

Charlotta Österman

KAKSOISDIAGNOOSI SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN HAASTEENA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Lokakuu 2020

TIIVISTELMÄ

Charlotta Österman: Kaksoisdiagnoosi sosiaali- ja terveyspalveluiden haasteena
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, kansanterveystiede
Lokakuu 2020

Kaksoisdiagnoosi eli samanaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyys on merkittävä ja kasvava kansanterveydellinen ongelma. Kaksoisdiagnoosi ilmiönä on haasteellinen, sillä häiriöiden yhteisesiintyvyys aiheuttaa moninaisia haasteita yksilölle itselleen että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle. Kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden määrä palvelujärjestelmässä on kasvussa. Arviolta noin puolet mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävistä sairastavat kumpaakin sairautta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella kaksoisdiagnoosia sosiaali- ja terveyspalveluiden haasteena. Tutkielman tarkoitus on nostaa esiin keskeisiä kaksoisdiagnoosiin liittyviä ongelmia sosiaali- ja terveyspalveluissa ja täten tuottaa ajantasainen katsaus siitä, miten monimuotoinen sairaus kaksoisdiagnoosi on ja millaisia haasteita kaksoisdiagnoosiin liittyy yksilölle itselleen että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on jäänyt vähälle huomiolle, eikä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoito ole yltänyt samalle tasolle kuin somaattisten sairauksien hoito. Hajanaisesti järjestetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut vaikeuttavat hoidon saantia ja palveluihin hakeutumista. Myös sairauteen liittyvät erilaiset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat tuovat hoidolle lisähaasteensa ja eikä hoito ja hoitoon ohjaus vastaa sairastuneiden tarpeisiin.

Olennaista on huomioida kaksoisdiagnoosia sairastavien moninaiset tarpeet erilaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja kehittää palveluita yhdessä huomioiden moniammatillisuuden tärkeys. Valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelurakennemuutuksessa eli sote-uudistuksessa on tarkoituksena kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuutta ja integroida hoitoa. Sote-uudistuksen toteutuessa jääkin nähtäväksi, mihin suuntaan mielenterveys- ja päihdepalvelut ja kyseisten häiriöiden hoito kehittyvät käytännössä.

Avainsanat: kaksoisdiagnoosi, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 KAKSOISDIAGNOOSI | 3 |
| 3 KAKSOISDIAGNOOSIN HAASTEET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA | 5 |
| 3.1 Diagnostiikka ja tiedonpuute hoidon haasteena | 5 |
| 3.2 Palvelujärjestelmä palveluiden saannin haasteena | 6 |
| 3.3 Syrjintä ja stigma avunsaannin haasteena | 7 |
| 4 HOIDON KEHITTÄMISEN KULMAKIVET | 9 |
| 4.1 Palveluiden integrointi..... | 9 |
| 4.2 Matalan kynnyksen palvelut..... | 11 |
| 4.3 Moniammatillinen yhteistyö ja osaamisen kehittäminen | 12 |
| 4.4 Sote-uudistuksen mahdollisuudet kaksoisdiagnoosin hoidon kehittämiseksi. | 13 |
| 5 POHDINTA | 15 |
| 5.1 Johtopäätökset..... | 15 |
| 5.2 Eettisyys ja luotettavuus | 18 |
| LÄHTEET | 19 |

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat kasvava ja merkittävä kansanterveydellinen haaste (Wahlbeck ym. 2018, 11). Kaksoisdiagnoosia eli samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden osuus suomalaisessa sosiaali- ja terveystaloudessa on kasvussa (Jurvansuu & Rissanen 2017). Arviolta noin puolet mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavista kärsivät molemmista häiriöistä. (Kuussaari & Hirschovits- Gerz 2016).

Historiallisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöt eivät ole olleet globaali terveysprioriteetti, etenkin kun verrataan tartuntatauteihin ja ei- tarttuviin tauteihin kuten syöpiin ja sydän- ja verisuonisairauksiin. Mielenterveys- ja päihdehäiriötä on usein laiminlyöty ja useissa maissa ne on erotettu perusterveydenhuollosta. Siirtymä pelkämästä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden aiheuttamasta kuolleisuuden tarkastelusta myös kyseisten häiriöiden aiheuttamien tautitaakkojen tarkasteluun on ollut avainasemassa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tärkeyden korostamisessa. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat noin 7,4 % maailmanlaajuisesta tautitaakasta. Näiden häiriöiden aiheuttama tautitaakka on isompi kuin esimerkiksi diabeteksen tai HIV/AIDS:in. (Whiteford ym. 2013.)

Kaksoisdiagnoosi aiheuttaa monia erityishaasteita yksilölle itselleen, että myös koko yhteiskunnalle. Kaksoisdiagnoosi lisää huomattavaa riskiä sairastavuuteen ja kuolleisuuteen ja lyhentää elinajanodotetta noin 20 vuodella sekä aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä sairastuneille ja heidän läheisilleen. (Tammi & Stenius 2014; Kärkkäinen 2016.) Häiriöiden aiheuttamat terveydelliset- ja taloudelliset haitat sekä sosiaaliset riskit ovat merkittäviä (Ministry of Social Affairs and Health 2014, 14; Kärkkäinen 2016).

Moniongelmaisuuksien huomiointi ja tarpeisiin vastaaminen tuottavat sosiaali- ja terveystaloudelle haasteita (Jurvansuu & Rissanen 2017) sillä kaksoisdiagnoosia sairastavat tarvitsevat usein samanaikaisesti useita eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (STM 2016). Jotta palvelujärjestelmä vastaa kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden hoidon tarpeeseen on moniammatillista yhteistyötä sekä palveluiden ja hoidon saantia kehitettävä vastaamaan mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden tarpeita vastaaviksi.

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosista ja sen haasteellisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastelu keskittyy yleiseen katsaukseen siitä mikä kaksoisdiagnoosi on ja miten monimuotoinen sairaus se on yksilölle itselleen että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle.

Tarkoitus on nostaa esiin keskeisiä kaksoisdiagnoosiin liittyviä ongelmia sosiaali- ja terveyspalveluissa, jotta voidaan ymmärtää miten moninaisia asioita kaksoisdiagnoosia sairastavat joutuvat kohtaamaan, mutta myös sitä miten paljon huomioon otettavia asioita sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä joutuu pohtimaan kehittäessään kaksoisdiagnoosia sairastavien hoitoa ja palveluita.

2 KAKSOISDIAGNOOSI

Käsitteen määrittely

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikaisesta esiintyvyydestä käytetään termiä kaksoisdiagnoosi. Kaksoisdiagnoosia sairastavalla henkilöllä on todetun päihdehäiriön lisäksi ainakin yksi muu itsenäinen mielenterveyshäiriö. (Aalto 2018.) Päihdehäiriötä sairastavien yleisimmin sairastamat mielenterveyshäiriöt ovat masennus, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt (Torrens ym. 2015, 69).

Kaksoisdiagnoosipotilailla on erilaisia mielenterveys- ja päihdehäiriötä. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisesti käytössä oleva nimike erilaisille psykiatrisille häiriöille, joihin liittyy psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä tai haittaa. Mielenterveyshäiriötä on monenlaisia ja ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaan. (Huttunen 2017.) Häiriöihin kuuluvat esimerkiksi psykoosit, aivosairauksien tai kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, mielialahäiriöt eli depressiot, pelko- ja ahdistuneisuushäiriöt, paniikkhäiriöt, poikkeukselliset psyykkiset reaktiot, käyttäytymis- ja persoonallisuushäiriöt sekä päihdehäiriöt. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 12–13.)

Päihdehäiriöt luokitellaan mielenterveyshäiriöihin (Marttunen ym. 2016; Wahlbeck ym. 2018, 10). Päihdehäiriöt ovat WHO (2010) määritelmän mukaan terveydelle haitallista tai vaarallista psykoaktiivisten aineiden käyttöä. Huttunen (2018) toteaa päihdehäiriölle olevan ominaista päihteen jatkuva ja pakonomainen käyttö. Terveysongelmat ja sosiaaliset ongelmat kuten rikollisuus ja syrjäytyminen liittyvät usein päihteen haitalliseen käyttöön. (Huttunen 2018.)

