisestä asenteellisuudesta. Palvelujärjestelmän rakenteesta aiheutuvat vaikeudet ilmenevät palveluiden epätarkoituksenmukaisuutena, tiedonvajeena sekä epätasa-arvoisuutena. Asenteellisuus hoidon ja avun saannin esteinä esiintyy tämän tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden epäinhimillisenä, leimaavana ja syrjivänä kohteluna sekä piittaamattomuutena.

Aineisto tutkimukseen on kerätty fokusryhmähaastatteluin. Fokusryhmiä muodostui yhteensä viisi siten, että nais- ja miespotilaat, heidän omaisensa sekä julkisen ja kolmannen sektorin työntekijät muodostivat kukin oman ryhmänsä. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen aineisto analysoitiin sisällön analyysi-menetelmällä. Tutkielma on laadullinen ja aineistolähtöinen, induktiivinen luonteeltaan.

**Avainsanat:** komorbiditeetti, kaksoisdiagnoosi, sairauksien yhteisesiintyminen

## **ABSTRACT**

**University of Tampere  
Faculty of Medicine  
Department of Nursing Science**

**JAANA HÖLTTÄ:**

**“In others eyes I am just a trouble-maker..”. The challenges of care and help aimed at dually diagnosed people**

**Masters Thesis 71 pages**

**Advisors Heli Laijärvi, Senior Lecturer, PhD  
Minna Sorsa MNSc**

**Nursing Science**

**August 2006**

---

**The aim of this study was to ascertain the barriers of care and help that people who suffer from both mental disorders and substance abuse problems meet. It is common that among people with mental or substance misuse problems suffer from both of the disorders at the same time.**

**The occurrence of both disorders is called comorbidity; proverbial name for a person with both disorders is dually diagnosed patient.**

**The occurrence of both mental disorders and substance abuse problems prejudice remarkably to the symptoms of both disorders, the progression, treatment and the prognosis of care. The appearance of both mental disorders and substance abuse problems exposes the patient for many health and social welfare threatening elements and almost without exceptions to isolation. These factors cause multiform needs of social and health care services. Unfortunately, in Finland the mental health and social services are organized separately—this often leads to a situation where dually diagnosed patients might miss out on help and care.**

**According to this study the implementation of care for dually diagnosed patients is easily based on randomness and/or to the patients own ability to fight for the services. Ethically and constitutionally this situation is unbearable.**

**On the grounds of this research material the barriers for getting help and care consist from the inexpedient structure of the social and health care system and common biases towards the dually diagnosed people. The disadvantages consist of inexpedient of services, common lack of knowledge and inequality. Bias as an obstacle to getting help and care, appears —according to this study as inhumanity, stigmatisation, nonchalance and discrimination.**

**The research material was collected by focus group interviews. There were five focus groups, gathered with the following manner: male patients, female patients, next of keens, employees of public sector and employees of the NGO:s. After the interviews of five different occasions the recorded and lettered material was analysed with content analysis. This study is qualitative and inductive by nature.**

**Keywords: comorbidity, dual diagnosis, occurrence of both disorders**

<b>1.</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>2</b>
2.1.	MIELENTERVEYS – JA PÄIHDEONGELMIEN YHTEISESIINTYMINEN	5
2.2.	DIAGNOSTISOINNIN VAIKEUS	8
2.2.1	KOMORBIDIT HÄIRIÖT- PSYKIATRISEN DIAGNOSTISOINNIN VAIKEUS	8
2.2.2	KOMORBIDIT HÄIRIÖT- PÄIHDEDIAGNOSTIIKAN VAIKEUS	9
2.3	ESIINTYVYYS	11
2.4	SUOMALAINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ	12
2.4.1	PALVELUJÄRJESTELMÄ KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN NÄKÖKULMASTA	14
2.5	AUTTAVAT JA ENNALTAEHKÄISEVÄT TOIMET	17
<b>3.</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>22</b>
4.1	LAADULLINEN LÄHESTYMISTAPA	22
4.1.1	LAADULLISEN TUTKIMUKSEN AINEISTO	23
4.1.2	FOKUSRYHMÄHAASTATTELU LAADULLISESSA TUTKIMUKSESSA	24
4.1.3	LAADULLISEN TUTKIMUKSEN ANALYYSI	25
4.1.4	SISÄLLÖN ANALYYSI LAADULLISEN AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄNÄ	26
<b>5.</b>	<b>TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS</b>	<b>27</b>
<b>6.</b>	<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>29</b>
6.1	HOITO- JA PALVELUJÄRJESTELMÄN EPÄTARKOITUKSEN MUKAINEN RAKENNE KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN AVUN SAANNIN ESTEENÄ	31
6.1.1	PALVELUIDEN EPÄTARKOITUKSEN MUKAISUUS KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	31
6.1.2	TIEDONPUUTE JA TIEDONKULKUUN LIITTYVÄT VAIKEUDET HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	35
6.1.3	ERIARVOISUUS KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	38
6.2	ASENTEELLISUUS KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	39
6.2.1	SYRJINTÄ HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	39
6.2.2	EPÄINHIMILLINEN KOHTELU HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	41
6.2.3	PIITTAAMATTOMUUS KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN AVUN SAANNIN JA HOIDON ESTEENÄ	43
6.2.4	STIGMATISOINTI HOIDON JA AVUN SAANNIN ESTEENÄ	44
<b>7.</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>47</b>
7.1	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	47
7.1.2	AINEISTON KERÄÄMISEEN LIITTYVÄ LUOTETTAVUUS	47
7.1.3	AINEISTON ANALYYSIIN LIITTYVÄ LUOTETTAVUUS	48
7.2	TUTKIMUKSEN EETTISYYS	48
7.3	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	49
7.3.1	MONIAMMATILLISUUDEN HAASTEET	53
7.3.2	HALLINNOLLINEN HOITOVASTUU	54
7.3.3	KOMORBIDIEN HÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISY	57
7.3.4	HOIDON TAVOITTEET	58
<b>8.</b>	<b>LOPPUSANAT</b>	<b>60</b>
<b>9.</b>	<b>KIRJALLISUUS</b>	<b>61</b>

## 1. Johdanto

Mielenterveyshäiriön ja päihderiippuvuuden samanaikaisesta esiintymisestä käytetään nimityksiä kaksoisdiagnoosi ja komorbiditeetti. Kaksoisdiagnoosin omaavilla ihmisillä esiintyy monia yleisiä hyvinvointia uhkaavia tekijöitä ja elämänhallintaan liittyviä tuen tarpeita. Näiden moninaisten psyykkisten, sosiaalisten ja fyysisten ongelmien, päihteidenkäyttöön liittyvän alakulttuurin sekä heikentyneen itsehoitokyvyn vuoksi kaksoisdiagnoosipotilaat ajautuvat valtaväestöä useammin niin sosiaali- ja terveystalveluiden perus- kuin erityispalveluidenkin suurkuluttajiksi. (Gafoor ym 1998, Hamilton ym 2002, Pirkola & Wahlbeck 2004.)

Kaksoisdiagnoosipotilaat hakevat usein apua monista paikoista samanaikaisesti sitoutumatta kuitenkaan mihinkään niistä. He saattavat käyttäytyä hoitopaikoissa provokatiivisesti ja aggressiivisesti, mikä herättää hoitohenkilökunnan keskuudessa negatiivista asennoitumista. Huono hoitomyyöntyyvyys ja sopimusten sekä sääntöjen laiminlyönnit värittävät hoitosuhdetta, vaikeuttaen edelleen tämän haasteellisen ja hankalaksi mielletyn potilasryhmän hoitoa. (Hamilton ym 2002, Gafoor&Rassool 1998b, Pirkola & Wahlbeck 2004.)

Hoitohenkilöstön kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuva negatiivinen ja torjuva asennoituminen, jopa syrjintä on osittain seurausta suomalaisen hoitojärjestelmän kapea-alaisesta ja eriytyneestä luonteesta. Palvelujärjestelmä on jakautunut kaksoisdiagnoosipotilaan kannalta epäkiitollisesti mielenterveyspalveluiden, psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä päihdepalveluiden kesken siten, että kukin yksikkö ottaa vuorotellen vastuuta kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon eri vaiheista. (Pirkola & Wahlbeck 2004.) Eri tahot keskittyvät näin ollen hoitamaan omasta näkökulmastaan ensisijaista häiriötä, jolloin potilaan kokonaisvaltainen apu jää saamatta ja kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuvat syrjivät käytännöt mahdollistuvat.

Kunnissa sosiaalitoimi on järjestämisvastuussa päihdehuoltolain mukaisesta päihdehuollosta. Päihdehuollon palvelut on rakennettu alun perin sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseksi, sillä päihdehuoltojärjestelmän luomisen aikoihin päihteiden ongelmakäytön ajateltiin aiheuttavan lähinnä asumiseen, työhön ja perheeseen liittyviä sosiaalisia ongelmia. Nykyaikaisempi käsitys kuitenkin on, että päihteidenkäyttö altistaa sosiaalisten ongelmien ohella, myös psyykkisille ja fyysisille haitoille. (Pirkola & Wahlbeck 2004.) Silti päihdehäiriöitä hoidetaan edelleen vanhan perinteen mukaisesti erillään perusterveydenhuollosta ja mielenterveyspalveluista.

Edes huumeidenkäytön jyrkkä lisääntyminen 1990-luvulta alkaen ja alkoholin kulutuksen kasvu 2000-luvulta lähtien eivät ole johtaneet päihdehuollon uudistuksiin. Jatkossa, päihdehaittojen yleistyessä on kuitenkin syytä miettiä hoidon organisointia ehkä uudelleen. Etenkin kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tarvitaan niin lääketieteellistä osaamista, kuin julkisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän integroitumista, saumatonta yhteistyötä ja päihdepsykiatrisen osaamisen tukemista. (Pirkola & Wahlbeck 2004.)

Edellä mainitut palvelujärjestelmän puutteet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja palveluntarpeeseen liittyen ovat olleet päihdetyötä tekevien tiedossa jo jonkin aikaa. Tarkoitukseni on tässä tutkielmassa selvittää, mitkä seikat kaksoisdiagnoosipotilaat itse, heidän omaisensa ja kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevät kokevat avun- ja hoidonsaannin esteiksi.

Tutkielmani on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella toteutettua ISADORA- hanketta (Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction). ISADORA-hanke oli viidessä Euroopan maassa ja seitsemässä eri tutkimuskeskuksessa toteutettu EU:n rahoittama tutkimushanke, jonka tarkoituksena oli mm kuvata kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelujärjestelmää ja hoitopolkuja Euroopan eri maissa. ISADORA toteutettiin vuosina 2003–2005 ja sen tutkimustulokset on hyödynnettävissä syksyllä 2006 .

## **2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat**

Mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyminen kiinnostaa tällä hetkellä Eurooppalaisia ja Yhdysvaltalaisia tutkijoita sekä alan ammattilaisia. Kyseessä ei kuitenkaan ole mikään uusi potilasryhmä, vaikka kaksoisdiagnoosipotilaiden asema onkin ollut runsaan pohdinnan kohteena vasta viime vuosina. (Pirkola & Wahlbeck 2004, Gafoor& Rassool 1998b.)

Suomen väestön alkoholinkulutus on lisääntynyt merkittävästi 1990- luvulta lähtien. Kulutuksen kasvun syiksi arvellaan Viron EU-jäsenyyden myötä mahdollistunut halvan alkoholin tuominen Suomeen sekä 2003 voimaan tulleen väkevien alkoholijuomien veron alentaminen. (Inkeroinen & Partanen 2006.) Myös laittomien päihteiden kokeilu ja käyttö on lisääntynyt jatkuvasti 1990-luvulta alkaen 2000-luvulle tultaessa. Päihdehaitat mielenterveyden häiriöt mukaan lukien ovat, kuten

olettaa saattaa, lisääntyneet samassa suhteessa päihteiden kulutuksen kasvun kanssa. (Virtanen 2003.)

Komorbidioiden lisääntymiseen on ollut vaikuttamassa paitsi päihteiden kulutuksen kasvu, myös 1990-luvun alun jälkeen alkanut mielenterveyspalveluiden murros. Laman aikaan Suomessa alettiin purkaa psykiatrista laitoshoidoa ja tavoitteena oli lisätä resursseja vastaavasti avohoitoon. Näin ei kuitenkaan tapahtunut. Mielenterveyspalveluiden osalta palvelurakenteen kehittäminen kapeutui lähes pelkästään psykiatrisen laitoshoidon alasajoksi. (STM 1996.)

Päihteidenkäytön lisääntyminen ja psykiatrisen hoidon painottuminen avohoitoon ovat yhtenä selittävänä tekijänä sille, että kaksoisdiagnoosipotilaat ovat enenemässä määrin alkaneet näkyä peruspalveluiden käyttäjinä. (Pirkola & Wahlbeck 2004, Todd ym 2004.) Kaksoisdiagnoosipotilaat näkyvät myös enenemässä määrin psykiatrisessa laitoshoidossa. Sellaisten sairaalahoitajaksojen määrä, joissa on tehty huumausainediagnoosi ja psykiatrinen diagnoosi nousi tasaisesti ja jyrkästi erityisesti 1990-luvun kuluessa. Kasvu kuitenkin hidastui ja taittui vuoteen 2002 tultaessa. Merkittävimmin kasvoivat psykoottiset häiriöt huumeiden käyttäjien keskuudessa. (Pirkola & Wahlbeck 2004.)

Yleensä ottaen mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut kasvua kuluneiden vuosikymmenien aikana (Pirkola 2005). Tosin päihteidenkäytön tiedetään jo satunnaisestikin käytettynä altistavan mielenterveyshäiriöille, joten oletettavaa on, että lisääntynyt päihteiden kulutus lisää mielenterveyshäiriöiden sairastuvuutta ja edelleen komorbidioiden esiintymistä lähitulevaisuudessa (Aalto-Setälä ym 2005).

Psykiatrisen laitoshoidon purkaminen on vaikuttanut kaksoisdiagnoosipotilaiden tilanteeseen ja häiriöiden esiintyvyyteen ainakin kahdella tavalla. Toisaalta tiedetään, että parhaita hoitotuloksia kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla saavutetaan pitkäaikaisella laitoshoidolla, jolloin hoidon painottuminen avohoitoon monesti vaikeuttaa potilaiden oireilua (Moggi ym 1999). Avohoito myös itsessään altistaa mielenterveyspotilaat päihteidenkäytölle, sillä siviilissä päihteitä on helposti saatavilla. Psykiatrisella laitoshoidolla arvellaankin aikaisemmin olleen päihdehäiriöiden, ja siten komorbidioiden häiriöiden kehittymisen kannalta suojaava vaikutus. (Gafoor & Rassool 1998a, Mc Bride 2000.)

Myös yleisen asenneilmapiirin ja kulttuuristen tekijöiden tiedetään vaikuttavan komorbidien häiriöiden syntyyn. Avohoidossa ollessaan mielenterveyspotilas saattaa ajautua päihdepiireihin siitä syystä, että hän kokee päihteidenkäyttäjien ryhmään kuulumisen vähemmän leimaavaksi kuin mielenterveyspotilaan roolin omaksumisen. (Gafoor 1998.) Yleisen päihteidenkäyttöön liittyvän sallivan asenneilmapiirin ajatellaan näin olevan komorbidien häiriöiden syntyyn altistava tekijä (Kessler 2004).

Avohoidossa ollessaan kaksoisdiagnoosipotilaiden puutteellinen itsehoitokyky, psyykkiset vaikeudet, päihdeongelmat, somaattiset sairaudet ja koettu hoidon tarve aiheuttavat suuria hoitokustannuksia (Aalto-Setälä ym 2005). Lisäksi komorbideista häiriöistä kärsivillä ihmisillä on usein heikot sosiaaliset verkostot, mikä lisää osaltaan avuntarvetta ja riippuvuutta viranomaisista. Edellä mainituista syistä kaksoisdiagnoosipotilaat ovatkin monesti sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden suurkuluttajia. (Gafoor 1998, Inkinen 2003.)

Avun piiriin hakeutuminen ei kuitenkaan ole kaksoisdiagnoosipotilaalla avun saannin tae, sillä työntekijät mieltävät usein ensisijaiseksi tehtäväkseen kaksoisdiagnoosipotilaan ohjaamisen eteenpäin, esimerkiksi peruspalveluista erityispalveluiden piiriin, tai päihdepalveluista mielenterveyspalveluihin (Gafoor 1998).

Eteenpäin ohjaamisen- käytäntö on inhimillisesti, eettisesti ja taloudellisestikin arvioiden kyseenalainen. Se on myös päihdepalvelujen laatusuosituksen vastainen, joiden mukaan päihdepotilasta tulee auttaa aina ensisijaisesti siinä sosiaali- tai terveydenhuollon yksikössä, mihin hän hakeutuu. (Päihdepalveluiden laatusuositus 2002:3).

”Eteenpäin ohjattunakaan” ei kaksoisdiagnoosipotilas välttämättä saa apua. Päihdehuollon palveluissa saatetaan kaksoisdiagnoosipotilas sulkea avun piiristä pois liian psykiatrisena jolloin hänet ohjataan edelleen mielenterveyspalveluihin. Mielenterveystoimiston asiakkaaksi pääsyn edellytyksenä kuitenkin on, että päihteiden käyttö on hallinnassa, jolloin kaksoisdiagnoosipotilaat saattavat ajautua kummankin, sekä päihde- että mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle. Epäinhimillistä tilannetta edesauttaa ja ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten ennakkoluulot, tietämättömyys, toisinaan jopa haluttomuus kohdata kyseistä potilasryhmää. (Gafoor 1998, Pirkola & Wahlbeck 2004.)



Julkisen hoito- ja palvelujärjestelmän mukaisesti päihdepalvelut järjestetään mielenterveyspalveluista ja perusterveydenhuollosta erillään, vaikka mielenterveyspalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden integroiminen olisi useiden kansainvälisten tutkimusten perusteella kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kannalta kaikkein vaikuttavinta ja tuloksellisinta. (Gafoor 1998, Pirkola & Wahlbeck 2004). Komorbidien häiriöiden lisääntyminen vaatineekin jatkossa mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän ja hoidon organisoinnin kehittämistä (Pirkola & Wahlbeck 2004).

## **2.1. Mielenterveys – ja päihdeongelmien yhteisesiintyminen**

Mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikaisesta esiintymisestä käytetään käsitteitä kaksoisdiagnoosi ja komorbiditeti. Tämän hetkisen määritelmän mukaan sairauksien yhteisesiintymisen kriteeri edellyttää päihdehäiriön lisäksi merkittävää primaarista psykiatrista häiriötä ja/tai persoonallisuushäiriötä. Komorbidit häiriöt ovat vaikeita määritellä, muun muassa siksi, että usein päihteidenkäyttö, vieroitusoireet tai päihtymystila saattavat itsessään aiheuttaa psyykkisten häiriöiden kaltaista oireilua. (mm Todd ym 2004, Gafoor 1998, Hamilton ym 2002.)

Käytännön hoitotyössä kaksoisdiagnoosista puhuttaessa käsitetään, että henkilöllä on yksi tai useampi mielenterveydenhäiriö sekä samanaikaisesti päihteiden ongelmakäyttöä. Kaksoisdiagnoosi tai komorbiditeetti-käsitteitä käytetäänkin melko väljästi kuvaamaan joko päihteiden provosoimia psyykkisiä tai psyykkisen oireilun seurauksena syntynyttä päihteidenkäyttöä. (mm Mäkelä 2003, Gafoor 1998, Hamilton ym 2002.)

Komorbidien häiriöiden syntymisestä on esitetty kolme keskeistä mallia. Ensimmäisen mukaan mielenterveyden häiriö lisää riskiä päihdehäiriölle. Yleisimmin psyykkinen häiriö onkin kaksoisdiagnoosipotilaalla ensisijainen. Päihteiden käyttö lievittää psyykkisiä oireilua, mistä syystä häiriö altistaa päihteiden käytölle ja sen myötä päihderiippuvuuden kehittymiselle. (mm Friedman 2003.) Komorbiditeetin riskin tiedetään olevan suurin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla ja tarkkaavaisuushäiriöistä kärsivillä potilailla (Kessler 2004).

Tutkimustietoa on melko vähän siitä, mikä mielenterveyden häiriö altistaa millekin päihteiden käytölle. Eniten päihteiden valintaan tiedetään vaikuttavan päihteiden saatavuus ja huumeilla niiden kulloisetkin katukauppahinnat. Mielenterveydenhäiriön ja päihteiden valinnan suhteen ei edellä

mainituista syistä voi esittää mitään korrelaatioita, sillä päihteiden ongelmakäyttäjä ei välttämättä saa käsiinsä juuri omaa ensisijaisesti haluamaansa päihdettä. (Kessler 2004.)

Joitain viitteitä mielenterveyshäiriön ja päihteen valinnan suhteen tiedetään kuitenkin olevan. Esimerkiksi naisten on todettu lääkitsevän pelko- ja ahdistuneisuushäiriöitä sekä tunne-elämän häiriöitä ensisijaisesti alkoholilla. (Carrigan&Randall 2003, Roy ym 1991, Heltzer & Pryzbeck 1988.) Miehillä sen sijaan tiedetään alkoholin ongelmakäytön olevan usein seurausta asosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä (Kessler 2004).

Hoitomalleista toisen käsityksen mukaan osalla kaksoisdiagnoosipotilaista arvellaan päihteidenkäytön laukaisevan psyykkiset häiriöt. Arviolta 13 %:lla kaksoisdiagnoosipotilaista psyykkiset oireet ilmaantuvat päihteidenkäytön seurauksena. Oletus kuitenkin on, että päihteitä runsaasti käyttävien keskuudessa lähes puolella olisi todettavissa eriasteisia mielialahäiriöitä. (Mäkelä 2003, Friedman 2003, Flinck 2000, Kessler2004.)

Kolmas hoitomalli esittää, että osalla potilaista häiriöt kehittyvät samanaikaisesti. Samanaikaisen esiintymisen tiedetään johtuvan molemmille häiriöille yhteisistä riskitekijöistä, jolloin häiriöiden välillä ei ole syy-seuraus suhdetta. Yhteiset riskitekijät voivat olla biologisia, geneettisiä tai psykososiaalisia. (Aalto-Setälä ym 2005.) Kaksoisdiagnoosipotilaista arvellaan ainoastaan 4%:n kuuluvan tähän ryhmään (Mäkelä 2003, Friedman 2003, Flinck 2000).

Kaksoisdiagnoosipotilailla on usein päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi muuta väestöä enemmän oppimis- ja tarkkaavaisuushäiriöitä. Huumeidenkäyttäjistä jopa 70%:lla on todettu oppimis- tai käyttäytymisvaikeuksia kouluikässä. (Friedman 2003, Inkinen 2003, Mäkelä 2003.) Oppimis- ja käyttäytymishäiriöiden ohella saattaa kaksoisdiagnoosipotilailla ilmetä myös heikkolahjaisuutta, kehitysvammaisuutta, ja usein myös somaattisia sairauksia. Kolmoisdiagnooseista puhuttaessa tarkoitetaan tilaa, jossa päihde- ja mielenterveysdiagnoosin ohella potilaalla on lisäksi vielä jokin yllä mainituista häiriöistä. (Inkinen 2003.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan itsensä kannalta ei häiriöiden kehittymisen syy-seuraussuhteilla ole merkitystä. Oleellista on se, että molemmat häiriöt esiintyvät yhtäaikaaisesti ja, että komorbidien häiriöiden olemassaolo tulisi määrittää hoitolinjoja ja palveluiden tarjontaa *ei potilasta*. (Johnson 2000.) Tilanne kuitenkin on monin paikoin se, että kaksoisdiagnoosipotilaat tulevat kohdatuiksi

diagnoosin kautta, jolloin heidän kokonaisvaltaisen avuntarpeen määrittäminen ja hoito jäävät toteutumatta

Taulukko 1.

Yhteenveto komorbideihin häiriöihin liittyvästä oireilusta

<ul style="list-style-type: none"> <li>-itsetuhoisuus</li> <li>-impulsiivisuus</li> <li>-provokatiivista käyttäytymistä</li> <li>-aggressiivista käyttäytymistä</li> <li>-koettu hoidon tarve suuri</li> <li>-heikot sosiaaliset verkostot</li> <li>-komorbidiin häiriöiden ohella saattaa ilmetä             <ul style="list-style-type: none"> <li>somaattisia sairauksia</li> <li>käyttäytymishäiriöitä</li> <li>tarkkaavasiuushäiriöitä</li> <li>heikkolahjaisuutta</li> </ul> </li> <li>-itsehoitokyvyn vajetta</li> <li>-usein pelkoja ja ennakkoluuloja palveluiden tuottajien ja hoitopaikkojen henkilökunnan suhteen</li> </ul>
--

Taulukko 2.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyvät vaikeudet

<ul style="list-style-type: none"> <li>-hakevat usein apua monista paikoista samanaikaisesti</li> <li>-eivät sitoudu</li> <li>-keskeyttävät usein hoidon</li> <li>-huono hoitomyöntyvyys</li> <li>-laiminlyövät usein sopimuksia ja sääntöjä</li> <li>-tuen ja neuvonnan tarpeita liittyen             <ul style="list-style-type: none"> <li>toimeentuloon</li> <li>asumiseen</li> <li>rikosseuraamusasioihin</li> </ul> </li> <li>-lääkehakuisuutta</li> <li>-lääkekielteisyyttä</li> <li>-lääkityksen laiminlyöntiä</li> </ul>
---

## **2.2. Diagnostisoinnin vaikeus**

Komorbidioidien häiriöiden diagnostisointiin liittyy monia vaikeuksia. Yhtenä hankaluutena sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat sen, että kaksoisdiagnoosin määritelmät eivät ole yhtenevät eri toimijoiden kesken. (Todd ym 2004.) Auttavien tahojen erilaiset näkökulmat, toisistaan poikkeavat hoitolinjat ja hoidon painopistealueet määrittävät diagnostiikkaa, mikä vaikeuttaa osaltaan yhtenäisen kriteeristön kehittämistä (Mäkelä 2003).

Vaikeutta komorbidioidien häiriöiden diagnostiikkaan lisää myös se, että potilaan akuutit psyykkiset oireet saattavat vaikuttaa virheellisesti päihteiden aiheuttamilta ja toisaalta vieroitus- ja päihtymystilat voidaan tulkita psyykkiseksi oireiluksi (Hamilton ym 2002, Mäkelä 2003). Toisaalta päihteiden aiheuttama häiriökäyttäytyminen saattaa hallita taudinkuvaa tai peittää psyykkisiä oireita (Friedman 2003, Mäkelä 2003).

### **2.2.1 Komorbidit häiriöt- psykiatrisen diagnostisoinnin vaikeus**

Psykiatrisen diagnoosin määrittelemisen osaksi komorbidia häiriötä ei ole yksinkertaista. Epätietoisuutta liittyy esimerkiksi siihen, että soveltuuko hoidossa oleva, oireeton mielenterveydenhäiriö kaksoisdiagnoosin perusteeksi. Keskustelua käydään myös siitä, että kuuluuko persoonallisuushäiriöt kaksoisdiagnoosien piiriin. Persoonallisuushäiriö voidaan ymmärtää toisaalta sairautena, toisaalta poikkeavana käyttäytymistapana. (Todd ym 2004.)

Yleisimmin kaksoisdiagnoosin kriteereiksi on hyväksytty ainoastaan vakavimmat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoottiset häiriöt, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Todd ym 2004.) Päihteiden ongelmakäyttäjien keskuudessa kuitenkin yleisimmät mielenterveyden häiriöt liittyvät mieliala-, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöihin (Pirkola & Wahlbeck 2004, Gafoor 1998). Olennaista tietenkin on huomioida hoidossa potilaan lievemmätkin mielenterveyden häiriöt, huolimatta siitä ylittyykö psykiatrisen sairauden ”vakavuusaste”.

Persoonallisuushäiriön diagnosoiminen kaksoisdiagnoosipotilailla on päihteiden ongelmakäytön johdosta vaikeaa, sillä päihteet saattavat laukaista epävakaan persoonallisuushäiriön kaltaista oireilua, kuten itsetuhoisuutta ja impulsiivisuutta. Toisaalta taas persoonallisuushäiriön diagnostinen kriteeri saattaa olla on päihteiden ongelmakäyttö. Toistaiseksi ei

persoonallisuushäiriöitä kuitenkin ole yksimielisesti sisällytetty kaksoisdiagnoosikriteeristöön. (Todd ym 2004.)

Persoonallisuushäiriöiden ja päihteiden yhteisesiintyminen on kuitenkin hyvin yleistä, arviolta 44 % alkoholiriippuvaisista ja 79% opiaattiriippuvaisista olisi diagnosoitavissa persoonallisuushäiriöiksi. Valtaosalla persoonallisuushäiriön ja päihderiippuvuuden omaavilla potilailla on enemmän kuin yksi persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriö ja päihteiden ongelmakäytön yhteisesiintyminen aiheuttaa monia hankaluuksia hoito- ja kohtaamistilanteissa, ja näistä kahdesta häiriöstä kärsivät ovatkin todennäköisimmin vaikeimmin autettavissa ja useimmiten palveluiden ulkopuolelle syrjäytyvien joukossa. (Todd ym 2004.)

### **2.2.2 Komorbidit häiriöt- päihdediagnostiikan vaikeus**

Päihdehäiriön määrittely komorbidin häiriön osaksi on psykiatrisen diagnoosin määrittelemiseen verrattuna helpompaa. Päihderiippuvuuden määritelmä on luokiteltuna psykiatrisiin ICD-10 ja DSM-IV tautiluokitusjärjestelmiin. (Pirkola & Wahlbeck 2004, American Psychiatric Association, 1994.) Tosin rajanveto päihteiden satunnais-, liika- ja ongelmakäytön välillä voi olla vaikeaa. Kaksoisdiagnoosin määrittelyn kannalta on oleellista, että päihdeongelma on aktiivinen, jolloin esimerkiksi toipunut narkomaani, jolla on diagnosoitavissa oleva vakava psyykkinen häiriö ei ole kaksoisdiagnoosipotilas (Todd ym 2004).

Päihteidenkäyttö kehittyy ongelmalliseksi pikkuhiljaa ja huomaamatta, jolloin käytön muuttumista satunnaiskäytöstä liikkakäyttöön on vaikea huomata. Diagnostisoinnin vaikeutta lisää myös se, että molempien häiriöiden sairastavuus saattaa vaihdella saman henkilön kohdalla lyhyenkin ajan sisään, sillä kummallakin häiriöllä on oma itsenäinen kulkunsa. Yleisin vaikeus päihdeanamneesin tekoon liittyen on kuitenkin se, että potilaat pyrkivät salaamaan ja kieltämään päihteidenkäyttönsä. (Todd ym 2004.)

Täsmällisten ja yhtenäisten määritelmien puuttuessa ja diagnostiikkaan liittyvien haasteiden vuoksi komorbidien häiriöiden diagnostisointi on tällä hetkellä sattumanvaraista ja epäjohdonmukaista. Linjaukset ovat huomattavan eriäväiset etenkin perus- ja erityispalveluiden kesken. Tilanne tulee esiin esimerkiksi siten, että perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit diagnosoivat komorbidejä häiriöitä herkemmin kuin päihdehuollon ja psykiatrian yksiköissä toimivat lääkärit. (Todd ym 2004.)

## Taulukko 3.

## Yhteenveto komorbidien häiriöiden diagnostisoinnin vaikeuteen liittyen

- kaksoisdiagnoosin määritelmät eivät ole yhtenevät eri toimijoiden kesken
- eri organisaatioiden erilaiset hoitolinjat ja hoidon painopistealueet
- päihdehäiriöt kehittyvät usein pikkuhiljaa
- epätietoisuutta liittyy siihen, että onko kyseessä komorbidi häiriö mikäli
  - mielenterveydenhäiriö on oireeton, esimerkiksi hyvän lääketasapainon ansiosta
  - päihteidenkäyttö on hallinnassa/henkilö on raitistunut
  - potilas on korvaushoidon piirissä
- rajanveto päihteiden satunnais-, liika- ja ongelmakäytön välillä vaikeaa
- molempien häiriöiden sairastavuus saattaa vaihdella saman henkilön kohdalla lyhyenkin ajan sisään
- luokitellaanko personallisuushäiriö mielenterveyden häiriöksi vai käyttäytymistavaksi
- potilaan akuutit psyykkiset oireet saattavat vaikuttaa päihteiden aiheuttamilta
- päihteiden aiheuttama häiriökäyttäytyminen saattaa hallita taudinkuvaa tai peittää psyykkisiä oireita
- päihteidenkäyttö, vieroitusoireet tai päihtymystila aiheuttavat psyykkisten häiriöiden kaltaista oireilua
- päihteidenkäytön salaaminen/kieltäminen

### 2.3 Esiintyvyys

Päihteiden ongelmakäyttö on mielenterveyden häiriöistä kärsivillä selkeästi yleisempää muuhun väestöön nähden. Arviolta jopa 75 %:lla mielenterveyspalveluiden käyttäjistä on päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. (SAMSHA 2005, Todd ym 2004.) Osalla mielenterveyspotilaista päihderiippuvuus kehittyy ja syvenee heidän lääkityksessä psyykkisiä oireitaan ja/tai vieroitusoireitaan päihteillä. (Gafoor 1998, Mueser ym 2003.)

Päihteidenkäytölle altistavia tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt (Pirkola & Wahlbeck 2004, Gafoor 1998). Kaksoisdiagnoosipotilaista jopa 84%:lla arvellaan olleen päihderiippuvuutta edeltävä ahdistuneisuus- ja/tai persoonallisuushäiriö (Mäkelä 2003, Friedman 2003, Flinck. 2000).

Suomalaisten keskuudessa 15–20 %:lilla arvioidaan olleen kuluneen vuoden aikana diagnosoitavissa oleva mielenterveydenhäiriö. Tyypillisimmin diagnosoitu mielenterveyshäiriö suomalaisilla on masennus, jonka 10–20 % väestöstä sairastaa ainakin kerran elämänsä aikana. Persoonallisuushäiriöitä arvellaan esiintyvän 5–15 %:lla väestöstä ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä 1–2 %. Skitsofreniaa sairastavien potilaiden määrän arvellaan olevan 0,5–1,5 %. (Wahlbeck 2005.)

Mielenterveysongelmat ilmenevät kaksoisdiagnoosipotilailla usein varhain, huomattavasti päihteiden ongelmakäyttöä aikaisemmin. Naisilla tiedetään mielenterveyshäiriöiden ennakoivan päihdehäiriötä miehiä yleisemmin. (Haahes ym 2002, Kessler 2004.) Lapsilla komorbideille häiriöille altistumista enteilee lapsuusiän aggressiivisuus sekä nuorilla ahdistuneisuushäiriöt ja masennus (Jones 1975, Mc Cord & Mc Cord 1960, Kessler 2004, Weissman ym 1999, Costello ym 2003).

Komorbiditeetin mekanismeja ja ajallista järjestyksen merkitystä ei tunneta vielä riittävästi, mistä syystä arviot syy- seuraussuhteista ja käsitykset häiriöiden yleisyydestä vaihtelevat suuresti (Aalto-Setälä ym 2005, Pirkola & Wahlbeck 2004). Diagnostiikkaan liittyy myös sattumanvaraisuutta ensisijainen diagnoosi saattaa määrittäytyä esimerkiksi sen perusteella, minkä palvelun piiriin potilas on hakeutunut (Todd ym 2004, Mäkelä 2003). Kaksoisdiagnoosien esiintyvyyteen ja esitettyihin lukuihin tuleekin edellä mainituista syistä johtuen suhtautua varauksellisesti (Aalto-Setälä ym 2005, Pirkola & Wahlbeck 2004).

Päihteiden, etenkin alkoholin kulutuksen jatkuva kasvu lisää komorbidien häiriöiden sairastuvuutta. Vaikka huumeidenkäytön kasvu näyttää taittuneen 2000-luvulle tultaessa on 1990-luvulta lähtien jatkunut huumeiden käytön kulutuksen kasvun seuraukset nähtävissä ongelmakäytön lisääntymisenä, hoidon tarpeen kasvuna ja huumehaittoina vasta vuosien viiveellä. Huumeidenkäyttöön liittyvien psykiatristen oheissairauksien tiedetään lisääntyneen 1990-luvun alusta nelinkertaisesti. (Virtanen 2005.)

Sairastuvuuden kasvuun on oleellisesti ollut vaikuttamassa mielenterveyspalveluiden rakennemuutos, jonka myötä psykiatrisen laitoshoidon paikkoja on vähennetty ja palvelurakennetta kevennetty 1990-luvulta alkaen. Komorbidien häiriöiden lisääntyminen välittyy selkeästi samanaikaisesta huumauseriippuvuudesta ja psykiatrisesta häiriöstä hoidossa olleiden potilaiden sairaalahoidon määrän lisääntymisenä, joka on viisinkertaistunut vuodesta 1987 lähtien. (Pirkola & Wahlbeck 2004.)

## **2.4 Suomalainen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä**

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämistä sekä toimintapolitiikkaa ohjaa ja johtaa sosiaali- ja terveystalouden ministeriö. Se määrittelee palveluiden kehittämisen suuntaviivat ja valmistelee lainsäädännön ja keskeiset uudistukset. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö myös ohjaa lainsäädännön toteuttamista. (Inkeroinen & Partanen 2006.)

Kunnilla on erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) mukaan velvoite hoitaa kuntalaisten tarpeenmukaiset erikoissairaanhoidon tarpeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden järjestämisestä kunnat huolehtivat haluamallaan tavalla, vuonna 1993 voimaan tulleen valtiosuus uudistuksen hengen mukaisesti. Valtiosuus uudistuksen tavoitteena olivat kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen sekä toimintojen taloudellisuuden ja tehokkuuden edistäminen (Inkeroinen & Partanen 2006.)

Kunnilla on siis laaja itsehallinto sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä. Kunnat hoitavat veloitteensa hoitamalla palvelut itse, järjestämällä palvelut seudullisina kokonaisuuksina tai ostamalla palvelut niitä tuottavilta tahoilta. Päihdepalveluita ohjaava päihdehuoltolaki (41/1986) velvoittaa kuntia järjestämään sekä sisällöltään että laajuudeltaan tarpeita edellyttävät, helposti tavoitettavat, joustavat ja monipuoliset päihdepalvelut. (Inkeroinen & Partanen 2006, Päihdehuoltolaki 41/1986.)



Päihdepalveluiden osalta kunnat ovat enenevässä määrin menneet ostopalveluiden suuntaan. Tämä merkitsee sitä, että kolmannen sektorin eli yritysten ja järjestöjen merkitys palveluiden tuottajina on kasvanut. (Inkeroinen & Partanen 2006.) Yritykset ja järjestöt tuottavat valtaosan päihdehuollon erityispalveluiden avohoidollisista vastaanotoista, lyhtyaikaisista laitoshoidoista sekä kuntoutus- ja tukipalveluista. Päihdehuollon erityispalveluiden ohella päihdeongelmaisia hoidetaan kuitenkin entistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa mm sosiaalitoimistoissa, mielenterveystoimistoissa, terveyskeskusten vastaanotoilla ja vuodeosastoilla sekä sairaaloissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Virtanen 2005.)

Suomen perustuslaki (721/1999) edellyttää, että hyvinvointipalveluja ja muita etuuksia tarjotaan kaikille tasavertaisesti ns. universaalisuusvaatimuksen mukaisesti. Universaalisuuteen liittyen tulee jokaiselle Suomessa asuvalle taata esimerkiksi oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Välttämätön huolenpito edellyttää riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita, joiden tuottamista, järjestämistä ja rahoittamista säätelevät perustuslain ohella palvelujen sisältöä määrittelevät erityislait. Useat hyvinvointipalvelut ovat kunnan lakisääteisiä pakollisia tehtäviä, mutta kunta voi lähtökohtaisesti päättää, missä laajuudessa se eri palveluja järjestää ja kuinka paljon se osoittaa voimavaroja kuhunkin palveluun. (Suomen perustuslaki 721/1999, Kuntalaki 365/1995.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden huolenpitoa, palveluita ja hoitoa määritteleviä tärkeimpiä lakeja ovat mielenterveys- ja päihdehuoltolaki (Mielenterveyslaki 1116/1990, Päihdehuoltolaki 41/1986). Sekä päihderiippuvuuksien että mielenterveyshäiriöiden hoitoon on erityislakien ohella kehitetty myös käypähoito kriteeristöt, jotka ohjaavat ja määrittävät myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoitoa ([www.duodecim.fi/kaypahoito](http://www.duodecim.fi/kaypahoito)).

Kansanterveystyöhön kuuluvat terveyspalvelut ovat myös osa kunnan lakisääteisiä pakollisia tehtäviä. Kunnan terveyspalvelujen järjestämistä vastuu on säädetty lähinnä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa. Kunnan vastuulla olevaan kansanterveystyöhön kuuluvat muun muassa terveyskeskuksessa järjestettävät mielenterveyspalvelut. (Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Julkisen vallan - valtion ja kuntien - on perustuslain mukaan turvattava siten kuin lailla tarkemmin säädetään jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 721/1999.) Mielenterveys – ja päihdepalveluiden suhteen järjestelmä on eriytynyt siten,

että päihdepalvelut kuuluvat sosiaalitoimen alaisuuteen ja mielenterveyspalvelut osana perusterveydenhuoltoa, tai omana erillisenä tahonaan. Sairaanhoidopiirit ovat vastuussa psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä. (Pirkola&Wahlbeck 2004.)

Päihdehuollon palveluita annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa avopalveluina terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, mielenterveystoimistoissa, työterveyshuollossa, oppilasterveydenhuollossa ja päiväkeskuksissa. Laitoshoidon palveluita saa erikoissairaanhoidossa sairaaloiden vuodeosastoilla sekä psykiatrisilla osastoilla. Terveyskeskuksilla on lähipalveluiden tuottajana määrää hoitaa päihteidenkäyttöön liittyvien ongelmien tunnistaminen ja puheeksiottaminen, akuuttien tarpeiden hoitaminen, päihdeongelmien arviointi sekä osallistuminen pitkäaikaiseen päihdeongelman jatkohoitoon. (Inkeroinen & Partanen 2006.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon eriytyneisyys sekä erikoistuneisuus vaikeuttavat, usein jopa estää kaksoisdiagnoosipotilaiden perustuslaillisen oikeuden riittävään hoitoon ja huolenpitoon. Hoidon esteeksi saattaa koitua esimerkiksi se, että kaksoisdiagnoosipotilaan diagnooseista toinen sulkee hänet avun piiristä pois. Ensisijainen päihdediagnoosi saattaa estää avun mielenterveyspalveluista ja toisin päin. (Mäkelä 2003, Todd ym 2004.)

#### **2.4.1 Palvelujärjestelmä kaksoisdiagnoosipotilaan näkökulmasta**

Käytännössä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito on monissa kunnissa järjestetty siten, että yhtä häiriötä hoidetaan kerrallaan, peräkkäisen hoitomallin mukaisesti. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä erikoissairaanhoidon vuoroin hoidettavana kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaistilanteen arviointi, diagnosointi ja asianmukainen apu jäävät ymmärrettävästikin usein toteutumatta. (Friedman 2003, Kessler 2004, Mäkelä 2003, Todd ym 2004.)

Peräkkäisen hoitomallin tiedetään olevan melko tuloksetonta, ja häiriötä erikseen hoidettaessa saattavat sekä päihde- että mielenterveydenhäiriöt vaikeutua entistään, ja pahimmillaan molemmat häiriöt kroonistuvat. (Friedman 2003, Kessler 2004, Mäkelä 2003) Hoitomallissa ei huomioida riittävästi kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaista tilannetta, joten potilas joutuu usein pompoteltavaksi usean eri hoitopaikan välille ja ongelmaksi saattaa muodostua se, että mikään taho

ei ota kokonaisvaltaista hoitovastuuta eikä kukaan ei oikein tiedä kumpaa- päihde- vai mielenterveysongelmaa pitäisi hoitaa ensin. (Tarvainen 2003, Mäkelä 2003.)