Terminä kaksoisdiagnoosi ei kuitenkaan ole täsmällinen, sillä sitä käytetään myös silloin kun henkilöllä esiintyy samalla kertaa useampia mielenterveyshäiriöitä (Aalto 2018). Kaksoisdiagnoosia terminä on kritisoitu ja sen on koettu yksinkertaistavan ja pelkistävän kahden ongelman välisen suhteen monimutkaisuutta ja jättäen huomioimatta sen, että henkilö voi sairastaa yhtä aikaa useampaa kuin kahta sairautta. Termin on nähty olevan myös liian leimaava. Termille on ehdotettu korvaavia vaihtoehtoja kuten samanaikainen

olemassaolo tai samanaikainen esiintyvyys, “co-existing”, “co-occurring”. (Hamilton 2014, 118–119.) Kaksoisdiagnoosi ilmiönä on hyvin monimuotoinen, joten sen määrittelemisen yksiselitteisesti ei ole helppoa. Terminä kaksoisdiagnoosi ei ole vakiintunut klinikoiden käyttöön (Aalto 2007).

Esiintyvyys

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikainen esiintyvyys on yleistä ja kaksoisdiagnoosia sairastavia kohdataan kaikkialla terveydenhuollossa (Vorma & Aalto 2013). Kyseisiin häiriöihin kiinnitetään yhteiskunnassamme yhä enemmän huomiota ja niistä on kehittynyt tärkeä huolenaihe, sillä kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden lukumäärä sosiaali- ja terveyspalveluissa on noussut (Jurvansuu & Rissanen 2017). Arviolta 1-4 % väestöstä sairastaa kaksoisdiagnoosia. Hoitojärjestelmän potilailla luvut ovat suuremmat ja ne vaihtelevat riippuen toimintayksiköstä. Kansanvälisissä tutkimuksissa tehtyjen arvioiden mukaan kaksoisdiagnoosia sairastaa mielenterveyspalveluita käyttävistä 40-60% sekä päihdepalveluita käyttävistä 50-70%. (Aalto 2018.)

Arviolta puolet suomalaisista sairastuvat johonkin mielenterveyshäiriöön elämänsä aikana (Wahlbeck ym.2018, 10). Masennusta sairastavista henkilöistä noin 30 % sairastaa myös päihdehäiriötä. Tämän lisäksi noin 50 %:lla skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on havaittu olevan päihdehäiriö, puolet kyseisiä sairauksia sairastavista ovat siis kaksoisdiagnoosipotilaita elämänsä aikana. (Aalto 2018.)

Vastaavasti taas päihdehäiriötä sairastavilla noin 50-60 %:lla esiintyy mielenterveyshäiriötä (Kuussaari, Karjalainen & Niemelä 2019). Aalto (2018) toteaa, että noin puolella päihdeongelmaisista on persoonallisuushäiriö ja niiden esiintyminen on tavallista päihdehäiriötä sairastavilla. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys päihdehäiriötä sairastavilla on 20-60 % luokkaa (Inkinen ym. 2015, 345). Huumausaineiden käyttäjillä on mielenterveyshäiriötä enemmän kuin alkoholiongelmallisilla. Mitä vakavammasta häiriöstä on kyse, sitä suurempi todennäköisyys on myös mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydelle. (vorma & aalto 2013.)