Palvelu- ja hoitojärjestelmän hoitolinjat ja tavoitteet ovat yleisesti suunniteltu yhtä häiriötä kerrallaan silmällä pitäen. Komorbideja häiriötä hoidettaessa tulisikin hoidon tavoitteet määritellä uusiksi. Komorbidit häiriöt tulisi käsittää enemmän kroonisina tiloina kuin häiriöinä, joita pitää parantaa. Kaksoisdiagnoosipotilailla elämänhallinnan tukeminen ja haittojen minimointi – esimerkiksi rikosten tai HIV-tartuntojen ehkäisy voivat olla realistisempia ja potilasta enemmän hyödyttäviä ja auttavia kuin esimerkiksi päihteettömyyteen tukeminen. (Kessler 2004.)

Kaksoisdiagnoosipotilaille tarvitaan erikoistuneita ja kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin vastaavaa hoitoa ja apua. Hoidon tavoitteita elämänhallinnan lisäämiseksi voisi olla esimerkiksi päihteidenkäytön parempi hallinta, psyykkisten oireiden lieveneminen, laitoshoidon tarpeen minimointi sekä asunnottomuuden ehkäisy. Palveluita tarjoavissa yksiköissä tulisi olla psykiatriin, riippuvuushäiriöihin ja sosiaaliin kysymyksiin perehtynyttä moniammatillista henkilökuntaa. (Moggi ym 2002, Drake ym 1998.)

Hoitovaste palveluista saatavan avun suhteen on kaksoisdiagnoosipotilailla usein heikko, sillä tarjolla oleva tuki ja apu eivät vastaa kestoaltaan ja intensiteetiltään heidän tarpeitaan. Toisaalta tiedetään, että peräkkäin annetulla hoidolla, jota Suomessa pääsääntöisesti noudatetaan on jo lähtökohtaisesti heikommat hoitotulokset verrattuna rinnakkaisesti, yhtäaikaisesti kumpaakin häiriötä hoidettaessa. (Kessler 2004.)

Perättäisen hoitomallin mukainen hoito vaikeuttaa myös diagnostiikan ja hoito-ohjelmien kehittämistä, sillä hoitopaikat saattavat ummistaa silmät omasta näkökulmastaan toisarvoisilta diagnooseilta tai niitä saatetaan vähätellä. Myös potilaat painottavat usein oireitaan ja ongelmiaan kulloisenkin hoitopaikan mukaisesti. (Mäkelä 2003.)

Perättäin ja eriytyneesti järjestetty hoito saattaa kaksoisdiagnoosin omaavien ihmisten kohdalla toteutua hyvin päämäärättömästi. Potilaan on osattava itse hakea apua mielenterveyspalveluiden, päihdehuollon, sosiaalitoimen, avoterveydenhuollon, psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai kolmannen sektorin tarjoamien palveluiden parista. Palveluiden tarjoajat ovat hajallaan ja nimettyä hoitovastuuta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ei ole kenelläkään. Pahimmillaan saattavat

kaksoisdiagnoosipotilaat ajautua psykiatrisen hoidon tai katkaisuhoidon tarpeessa joutua poliisin huostaan selviämisasemalle. (Johnson 2000.)

Huumeidenkäytön lisääntyminen ja alkoholin kulutuksen kasvu eivät ole johtaneet päihdehuollon uudistuksiin, ja resurssit päihdehuollossa ovat keskittyneet tyypillisesti huumausaineongelmien ehkäisyyn tai huumeriippuvuuden lääkehoitoon. Päihteidenkäytön lisääntymistä ei ole niin ikään huomioitu mielenterveyspalveluissa. Päihdeongelmien lisääntyminen, päihdehuollon resurssien nykyiset kohdennukset sekä mielenterveyspalveluihin kohdistuneet rakennemuutokset järjestelmän eriytyneisyyden ohella vaikeuttavat entisestään kaksoisdiagnoosipotilaiden asemaa, heidän avun saantia ja diagnosointia. (Pirkola & Wahlbeck 2004.)

Kaksoisdiagnoosipotilaat ajautuvat herkästi syrjäytymiskiarteeseen, 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. (Johnson 2000.)

Nykyisellään palvelut ovat kaksoisdiagnoosipotilaiden kannalta valtaosin epätarkoituksenmukaisia ja hyödyttömiä, sillä eriytynyt palvelujärjestelmämme ei huomioi riittävän kokonaisvaltaisesti komorbidien häiriöiden aiheuttamia avun- ja tuentarpeita. Ymmärrystä ja tietämystä komorbideistä häiriöistä kuitenkin on jo paljon, riittävästi että niitä voitaisiin hyödyntää diagnostiikassa, hoitopalveluiden järjestämisessä ja häiriöiden ennaltaehkäisyssä. (Aalto-Setälä ym 2005.)

Päihdehuollon avopalveluita on kasvatettu määrätietoisesti viime vuosikymmenen aikana. Se ei kuitenkaan ole lisännyt päihdepotilaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia samassa suhteessa. Avohoito on valikoivaa- se suosii sosiaalisempia päihdeongelmaisia, asiakkaita, jotka kykenevät ongelmistaan huolimatta noudattamaan ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin. (Inkeroinen & Partanen 2006.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden taidot ja kyvyt eivät useinkaan kohtaa palveluiden tarjoajien odotuksia.

## Taulukko 4.

## Yhteenveto kaksoisdiagnoosipotilaiden avun saannin vaikeuksista

- hoitopaikat saattavat ummistaa silmät omasta näkökulmastaan toisarvoisilta -diagnooseilta tai niitä saatetaan vähätellä.
- potilaat saattavat painottaa oireitaan ja ongelmiaan kulloisenkin hoitopaikan mukaisesti.
- apua ei saa sieltä mihin hakeutuu
- vaikeimmin sairaat syrjäytyvät palveluiden ulkopuolelle
- perättäinen hoitomalli tehoton
- palvelut jäykkiä, edellyttää tottelevaisuutta
- psykiatrisen laitoshoidon purkaminen
- mielenterveyspalveluiden heikentäminen
- hoitojärjestelmä kapea-alainen ja eriytynyt
- kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltainen apu jää saamatta.
- ammattilaisten
  - ennakkoluulot
  - tietämättömyys
  - haluttomuus kohdata kyseistä potilasryhmää

## 2.5 Auttavat ja ennaltaehkäisevät toimet

Diagnostiikka on komorbidioiden häiriöiden kohdalla tärkeää palveluiden ja hoidon kehittämisen kannalta, mutta sen ei tulisi määrittää komorbideista häiriöistä kärsiviä ihmisiä (Todd ym 2004, Rasool 2002). Lisääntynyt ymmärrys komorbidioiden häiriöiden taustoista ja niiden synnystä tulisi huomioida nykyistä paremmin myös päihdehäiriöiden ennaltaehkäisevässä työssä.

Tiedossa esimerkiksi on, että mielenterveyshäiriöt ennakoivat monien kohdalla päihdehäiriön kehittymistä. Mielenterveyshäiriöiden varhaisen toteamisen ja hoidon tulisi olla keskeisimpiä toimia päihdeongelmien ehkäisytyössä. Arvioidaan, että jopa 50 % kaikista päihdeongelmista olisi vältettävissä tehokkaiden, toimivien ja potilaat tavoittavien mielenterveyspalveluiden myötä. Myös

lasten mielenterveysvaikeuksien varhainen toteaminen ja hoito ovat omiaan ennaltaehkäisemään myöhempien päihdeongelmien syntymistä. (Kessler 2004.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on terapeuttisilla keskusteluilla todettu olevan toipumista merkittävästi edistävää vaikutusta. Päihdehuollon palveluissa tulisikin hoitoon, lääkehoidon ohella liittää psyykkisten oireiden hallinnassa tehokkaaksi osoittuneen supportiivisen yksilöterapian elementtejä. Myös psykososiaalisen tukityön tiedetään olevan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kannalta suotuisia vaikutuksia. Psykososiaalisen tukityön menetelmin potilasta pyritään ohjaamaan hyödyllisten, tarkoituksenmukaisten ja mielekkäiden toimintojen pariin, jolloin päihteidenkäytön oletetaan vähenevän. (Johnson 2000.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden omat sosiaaliset verkostot ovat usein hyvin heikot. Komorbidit häiriöt aiheuttavat hyvinvointia ja elämänhallintaa heikentävää oireilua ja kyvyttömyyttä, ja potilaiden omien verkostojen puuttuessa on viranomaisyhteistyö potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon saamisen ja elämänhallinnan kohenemisen edellytys. (Johnson 2000.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden tiedetään noudattavan heikosti hoitosopimuksia ja sitoutuvan huonosti vastaanottoaikoihin. Jäykästi toimivissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä saattaa kaksoisdiagnoosipotilaan tarvitsema apu jäädä tiukkojen toimintamallien ja joustamattomuuden vuoksi näin saamatta. (Johnson 2000.)

Päihdehuollon laastusuositusten mukaisesti päihdehuollon asiakkaat tulisi hoitaa aina ensisijaisesti siinä yksikössä, mihin hän hakeutuu (Päihdehuoltolaki 41/1986). Avun saanti ei kuitenkaan kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla toteudu suositusten ja lain hengen mukaisesti.

”Huonosti käyttäytyvät” kaksoisdiagnoosipotilaat saattavat aiheuttaa terveydenhuollon yksiköissä henkilökunnan keskuudessa ärtymystä ja kuohuntaa. Ongelmat olisivat osittain vältettävissä järjestämällä kaksoisdiagnoosipotilaille palveluita päivystys- ja kriisiluontoisesti, matalan kynnyksen periaatteella, jolloin mahdolliset hoitosopimusrikkeet ja pettymykset -puolin jos toisinpä olisi minimoitavissa. (Johnson 2000.)

Matalan kynnyksen palveluiden lisäämisen lisäksi edellyttää mielenterveys- ja päihdeongelmaisten ihmisten kokonaishoidon turvaaminen yhteistyötä ja työnjaon selkiyttämistä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä päihdehuollon kesken. Tilanne on inhimillisesti

ajatellen tärkeä, mutta myös ajankohtainen siitä syystä, että komorbidien häiriöiden arvellaan lisääntyvän entisestään. (Rasool 2002, Todd ym 2004.)

Laitoshoidon tiedetään kohentavan kaksoisdiagnoosipotilaiden psykiatrasta ja sosiaalista statusta sekä tukevan heitä päihteettömyyteen, mutta hoitotulokset eivät ole olleet kansainvälisten tutkimusten mukaan pysyviä. Toisaalta kaksoisdiagnoosipotilaiden sairaalahoito keskeytyy usein, ja pitkäaikaisemmallakin laitoshoidolla tilanteen koheneminen jää väliaikaiseksi. Kestävimpiin hoitotuloksiin ylletään tutkimusten mukaan vähintään neljän kuukauden mittaisilla laitoshoidojaksoilla ja pitkällä, jopa vuoden mittaisella avohoidolla. (Moggi ym 2002.)

### **3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä**

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tiedossa on, että hoitojärjestelmä on kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin nähden kapea-alainen, jäykkä ja eriytynyt mistä syystä heidän avun saanti usein vaikeutuu (Pirkola & Wahlbeck 2004). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä muita mahdollisia hoidon ja avun saannin esteitä kaksoisdiagnoosipotilailla on.

Avun järjestyminen päihde- tai mielenterveyspalveluissa edellyttää potilaalta kykyä hakeutua järjestelmällisesti hoidon piiriin ja sitoutumista suunnitelmalliseen hoitoon. Komorbideistä häiriöistä kuitenkin seuraa monenlaista kyvyttömyyttä. Tyypillistä esimerkiksi on, että kaksoisdiagnoosipotilaat keskeyttävät hoidon, he eivät sitoudu hoitoon ja he laiminlyövät sopimuksia ja sääntöjä. (Pirkola & Wahlbeck 2004, Inkinen 2003.)

Päihteidenkäytön ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintyminen altistaa monille terveyttä ja hyvinvointia uhkaaville tekijöille sekä lähes poikkeuksetta aina syrjäytymiskierteelle. Komorbideihin häiriöihin liittyy usein suurta koettua hoidon tarvetta ja potilaiden omien sosiaalisten verkostojen heikkoutta. Moniongelmaisuudestaan ja erityistrapeistaan johtuen on perusteltua sanoa, että kaksoisdiagnoosipotilaat ovat vaikeasti kohdattava ja hoidettava potilasryhmä. (Gafoor 1998, Holland 1998.)

Tässä tutkimuksessa olen halunnut selvittää, mitkä seikat kaksoisdiagnoosipotilaat itse, heidän omaisensa sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevät kokevat hoidon ja avun saannin esteiksi.

Aineisto tutkimukseen kerättiin fokusryhmähaastatteluin siten, että potilaat, omaiset sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevät muodostivat kukin yhden fokusryhmän. Potilasryhmiä muodostettiin kaksi- naisten ja miesten ryhmät, yksi omaisten ryhmä sekä julkisen ja kolmannen sektorin työntekijöille omat erilliset ryhmät. Näin ollen fokusryhmähaastattelutilanteita järjestettiin yhteensä viisi.

Julkisen sektorin työntekijät edustivat sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidoa. Heidät rekrytoitiin ryhmähaastatteluun ensiapupoliklinikalta, päivystysasemalta, kotihoidosta sekä psykiatrisilta sairaalaosastoilta. Haastatteluun osallistuneet kolmannen sektorin toimijat työskentelevät erilaisissa kaksoisdiagnoosipotilaille kohdennetuissa hoitoyksiköissä ja hoitokäytäntöjä kehittämissä projekteissa. Potilaat sekä heidän omaisensa rekrytoitiin haastatteluihin hoitopaikkojen ja järjestöjen kautta.

Fokusryhmähaastattelun optimaalisiin osallistujamääriin ei omaisten eikä potilaiden kohdalla ylletty. Omaisten, naisten ja miesten ryhmiin osallistui kuhunkin ainoastaan kaksi henkilöä. Alun perin ryhmiin oli ilmoittautunut enemmän haastateltavia, mutta osa perui tulonsa viime hetkellä, eikä uusia henkilöitä ehditty rekrytoimaan heidän tilalleen. Haastattelut suoritettiin vähäisestä osanotosta huolimatta fokusryhmähaastattelumenetelmin.

Haastattelut tehtiin lokakuun 2004 ja helmikuun 2005 välisenä aikana. Naisten ryhmässä haastateltavia oli kaksi ( $n=2$ ), miesten ryhmässä samoin kaksi ( $n=2$ ) kuten myös omaisten ryhmässä ( $n=2$ ). Julkisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden ryhmissä kummassakin oli viisi haastateltavaa ( $n=5$ ). Yhteensä haastateltavia oli 16 ( $n=16$ ).

Ryhmähaastatteluissa kullekin ryhmälle esitettiin samat kysymykset. Haastatteluiden teemat ja kysymykset oli laadittu ISADORA-hanketta palveleviksi, ja ne soveltuivat myös hyvin tämän tutkimuksen teemoiksi. Haastattelutilanteissa oli itseni lisäksi läsnä kirjurin ominaisuudessa Tampereen yliopiston tutkija TtM Minna Sorsa.



Haastatteluissa käsitellyt teemat olivat:

1. Mitkä ovat mielestänne tärkeitä asioita liittyen palveluiden järjestämiseen ihmisille, joilla on samanaikaisia mielenterveysongelmia ja huumeisiin tai alkoholiin liittyviä ongelmia tai asioita liittyen omaisten ja perheen tilanteeseen?
2. Voitteko kertoa, mitkä palvelut, organisaatiot, terveydenhuollon, järjestöjen tai muiden organisaatioiden asiantuntijat ovat teistä auttavia ja hyödyllisiä kun ihmisellä on samanaikaisia mielenterveysongelmia ja huume- tai alkoholiongelmia?
3. Mitkä ovat mielestänne sellaisia tarpeita/asioita, jos sellaisia on, jota nykyisin tarjolla olevat palvelut, organisaatiot eivät vastaa/hoida suhteessa mielenterveys-, huume- ja alkoholiongelmiin?
4. Onko teillä selityksiä siihen miksi palvelut/organisaatiot eivät vastaa näihin tarpeisiin? /pysty hoitamaan näitä asioita?
5. Mikä on mielipiteenne siitä, minkä palvelujärjestelmän osan tulisi olla vastuussa niistä asioista, joista aiemmin puhuitte?
6. Mitä parannuksia haluaisitte nähdä mainitsemissanne palveluissa/organisaatioissa?
7. Onko teidän mielestänne naisilla, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihdeproblematiikka erityisiä ongelmia? Entä miehillä?
8. Onko jotain, mitä ei ole mainittu tai mistä ei ole puhuttu tähän mennessä, ja josta vielä haluaisitte keskustella?

#### **4. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen metodologiset lähtökohdat**

Tutkimuksen metodologialla tarkoitetaan tietoon ja sen tuottamiseen liittyviä kysymyksiä tai tutkimusmetodin perusteita. Tutkittava ilmiö ja tutkimusongelma määrittävät tutkimuksen lähestymistavan ja parhaimmin soveltuvan menetelmän. Hoitotieteellistä tutkimusta voidaan luokitella tuotetun tiedon perusteella kuvailevaksi, selittäväksi tai ennustavaksi. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.)

Tämän tutkimuksen lähtökohdaksi olen valinnut laadullisen lähestymistavan ja tutkimukseni tavoitteena on tuottaa käytännöllistä kaksoisdiagnoosipotilaiden nykyistä parempaan hoitoon sovellettavaa tietoa. Tutkimukseni tavoitteena on kuvailla kaksoisdiagnoosipotilaiden, heidän omaistensa sekä julkisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden kokemuksia nykyisistä kaksoisdiagnoosipotilaille tarkoitetuista palveluista. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen ja aineistolähtöinen.

##### **4.1 Laadullinen lähestymistapa**

Laadullinen lähestymistapa soveltuu erityisesti sellaisten asioiden tai ilmiöiden tutkimiseen, mistä on tietoa vasta vähän tai, jotka ovat vaikeasti määriteltäviä (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, Purola ym 2001). Tutkimusprosessina laadullinen tutkimus on aineistolähtöinen, eli induktiivinen luonteeltaan. Laadullinen tutkimus voidaan käsittää positivistisen tieteenfilosofian vastakohtana. (Purola ym 2001.) Laadulliseen tutkimusmetodiin sisältyviä peruskäsitteitä ovat kuvaus, kokemus ja merkitys, joita pyrin tutkielmani avulla selvittämään (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, Munhall 2001, Holloway & Wheeler 2000).

Laadullinen aineisto tulee valita siten, että tietoa saadaan ihmisten kokemuksista, heidän omasta näkökulmastaan. Aineiston hankintatilanteessa tutkija kehottaa osallistujia kuvaamaan niitä jokapäiväisiä elämänsä tilanteita, joista tutkija on kiinnostunut. Päästääkseen tavoitteeseen tutkijan kysymykset tuleekin olla mahdollisimman avoimia. (Purola ym 2001.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskohteen olemus pyritään paljastamaan ja kuvaamaan ilman tutkijan ennakkokäsityksiä. Tutkimuskohdetta kuvataan ja lähestytään sellaisena kuin se tutkijalle näyttäytyy. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalta edellytetään ennakkoluulottomuutta havaintoihin, jotta tutkittava asia avautuisi alkuperäisessä muodossaan. Laadullisen aineiston lähtökohtana ei ole ennalta asetettuja määritelmiä, odotuksia tai teorioita, joten tutkijan omat ennakkokäsitykset tutkittavasta ilmiöstä on kuvattava ennen analyysiä. (Purola ym 2001.)

Tämä tutkimus on laadullinen ja deskriptiivinen, kuvaileva luonteeltaan. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kaksoisdiagnoosipotilaiden itsensä, heidän omaistensa sekä kolmannen ja julkisen sektorin työntekijöiden kokemuksia hoidon ja avun saannin esteistä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tehdä haastateltavien kokemukset ymmärrettäviksi, kuvaamalla heidän arkikokemuksiaan, ajatuksiaan ja mielipiteitään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja avun saantia vaikeuttavista tekiöistä (Alasuutari 1994). Laadullisen ja deskriptiivisen tutkimuksen tarkoituksena on saada selville tutkittavien oma, koettu kokemus ja kuvata sitä mahdollisimman aitona, ilman tukintaa (Munhall 2001). Laadullinen lähestymistapa on perusteltu myös siitä syystä, että kyseessä on melko tuntematon aihealue.

#### **4.1.1 Laadullisen tutkimuksen aineisto**

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto valitaan harkinnanvaraisesti, sillä tutkittaviksi valituilla tulee olla omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta asiasta ja heidän tulee olla halukkaita kertomaan kokemuksistaan (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, Purola ym 2001). Laadullisen tutkimuksen aineisto on usein sanallista ja aineistojen keruussa käytetään yleisimmin teema- ja syvähaastatteluita, havainnointia, dokumentteja ja kenttätöitä (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998).

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu viidestä teemoitetusta ryhmähaastattelusta. Kunkin ryhmän haastateltavilla oli oma kokemus komorbideistä häiriöistä- joko potilaan, omaisen tai työntekijän roolissa.

#### 4.1.2 Fokusryhmähaastattelu laadullisessa tutkimuksessa

Fokusryhmähaastatteluita on käytetty sekä sosiaali- että terveystieteissä tutkimusaineistoina, mutta hoitotieteessä niitä ei olla laaja-alaisesti ja yleisesti hyödynnetty (Mc Nichol & Torn 1998). Fokusryhmähaastattelu sopii hyvin aineistoksi kun halutaan selvittää tutkittavien mielipiteitä, kokemuksia, tunteita ja asenteita jostain tietystä aiheesta (Schilder ym 2004).