3 KAKSOISDIAGNOOSIN HAASTEET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

3.1 Diagnostiikka ja tiedonpuute hoidon haasteena

Sterling ym. (2011) toteavat, että historiallisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon on liittynyt paljon kiistanalaisuuksia, sillä päihdeongelmat on voitu nähdä mielenterveydellisten ongelmien synnyttäminä, jolloin pelkän mielenterveyshäiriöiden hoidon on ajateltu poistavan päihdehäiriön. Riippumatta siitä, onko ongelman alkuperä mielenterveyshäiriössä vai päihdehäiriössä, häiriöiden yhtäaikainen esiintyvyys hankaloittaa diagnosointia ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoprosessia. (Sterling ym. 2011.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden erotusdiagnoosi on vaativaa, sillä häiriöt ovat vuorovaikutteisia ja kulkevat sykleissä (Torrens ym. 2015, 20; Aalto & Vormo 2013; Sterling ym. 2011). Aalto (2018) toteaa, että on haastavaa erottaa, onko kaksoisdiagnoosia sairastavalla ollut ensin mielenterveysongelma vai päihdeongelma, sillä päihdehäiriöstä kärsivän henkilön mielenterveyshäiriö voi olla joko päihteiden aiheuttama tai päihteistä johtumaton (Aalto 2018). Näin ollen kausaalisuuden eli syy- seuraussuhteen osoittaminen on hankalaa. Mielenterveyshäiriöt voivat lisätä riskiä päihdehäiriön kehittymiseen, sillä usein käytöllä lievennetään esimerkiksi erilaisia ahdistus- ja masennusoireita ja vastaavasti päihteiden käyttö voi aiheuttaa niiden käyttäjälle mielenterveydellisiä oireita (Huttunen 2018; Sterling ym. 2011). Esimerkiksi krooniset oireet ja vieroitusoireet, jotka ovat syntyneet päihteiden käytöstä voivat olla samankaltaisia kuin mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat oireet (Torrens ym. 2015, 20; Lindholm ym. 2013). Inkinen ym. (2015, 345) toteavat masennuksen olevan useammin seurausta alkoholin käytöstä ja vastaavasti taas päihdehäiriön olevan seurausta ahdistuneisuushäiriöstä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon onnistumisen takaamiseksi on selvitettävä mikä vaikutus päihteillä on mielenterveydenoireiluihin vai ovatko mielenterveyshäiriöt itsenäisiä eli olemassa potilaalla myös ilman päihteiden käyttöä. (Inkinen ym. 2015, 350; Aalto 2018.)

Kuosmanen & Wahlbeck (2018) toteavat mielenterveys- ja päihdehäiriöiden olevan hyvin yleisiä, joten kaikkialla terveydenhuollon palveluissa tulisi olla tarvittava häiriöihin liittyvä perusosaaminen. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa kuitenkin vaikeuttaa hoitohenkilöstön tiedonpuute ja puutteelliset resurssit potilaiden hoidossa, eikä hoitoon ohjaus täten vastaa potilaiden tarpeisiin. (Wahlbeck ym. 2018, 13; Morisano, Babor & Robaina 2014.) Päihteiden käyttäjien samanaikaisten mielenterveydellisten oireiden erottelu on merkittävä ongelma terveydenhuollossa ja diagnosointi vie aikaa. Tämä erottelu on välttämätöntä oikeanlaisen hoidon takaamiseksi. (Aalto 2018.) Jotta avun saanti, palveluihin ohjaus ja hoidon laatu vastaavat kaksoisdiagnoosia sairastavien tarpeisiin, on hoitohenkilöstön omattava laaja asiantuntemus kyseisten häiriöiden hoidossa sekä monipuolisia sosiaalisia valmiuksia (Jurvansuu & Rissanen 2017; Wahlbeck ym. 2018, 13; Hietala 2018). Vorma ym. (2020, 116) toteaaakin mielenterveys- ja päihdeosaamisen kuuluvan yhteen ja niiden hoidon vaativan erityisosaamista.

3.2 Palvelujärjestelmä palveluiden saannin haasteena

Kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön oikeutta hoidon saantiin ohjaava samat lait kuin muitakin potilaita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) toteaa jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla olevan oikeus terveydentilan edellyttämään hoitoon ilman syrjintää ja ihmisarvon loukkausta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Perusoikeuksissa on määritelty jokaisen ihmisen oikeus riittäviin palveluihin, ja välttämättömän turvan saantiin. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saanti ei kuitenkaan toteudu yhdenvertaisesti eikä vastaa riittävällä tavalla potilaiden tarpeisiin. (Vorma ym. 2020, 13.) Viertiö ym. (2017) tuovat ilmi, että merkittävä osa apua tarvitsevista ei hakeudu mielenterveys- ja päihdepalveluiden pariin. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) arvioin mukaan apua tarvitsevista noin puolet ovat mielenterveyspalveluiden piirissä ja päihdepalveluiden noin kolmannes, somaattisten terveydenhuollon palveluiden piirissä taas on vastaavasti valtaosa palveluita tarvitsevista.

Suomessa hoitojärjestelmä on hyvin keskitettyä ja mielenterveys- ja päihdepalveluita järjestetään palvelujärjestelmässämme tällä hetkellä pääasiassa erillään toisistaan (Marttunen ym. 2016; Kuussaari ym. 2019). Mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät jakaudu oikeudenmukaisesti, sillä niiden saatavuus eroaa alueellisesti, väestö- ja

diagnoosiryhmittäin (Wahlbeck ym. (2018, 12). Vastuu mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisestä on kunnilla. Mielenterveyspalvelut ovat tarjolla pääosin terveydenhuollon palveluiden alla, päihdepalvelut taas puolestaan sosiaalipalveluiden alla. Osa kunnista tarjoaa palveluita itse ja osa taas yksityisten palveluiden ja kansalaisjärjestöjen kautta. (Kuussaari ym. 2019; Marttunen ym. 2016; Ministry of Social Affairs and Health 2014, 13–14.)

Hajanaisesti järjestetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut tuovat mukanaan useita ongelmia. Palveluiden saatavuus ja oikea-aikaisuus vaikuttavat negatiivisesti palveluita tarvitseviin ja lisäävät kustannuksia (Marttunen ym. 2016; Kuussaari ym. 2019; Wahlbeck ym. 2018, 12). Lisäksi palveluiden taustalla on toimimattomia palvelukäytäntöjä, hoitopalveluiden ulkopuolelle putoamista ja sosiaalista syrjäytymistä (Wahlbeck ym. 2018, 127; Hietala 2018). Vorma & Aalto (2013) toteavat osan palveluiden saannin esteistä olevan rakenteellisia kuten hoitojonot ja maksusitoumuskäytännöt. Osa taas asenteisiin liittyvää, sillä esimerkiksi myöhästelevä ja päihtynyt asiakas ei ole henkilöstön suosiossa. (Vorma & Aalto 2013.) Huolimatta siitä, onko hoitohenkilökunta pätevää, hajautettu palvelujärjestelmä vaikuttaa palveluihin pääsyyn ja edistää palveluiden käytön lopettamista (Ministry of Social Affairs and Health 2014, 13–14).

Myöhäinen palveluihin hakeutuminen ja heikko avun saanti lisäävät ongelmien kroonistumista ja kalliin laitoshoidon tarvetta (STM 2016). Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä syntyvät hoito, valvonta, sosiaaliturvakulut ovat korkeat. Epäsuorat kustannukset, jotka aiheutuvat työpanoksen- ja tuottavuuden vähenemisestä ovat moninkertaisesti korkeammat verrattuna suoriin kustannuksiin. (Ministry of Social Affairs and Health 2014, 13.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden suorat ja epäsuorat kokonaiskustannukset olivat Suomessa vuonna 2015 noin 11 miljardia. EU-maissa kustannukset olivat yhteensä noin 600 000 miljardia. (OECD/EU 2018, 28.)