Fokusryhmähaastattelu soveltuu aineistoksi myös hyvin tutkittaessa esimerkiksi tutlittaessa tyytyväisyyttä palveluihin. Tyytyväisyyttä voidaan selvittää esimerkiksi palveluiden ja hoidon vaikuttavuuteen liittyen tai sitä, että vastaako palvelut ihmisten tarpeisiin. (Schilder ym 2004.) Tässä tutkimuksessa on haluttu selvittää miten kaksoisdiagnoosipotilaat itse, heidän omaisensa sekä julkisen ja kolmannen sektorin työntekijät kokevat kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattujen palveluiden riittävyyden ja niiden tarkoituksenmukaisuuden.

Fokusryhmää haastateltaessa on toivottavaa, että osallistujat sijoittuisivat istumaan siten, että he saavat katsekontaktin toisiinsa (Pötsönen & Välimaa 1998). Tyypillisimmin fokusryhmä koostuu 7 – 12 jäsenestä ja haastateltavien asiantuntemuksen, mielipiteiden ja näkemysten tulee olla tutkimuksen tarkoitusta ja tarpeita vastaavia. Keskeistä on, että fokusryhmähaastatteluun osallistuvilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, ja että he ovat valmiita puhumaan niistä. (Mc Nichol 1998.)

Fokusryhmähaastattelun tavoitteena on saada tutkittavasta aiheesta laajennettu ymmärrys, haastateltavien syvällisten ajatusten, tunteiden, kokemusten ja käsitysten myötä. Fokusryhmähaastattelu soveltuukin hyvin tutkimuksiin, joissa halutaan selvittää ihmisten ajatuksia ja tunteita, ei pelkkää käyttäytymistä. (Mc Nichol & Torn 1998.)

Fokusryhmähaastattelun face validiteetti-arvo on korkea, sillä ryhmäläiset voivat haastattelutilanteessa kommentoida toistensa puheita ja antaa toisilleen tilanteessa välitöntä palautetta (Mc Nichol & Torn 1998). Ryhmähaastattelussa ryhmän sisäinen kontrolli saattaa myös edesauttaa asioiden rehellistä käsittelyä ja siten lisätä osaltaan aineiston luotettavuutta (Pötsönen & Välimaa 1998).

Tiedonkeruumenetelmänä fokusryhmähaastattelu on taloudellinen. Usean tutkimushenkilön samanaikainen haastattelu säästää tutkijan aikaa ja rahaa. Lisäksi fokusryhmähaastatteluun kerätty aineisto muodostuu usein miten rikkaammaksi ja monipuolisemmaksi ryhmäläisten keskuudessa tapahtuvan vuorovaikutuksen myötä. (Chambers ym 2001.) Aineiston monipuolisuus ja rikkaus olivat havaittavissa myös tämän haastatteluaineiston kohdalla.

Fokusryhmähaastattelut antavat tutkijalle ja tutkittaville tilaa ja mahdollisuuden spontaaniudelle, ja osallistujat saattavat kokea saavansa tukea, yhteenkuuluvuuden tunnetta, voimaantumista ja ymmärrystä toisilta osallistujilta. Ongelmaksi sen sijaan saattaa muodostua yhden tai useamman haastateltavan dominointi. (Chambers ym 2001, Pötsönen 1998.) Tähän haastatteluun osallistuneet antoivat tasapuolisesti tilaa toisilleen, eikä dominoinnin suhteen ollut ongelmia.

Fokusryhmähaastattelut soveltuvat hyvin arkaluontoisten asioiden käsittelyyn. Vaikeiden ja arkaluontoisten asioiden käsitteleminen edellyttää haastattelutilanteessa sallivaa, turvallista ja neutraalia ilmapiiriä, jota tutkijan tulee tavoitella. (Mc Nichol & Torn 1998.) Tutkijanpäiväkirjaan kirjatun reflektiivisen pohdinnan sekä haastateltavien rehellisen keskustelun perusteella voi olettaa, että tässä tutkimuksessa ryhmätilanteissa sallivuus, neutraalius ja turvallisuus toteutuivat riittävästi.

#### **4.1.3 Laadullisen tutkimuksen analyysi**

Aineiston havaintojen erottamiseksi tutkimuksen tuloksista tarvitaan metodi (Alasuutari 1994). Laadullisissa tutkimuksissa ei ole yhtä, yleisesti hyväksyttyä ja ainoa oikeaa metodologia vaan tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjaavat laadullista analyysiä. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto jaetaan sisältönsä kannalta olennaisiin ja merkityksellisiin osiin, jolloin tulokset syntyvät tutkijan ajatustyön tuloksena. Analyysivaiheessa tulee tutkijan paljastaa mahdollisimman avoimesti sen, mitä on tehnyt ja perustelee ratkaisunsa. Lukija saa tällöin kokonaiskuvan ja voi paremmin arvioida tutkimuksen mielekkyyttä ja luotettavuutta. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.)

Laadullisen tutkimuksen analyysin tavoitteena on, että tutkija pystyy tavoittamaan tutkimukseen osallistuneiden kokemukset mahdollisimman aitoina. Deskriptiivisessä tutkimuksessa pyritään pois tulkinnasta, jotta tutkittavien kokemukset voidaan nähdä ja tavoittaa sellaisena kuin ne tutkittavien elämässä ilmenee. (Purola ym. 2001.) Laadullisen tutkimuksen tuloksena on tarkoitus kuvata tutkittavien kokemuksia ja tuottaa kuvausta ilmiöstä, joka paljastuu tutkittavien merkityskokonaisuuksia tutkittaessa (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998).

Laadullisessa tutkimuksessa tulokset syntyvät tutkijan ajatustyön tuotteena. Tutkijan tavoitteena on järjestää ja eritellä aineistoa suhteuttaa osia kokonaisuuksiin ja tehdä tulkintoja. Tutkimuksen tarkoituksen ja aineiston tulee ohjata analyysin kulkua. Tutkijan tehtävänä on paljastaa tutkittavan asian tai ilmiön kuvauksia. Tehtävänä on tulkita ja jäsentää kuvaukset ja lopulta käsitteellistää tutkittava asia tai ilmiö, jolloin olennainen paljastuu. Tulokset ilmaistaan aina kielellisesti tekstinä. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.)

#### **4.1.4 Sisällön analyysi laadullisen aineiston analyysimenetelmänä**

Sisällön analyysillä voidaan tutkimusaineistoa analysoida, järjestää, kuvailla ja kvantifioida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysillä pyritään rakentamaan malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällön analyysin lopputuloksena pyritään tuottamaan tutkittavasta ilmiöstä sitä kuvaavia kategorioita tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen. 1999, Pietilä 1973).

Sisällön analyysissä analyysi kohdistuu kirjoitetussa muodossa olevaan aineistoon, jossa tutkittavat puhuvat asioista omin sanoin. Sisällön analyysissä metodin tulee keskittyä haastateltavien puhutun sisältöön ei muotoon. (Alasuutari 1994). Erityisen hyvin sisällön analyysi soveltuu strukturoimattomaan aineistoon, josta pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Induktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkönä käytetään yleisimmin sanaa tai sanayhdistelmää. Myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus voi toimia analyysiyksikkönä. (Kyngäs & Vanhanen. 1999.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikköinä toimivat kaikkien viiden ryhmähaastatteluun osallistuneiden haastateltavien ajatuskokonaisuudet, joita yhdistin ja pelkistin analyysivaiheessa tiiviiseen ja yleiseen muotoon.

Analyysiyksikön valinnan jälkeen tulee aineisto lukea reflektiivisesti läpi useaan kertaan. Luettaessa aineistoa sille asetetaan kysymyksiä kuten kuka kertoo, mitä, missä milloin ja miksi. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistämisen jälkeen tutkija ryhmittelee pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka vaikuttavat kuuluvan yhteen. Lopullisen muodon tutkittava ilmiö saa yleiskäsitteiden avulla,

tutkijan abstrahoiduttua ryhmittelemänsä kuvaukseksi tutkimuskohteesta. ( Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällön analyysin tuloksena muodostuu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategorioita. Kategorioiden sisällöt kuvataan alakategorioiden sekä pelkistettyjen ilmausten avulla. Suorien lainausten tarkoituksena on osoittaa lukijalle se minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tämän tutkimuksen analyysin tuloksena muodostui seitsemän kategoriaa, jotka kuvaavat haastateltavien käsityksiä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avunsannin esteistä.

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruun ja analyysin vaiheet eivät muodosta selkeitä ja erillisiä kokonaisuuksia, vaan tutkija tulee työstäneeksi aineistoa jo sitä kerätessään ja käsitellessään ennen varsinaista analyysivaihetta (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston analyysin vaiheet eivät näin ollen ole selkeästi eriteltävissä tämänkään tutkimuksen osalta. Kokonaiskuva aineistosta alkoi muodostua jo haastattelutilanteessa, mutta varsinaisesti teemat tulivat esiin haastatteluista aukikirjoittaessa ja tekstejä analysoidessa.

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu viidestä nauhoitetusta ja litteroidusta ryhmähaastattelusta. Haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 75 sivua (riviväli 1), josta useaan kertaan lukemalla paljastui tutkimuskysymysten kannalta oleellisia teemoja ja ajatuskokonaisuuksia.

Analyysi jatkui edelleen aineistoa lukemalla ja tekstiä käsitteellistämällä, kunnes aineistosta oli muodostettavissa melko tiivis kuvaus haastateltavien käsityksistä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin esteisiin liittyen. Analyysi eteni lopulta siten, että aineisto oli pelkistettävissä seitsemään eri luokkaan.

## **5. Tutkimusprosessin kuvaus**

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt rekrytoitiin haastatteluihin osana Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella toteutettua ISADORA- hanketta (Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction). ISADORA-hanke oli viidessä Euroopan maassa ja seitsemässä eri tutkimuskeskuksessa toteutettu EU:n rahoittama tutkimushanke, jonka tarkoituksena oli mm kuvata kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelujärjestelmää ja hoitopolkuja

Euroopan eri maissa. ISADORA toteutettiin vuosina 2003–2005 ja sen tutkimustulokset on hyödynnettävissä syksyllä 2006 .

Yhtenä ISADORA- hankkeen tavoitteista oli saada tutkimustietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja palveluiden riittävydestä EU-maissa. Kyseinen osio toteutettiin kaksoisdiagnoosipotilaita, heidän omaisiaan ja julkisen sekä kolmannen sektorin työntekijöitä haastatteleamalla jokaisessa ISADORA- tutkimuskeskuksessa. Tampereella toteutetut ryhmähaastattelut toimivat myös tämän tutkielman tutkimusaineistona.

ISADORA -hankkeelle on myönnetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa, joka kattaa hankkeen eri osa-alueet, mukaan lukien tässä tutkimuksessa käytetyn haastatteluaineiston. Haastattelutilanteessa tutkittavilta pyydettiin lisäksi kirjallinen suostumus (informed consent) tutkimukseen osallistumisesta. Ennen haastattelun alkua tilaisuudessa nautittiin kahvia ja teetä, jotta ilmapiiri olisi mahdollisimman vapautunut ja miellyttävä. Alkuvaiheen tutustumisen ajateltiin kannustavan haastateltavia avoimeen keskusteluun.

Haastateltaville kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta tilaisuuden alussa sekä suullisesti että kirjallisesti. Heille kerrottiin myös, että haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa hyvänsä niin halutessaan. Tilaisuudessa oli itseni ja haastateltavien lisäksi läsnä ISADORA-hankkeen tutkija Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Fokusryhmien haastatteluteemat oli laadittu ISADORA- hanketta palveleviksi, mutta ne soveltuivat erinomaisesti myös tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Kahdeksan teemakysymystä toimi ryhmähaastattelutilanteessa tutkijan apuna, keskustelun väljänä runkona. Haastattelut kestivät kukin keskimäärin 2- 2,5 tuntia ja ne nauhoitettiin ääninauhoille myöhempää litterointia sekä analyysiä varten.

Haastatteluteemat olivat väljät ja niissä pyrittiin kartoittamaan tutkittavien sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Ryhmätilanteissa tavoitettiin onnistuneesti avoin ja keskusteleva ilmapiiri ja haastateltavat kertoivat haastattelutilanteissa vapaasti itselleen tärkeistä asioista. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.) Tietoa haastateltavien kokemuksista ja käsityksistä kertyi runsaasti.



Ryhmähaastatteluun osallistuneiden henkilöiden soveltuvuus varmistettiin etukäteen jo rekrytointivaiheessa. Kaikilla haastateltavilla oli arvokasta asiantuntemusta tai merkittäviä henkilökohtaisia kokemuksia tutkimuksen kysymysten kannalta fokusryhmähaastattelumenetelmän edellyttämällä tavalla.

Haastatteluaineisto muodostui rikkaaksi ja monipuoliseksi. Haastattelutilanteet olivat leppoisia ja ne mahdollistivat tutkittavien rehellisen ja avoimen kokemusten jakamisen. Puheenvuorot jakaantuivat tasapuolisesti ja haastattelutilanteesta jäi mielikuva, että ilmapiiri oli turvallinen ja kannustava.

Haastattelilijana minulla oli tunne, että osallistujat uskalsivat tuoda kokemuksensa ja mielipiteensä vapaasti julki. Haastattelutilanteissa ryhmään osallistuneet toimivat aktiivisina keskustelijoina ja tutkijan taholta tapahtuvaa ”ohjailua” ei ollut aineistossa havaittavissa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.) Ryhmät toimivat demokraattisesti ja haastateltavat toivat hyvin esiin omia mielipiteitään. Pyrkimyksiä toisen mielipiteisiin vaikuttamiseen tai kenenkään jäsenen taholta tapahtuvaa dominointia ei tilanteissa ollut havaittavissa. (Chambers ym 2001.)

## **6. Tutkimuksen tulokset**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä seikat hankaloittavat ja haittaavat kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja avun saantia. Pääasiallisesti haastateltavat kokivat, että monet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin vaikeudet aiheutuvat mielenterveys- ja päihdepalvelujen eriytyneisyydestä ja palvelujärjestelmän syrjivistä käytännöistä. Palveluiden eriytyneisyys ja palveluissa esiintyvä syrjintä aiheuttavat tämän tutkielman mukaan ennen kaikkea ongelmia potilaiden kokonaisvaltaisen avun saannin ja hoidon sekä hoitoon pääsyn suhteen.

Kolmannen ja julkisen sektoreiden työntekijöiden käsitysten mukaan palveluita kuitenkin on kaksoisdiagnoosipotilaille tarjolla paljon, jopa liikaa. Palveluiden runsaudesta huolimatta työntekijät kokivat, että tarkoituksenmukaista apua ja hoitoa ei kuitenkaan ole saatavilla. Palveluiden runsauden ja avun puutteen ristiriita selittyy sekä kolmannen että julkisen sektorin työntekijöiden mukaan siten, että palveluita tarjotaan hajanaisesti lukuisten eri projektien ja hankkeiden muodossa.

Työntekijöiden fokusryhmissä koettiin, että projektit ja hankkeet pirstaloivat palveluita entisestään jo valmiiksi eriytyneessä palvelujärjestelmässä. He kokivat, että lopulta mikään taho ei ota

kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta vastuuta. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon saannin, hoitoonohjauksen ja jatkohoidon suunnittelun he arvelivat näin ollen olevan hyvin sattumanvaraista.

Omaisten näkemys palveluiden riittävyyden suhteen oli, että apua on riittävästi tarjolla, mikäli potilas itse on valmis sitä vastaanottamaan. Hoitomahdollisuuksia heidän mukaansa on tarpeeksi olemassa, avun saannin mahdollisiksi esteiksi omaiset mainitsivat potilaan oman motivaation puutteen ohella maksusitoumuksen saamiseen liittyvät vaikeudet. Omaisten käsitys oli, että potilaat usein heikentävät omalla käyttäytymisellään mahdollisuuksiaan.

Kaksoisdiagnoosipotilaat itse kokivat ennen kaikkea hoidon ja avun saannin esteiksi puutteelliset ja riittämättömät mielenterveyspalvelut. He kokivat mielenterveystoimistojen jonot liian pitkiksi, mahdollisuudet tavata työntekijää liian harvoiksi ja soittoajat päivittäin liian lyhyiksi. Potilaiden kokemus oli, että hoito mielenterveyspalveluissa on usein lääkekeskeistä. He kertoivat lääkehoidon sijaan kaipaavansa terapiaa, oikeaa hoitosuhdetta –työntekijää jolle saattaa avautua ja joka ”neuvoo, tukee ja kertoo”.

Haastatteluun osallistuneet miehet sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden omaiset kokivat vertaistuen mahdollisuudet tärkeiksi ja auttaviksi. Heidän kokemuksensa oli, että vertaistukea on riittävästi saatavilla, mutta he painottivat kuitenkin, ettei vertaistuen tulisi olla ensisijainen apu, eikä se korvaa ammattiapua.

Sekä kolmannen että julkisen sektoreiden työntekijät kokivat kaksoisdiagnoosipotilaat hankaliksi hoitaa. Aggressiivisuuden heikko hallinta, sopimusten ja sääntöjen huono noudattaminen olivat pääasiassa niitä seikkoja, miksi heidän hoitonsa koettiin vaikeaksi. Hankaluutta aiheuttaa heidän mukaansa myös se, että kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaaminen edellyttää taiteilua: toisaalta heitä tulee ymmärtää ja kuulla lempeästi, toisaalta he kaipaavat rajoja ja pelisääntöjä. Työntekijät kokivat, että kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavat tahot ovat taitamattomuuttaan tällä hetkellä hoitolinjoiltaan joko ”liian ymmärtäviä” tai ”ulospotkijoita”.

Haastatteluaineiston perusteella voi esittää, että kaksoisdiagnoosipotilaiden avun saannin ja hoidon esteet muodostuvat pääosin palveluiden riittämättömyydestä ja epätarkoituksenmukaisuudesta. Hoitoa ja avun saantia hankaloittaa myös hoitotyöntekijöiden kielteiset asenteet, joista sekä potilailla itsellään, että heidän omaisillaan oli kokemusta.

Hoito- ja palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukainen rakenne ja yleinen asenteellisuus muodostavat tämän tutkielman kaksi pääluokkaa. Palvelujärjestelmän rakenteesta aiheutuvat hoidon ja avun saannin esteet ilmenevät palveluiden epätarkoituksenmukaisuutena, tiedonvajeena sekä epätasa-arvoisuutena. Asenteellisuus hoidon ja avun saannin esteenä ilmenee tämän tutkielman mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden epäinhimillisenä, leimaavana ja syrjivänä kohteluna sekä piittaamattomuutena.

## **6.1 Hoito- ja palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukainen rakenne kaksoisdiagnoosipotilaiden avun saannin esteenä**

Kaikkiin fokusryhmiin osallistuneet haastateltavat kokivat yhteisesti avun saannin ja hoidon mahdollisuuksien olevan kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin nähden riittämättömät, jopa puuttuvan kokonaan. Haastatteluissa keskustelut keskittyivät palveluiden saatavuuteen ja niiden riittävyteen. Aineistoa analysoidessa puutteita ilmeni pääasiallisesti palveluiden järjestämiseen ja toimivuuteen liittyen. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden eriytyneisyys ja osin hoitohenkilökunnan erilaiset orientaatiot muodostavat haastateltavien mukaan vaikeimmat hoidon ja avun saannin esteet.

Haastateltavien käsitys oli, että kaksoisdiagnoosin omaavat ihmiset jäävät sekä mielenterveys- että päihdepalveluiden ulkopuolelle, vaikeimmin sairaiden ”pudotessa kummankin palvelun väliin”. Yhteinen käsitys haastateltavilla oli myös, että kaksoisdiagnoosin omaavat potilaat eivät saa apua silloin kun he itse sitä kaipaisivat. Haastatteluissa kävi ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kaksoisdiagnoosipotilaat saavat ainoastaan tilapäisen ja pikaisen akuutti- ja/tai kriisiavun- kokonaisvaltaiseen ja suunnitellumpaan hoitoon heidät ohjataan poikkeuksetta päihdehuollon erityispalveluiden tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin.

### **6.1.1 Palveluiden epätarkoituksenmukaisuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin esteinä**

Päihdehuoltolaissa painotetaan päihdepalveluiden tavoitettavuutta, joustavuutta ja monipuolisuutta. Päihdepalveluita koskevissa valtakunnallisissa ohjelmissa on keskeiseksi kehittämisalueeksi tiedostettu mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien hoidon kehittäminen. (Inkeroinen & Partanen 2006. ) Tässä tutkielmassa kuitenkin nousi esiin merkittäväksi hoidon ja avun saannin esteeksi nykyisten saatavilla olevien palveluiden epätarkoituksenmukaisuus.

Palveluiden epätarkoituksenmukaisuus nousi keskustelun aiheeksi jokaisessa viidessä fokusryhmässä. Haastateltavat kokivat, että vaikeudet muodostuvat pääsääntöisesti riittämättömistä ja jäykästi toimivista palveluista, jotka edellyttävät potilaalta sitoutumista ja kohtuullisen hyvää toimintakykyä. Kriittisintä kaksoisdiagnoosipotilailla vaikuttaa olevan hoitoon pääseminen, apua saa haastateltavien mukaan kohtuullisesti, mikäli vakiintunut hoitosuhde jonnekin on jo olemassa.

Laitoksessa toteutettu päihdehoito ei haastateltavien kokemusten perusteella ole useinkaan auttavaa. Sekä potilaat itse että työntekijät kokivat hoitoaikojen olevan laitoksissa tarpeeseen nähden liian lyhyet. Erityisen ongelmalliseksi koettiin jokaisessa haastatteluryhmässä laitoshoidosta kotiutuminen. Haastateltavat kokivat laitoshoidon loppuvan ”kuin seinään”, hallitsemattomasti ja suunnittelemttomasti.

Haastatteluissa korostui matalan kynnyksen hoitopaikkojen vähyys ja päivystyspalveluiden puute. Keskusteluissa ilmeni, että kaksoisdiagnoosipotilaiden on vaikea sitoutua suunnitelmalliseen hoitoon ja, että heidän elämänsä usein kriisiytyy ja avuntarvetta esiintyy akuutisti, jolloin apua ei järjestelmän jäykkyydestä johtuen ole saatavilla.

Avun saannin suhteen hankaluutta aiheuttavaa haastateltavien mukaan palveluiden eriytyneisyyden ohella niiden liiallinen erikoistuminen, sosiaali- ja terveystyöpalveluiden jakautuessa perus- ja erityispalveluihin, ja mielenterveyspalveluiden ollessa oma erillinen tahonsa. Palveluiden erikoistuneisuus ja eriytyneisyys ja se, että palveluita tuotetaan monen eri toimijan taholta koettiin, etenkin työntekijöiden fokusryhmissä olevan epätarkoituksenmukaista.

Palvelujärjestelmän eriytyneisyyden ohella epätarkoituksenmukaisuutta lisää työntekijöiden mukaan se, että niitä palveluita, joita kaksoisdiagnoosipotilaille on tarjolla on järjestetty ainoastaan virka-aikaan, mistä aiheutuu ongelmatilanteita erityisesti ensiapu- ja päivystyspoliklinikoilla.

”Ja sitten se kun nää palvelut on eri organisaatioissa, niin sitten se tieto ei kulje. Vaikka hän joskus ajautuisikin johonkin päihdehuollon paikkaan siellä ei olekaan aivan oikeaa käsitystä sen ongelman vakavuudesta silloin parempana päivänä.” (Julkinen sektori)

”Ja monet asiathan toimii tosi hyvin virka-aikana, mutta kun on niin paljon sitä päivystysaikaa. Silloin me ollaan hukassa. Meillä ei ole mitään mihin me otetaan yhteyttä. Pitkät viikonloput, tai aina se viikonloppu on pitkä kun tarvitsisi saada joku asiantuntija tai hoitotaho tai joku instanssi kiinni”(Julkinen sektori)

”Sellaista organisaatiota ei oikeasti ole olemassa, jossa huomioitais se ihminen kokonaisuutena jaottelemtta sitä, että onko se psyyke vai onko päihde.” (Kolmas sektori)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden omaiset ja julkisen sekä kolmannen sektoreiden työntekijät arvioivat, että kaksoisdiagnoosipotilaille tarkoitettuja hoitopaikkoja ja palveluita on paljon, jopa liikaa. Palveluiden liikatarjonta koituu työntekijöiden kokemuksen mukaan ongelmalliseksi, sillä monet tuotetuista palveluista toteutetaan määräaikaicin hankkein, jolloin tietämys olemassolevasta avusta ei välttämättä ole työntekijöiden, omaisten eikä potilaiden tiedossa. Palveluiden runsaudesta johtuen pirstaloituu tarjolla oleva apu entisestään, mikä on epätarkoituksenmukaisuutta lisäävä tekijä.

”Ja sitten asia mikä tulee mieleen just näistä projekteista että useimmista niistä sitten jää raportti ja sitten ei oikein muuta” (Julkinen sektori)

”Nämä rahoitukset sitten on tämmöisiä määräaikaicia. Toivotaan sitten, että julkinen puoli ottaisi ne hoteisiinsa hoitaakseen, mutta sitten se julkinen puoli pitäisi saada vakuuttuneeksi, että tämä on sen oloinen juttu, että tätä kannattaisi jatkaa ja siinä onkin sitten omat pulmansa ja sitten nämä projektityöntekijät voivat määräajan kuluessa jotenkin uupua sille jutulle niin, että he laittavat raporttiin pisteen ja työkalut pakkiin. Mutta tämä aika on niin hektistä ja tämä on se tapa, millä näitä asioita selvitetään” (Julkinen sektori)

Potilaat itse kokivat, että juuri heille tarkoitettuja palveluita ei ole olemassakaan. He kokivat saaneensa jossain määrin apua A-klinikkasäätiön eri yksiköistä ja mielenterveystoimistoista. Tosin he eivät olleet niihinkään varauksettoman tyytyväisiä. Epätarkoituksenmukaista heidän kertomansa mukaan on esimerkiksi se, että päihteidenkäyttö saattaa koitua mielenterveyspalveluiden saamisen esteeksi. He kertoivat, että saadakseen apua mielenterveyspalveluista on päihteidenkäyttö kiellettävä tai salattava.

”Että tällä hetkellä tuntuu, että mä en ainakaan saa riittävää apua mistään”(Naiset)

”Mua herättää heti tää ajatus tästä kaksoisdiagnoosihoito. Ensinnäkkään semmoista paikkaa, mä en ole missään edes kuullut et olis.” (Miehet)

“Tein sen päätöksen että salaan käyttämisen. Että onhan se tietysti inhottavaa koska tykkään puhua suoraan asiat, mutta kun ei oikeastaan ole muuta mahdollisuutta.” (Naiset)

Potilaat itse kokivat epätarkoituksenmukaiseksi sen, että Tampereella kaikki komorbideistä häiriöistä kärsivät potilaat saavat avun yhdestä ja samasta paikasta. Heidän kertomansa mukaan

sama yksikkö hoitaa niin päihdeuransa alussa olevat, aktiivisesti päihhteitä käyttävät, kroonisesti päihderiippuvaiset ja päihdehäiriöistä toipuvatkin.

”Siellä saattaa istua joku 15- vuotias ja sitten siellä on joku vanhempi narkki neljävitonen. Miten niille voi antaa samanlaista hoitoa, ne on kuitenkin niin erilaiselta pohjalta lähdössä? Ja kun 45- vuotias narkomaani joka on just lentänyt pois vaikka metadonhoidosta ja 15- vuotias tyyppi joka on just aloittamassa käyttönsä ja miettii että mitä hän tekee.” (Naiset)

Hoidon ja avun tarkoituksenmukaisuutta lisäisi haastateltavien mukaan se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden avuntarpeisiin vastattaisiin siinä sosiaali- ja /tai terveydenhuollon yksikössä, mihin hän kulloinkin hakeutuu. Haastatteluissa kaksoisdiagnoosipotilaat toivoivat, että heidät kohdattaisiin ja heidän tarpeisiin vastattaisiin yksilöllisesti siinä missä kenen tahansa muunkin potilaan.

”Ollaanko me nyt sitten jotain vähäosaisia vai mitä, että meitä ymmärrettäis ja osattais ottaa ainakin siinä vastaanotolla vastaan sillain niin kuin ihan kuka tahansa muukin potilas” (Naiset)

Katkaisu- vieroitus ja kuntoutushoitopaikkojen vähyydestä seuraa haastateltavien mukaan hoidon epätarkoituksenmukaisuutta. Haastateltavat nostivat keskusteluissa ongelmallisimmaksi seikaksi kuitenkin jatkohoitomahdollisuuksien puutteen. Hankaluutta jatkohoidon ja kuntoutumisen suhteen aiheuttaa myös se, että hoitajaksot on etukäteen määritetyt maksusitoumusten vuoksi. Epätietoisuus jatkohoidosta oli potilaiden kertoman mukaan stressaavaa ja haittasi laitoshoidoa ja siten toipumista.

”Viimeiset kaks viikkoa meni ihan melkein täyspäiväisesti sitä etsiessä, että mitä mä teen jatkossa kun tää loppuu tää hoito. Että mulla oli kaikki ihan tyhjää sen jälkeen.” (Miehet)

”Sillä (hoidolla) ei ollut oikein mitään tulosta kun piti miettiä sitä, että mitenkä pääsee elämään käsiks sen hoidon jälkeen.” (Miehet)

”Toinen vaihtoehto olis ollut tyytyä siihen kaks viikko vielä sitä hoitoa, ammentamaan siitä vielä kaiken mitä saa ja kotiutua ja lähteä seuraavana tai samana päivänä kentälle takaisin jatkamaan samanlaista elämää ja tulla ehkä puolen vuoden päästä jos on vielä hengissä uudestaan hoitoon..” (Miehet)

”Mulla ei ollut jatkohoitopaikkaa, että nuorisoasema ei ottanut mua, A-klinikka ei ottanut mua sen takia että mulla on kuitenkin bentsolääkitys ja nuorisoasemalla mä en tiedä, että oliko siellä liian paljon asiakkaita ” (Naiset)

Haastateltavien näkemys on, että usein kaikkein vaikeimmat potilaat eivät saa ammatillista apua mistään. Kaksoisdiagnoosipotilaat kertoivat haastatteluissa, että osalla heistä hoito oli oma-

apuryhmien ja vertaistuen varassa. Työntekijöiden käsitys oli, että osa eniten apua tarvitsevista kaksoisdiagnoosipotilaista ei ole minkään avun piirissä. Työntekijöiden kokemusten mukaan heille tarjotaan apua vasta elämäntilanteiden kriisiytyttyä ensiapuasemilla.

”Tää on aika jännä, että se syrjäyttämismekanismi menee sillain että kaikki paikat valikoituu ja sit se ihminen tipahtaa johonkin Pelastusarmeijan hoitokotiin, jossa ei ole välttämättä ammattikoulutettua henkilökuntaa lainkaan. Sitten nää kaikista vaikeimmat putoo sinne.” (Kolmas sektori)

“Mehän ollaan kanssa siinä onnellisessa asemassa, että me käydään oma-apuryhmissä. Että meillä siellä saadaan sitä siihen jonkun verran jotain apua ja tässä ei meistä varmaan kumpikaan olisi jos ei käytäis oma-apuryhmissä.” (Miehet)

Potilaat itse olivat kokeneet, että ongelmiin ei saa apua tarpeeksi nopeasti. Kaikissa haastatteluryhmissä nähtiin epätarkoituksenmukaisena se, että apua ei ole silloin saatavilla kun potilas itse sitä tarvitsee. Ongelmien ja kummankin häiriön kroonistuessa tulee kaksoisdiagnoosipotilaat haastateltavien mukaan valitettavan usein autetuiksi ainoastaan kriisistä kriisiin.

”Sit valitetaan siitä, että kuinka kalliiksi yks narkomaani tulee yhteiskunnalle kun se sitten on siinä tilassa, että se on vedettävä tuolta kadulta pakkohoitoon ja sitä kautta pitkään hoitoon niin sit valitetaan sitä, että kuinka kalliiksi se tulee yhteiskunnalle.” (Naiset)

”Ilmoittivat minulle, että kun tilanne kriisiytyy niin toimittakaa sairaalaan. Ei hoito saa tämmöistä olla. Mutta valitettavan usein hankalissa tapauksissa hoito on juuri tämmöistä. Odotetaan että tilanne kriisiytyy, että sitten saadaan jonnekin.” (Kolmas sektori)

### **6.1.2 Tiedonpuute ja tiedonkulkuun liittyvät vaikeudet hoidon ja avun saannin esteenä**

Sekä kolmannen että julkisen sektoreiden työntekijöiden keskuudessa koettiin, että kaksoisdiagnoosipotilaiden avun saannin ja hoidon esteet johtuvat osittain tiedonpuutteesta ja tiedonkulkuun liittyvistä hankaluuksista. Työntekijät kokivat, että hoitolinjausten ja päätöksenteon tulisi olla avoimempaa ja tiedonkulun sujuvampaa suhteessa toisiin organisaatioihin ja eri ammattilaisiin.

Tietojen jakamisessa yli organisaatio- ja ammattirajojen ilmenee puutteita, mikä hankaloittaa työntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaista avun saantia. Etenkin terveydenhuollon salassapitovelvollisuus koettiin potilaan auttamista hankaloittavana tekijänä.

Kummassakin työntekijäryhmässä koettiin myös henkilökohtaista osaamisen, taitojen ja tietojen vajetta kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamiseen ja hoitoon liittyen. Myös potilaat itse kokivat ammattiauttajien tiedonvajeet avun saantia estäväksi tekijäksi. Verkostotyön työntekijät kokivat merkittäväksi tiedonvaihdon ja potilaiden kokonaisvaltaisen avuntarpeen kartoittamisen edellytykseksi.

Kaikissa ryhmissä -niin työntekijöiden, omaisten kuin potilaidenkin kaivattiin perustietoa komorbideista häiriöistä ja niiden hoidosta. Työntekijät kokivat riittämättömyyttä ja potilaat itse viestivät turhautuneisuutta siitä, että ammattilaiset tiesivät heidän sairaudestaan heitä itseään vähemmän. Potilaat kokivat, että he eivät saa riittävästi tietoa sairaudestaan keneltäkään. He viestittivät myös, että mielenterveyspalveluiden työntekijöillä ei ole tietoa päihdehäiriöistä, eikä päihdepalveluissa työskentelevillä välttämättä ole tietoa mielenterveyshäiriöistä. Potilaat arvelivat, että työntekijöiden syrjivät asenteet olisivat seurausta tietämättömyydestä.

”Kyllä on itse joutunut hirveesti kärsivällisyyttä nähdä siinä, että ei ole ihmisiä ketkä ottaa vastaan niin kun tässä asiassa kun ei tiedetä asiasta mitään.” (Miehet)

”Jos ajatellaan sitä mun toipumisen aikaa niin aika pettynyt olen sosiaalitoimiston suhtautumiseen, ehkä heilläkään ei ole tarpeeksi tietoa siitä minkälainen on päihdeongelma riippuvaisella ihmisellä ja minkälainen työ siitä on vierottautua siitä päihdeongelmasta ja yleensäkin ” (Miehet)

Työntekijät kokivat myös osittain tiukan tietosuojan muodostuvan kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon esteeksi. Kaksoisdiagnoosipotilaan hakeutuessa hoitoon ei työntekijöillä välttämättä ole tarvittavia, hoitoon vaikuttavia taustatietoja käytettävissään. Työntekijöiden näkemys oli, että palvelujärjestelmän eriytyneisyyden ohella tietosuojaan ja tiedonkulkuun liittyvät epäkohdat ovat merkittäviä kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon esteistä.

Palvelujärjestelmän eriytyneisyydestä ja pirstaleisuudesta johtuvat vaikeudet tiedonkulkuun ja –saantiin liittyen koettiin työntekijöiden ryhmissä ongelmallisiksi. Työntekijät kokivat, että palveluiden ja hoidon eriytyneisyys erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, päihdepalveluiden, avoterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kesken aiheuttaa usein vaikeuksia, sillä toimijoiden kesken ei ole yhtenäistä tietojärjestelmää.

”Haluaisin palata siihen, mitä tuossa ihan alussa siitä verkostojen informaatiosta ja salassapitovelvollisuudesta. Että mukava keskustella siitä koska se on aikainen ongelma, että on aika hankalaa varsinkin näiden ihmisten kohdalla kun tavallaan laki on hirveän



tiukka siitä, että joka suojaa ihmistä, joka on tietysti hirveän hyvä asia, mutta joskus ajattelee että se kääntyy sitä ihmistä itseä vastaan että asioista ei voida puhua asioiden oikeilla nimillä.” (Kolmas sektori)

Palveluiden pirstaleisuus ja kolmannen sektorin vahva rooli koettiin julkisen sektorin työntekijöiden ryhmässä ongelmalliseksi. Työntekijät kokivat, että kolmannen sektorin palveluiden ja hoitopaikkojen olemassaolosta ei työntekijöillä julkisella puolella useinkaan ole edes tietoa. Heidän käsitysten mukaan tieto olemassa olevista palveluista on usein sattumanvaraista ja työntekijöiden oman aktiivisuuden varassa. Työntekijät arvioivat, että tiedonkulkuun liittyvät puutteet osaltaan mahdollistaa sen, että minkään tahon ei lopulta tarvitse ottaa kokonaisvastuuta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta.

Haastatteluun osallistuneet työntekijät arvelivat tiedonpuutteen aiheuttavan sen, että kaksoisdiagnoosipotilaille tarkoitetut hoitopaikat ovat tällä hetkellä joko ”liian ymmärtäviä” tai ”ulospotkijoita. Työntekijöiden ryhmissä haastateltavat kokivat kaksoisdiagnoosipotilaat hankaliksi hoitaa. Aggressiivisuuden heikko hallinta, sopimusten ja sääntöjen huono noudattaminen olivat pääasiassa niitä seikkoja, miksi heidän hoitonsa koettiin vaikeaksi. Vaikeutta aiheutti myös se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaaminen edellyttää työntekijöiden mukaan tietoa ja ”taiteilua”. Toisaalta kaksoisdiagnoosipotilaita tulisi ymmärtää ja kuulla lempeästi, ja toisaalta hoito edellyttää rajoja ja tiukkoja pelisääntöjä.

Myös omaisten ryhmässä oli tiedonkulkun liittyvät teemat esillä. Näkökulma oli mielenkiintoinen ja omaisten mietteet voi myös tulkita hoitoa ja avun saantia estäviksi tekijöiksi. Omaiset eivät olleet hoitavien tahojen tiedonantopolitiikkaan tyytyväisiä. He kokivat, että heidät suljetaan hoidon ulkopuolelle, eikä heille tiedoteta läheistensä tilanteesta riittävästi.

”Ei tiedoteta vaikka roikkuvat siinä, uskotaan heitä.” (Omaiset)

”Kun ne on niin vaiti lovelvollisia niin ne ei voi mitään puhua. Niin se on oikeesti silleen aika karmivaa tavallaan, että omaiset ei tiedä missä mennään.” (Omaiset)

### 6.1.3 Eriarvoisuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin esteenä

Kunnallisten hyvinvointipalveluiden lähtökohtana on varmistaa palvelut kaikille tasapuolisesti, laadukkaasti, tehokkaasti ja lähipalveluperiaatteella (Inkeroinen & Partanen 2004). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa keskeisenä arvona ja periaatteena korostetaan yhdenvertaisuutta, minkä tulisi merkitä tasavertaisuutta palveluiden saannissa ja hoitoon pääsyssä sekä yhdenvertaisuutta yksittäisissä hoitoratkaisuissa. (Paunio STM 2001.)

Tämän tutkielman perusteella kaksoisdiagnoosipotilaiden yhdenvertaisuus ei ole palveluiden saannin, hoitoon pääsyn eikä yksittäisten hoitoratkaisujen suhteen itsestään selvää.

Eriarvoisuus korostui fokusryhmäkeskusteluissa haastateltavien kokemuksissa yksittäisten hoitoratkaisujen suhteen. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden ratkaisut ja päätökset toimeentuloon tai maksusitoumusasioihin liittyen eivät olleet kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksen mukaan aina johdonmukaisia. He kokivat, että sosiaalityöntekijöistä osa toimi ratkaisuisaan jopa mielivaltaisesti.

”Katotaan ihan naamakertoimen perusteella ja siitä, että onko hänellä, sossun tädillä hyvä vai huono päivä.” (Naiset)

”Niin monta on toimintatapaa kun on sosiaalityöntekijöitäkin Tampereella.” (Miehet)

”Jotenkin tuntuu, että ne on muuttunut yksityisfirmoiksi, että jos naamavärkki ei miellytä niin sä olet roskaväkee. Mutta jos miellyttää niin sulle tulee kaikkee ja vähän bonustakin ja tommosta”. (Miehet)

Aineiston perusteella voi esittää, kaksoisdiagnoosipotilaat kokevat eriarvoisuutta myös palveluiden saantiin ja hoitoon pääsyyn liittyen. Haastatteluun osallistuneet työntekijät kertoivat avoimesti siitä, kuinka maksusitoumuksen saaminen asiakkaalle saattaa riippua työntekijän henkilökohtaisista kontakteista. Maksusitoumusten ohella työntekijät kertoivat hoitopaikkojen joskus aukeavan ”keittiön kautta” ja tutunkauppaa. Kyseenalaiset käytännöt työntekijät kokivat hyvin ristiriitaisiksi ja eettisesti arveluttaviksi.

”Kyllä se aikamoista selittelyä on ja jotenkin, että mää tuttuna nyt soitan sulle ja voisiksä nyt ottaa kun on ihan oikeesti mä ajattelen, että teille olis.. Ja tää on tietysti harmillista ajatellen näitä ihmisiä, koska eihän kaikki työntekijät voi tuntee niinku toisiaan. Eikä se saisi perustuakaan henkilökohtaisiin kontakteihin, niinku se saako potilas sen jatkohoidon vai ei.” (Kolmas sektori)

## 6.2 Asenteellisuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin esteenä

Suomen perustuslain mukaan jokaisella joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (Suomen perustuslaki 731/1999). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellytetään jokaiselle oikeutta hyvään hoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Suomessa pidetään itsestään selvänä, että ihmis- ja perusoikeudet toteutuvat. Kaksoisdiagnoosipotilaiden suhteen ei kuitenkaan lainsäädäntö ja käytäntö näytä kohtaavan. Tämän tutkimusaineiston perusteella kaksoisdiagnoosipotilaat joutuvat usein epäkunnioittavan kohtelun kohteeksi, heidän kohdallaan hyvää hoitoa ja perustuslaillisia ihmisoikeuksiaan laiminlyödään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä sopii automaattisesti odottaa työssään asiallista, ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua ja hyvää hoitoa. Kaksoisdiagnoosipotilaat kertoivat haastatteluissa kuitenkin kokeneensa ammattiauttajien taholta epäinhimillistä, leimaavaa ja syrjivää kohtelua sekä piittaamattomuutta.

### 6.2.1 Syrjintä hoidon ja avun saannin esteenä

Syrjinnällä tarkoitetaan tilanteita ja prosesseja, joissa henkilö joutuu tai asetetaan muita huonompaan asemaan esimerkiksi etnisen alkuperänsä, sukupuolensa, vammansa tai sairautensa vuoksi. Syrjintä voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuoran syrjinnän tunnistaminen on monesti vaikeaa, koska tilanteet, käytännöt tai prosessit eivät sinänsä näytä syrjivän ketään henkilöä tai ryhmää, mutta kuitenkin kyseisen käytännön tai prosessin tuloksena syntyy eriarvoisuutta. Syrjimättömyys tarkoittaa tasa-arvoa ja sen toteutuminen saattaa edellyttää erilaista kohtelua kuten positiivisia erityistoimenpiteitä. (Holopainen 2004.)