3.3 Syrjintä ja stigma avunsaannin haasteena

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy suuri syrjinnän sekä syrjäytymisen riski (Vorma ym. 2020, 13). Yhteiskunnallinen leimaava asenne ja tiedonpuute mielenterveys- ja päihdehäiriöitä kohtaan vaikuttaa potilaisiin, että hoitohenkilökuntaan (Hamilton 2014;

Sterling ym. 2011). Wahlbeck ym. (2018,66,126) mukaan hoitojärjestelmä ei ole sietokykyisin psyykkisesti ja fyysisesti sairaita uupuneita aggressiivisia ihmisiä kohtaan, jotka ovat välittömän avun tarpeessa. Lisäksi potilas voi vaistota kielteisen sekä leimaavan asenteen heitä kohtaan, siksi on tärkeää tarttua hoitohenkilöstön asenteisiin erilaisilla koulutuksilla. (Wahlbeck ym. 2018,66,126.) Häpeän tunne sairauksista voi ajaa häiriöstä kärsivät piilottamaan ongelmansa (Ness, Borg & Davidson 2014) jolloin avun hakeminen ajoissa viivästyy ja häiriöistä osa jää tämän vuoksi hoitamatta (Wahlbeck ym. 2018, 21; Viertiö ym. 2017). Vähäisistä oireista kärsivät henkilöt voivat toivoa puolestaan parantuvansa spontaanisti ilman hoitoa tai saattavat hakeutua hoidon pariin jonkin vähemmän leimaavan syyn perusteella kuten esimerkiksi nukahtamisvaikeuksien tai ahdistuneisuusoireiden takia. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015,346.)

Hamilton (2014) mukaan kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden kohtaamasta stigmatisoinnista yhteiskunnassa ei tiedetä vielä paljoa. Kuitenkin pelkästään mielenterveyshäiriöihin liitetty stigma vähentää palveluihin hakeutumista ja hoidon saannin viivästymistä (STM 2016). Todennäköistä kuitenkin on, että mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavat henkilöt kohtaavat paljon erinäistä leimaamista, mikä puolestaan liittyy sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjintään terveydenhuollon palveluissa (Hamilton 2014). Vormaa ym. (2020) toteaa mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman kuitenkin vähentyneen, mikä ilmenee avoimempaa keskusteluna mielenterveyshäiriöstä ja näyttäytyy hoitoon hakeutumisena (Vormaa ym. 2020,31). Jotta, potilaiden tasa-arvoinen kohtelu ja pääsy terveyspalveluiden pariin onnistuu, edellyttää se koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän suhtautumista mielenterveys- ja päihdehäiriöihin samalla vakavuudella kuin somaattisiin sairauksiin (Ministry of Social Affairs and Health 2014, 19).

4 HOIDON KEHITTÄMISEN KULMAKIVET

Kirjallisuuskatsauksen tässä luvussa hoidon kehittämisen kulmakiviksi on rajattu matalan kynnyksen palvelut, mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointi sekä moniammatillinen yhteistyö ja osaamisen kehittäminen. Tähän kappaleeseen on valittu kirjoittajan itsensä tärkeäksi ja ajankohtaiseksi kokemia hoidon kehittämisen kulmakiviä. Ajankohtaisuutta puoltaa se, että valmisteilla olevassa sote-uudistuksessa yhtenä kehittämiskohteena on mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointi kuten myös matalan kynnyksen palvelut. Moniammatillinen yhteistyö ja osaamisen kehittäminen painottuvat sekä sote-uudistuksessa että myös uudessa mielenterveysstrategiassa, joka on laadittu vuosille 2020–2030. Tämän luvun viimeisessä kappaleessa tarkastellaan valmisteilla olevan sote-uudistuksen mahdollisuuksia kaksoisdiagnoosin hoidon kehittämiseksi.