Tähän tutkimukseen osallistuneet kaksoisdiagnoosipotilaat kertoivat kohtaavansa sekä rakenteellista palvelujärjestelmän eriytyneisyydestä johtuvaa että työntekijöiden taholta tapahtuvaa asenteellista syrjintää ja leimautumista. Palvelujärjestelmä on luotu siten, että päihdeongelmat hoidetaan mielenterveysongelmista erillään, jolloin päihdeongelman tullessa ilmi saattaa kaksoisdiagnoosipotilas menettää mielenterveyshoidon mahdollisuuden kokonaan ja mielenterveyspotilas päihdehoitomahdollisuuden.

Palvelujärjestelmän eriytyneisyydestä aiheutuvaa rakenteellista syrjintää välttääkseen potilaat kertoivat, että apua saadakseen on päihteidenkäyttö usein kiellettävä. Mielensterveys- ja sosiaalitoimistossa asioidessaan haastateltavat kertoivat joutuvansa salaamaan päihteidenkäytön, sillä heidän kokemuksensa mukaan työntekijöiden asenteet muuttuvat syrjiviksi päihdeongelman tullessa ilmi. Myös työntekijät olivat tietoisia asenteellisen sekä rakenteellisen syrjinnän olemassaolosta.

”Kohdellaan hieman epämiellyttävästi. Ei et sää tänne kuulu, ole hyvä ota yhteyttä sinne.”  
(Kolmas sektori)

”Paljon on ollut sitä, että ei katso voivansa auttaa niitä jotka käyttää päihteitä, mutta onhan siinä myös asennetta. On siinä myös sitä, että nämä ei tule sovitusti kiltisti oikealla ajalla.”  
(Kolmas sektori)

”Eli mä olen mielensterveystoimistossa käynyt ja siellä salaan koko ajan käytön ja sossussa salaan koko ajan käytön ihan vaan sen tähden, että sitä tulee vaan ongelmia jos myöntää, että käyttää. (Naiset)

”Keroin siellä käyttämisestäni ynnä muusta ja mulle kävi samalla tavalla, eli tavallaan savustettiin ulos, että kaikki mielensterveysongelmat johtui käytöstä vaikka se ei suinkaan ollut niin. ” (Naiset)

Haastatteluihin osallistuneet olivat kokeneet, että kaikista vaikeimmista häiriöistä kärsivät potilaat eivät saa apua välttämättä mistään, eivät edes M1-lähetteellä. Työntekijöiden näkemys oli, että vaikeimmin oireilevat kaksoisdiagnoosipotilaat eivät kykene toimimaan sopimusten ja sääntöjen mukaisesti, jolloin he putoavat kaiken avun ulkopuolelle. Jopa psykiatrisesta pakkohoidosta saattaa joutua uloskirjoitetuksi. Haastatteluihin osallistuneiden käsitys oli, että olemassa olevissa palveluissa ei riitä taitoa ja tahtoa hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita ja toisaalta järjestelmän ollessa tiukan eriytynyt on syrjivä käytäntö mahdollinen.

”Valitettavan usein osastolla, psykiatrisessa sairaalassa se hoito kriisiytyy, välillä tuntuu että sitä hetkeä odotetaan, että se tekis jonkun sääntörikkomuksen”.(Kolmas sektori)

”Tehdään just tämmöisiä ihan järkkyyä systeemejä niin silloin vaan odotetaan, että asiakas rikkoo sen sopimuksen ja sitten voidaan tehdä se uloskirjoitus” (Julkinen sektori)

## 6.2.2 Epäinhimillinen kohtelu hoidon ja avun saannin esteenä

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tehtävänä on Suomessa asuvien ihmisten terveyden- ja sairaanhoito. Terveydenhuollon päämääränä tulee ETENE:n mukaan olla terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. (ETENE 2001.) Tämän tutkielman tulosten perusteella eettisen neuvottelukunnan ohjeistukset kuitenkin ohitetaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon- avuntarpeen suhteen, vaikka julkisen vallan velvollisuutena on turvata jokaiselle edellä mainitut palvelut.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden psykiatrinen hoito vaikuttaa tämän aineiston perusteella olevan mahdollinen lähes yksinomaan tahdonvastaisena. Julkisen ja kolmannen sektoreiden työntekijät kokivat, että potilaat nimenomaan itse toivovat ja haluavat avun pakkohoitona. Potilaiden itsensä kokemus kuitenkin oli, että sairaalahoitoon ei ole mahdollisuutta päästä muuta kuin M1-lähetteellä— jos silläkään.

Potilaat kertoivat, että saadakseen tarvitsemansa sairaalahoidon he joutuvat uhkailemaan itsetuhoisuudella tai tahallisesti ”puhumaan ufoista”, jotta M1-kriteerit täyttyisivät. Tosin työntekijöillä sekä omaisilla oli se kokemus, että edes itsetuhoinen tai psykoottinen kaksoisdiagnoosipotilas ei välttämättä saa sairaalahoitoa. Psykiatrinen avohoito oli potilaiden itsensä kokemuksen mukaan riittämätöntä.

”Sillä, että menee ja sanoo että mä tapan itteni, se oli ainut keino millä pääsi hoitoon. Että jos menee ja antaa ymmärtää, että mulla on nyt vaikeeta ja mä tarvian apua ni Hatanpäältä passitetaan kotio.” (Miehet)

”Ainoana mahdollisuutena päästä hoitoon tai katkole oli se, että mene lääkärielle sanoo, että mä tapan itteni, niin sitten pääsi lepositeisiin. Ja pariks kolmeks päiväksi lepositeisiin maakamaan ja sai lääkityksen ja sai sen päihdekäytön poikki.” (Miehet)

Ensiapupoliklinikoiden työntekijät kokivat, että päivystysasemille hakeutuu valikoimaton ja vaikein kaksoisdiagnoosiporukka. Päivystysasemilla työskentelevät työntekijät kertoivat, että kiireestä johtuen ensiavussa kyetään vastaamaan ainoastaan kaksoisdiagnoosipotilaiden akuuttiin hätään, minimihoidolla. Akuuttiavun jälkeen heidät kotiutetaan ilman jatkohoitosuunnitelmaa. Potilaiden itsensä kokemus oli, että hakiessaan apua ensiavusta ja päivystyspoliklinikoilta psyykkisiin oireisiin heidät lähetetään joko takaisin kotiin, poliklinikan putkaan tai poliisilaitoksen selviämisasemalle.

”Sitten kun viiraa päässä, se on putka Hatanpäällä tai sit se on sorille suoraan. Siinä mun apuni siellä päässä. Sitten Hatanpäällä kysytään, että mikä meiniki seuraavana päivänä ja kun sanoo, että sama meiniki niin e-ei sussa mitään vikaa ole. Kotio vaan ja tohon puhelinnumeroon yhteyttä ni katellaan. Kyllä se motivaatio on siinä määrin sitten, että haista paska.”(Miehet)

”Kun viiraa päässä avun saa joko päivystysaseman putkasta tai poliisilaitoksen selviämisasemalta.” (Miehet)

Kaksoisdiagnoosipotilaat olivat pettyneitä mielenterveystoimiston palveluihin. He kokivat, että mielenterveystoimiston työntekijät pyrkivät selittämään mielenterveysongelmat päihteiden käytöllä, ja, että työntekijät vähättelevät psyykkisen avun tarvetta. Vähättelyä tapahtuu haastateltavien mukaan vaikka ongelmat olisivat alkaneet jo ennen päihteidenkäyttöä, monesti jo lapsuudessa. Kaksoisdiagnoosipotilaat kokivat kaipaavansa mielenterveystoimistosta ennen kaikkea keskusteluapua.

”Toivosin, että mä saisin kun mä olen lähtenyt toipuvalle tielle, että mä saisin terapiamuotoa ja tällaista näin, mutta sille nauretaan sille asialle. Eikun sulla on päihdeongelmaa tässä taustalla niin se vaati sen vuoden ainakin.” (Miehet)

”Huomasin sitten sen, että siellä muuttui se suhtautuminen muhun ja yhtäkkiä kaikki johtuikin pelkästään päihteistä ja ne mielenterveysasiat jäi tavallaan sivuun.”(Naiset)

Haastateltavat kertoivat, että perusterveydenhuollon yksiköissä heidän somaattista ja/tai psyykkistä avuntarvettaan usein vähätellään. Vähättely ja asenteellisuus olivat etenkin naisten haastatteluissa melko keskeisessä osassa. Epäinhimillisestä kohtelusta naiset kertoivat mm näin:

”Niin on myöskin tullut semmoinen olo itelle, että tuntuu siltä että on taakkana ja tuntee itensä tosi huonoksi ja sitten mulle kävi joskus sillain, että lääkäri haukku mut lyttyyn että saatanan paska että kato nyt vähän ittees.” (Naiset)

”Hatanpäälle kun menee päivystykseen jostakin syystä niin ne hymyilee kauniisti sieltä luukun takaa ja kysyy nimeä ja henkilötunnusta ja sitten ne saa sen koneen auki ja näkee sieltä tietoja ja mitä on sattunu niin muuttuu käyttäytyminen kyllä. ” (Naiset)

”Aina kun ne sieltä koneelta näkyy niin se on aika hankalaa toi asioiminen, tuntee itsensä ihan ala-arvoiseksi ja välillä tuntuu ettei ole mitään ihmisarvoa. On se vähän inhottavaa, välillä tekis mieli alkaa huutaan ja raivoon siellä mut sit sitä vaan monta kertaa nielee sen kiukkunsa ja pettymyksensä.” (Naiset)

### 6.2.3 Piittaamattomuus kaksoisdiagnoosipotilaiden avun saannin ja hoidon esteenä

Päihdehuoltolaissa määritellään tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Henkilö voidaan määrätä hoitoon silloin kun hän on päihteiden käytöstä johtuvan sairauden tai vamman vuoksi välittömässä vaarassa tai hänen terveydelliset vaurionsa vaativat välitöntä hoitoa. Henkilö voidaan myös määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaisuuden vuoksi. (Päihdehuoltolaki 41/1986, Inkeroinen & Partanen 2006).

Myös mielenterveyslaissa on määriteltynä tahdonvastaisen hoidon edellytykset. Tahdonvastaiseen hoitoon voidaan mielenterveyslain perusteella määrätä, kun potilaan todetaan tai epäillään olevan mielisairas ja potilas on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan, vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Edellä mainittujen kriteerien lisäksi tahdonvastainen hoito tulee kyseeseen, mikäli potilaan kohdalla mitkään muut mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Edellytysten on täytyttävä samanaikaisesti, mutta alle 18-vuotias voidaan määrätä hoitoon tahdosta riippumatta myös, jos hän on vakavan mielenterveyshäiriön vuoksi hoidon tarpeessa ja muut mielenterveyspalvelujen muodot ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaan ihmistä ei saa hylätä itsemääräämisoikeuden perusteella (ETENE 2004). Aineiston perusteella voi esittää, että kaksoisdiagnoosipotilaiden itsemääräämisoikeuden liiallinen kunnioittaminen johtaa hoitotyön käytännöissä hylkäämisiin ja, jopa piittaamattomuuteen.

Tämän tutkielman mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden psykiatrisen sairaalahoidon tai päihdekuntoutuksen järjestyminen on hallittua ja suunniteltua, mutta hoidon päättyminen usein hyvin suunnittelematonta. Potilaat kotiutetaan monesti ilman jatkohoitosuunnitelmaa, jolloin osa potilaista ajautuu hoidon jälkeen takaisin kadulle. Haastatteluun osallistuneiden kokemus on, että jopa pakkohoitolähetteellä psykiatriseen hoitoon lähetetyt saattavat joutua uloskirjoitetuksi, ilman jatkohoitosuunnitelmaa.

”Sieltä ei suunnitella mitään jatkohoitoja. Pistetään pihalle, kylmänrauhallisesti.”  
(Kolmas sektori)

”Ihminen haluaa jopa tahdonvastaista lähetettä, että hänet tahdonvastaisesti pidettäisi hoidossa, mutta kun ne ei täyty ne kriteerit, niin jopa tahdonvastaisesta hoidosta lentää ulos”  
(Kolmas sektori)

”Joka kerta kun he meiltä lähtee niin ei meillä ole mitään tietoa siitä mihin he ovat menneet.” (Julkinen sektori)

”Se jatkohoito pitäis tehdä siellä hoitolaitoksessa paljon selvemmäks, ettei sieltä lähde tyhjin käsin pois haahuilemaan.” (Miehet)

”Juuri tällainen ihminen joka on vaikeimmin hoidettavissa, autettavissa myös avopuolella, niin hän lentää sieltä 2-3 vrk: n sisällä ulos sen takia että ei osaa siellä käyttäytyä.” (Kolmas sektori)

Pakkohoito-käytäntöä pidettiin niin potilaiden, omaisten kuin työntekijöidenkin ryhmissä ontuvana. Heidän kokemuksensa oli, että pakkohoitoa ei saa vaikka kriteerit täyttyisivät. Omaisilla oli kokemuksia siitä, että jopa suisidaalisen ja psykoottisen potilaan sairaalahoito saatetaan keskeyttää sääntörikkomusten ja huonon käyttäytymisen seurauksena.

”Ei pakolla pidetä. Meillä on kerran viety Pitkänniemeen kun itsemurhaa yritti ja ihan viime tipalla saatiin se vietyä. Mä en ollut edes mukana, niin se on viety sinne pitkän niemeen ja niin sekaisin kun ihminen vaan voi olla. Siellä pidettiin kolme vuorokautta se ei kerennyt edes selviytyyn siitä kun se jo pääsi pois.” (Omaiset)

”Meidän tytärimme on vaarallinen itelleen ja muillekin niin silloin vois määrätä pakkohoitoon pisempäänkin. Mutta ei, ei he voi. Ei ole resursseja heidän määrätä.” (Omaiset)

”Se oli illasta seuraavaan päivään ja sitten seuraavana se pääsi pois. Kelloa kun katsotaan niin se ei ollut kahta vuorokautta. Niin tämä on jotenkin julmaa, kun sen näki joka ikinen, että se on niin itsetuhoisen. Mutta ei mitään, ei pidetä missään väkisin. Ei edes tällä pakkolähetteellä.” (Omaiset)

#### **6.2.4 Stigmatisointi hoidon ja avun saannin esteenä**

Päihdehuoltolaki velvoittaa kuntia järjestämään sekä sisällöltään, että laajuudeltaan kunnassa esiintyviä tarpeita edellyttävät päihdehuollon palvelut. Päihdehuoltolain tavoitteena on ohjata palvelujärjestelmää siten, että hoitoon voi hakeutua oma-aloitteisesti jo ongelman varhaisvaiheessa ilman leimautumisen pelkoa. (Inkeroinen & Partanen 2006.)



Leimatulla eli stigmatisoidulla ihmisellä on kokemuksia siitä, ettei häntä hyväksytä tai häneen ei oteta kontaktia tasavertaisena ihmisenä. Jos leimattu ihminen ei saa hyödyllistä palautetta kohtaamisissaan johtaa se Goffmanin (1990) leimautumisteorian mukaan eristäytymiseen, epäluuloisuuteen, depressioniin ja ahdistukseen. Leimattuun ihmiseen kohdistuu erilaisia paineita ja odotuksia- ”normaalit” odottavat, että leimattu esittää oman osansa, roolinsa ja että hän tietää paikkansa. Hänen ei sallita koetella rajoja. (Goffman 1990.)

Goffmanin leimautumisteoriassa tulee esille ns. ”ulkoinen leima”, joka muodostuu yhteisön sosiaalisesta kontrollista. Jos siis jokin yhteisön sääntö rikotaan, sen tekee rikokseksi vain ulkopuolisen leima. Tästä sosiaalisesta kontrollista seuraakin tilanne, että yksilö itse ryhtyy pitämään itseään poikkeavana, leimaa itse itsensä ja myös ryhtyy käyttäytymään ja toimimaan leiman edellyttämällä tavalla. Tämä ”sisäinen leima” voi myös toimia itseään toteuttavan ennusteena, jolloin yksilö alkaa käyttäytyä ennusteen kaltaisesti. (Goffman 1990.)

Ihminen, joka eristetään ja leimataan, kokee tilanteensa suurena kipuna ja kärsimyksenä. Leimatuksi tuleminen murentaa itsetunnon ja aiheuttaa toivottomuuden tunteita. Leimautunut ihminen kokee jäävänsä yhteiskunnan ulkopuolelle ja menettävänsä kansalaisena täysivaltaisuutensa. (Goffman 1990.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden ja heidän omaistensa leimautumiskokemukset nousivat aineistossa esiin keskeisinä. Häpeän ja pelon tunteet sekä huonon ja loukkaavan kohtelun pelko saattoivat olla potilaiden kertoman mukaan esteenä avun ja hoidon hakemiselle.

Leimaaminen ja syyllistäminen, joita sekä potilaat että heidän omaisensa kertoivat kokeneensa liittyivät moraalisiin tai potilaiden elämäntapoihin liittyviin seikkoihin ja/ tai potilaiden sosiaalisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin.

”Asiakkaita syyllistetään ihan samalla tavalla kuin läheisiä”. (Kolmas sektori)

”Olen semmoisena häpeäpilkuna omaisena, että se on hirvittävä taakka, että se on vaan. Leimataan omaiset sellaiseks huonoks kasvattajaksi. Huonot kotiolut ei voi olla mitään muuta mahdollisuutta kuin juoppo äiti. Se on ihan yleinen leima otsassa.” (Omaiset)

”Omaiset leimataan niin se on kaikista ikävintä, että katsotaan omaisiakin hyvin pitkään. Mitähän sieltä oikeasti löytyy, luurankoja kaapista.” (Omaiset)

”Saat olla erittäin pätevä todistamaan että olet ihan tavallinen äiti.” (Omaiset)

”Sä menet sen käyttäjän leima otsassa sinne joka kerta kun astut sinne ovesta sisään.”(Naiset)

”Mä olen muiden silmissä vaan häirikkö”.(Miehet)

Kaksoisdiagnoosipotilaat kokivat, että heidän kohtelunsa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa huononee mielenterveys- tai päihdetaustan selvittyä. Heidän kokemuksensa oli, että asian tullessa ilmi heitä ei enää ”otettu todesta” ja kohtelun muuttuvan ala-arvoiseksi. Huonon kohtelun he kertoivat uuvuttavan ja väsyttävän. He kertoivatkin usein ”luovuttavansa”.

Kaksoisdiagnoosipotilaat olivat pettyneitä mielenterveystoimiston palveluihin. He kokivat, että mielenterveyspalveluiden työntekijät pyrkivät selittämään mielenterveysongelmat päihteiden käytöllä ja, että mielenterveystoimistossa helposti vähätellään psyykkisen avun tarvetta. Vähättelyä tapahtui siitä huolimatta, että haastateltavien ongelmat olivat alkaneet ennen päihteidenkäyttöä, osalla jo lapsuudessa. Kaksoisdiagnoosipotilaat kokivat kaipaavansa mielenterveystoimistosta ennen kaikkea keskusteluapua - kuuntelijaa ja kyselijää.

“Olen kärsinyt mielenterveysongelmista jo ihan esimurrosiästä asti. Niin sitä ei ollenkaan otettu huomioon sitten kun käyttö tuli ilmi tai mä kerroin sen. Vaan sitten kaikki oli sen käyttämisen syytä, vaikka mulla oli mielenterveysongelmia jo ennen ennen kuin olin alkanut käyttää.” (Naiset)

”Huomasin sitten sen, että siellä muuttui se suhtautuminen muhun ja yhtäkkiä kaikki johtuikin pelkästään päihteistä ja ne mielenterveysasiat jäi tavallaan sivuun.” (Naiset)

”Sen jälkeen kun on alkanut näkyyn koneella mikä lääkitys mulla on niin sen jälkeen ja kuinka vahvat lääkkeet mulla menee, niin kohtelu on ollut erilaista kun ennen sitä.” (Naiset)

## **7. Pohdinta**

### **7.1 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa ei ole selkeitä kriteerejä, tosin laadulliselta tutkimukselta edellytetään validiteettia ja reliabiliteettiä. Validiteettiongelmita voi välttyä laadullista tutkimusta tehtäessä huolehtimalla siitä, että tutkimusaineisto antaa vastauksen tutkimuskysymykseen, ja että aineisto keräämisessä ei ole puutteita. Validiteettiongelmita voi välttyä huolehtimalla tutkimusaineiston edustavuudesta. (Nieminen 1998. )

Laadullisella tutkimuksella ei pyritä saamaan edustavaa otosta, eikä tulosten ole tarkoitus olla siirrettävissä toiseen kontekstiin. Tulosten ei ole tarkoitus olla toistettavissa tai yleistettävissä. Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa on mukana hänen tunteensa ja intuiotensa. (Nieminen 1998. )

Reliabiliteettiongelmia saattaa muodostua, mikäli aineistossa ilmenee koodausvirheitä tai virhetulkintoja. Laadullisen tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi kohdistuu aineiston keräämiseen, analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1998. )

#### **7.1.2 Aineiston keräämiseen liittyvä luotettavuus**

Tutkimusaineistoa kerätessä on tutkijan harjoitettava jatkuvaa itsereflektioita, jotta omat kokemukset ja tutkittavien kokemukset pysyisivät erillään (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, Munhall). Teemahaastattelu metodina edellyttää tutkijalta tarkkaavaisuutta, sillä laaditut kysymykset ovat aina syntyneet esiyymmärryksen pohjalta ja saattavat ohjata tutkittavien ajattelua sekä ilmaisua. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998).

Tämän tutkimuksen haastatteluteemat olivat luotettavuusnäkökulmasta riittävän laajat, sillä tutkittavien omat näkemykset tulivat aineistossa hyvin esille. Mahdollista on, että haastattelukysymykset muotoutuivat liian väljiksi, sillä tutkimusaineistoa kertyi valtavat määrät, ja aineistoa jäi paljon raportin ulkopuolelle. (Nieminen 1998.)

Tutkimuksessa käytetyt haastatteluteemat eivät myöskään vaikuttaneet tilanteessa tutkittavia ohjaavilta. Keskustelu haastateltavien kesken oli avointa ja rehellistä ja tutkittavaa asiaa lähestyttiin

sekä myönteiseltä että kielteiseltä kannalta. Koko tutkimusprosessin ajan olen kirjannut omia tuntemuksiani ja kokemuksiani tutkijanpäiväkirjaani varmistuakseni siitä, että omat ja tutkittavien kokemukset pysyivät erillään.

Laadullisen aineiston keruun luotettavuutta lisää tutkittavien soveltuvuus tutkimukseen. (Nieminen, 1998). Tämän aineiston valinnassa noudatettiin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta, ei edustavuuden periaatetta. Tutkittavat oli valittu ja kutsuttu haastatteluihin sen perusteella, että heillä oli kokemuksia joko kaksoisdiagnosipotilaan osasta, omaisena olemisesta tai kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisesta ja he olivat halukkaista kertomaan niistä.

### **7.1.3 Aineiston analyysiin liittyvä luotettavuus**

Analyysin luotettavuuden varmistamiseksi tulee aineiston luokitteluperusteet kirjata (Nieminen 1998). Tässä tutkielmassa päädyin luokittelemaan samaa asiaa koskevat ja toisiinsa liittyvät lausumat yhteen. Luokittelun jälkeen pelkistin tekstiä edelleen, jonka jälkeen aineistosta nousseet keskeiset asiat oli nimettävissä.

Analyysin luotettavuutta lisää alkuperäishavaintojen, riittävä esittäminen ja luotettavuutta arvioitaessa dokumentoinnin tulee olla selkeää ja riittävää (Nieminen 1998). Tutkielmassani olen pyrkinyt esittämään haastateltavien suoria lainauksia ratkaisujeni tueksi ja analyysin luotettavuutta parantaakseni. Tämä aineisto jäi suhteellisen pieneksi, mutta keskeiset teemat nousivat aineistosta esille hyvin ja riittävä kylläisyysaste tavoitettiin.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimukseen liittyvää eettisyyttä voidaan tarkastella tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskevasti. Peruslähtökohtana tutkimuksen etiikassa on, että hyödyn on oltava haittaa suurempi ja saadun tiedon on määrä olla tarpeellista. Eettistä pohdintaa edellyttää myös se, onko asiaa tai ilmiötä mahdollista tutkia. (Holloway & Wheeler 2000.)

Haastateltavien suojaan liittyen oli tutkittavilla mahdollisuus yksityisyyden ja anonyymisuuden vuoksi olla käyttämättä nimiä osallistuessaan ryhmäkeskusteluihin. Mikäli aineistossa esiintyi nimiä tai muita seikkoja, joiden kautta yksilöitä olisi voitu tunnistaa, ne poistettiin aineiston lopullisessa analyysissä.

Tiedonhankinnan eettisyyttä pohdittaessa on tutkijan kiinnitettävä huomiota oman subjektiivisuuden tunnistamiseen, arvioitava omaa käyttäytymistä ja reaktioitaan (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tutkimusta tehdessä pidin tutkijanpäiväkirjaa, jossa pohdin paljon omaa rooliani ja toimintaani haastattelutilanteessa. Muistiinpanoistani on nähtävissä, että tutkijan ja hoitajan roolit sekoittuivat ajoittain. Haastattelutilanteiden jälkeen pohdin sitä, että minkä verran olin ohjailut non-verbaalisesti keskusteluiden kulkua.

Verbaalista puuttumista keskusteluihin ei ääninauhojen perusteella ollut kuultavissa, mutta tutkijan päiväkirjani perusteella olen saattanut ohjata haastateltavia elein ja/tai ilmein, joiden voi olettaa vaikuttaneen haastateltavien puheisiin ohjaavasti. Tilanne haastattelussa oli kuitenkin intensiivinen ja keskustelu käytiin fokusryhmäläisten kesken, joten oletettavaa on, että non-verbaalinen viestintäni johon päiväkirjassani kiinnitin huomiota oli tulosten kannalta vähäistä ja ei-merkittävää, eikä manipulaation riski ollut näin ollen todellinen. (Vehviläinen- Julkunen 1998.)

Tutkimukseen osallistuneet saivat laadullisen tutkimuksen eettisten ohjeiden mukaisesti tietoa tutkimuksen kulusta ja tavoitteista. Haastateltaviin oltiin yhteydessä sekä puhelimitse että kirjeellä etukäteen ja haastateltavat saivat tietoa vielä haastattelutilanteessa suullisesti ja kirjallisesti. Tietoa annettiin tutkimuksen rajoituksista, sen mahdollisista riskeistä ja siitä saatavasta hyödystä (Holloway & Wheelwr 2000, Vehviläinen- Julkunen 1998).

Tutkittaville kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja, että he saavat lopettaa haastattelun kesken niin halutessaan. Tutkimuksen etiikan mukaisesti tutkittavia tulee kohdella hyvin, kauniisti ja arvostavasti. Ääninauhojen sekä tutkijan päiväkirjamerkintöjen, haastattelutilanteen ilmapiirin ja tunnelman perusteella näin tapahtuikin. (Munhall 2001.)

### **7.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut terveydenhuollon eettiset periaatteet, joiden tarkoituksena on olla hyödyksi ja luoda terveydenhuollon käytännöille yhteistä arvopohjaa (ETENE 2001). Tarkastelen tämän tutkielman tuloksia ETENE:n laatimien eettisten periaatteiden, Suomen perustuslain ja oikeudenmukaisuuden näkökulmista.

Terveydenhuollon palveluissa keskeisenä arvona ja periaatteena korostetaan yhdenvertaisuutta, jonka tulee merkitä yhdenvertaisuutta palveluiden saannissa ja hoitoon pääsystä sekä

yhdenvertaisuutta yksittäisissä hoitoratkaisuissa. Yhdenvertaisuus tulisi toteutua myös hoidon laatutason yhdenvertaisuutena. (Paunio 2001.)

Terveysthuollon eettisten ja yhdenvertaisuusperiaatteiden valossa voi tämän tutkielman tuloksia luonnehtia eettisesti ja inhimillisesti kyseenalaisiksi. Terveysthuollon yleinen ja yhteinen arvopohja ei tämän tutkielman mukaan näytä kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla käytännössä toteutuvan.

Erityisen raskauttavaksi tutkielman tulokset tekee se, että eettisessä keskustelussa yhdenvertaisuuden periaatetta tulisi korostaa erityisesti, silloin kun kyseessä on haavoittuva ihmisryhmä (Paunio 2001). Kaksoisdiagnoosipotilaiden voidaan hyvällä syyllä ajatella kuuluvan erityisen haavoittuvaan ihmisryhmään syrjäytyneisyyden, monien elämänhallintaa vaikeuttavien oireiden, vajavaisen itsehoitokyvyn sekä omien sosiaalisten verkostojen puuttumisen vuoksi.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla vaikuttaa yleisten eettisten periaatteiden noudattamisen, laadukkaan hoitamisen ja inhimillisen kohtaamisen olevan työntekijöille tahdonvaraista, ei niinkään ammatillinen ja inhimillinen velvoite.

Tutkielman tuloksia pohtiessani tulin miettineeksi, että minkä muun potilasryhmän hyvän, arvostavan ja kunnioittavan kohtelun sallitaan olevan sattumanvaraista ja riippuvainen työntekijän tahdosta? Epähienon kohtelun oikeutusta kuulee ajoittain selitettävän kaksoisdiagnoosipotilaiden vaikeahoitoisuudella. Vastakysymyksenä voisi esittää, että minkä muun ”vaikeahoitoisen” ja niin ikään haavoittuvan ihmisryhmän kohdalla sallittaisiin samankaltaista kohtelua kuin mihin kaksoisdiagnoosipotilaat tämän aineiston perustella joutuvat alistumaan?

Kaksoisdiagnoosipotilaiden huonon kohtelun taustalla lienee paljon tietämättömyyttä, mistä seurannee asenteellisuutta. Tietämättömyys ja tiedonpuute ovat oman käsitykseni mukaan ainoa inhimillinen ja vähääkään hyväksyttävä selitys hoitotyön ammattilaisten käytökselle.

Tietämättömyyttä ilmenee aineiston perusteella myös rippuvuushäiriöiden luonteeseen liittyen. Ammattiauttajien keskuudessa elää valitettavan yleisenä ja sitkeänä käsitys siitä, että pihderippuvuus olisi ns itseaiheutettu sairaus.

Terveysthuollon eettinen neuvottelukunta on ottanut kantaa ”itseaiheutettuihin” sairauksiin yleensä. ETENE:n mukaan keskustelu itseaiheutetuista sairauksista on potilasta leimaavaa ja se synnyttää usein häpeää, riippuvuutta, passivoitumista ja eristäytymistä (ETENE 2004). Merkillepantavaa on, että häpeä, riippuvuus, passivoituminen ja eristäytyminen ovat tyypillisiä toimintatapoja kaksoisdiagnoosipotilalla. Herää ajatus, että ruokkiiko vai jopa synnyttääkö ammattiauttajien asenteet edellä mainitunkaltaista oireilua.

Käsitys päihderiippuvuuden itseaiheutetusta luonteesta vaikuttanee myös osittain ammattilaisten halukkuuteen hoitaa päihdepotilaita, mutta puhe ”itseaiheutetuista sairauksista” saattaa vaikuttaa laajemminkin, jopa poliittiseen päätöksentekoon asti. Poliittisiin päätöksiin asenteet vaikuttanevat siten, että palveluita rahoittavien tahojen on yleinen lupa priorisoida apua ja palveluita ”itseaiheutettujen sairauksien” edelle.

Terveysthuollon eettisen neuvottelukunnan laatimien periaatteiden mukaan hoivatyön ammattilaisten tulee lähestyä ihmistä kärsivällisesti häntä kuunnellen. Ihmisille tulee osoittaa asenteella, sanoilla ja teoilla, että hän on arvostusta ja myötätuntoa tarvitseva ja niihin oikeutettu ihminen (ETENE 2004). Arvostuksen ja myötätunnon osoittaminen ei voi olla valikoivaa, ei edes vaikeahoitoisen ja hoitotuloksilta vaatimattomien potilasryhmien kohdalla. Niukoilla resursseilla huonoa kohtelua ei voida selittää- inhimillisyyks kun ei maksa mitään.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat kertoivat haastatteluissa joutuvansa salaamaan päihteidenkäytön saadakseen apua ja hoitoa mielenterveydellisiin vaikeuksiinsa. Epäkohta on ollut työntekijöiden tiedossa pitkään ja hämmentävää on, että päihdepotilaiden kanssa työskentelevät eivät ole toimineet epäkohdan poistamiseksi riittävän ponnekkaasti. Päihteettömyys hoidon ehtona on oman tulkintani mukaan selkeää syrjintää. Tasavertaisuutta korostava palvelujärjestelmämme ei tunnista toista potilasryhmää, jonka hoidon- ja avun saannin ehtona ja edellytyksenä on päihteettömyys.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon suhteen paljastui muiltakin osin perin kyseenalaisia käytäntöjä. Päihdehoidon harkinnanvaraisuus lienee käytännöistä yksi merkillisimmistä. Päästäkseen hoitoon päihdehoitolaitokseen tai saadakseen jatkohoitoa paikan tarvitsee kaksoisdiagnoosipotilas hoidon kustannusten kattamiseksi kotikunnaltaan maksusitoumuksen. Maksusitoumuksen myöntää kotikunnan sosiaalityöntekijä tarveharkintaisesti, mikäli määrärahoja yleensä ottaen on käytettävissä.

Komorbidit häiriöt ovat vakavia, tappavia, eteneviä ja valitettavan usein kroonistuvia häiriöitä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kuolleisuus on korkea, ja on hämmentävää, että sosiaalitoimen maksusitoumuskäytäntö voi mitätöidä potilaan oman subjektiivisen, tai lääkärin arvioiman hoidon tarpeen. Maksusitoumuskäytäntöä ei onneksi muiden kuolemaan johtavien sairauksien kohdalla ole käytössä.

Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan liikaa- haastatteluihin osallistuneiden mukaan, jopa hylkäämisen ja syrjäyttämisen rajoilla. Haastatteluista välittyi käsitys, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla ihmisen oikeutta itsemääräämiseen käytetään systemaattisesti verukkeena sille, että kaksoisdiagnoosipotilaat voidaan jättää vaille hoitoa, ajoittain jopa heitteille.

Sekä kolmannen että julkisen sektoreiden työntekijöiden haastatteluissa koettiin kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattujen palveluiden riittävyys ristiriitaisesti. Työntekijät kokivat, että palveluita, hankkeita ja projekteja on kaksoisdiagnoosipotilaille tarjolla runsaasti ja jopa liikaa, mutta ne eivät kuitenkaan tavoita palveluita tarvitsevia kaksoisdiagnoosipotilaita.

Palveluiden tavoitettavuusongelmia syntyy työntekijöiden käsitysten mukaan siitä syystä, että työntekijät eivät ole selvillä mitä apua kulloinkin on saatavilla, jolloin hoitoon ja palveluiden piiriin ohjaaminen estyy. Työntekijät kokivat, että kun hyväksi todettua palvelua kaipasi toistamiseen, saattoi siitä olla jäljellä pelkkä loppuraportti.

Työntekijöiden mielestä projektit ja hankkeet hajoittavat ja eriyttävät palveluita, jolloin tiedonkulkuun liittyvät vaikeudet ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen puutteet korostuvat entisestään. Aineiston perusteella vaikuttaa myös siltä, että sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamilla kehittämishankkeilla pyritään osittain kunnissa paikkaamaan kuntalain järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia toimintoja.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla kohtaamisen ja hoitamisen ajatellaan yleisesti edellyttävän erityisosaamista. Myös tässä aineistossa sekä kolmannen että julkisen sektorin työntekijät korostivat hoitamiseen ja kohtaamiseen liittyvien tiedon ja osaamisen puutteita, mitä osittain tarjoihtiin hoidon ja avun saannin esteiden selityksiksikin.



Merkittävää olivat potilaiden kokemukset ja käsitykset työntekijöiden tiedon ja osaamisen vajeista. Potilaat itse kertoivat kaipaavansa *ihmistä* -kuuntelijaa, kyselijää. Potilaiden fokusryhmissä ihmetystä aiheutti se, että eikö heitä voi kohdata ja auttaa potilaina kuin ketä tahansa muutakin ihmistä. Sekä naisten että miesten ryhmissä korostui aidon vuorovaikutuksen kaipuu. Kaksoisdiagnoosipotilaat kertoivat kaipaavansa ennen muuta toisen ihmisen aikaa ja läsnäoloa.

Liittyykö kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla hoitotyöntekijöiden tiedon ja taidonvajeet tosiasiasa uskalluksen ja tahdon puutteeseen? Tiedon vajeen taakse on helppo piiloutua, ajatuskulku lienee se, että on fiksumpaa ja kunniallompaa olla tietämätön ja osaamaton kuin asenteellinen, ennakkoluuloinen tai syrjivä.

Toisaalta päihdetyöhön sisällytetään osittain jopa turhaa mielikuvaa työn erityislaatuudesta ja monesti myös päihteiden ollessa laittomia, tietynlaista myyttisyyttä. Mielikuva päihdetyön erityisosaamista vaativasta luonteesta saattaa kuitenkin olla yhtenä osasyynä sille, että esimerkiksi perusterveydenhuollon työntekijät tulee ohjanneeksi päihdeasiakkaan usein päihdepalveluiden erityispalveluiden piiriin, vaikka potilas olisi hyvin autettavissa peruspalveluissakin.

Tämän tutkimuksen tulosten valossa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito näyttää toteutuvan ilman selkeitä pelisääntöjä ja kaksoisdiagnoosipotilaiden saama hoito perustuu helposti sattumanvaraana ja yksilön omaan kykyyn ajaa omia asioitaan. Eettisesti ja perustuslaillisesti tarkasteltuna tilanne on kestämätön. Murheelliseksi tilanteen tekee se, että kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein syrjäytyneitä, moniongelmaisia ja aidosti kyvyttömiä.

### **7.3.1 Moniammatillisuuden haasteet**

Kaksoisdiagnoosipotilaiden monimuotoiset ongelmat edellyttävät monialaista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä- aitoa kykyä ja valmiutta moniammatilliseen työskentelyyn. Tämän tutkielman mukaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden eriytyneisyys, sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten erilaiset orientaatiot ja palveluiden erikoistuneisuus näyttävät kuitenkin ruokkivan monia moniammatilliseen työskentelyyn liittyviä vaikeuksia.

Laaja ja monipuolinen asiantuntemus päihde- ja mielenterveyshäiriöistä sekä moniammatillinen työskentelytapa vaikuttavat tämän tutkielman mukaan olevan kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltaisen avun saannin ja hoidon edellytys. Kaksoisdiagnoosipotilaiden moniammatillisen

hoitaminen edellyttää psykiatrian, perhehoitotyön, psykologian, somatiikan, toimintaterapian ja sosiaalityön osaamisen asiantuntemusta ja osaamista.

Kaksoisdiagnoosipotilaat kertoivat kokeneensa palveluiden käyttäjinä usein somaattisten ja psyykkisten oireittensa ohittamista ja mitätöintiä. Liekö syynä se, että Suomessa riippuvuushäiriöitä pyritään pääsääntöisesti hoitamaan sosiaalityön menetelmin, päihdeongelmien ja – haittojen sosiaalisia ulottuvuuksia korostaen. Päihdehuolto on kunnissa sosiaalitoimen organisoimaa, jolloin päihdehoitotyössä korostuu luonnollisesti sosiaalityön orientaatio.

Työntekijöiden haastatteluissa ilmeni, että moniammatillisen työn esteenä voi olla tarkoituksenmukaisten verkostojen muodostumisen epäonnistuminen. Toisaalta työntekijöiden haastatteluissa oli tulkittavissa hienoista oman osaamisen korostamista ja toisten organisaatioiden sekä professioiden ohittamista ja mitätöimistä, mikä on omiaan estämään moniammatillisuuden toteutumista.

Moniammatillinen työskentely onnistuessaan mahdollistaa sen, että kaksoisdiagnoosipotilaiden oireet ja tarpeet tulevat huomioituiksi kokonaisvaltaisemmin ja siten nykyistä paremmin. Moniammatillisuus edellyttää kuitenkin eri ammattikuntien aitoa kykyä kuulla, kunnioittaa ja arvostaa toistensa osaamista ja näkemyksiä. Verkostoituminen edistäisi työntekijöiden mukaan tiedon ja osaamisen jakamista ja moniammatillinen yhteistyö edesauttaisi yhtenevien hoitolinjojen muodostamisessa.

### **7.3.2 Hallinnollinen hoitovastuu**

Päihdehuollon palvelut ovat osa sosiaalihuollon hallintorakennetta. Sosiaalityön menetelmät, asiantuntemus ja osaaminen ovat merkittäviä ja tärkeitä päihderiippuvuuksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä, mutta komorbidien häiriöiden suhteen sosiaalityön orientaatio on riittämätön.

Tämän tutkielman tulosten perusteella tulisi pohtineeksi sitä, että olisiko kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito tarkoituksenmukaisempaa ja tavoittaisiko apu avun tarvitsijat paremmin, mikäli päihdehuollon palvelut siirrettäisiin osaksi terveydenhuollon hallintorakennetta perusterveydenhuoltoon?

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkailta on mielenterveys- ja päihdehuoltolain mukaan oikeus laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin. Yksi merkittävä hoidon vaikuttavuuteen liittyvä

edellytys on oikea-aikainen hoitopääsy. Tällä hetkellä etenkin päihdepalveluiden erityispalvelut keskittyvät isoimmille paikkakunnille, jolloin kulkuyhteydet, yksiköiden aukioajat tai matkakustannukset saattavat muodostua syrjäseuduilla avun saannin esteiksi. (Inkeroinen & Partanen 2006.)

Tämän tutkielman mukaan päihdepalveluita vaivaa vakava resurssipula- apua ei saa oikea-aikaisesti palveluiden epätarkoituksenmukaisuudesta johtuen. Liitettäessä päihdehuolto osaksi terveydenhuoltojärjestelmää ja päihdehäiriöiden lääketieteellistä taustaa korostamalla oikea-aikainen avun saanti saattaisi mahdollistua paremmin hoitotakuun hengen mukaisesti.

Toisaalta perusterveydenhuollolla on jo nyt merkittävä vastuu päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon liittyen. Terveyskeskuksilla on lähipalveluiden tuottajina määrä hoitaa päihteidenkäyttöön liittyvien ongelmien tunnistaminen ja puheeksiottaminen, akuuttien tarpeiden hoitaminen, päihdeongelmien arviointi sekä osallistuminen pitkäaikaiseen päihdeongelman jatkohoittoon. (Inkeroinen & Partanen 2006.)

Nykyisellään päihdehuollon ollessa osa sosiaalihuoltoa voi päihdehoito jäädä kokonaan toteutumatta myös maksusitoumuksen vuoksi (Inkeroinen & Partanen 2006). Kuitenkin tiedetään, että päihdehäiriöiden hoitaminen on aina paitsi inhimillisesti, niin myös taloudellisesti kannattavampaa kuin hoitamatta jättäminen (Virtanen 2005). Näin ollen rahallista säästöä maksusitoumuskäytäntö ja hoitamatta jättäminen ei kunnille tuota.

Päihdehuollon hallinnollisen vastuun siirtäminen sosiaalitoimen alaisuudesta terveydenhuollon alaisuuteen auttaisi purkamaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden eriytyneisyyttä ja erikoistuneisuutta. Stakesin päihdepalveluraportin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita näyttää olevan tarjolla yhtä hyvin niin pienissä kuin suurissakin kunnissa, mutta päihdehuollon erityispalveluita ja myös psykiatristen palvelujen käyttö keskittyy selkeästi enemmän suuriin kuntiin, joissa kyseisiä palveluita on saatavilla. (Inkeroinen & Partanen 2006.) Lähipalveluina terveyskeskuksissa tuotettuina tulisivat päihdepalvelut kaikkien saataville, myös pienten paikkakuntien asukkaille.

Lääninhallitusten syksyllä 2004 tekemien kyselyjen mukaan 48 % päihde-ehtoisista hoitopäivistä toteutui sairaaloissa ja terveyskeskuksissa (Virtanen 2005). Näin ollen kokemusta ja osaamista terveydenhuollon yksiköissä voi olettaa olevan. Myös tämän tutkielman tulosten perusteella

kaksoisdiagnoosipotilaat hakeutuvat oma-aloitteisesti peruspalveluiden piiriin, joista heidät ohjataan eteenpäin psykiatrian tai päihdehuollon erityispalveluihin. Tosin tilastoja siitä, että miten menestyksekkäästi potilaat ohjautuvat hoitoon ”etenpäin ohjattuna” ei ole.

Hoitovastuun siirtäminen perusterveydenhuoltoon muuttaisi nykyistä sekä potilaita että palvelujärjestelmää kuluttavia käytäntöjä oletettavasti joustavimmiksi. Potilas saisi avun siinä paikassa, missä hän asioi ja toisaalta peruspalveluissa, etenkin terveyskeskuksissa asioiminen ei oletettavasti olisi potilaiden mielestä niin leimaavaa kuin päihdehuollon erityispalveluissa asiointi. Näin ollen hoitoon hakeutuminen olisi matalampi kynnyksistä ja siten varhainen puuttuminen mahdollistuisi nykyistä paremmin. Terveyskeskuksissa lähipalveluperiaatteella tuotettuina päihdepalvelut toteutuisi mahdollisesti tasapuolisemmin ja tehokkaammin kuin päihdehuollon erityispalveluiden alaisuudessa.

Päihdehäiriöiden medikalisoiminen, negatiivisesta sävystään huolimatta kohentaisi uskoakseni kaksoisdiagnoosipotilaiden sekä päihdehäiriöistä kärsivien ihmisten asemaa. Riippuvuushäiriöiden lääketieteellistämällä saattaisi olla suotuisia vaikutuksia syrjiviin asenteisiin ja lieventäisi mahdollisesti yleisiä käsityksiä päihdehäiriöiden itseaiheutettuun luonteeseen liittyen. Ennakkoluuloiset ja syrjivät asenteet kun vaikuttavat olevan yhtenä syynä sille, miksi komorbidit häiriöt eivät ole tasavertaisessa asemassa muiden sairauksien kanssa.

Medikalisaation ajattelen luovan ymmärrystä kaksoisdiagnoosipotilaiden oireilulle ja käyttäytymiselle ja poistavan leimaa häiriöiden itseaiheutetusta luonteesta. Samalla olen taipuvainen ajattelemaan, että päihdehäiriöiden sosiaalisia haittoja ja ongelmia korostettaessa tullaan ylläpitäneeksi negatiivisia asenteita päihderiippuvaisia kohtaan. Sosiaalisena ongelmana riippuvuushäiriö herättää toisenlaisia mielikuvia kuin asiaa mietittäessä sairautena. Näkökulma sosiaalisena ongelmana tai terveydellisenä ongelmana vaikuttanee myös potilaan itsensä käsitykseen itsestään ja tilastaan.

Avuntarpeet kaksoisdiagnoosipotilailla ilmenee tämän tutkimuksen mukaan usein akuutisti ja elämäntilanteiden kriisiytyttyä, jolloin ainoina saatavilla olevina hoitotahoina ovat päivystys – ja ensiapupoliklinikat ja selviämisasiinat. Päivystysasemilla kaksoisdiagnoosipotilaille on kiireisestä työtahdistista johtuen kuitenkin mahdollista taata ainoastaan minimihoito. Kiire, ja se että päihdepotilaiden hoitovastuu ei kuulu terveydenhuollon yksiköille mahdollistaa ”minimihoito ja ulos” -käytännön.

Oletettavaa myös on, että päihdehuollon siirtäminen perusterveydenhuollon alaisuuteen edellyttäisi päihdehoidon maksusitoumuskäytännön romuttamista. Toisin sanoen potilas saisi avun ja hoidon, kuten minkä tahansa muun sairauden kohdalla lääkärin arvion tai potilaan oman, subjektiivisen kokemuksen mukaisesti.

Komorbiden häiriöiden hoitamatta jättämiseen ei tulisi olla varaa. Päihde- ja mielenterveyshäiriöt samaan aikaan esiintyessään ovat eteneviä ja monen potilaan kohdalla kroonistuvia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin laiminlyönnit aiheuttavat merkittävän inhimillisen kärsimyksen ohella runsaasti yhteiskunnallisia kustannuksia.

Komorbiden häiriöiden hoitamatta jättäminen aiheuttaa ylimääräisten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ohella kustannuksia myös rikollisuudesta, rikosoikeudellisista seuraamuksista, lastensuojelun tarpeesta, tapaturmista ja ennenaikaisista kuolemista aiheutuvista kuluista. Lisäksi henkirikoksen uhriksi joutumisen riski päihteidenkäyttäjillä on korkea ja komorbidit häiriöt kolminkertaistaa riskin joutua henkirikoksen uhriksi. (Rivara ym 1997.)

### **7.3.3 Komorbiden häiriöiden ennaltaehkäisy**

Päihdehuoltolaissa asetetaan kunnille velvoitteita päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ehkäisemisestä, päihteiden ongelmakäytön seurannasta, sekä ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyen (Inkeroinen & Partanen 2006). Ohessa tarkastelen tämän tutkielman tuloksia ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta.

Komorbiden häiriöiden synnylle altistavista riskitekijöistä on olemassa runsaasti tietoa, mutta sitä ei tämän tutkimuksen mukaan hyödynnetä tehokkaasti. Häiriöiden ennaltaehkäisevässä työssä tiedetään psykoedukatiivisten menetelmien eli koulutuksellisten ja hoidollisten elementtien yhdistämisen olevan tehokkaita (Johnson 2000). Myös tässä tutkimuksessa, erityisesti potilaiden ja omaisten ryhmissä tiedon ja psykoedukatiivisten menetelmien tarve nousi esiin.

Tämän tutkielman perusteella päihdehäiriöiden ennaltaehkäisevät toimet ovat jossain määrin epätarkoituksenmukaiset. Nykyistä tarkempi valistustyön kohdennus riskiryhmiin saattaisi tuoda toivotumpaa tulosta päihdehäiriöiden ehkäisytyössä yleensä. Yleisessä tiedossa esimerkiksi on, että mielenterveydenhäiriöt altistavat päihdehäiriöiden kehittymiselle. Looginen ajatus näin ollen on,

että ennaltaehkäiseviä toimia tulisi kohdentaa nykyistä selkeämmin mielenterveyshäiriöistä kärsiville, esimerkiksi mielenterveyspalveluiden yhtenä perustehtävänä.

Toisaalta on tiedossa, että lapsuus- ja nuoruusiän psyykkiset häiriöt sekä käyttäytymis- ja tarkkaavaisuushäiriöt ennustavat päihderiippuvuutta. Ennaltaehkäisevän päihdetyön, valistuksen ja tuen kohdentaminen tulisi näin suunnata kohdennetummin huomattavasti nykyistä enemmän käytöshäiriöisiin ja psyykkisesti oireileviin lapsiin ja nuoriin.

Suomessa on kattava ja hieno neuvola- ja peruskoulujärjestelmä, joita tulisi hyödyntää nykyistä paremmin ennaltaehkäisevässä päihdetyössä. Esimerkiksi tämän tutkimuksen haastatteluihin osallistuneet kertoivat oireilleensa pitkään, usein jo lapsuudessa ennen kuin häiriöt olivat kehittyneet vakaviksi ja invalidisoiviksi.

Tällä hetkellä ehkäisevän päihdetyön painopisteessä ovat olleet kaikki nuoret yleensä. Nuoria on lähestytty painottamalla oman elämän hallinnan taitoja ja nuorten omaehtoista osallistumista (Virtanen 2005). Erityisen tuen, neuvonnan ja ohjauksen tarpeet kussakin ikäluokassa jäävät näin ollen huomiotta.

Merkittävin seikka päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyn kannalta vaikuttaa kuitenkin tämän tutkielman mukaan olevan tarkoituksenmukaisten ja riittävien mielenterveyspalveluiden saatavuus. Liekö riittämättömät ja huonosti toimivat mielenterveyspalvelut vaikuttavin yksittäinen syy päihdehäiriöiden jatkuvalla lisääntymiselle?

#### **7.3.4 Hoidon tavoitteet**

Hoidon tavoitteet tulisi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla määritellä uudellen. Komorbidien häiriöiden tiedetään olevan osalla potilaista kroonistuvia, mikä tulee yksinkertaisesti hyväksyä. Näin ollen päihdeettömyys tai psyykkisten oireiden hallinta eivät voi olla ainoita, tai tärkeimpiä hoidolle asetettavia tavoitteita. Saati, että päihdeettömyyden sallittaisiin säilyvän hoidolle ja avun saannille ehdollisena. Kaksoisdiagnoosipotilaalla itsellään ei välttämättä ole halua eikä aikomustakaan elää ilman päihdeitä. Se seikka on työntekijöiden hyväksyttävä.

Päihdepotilaiden kanssa työskentelevien tulisi tarkastaa hoidon tavoitteita ja mahdollisuuksia yleensäkin. Hoitotyöntekijöistä tuskin kukaan kokee henkilökohtaisena epäonnistumisena esimerkiksi sitä, että somaattisella puolella potilas menehtyy pitkäaikaiseen sairauteen. Päihdehäiriöihin tulee mielestäni suhtautua yhtä rationaalisesti —me työntekijät voimme tehdä ainoastaan sen, mikä hoitotyön ja lääketieteen menetelmin on mahdollista.

Kaksoisdiagnosipotilaiden hoidon järjestymistä ja avun piiriin pääsyn mahdollisuuksia voisi helpottaa järjestäytymällä—esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaille perustettavan potilasyhdistyksen muodossa. Kaksoisdiagnoosipotilailla ei itsellään välttämättä aina ole voimia ja kykyä ajaa asioitaan, jolloin potilasyhdistys voisi luoda poliittista painetta mielenterveys- ja päihdehoitokysymysten korjaamiseksi. Potilasyhdistyksen perustaminen toisi myös näkyvyyttä ja vaikuttavuutta, ja saattaisi siten myötävaikuttaa myönteisesti jopa kaksoisdiagnoosipotilaiden ihmisoikeudelliseen asemaan.

Poliisin huumausaineiden vastaisessa strategiassa 2003–2006 korostetaan, että poliisin on valvontaja tutkintatoiminnan yhteydessä tapaamalle huumausaineiden käyttäjälle tehtävä hoitoonohjausta ja että asianmukainen hoito tulee olla huumausaineita käyttävälle rangaistuseuraamuksen todellinen vaihtoehto (Virtanen 2005). Käytössäni ei ole tutkimustietoa siitä, miten vaikuttava ja todellinen em vaihtoehto käytännössä on.

Yksi näkökulma riippuvuushäiriöiden suhteen on myös se, että huumarikollisia kohdeltaisiin päihdehäiriötä sairastavina ihmisinä, ei rikollisina. Huumausaineiden käytön dekriminialisoinnista ei Suomessa voi kuitenkaan asiallisesti edes keskustella. Tosiasiaasa kuitenkin huumausaineiden käyttöön, hallussapitoon ja myyntiin liittyvät rangaistuseuraamukset asettavat huumausaineista riippuvaiset ihmiset eriarvoiseen asemaan esimerkiksi alkoholista riippuvaisten ihmisten kanssa. Kyseessä on kuitenkin sama sairaus.

Huumausaineiden dekriminalisaatio saattaisi riippuvuushäiriötä sairastavat ihmiset yhdenvertaiseen asemaan ja toisaalta madaltaisi avun ja hoitoon hakeutumisen kynnystä huumausaineista riippuvaisilla ihmisillä. Huumeiden dekriminolisointi lienee kuitenkin yhtä epätodennäköinen yhdenvertaisuuden toteutumisen vaihtoehto kuin alkoholin hallussapidon, myynnin ja käytön kriminalisoiminen.

## 8. Loppusanat

Suomalainen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä mielletään mieluusti kansalaisten hyvinvoinnin, yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon perustaksi. Komorbidien häiriöiden tunnistamisen myötä on uljaasta palvelujärjestelmästämmä kuitenkin paljastunut vakavia epäkohtia.

Tämän tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmän eriytyneisyys, palveluiden erikoistuneisuus ja jäykät toimintamallit syrjäyttävät vaikeimmin oirelevat kaksoisdiagnoosipotilaat palveluiden ulkopuolelle- mielenterveystalvelut eivät ota hoitaakseen potilaita, joiden päihteidenkäyttö ei ole hallinnassa ja päihdepalvelut eivät huoli potilaitseen ”liian psykiatrisia potilaita”. Nykyinen käytäntö täyttäne rakenteellisen syrjinnän tuntomerkit.

Valitettavin, kohtuuttomin ja turhin avun saannin este lienee kuitenkin asenteellisuus. Se herättää minussa surua ja, hoitotyön ammattilaisena suurta myötähäpeää. Tässä tutkielmassa esiin tullutta kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuvaa kohtuutonta kohtelua ei voi, eikä tule hyväksyä mitenkään. Me olemme arvostusta ja myötätuntoa tarvitsevia ja niihin oikeutettuja ihmisiä. Jokainen.



## 9. Kirjallisuus

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, M. (2005) Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. KTL:n julkaisu, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto MAO.

Alasuutari, P., 1994 Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV). Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994

Breslau N., Peterson E., Schultz L., Chilcoat H., Andreski P. (1998) Major depression and stages of smoking. Arch en Psychiatr 1998: 55, 161-166

Brown R., Lewinson P., Seeley J., Wagner E. (1996) Cigarette smoking, major depression and other psychiatric disorders among adolescents. Journal of Acad Child Adolescent Psychiatr 1996: 35, 1602-1610

Chambless D., Cherney J., Caputo G., Rheinstein B. (1987) Anxiety disorders and alcoholism. A study with inpatient alcoholics. Journal of Anxiety Disorders

Chambers M., Ryan A., Connor S. (2001) Journal of psychiatric and mental health nursing 8, 99-106. Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. Blackwell Science Ltd

Costello E., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arc Gen 2003: 60, 837-844

Drake R., Mercer- Mc Fadden C., Mueser K., Mc Hugo G., Bond G. (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schitsofr Bull 1998: 24, 589-608

ETETNE- julkaisu 1. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001

ETENE- julkaisu 10. Autonomia ja heitteillejätö- eettistä rajankäyntiä. 2004. STM

Gafoor, M. Rassool G. H. 1998a. The co-existence of psychiatric disorders and substance abuse : Working with dual diagnosis patients. Journal advanced of nursing vol 27 (3), 497-502

Gafoor, M., Rassool G. H. 1998b. Working with dual diagnosis clients. Teoksessa: Rassool, G.H., (edit). Substance use and misuse: Nature, context and clinical interventions. Blackwell science.

Gafoor, M. 1997. Substance abuse and mental health. In Rassool, G. H., Gafoor, M. (edit). Addiction nursing. Perspectives on professional and clinical practice. Stanley Thornes Ltd. Cheltenham. 152-158

Goffman, E (1990) Stigma. Notes on the management of spoiled identity. New York.

Gonzales G., Feingold A., Olivetto A., Gonsai K., Kosten T.(2003) Comorbid major depressive disorder as prognostic factor in cocaine- abusing buprenorfine- maintained patients treated with desipramine and contingency management. American Journal of of Drug and Alcohol Abuse. 2003: 29, 497-514

Gournay K. Sandford. . ohnson S. Thornicroft. G. 1997 Dual diagnosis of severe mental health problems and substance abuse : A major priority for mental health nursing. Journal of psychiatric & mental health nursing. 4/1997, 89-95

Haesly A., Wilens T., Biederman J., Van Patten S., Spencer T. (2002) Does more intensive treatment of acute myocardial infarction in elderly reduce mortality? Analysis using instrumental variables. Psychiatry Res 1988:49, 245-253

Heizer J., Pryzbeck T. (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. Journal of Stud Alcohol 1988: 49, 219-244

Holloway, I & Wheeler S. (2000) Qualitative research for nurses. Blackwell science, Oxford.

Holopainen A. (2004) On aika lopettaa päihdepotilaiden syrjintä. Yhteiskuntapolitiikka 2004:4

Inkeroinen T.& Partanen A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. STAKES, Helsinki

Inkinen, M. Partanen, A. Sutinen, T. 2003. Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Johnson J., (2000) Cost Effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis. A literature review and the CCMHCP. Journal of Substance Abuse Treatment 2000:18, 119-127

Johnson J., Cohen P., Pine D., Klein D., Kasen S., Brook J. (2000) Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. JAMA 2000:284, 2348-2351

Jones M. (1975) Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. Journal of Consult Clin Psychol 1975 :36, 27

Kessler R. (2004) Impact of substance abuse on the diagnosis, course, and treatment of mood disorders- The Epidemiology of Dual Diagnosis. Biol psychiatry 2004:56, 730-737

Kessler R., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., Bijl R., Borges G., Caraveo- Anduaga J. (2003) Cross-national comparisons of comorbidities between substance abuse disorders and mental disorders: Results from the international consortium in psychiatric epidemiology. Teoksessa: Bukoski W., Sloboda Z. (2003) Handbook for drug abuse Prevention Theory, Science and Practise. New York, Plenum Publishers, 448-471

Kessler R., Nelson C., Mc Gonagle K., Edlund M., Frank R., Leaf P (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry.1996: 66, 17-31

Kranzler H., Rosenthal R. (2003) Dual diagnosis: Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. American Journal of addict 2003: 12, 526-540

Krueger R. (1999) The structure of common mental disorders. Arch Gen Psychiatry 1999: 56, 921-926

- Kyngäs, H. Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999, 3-12
- Lucasey, B. 2000. Qualitative research and focus group methodology. *Orthoprdic nursing*. Jan/Feb2000, 54-56
- Mc Nichol. E. Torn. A. 1998. A qualitative study utilizing a focus group to explore the role and concept of the nurse practitioner. *Journal of advanced nursing*, 1998, 1202-1211
- Mierlak D., Galanter M., Dermatis H., Jurewicz E. & De Leon G. (1998) Modified therapeutic community treatment for homeless dually diagnosed men. Who completes treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1998: 15, 117-221
- Moggi F., Brodbeck J., Kölzsch K., Hirsbrunner K., & Bachmann K., One year follow up of dual Diagnosis Patients Attending a 4-month Integrated Inpatient Treatment. *Research Report of European Addiction Research* 2002:8, 30-37
- Moggi F., Ouimette P., Finney J. & Moos R. (1999) Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. 1999:60, 856-866
- Moos R., Brennan P., Mertens J. (1994) Diagnostic subgroups and predictors of one-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *J stud alcohol* 1994; 55:173-185
- Munhall P. 2001. *Nursing research. A qualitative perspective*. Jones and Bartlett publishers, Sudbury, Massachusetts.
- Mäkelä R. (2003) *Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus*. Teoksessa Salaspuro M, Kiiianmaa K. & Seppä K. (toim) *Päihdelääketiede*. 2, uudistettu painos. Jyväskylä: Kusatninus oy Duodecim, 183-191
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva, 215- 221

- Ouimette P., Ahrens C., Finney J. (1997) Posttraumatic stress disorder in substance abuse patients. Relationship to one year post-treated outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 1997:11, 34-47
- Pirkola S. & Wahlbeck K. 2004. Huumaussainisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1997-2002. *Suomen lääkäri* 59 (2004):15-16, 1673-1677
- Purola, H., Aavarinne, H., 2001. Fenomenologinen tutkimusprosessi hoitotieteessä- esimerkkinä kotona asuvan aivoverenkiertopotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. *Hoitotiede*, vol 13, no 2/01, 69-77
- Päihdepalveluiden laatusuosituksen (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998*. Yliopistopaino, Jyväskylä
- Regier D., Farmer M., Locke B., Keith S., Judd L.M. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990: 264, 2511-2518
- Rivara F., Mueller B., Somes G., Mendoza C., Rushforth N. & Kellermann A. (1997) Alcohol and illicit Drug Abuse and the Risk of Violent Death in the Home. *Journal of the American Medical Association*. 1997: 7, 569-575
- Roy A., DeJong J., Lamparski D., Adinoff B., George T., Moore V. (1991) Mental disorders among alcoholics: Relationship to age of onset and cerebrospinal fluid neuropeptides. *Arch Gen Psychiatry*. 1991: 48, 423- 427
- Schilder, K., Tomov, T., Mladenova, M., International review of psychiatry (february/May 2004) The appropriateness and use of focus group methodology across international mental health communities
- Steel, M., 1997. Mental illness and substance misuse: A dual diagnosis. *Mental health nursing* vol 17(5), 7-10

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2001:1. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa

Timko C., Sempel J. (2004) Intensity of acute services, self attendance and one- year outcomes among dual diagnosis patients. *Journal of Stud Alcohol* 2004: 65, 274-282

Thomas V. Melchert, T. Banken J. (1999) Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J stud alcohol* 1999: 60. 271-277

Todd J., Green G., Harrison M., Ikuesan B.A., Self C., Baldacchino A. & Sherwood S. (2004) Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: Some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004:11, 48-54.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2003 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vehviläinen- Julkunen K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 26-34.

Vehviläinen- Julkunen K. & Paunonen M. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 26-34.

Virtanen, A. (toim). Salaspuro, M., Partanen, A., Kaukonen O. & Kinnunen A. (2005) Huumausainetilanne Suomessa 2004- kansallinen huumausainevuosraportti EMCDDA:lle. Tilastoraportteja 1/2005. Stakes.

Weissman M., Wolk S., Wickramaratne P., Adams P., Greenwald S. (1999) Children with prepubertal- onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatr* 1999: 56, 794-801

WHO International Consortiumin Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organisation 2000: 78, 413-426

Åstedet-Kurki P., Nieminen H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen- Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 152-163

**Sähköiset lähteet:**

[www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

[www.duodecim.fi](http://www.duodecim.fi) /kaypahoito

[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

**Lait ja asetukset:**

Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989)

Kuntalaki (365/1995)

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992)

Mielenterveyslaki (1116/1990)

Päihdehuoltolaki(41/1986)

Sosiaalihuoltolaki (710/1982)

Suomen perustuslaki (721/1999)