4.1 Palveluiden integrointi

Kaksoisdiagnoosin hoidossa käytetyt hoitomallit ovat olleet jaksoittainen ja rinnakkainen hoito. Jaksottaisessa hoitomallissa tarkoituksena on hoitaa ensin toista ongelmaa niin kauan kun hoidossa on edistytty tarpeeksi ja tämän jälkeen aloitetaan toisen ongelman hoito. Rinnakkaisessa hoitomallissa puolestaan hoidetaan kumpaakin ongelmaa samanaikaisesti mutta eri hoitopaikoissa. Kyseiset hoidon järjestämisen mallit eivät ole usein riittäviä etenkin vaikea-asteisen mielenterveys- tai päihdehäiriön hoidossa. (Aalto 2018.) Inkinen ym. (2015, 346) toteavatkin, että erityisesti vaikea-asteisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitojen tulee olla integroitua.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroinnissa tarkoituksena on, että näitä usein yhdessä esiintyviä häiriöitä hoidetaan yhtenäisenä kokonaisuutena ja integroituna muuhun terveydenhuoltoon (Ahtiainen 2019; Viertiö ym. 2017). Kyseissä integroidussa hoitomallissa sama hoitotaho toteuttaa sekä mielenterveys- että päihdehäiriön tutkimuksen, hoidon ja seurannan (Aalto 2018). Aalto (2018) toteaa, että kyseinen integroitu hoitomalli on lisääntynyt mutta ei ole vielä kaikkien potilaiden saatavilla. Lundgren ym. (2014) toteavat, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation voivan parantaa mahdollisuuksia

nopeampaan toipumiseen häiriöistä. Paranemisen ennusteen on todettu heikkenevän, mikäli häiriötä ei hoideta yhdessä (Torrens ym. 2015,7; Kelly & Daley 2013). Kuussaari & Hirschovits- Gerz (2016) toteavatkin, että mikäli potilas huomioidaan vain päihdepalveluissa tai mielenterveyspalveluissa, jää kokonaisuus hoitamatta.

Wahlbeck ym. (2018,126) mukaan ylätasolla valmiiksi suunnitellut palvelukokonaisuudet eivät usein vastaa kuitenkaan sellaisenaan palvelunkäyttäjien monimuotoiseen elämäntilanteisiin. Näin ollen suunnitteluun tulisi pyrkiä ottamaan mukaan myös palveluiden käyttäjät. (Wahlbeck ym. 2018,126.) Onkin tärkeä huomioida, että kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden hoitoon liittyy paljon erityistarpeita, sillä mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavat henkilöt tarvitsevat usein samanaikaisesti useita eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (STM 2016; kärkkäinen 2016; Samposalo ym. 2018).

Sosiaalihuollon tarjoama tuki asumiseen ja raha-asioihin on usein tarpeellista, sillä sosiaalisten ongelmien kuten työttömyyden ja syrjäytymisen esiintyvyyttä kaksoisdiagnoosia sairastavilla on yleistä (Lindholm ym. 2013). Esimerkiksi ensisuoja- ja yöpyvistä asunnottomista henkilöistä noin 80-90%:lla oli mielenterveyshäiriö ja 80%:lla päihderiippuvuus (Vorma 2020, 33). Rush ja Nadeaun (2011) toteavat, että mielenterveys- ja päihdehoidon integraation tulisi kattaa lisäksi kaikki asiakkaalle tärkeät palvelut kuten työvoima ja asumispalvelut sekä toimeentuloon liittyvät palvelut. Wahlbeck ym. (2018, 34) huomauttaakin sosiaalityön integroinnin mielenterveys- ja päihdepalveluihin olevan keskeistä, kun tarkoituksena on saada esimerkiksi päihdehäiriöstä toipuvia henkilöitä työelämän tai koulutuksen pariin.

Tämän lisäksi kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden hoitoa suunniteltaessa on otettava huomioon lisäksi erinäiset somaattiset sairaudet kuten esimerkiksi infektiot (Inkinen ym. 2015, 346). Sillä mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden taudinkuvaan lisäksi kohonnut riski sairastua erilaisiin somaattisiin sairauksiin, näitä ovat esimerkiksi HIV- ja hepatiitti C virusinfektio- ja verenpainetauti (Sterling ym. 2011; Torrens ym. 2015, 20). Mitä vakavampia mielenterveys- ja päihdehäiriötä hoidetaan, sen todennäköisempää on, että potilaalla on samalla somaattisia sairauksia (Aalto & Vorma 2013).

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä ja palveluita yhdistäessä on otettava

huomioon se, että mielenterveys- ja päihdehäiriöitä on olemassa hyvin erilaisia ja hyvin eritasoisia (STM 2016). Hoitojärjestelmä toimii tehokkaimmin silloin, kun asiakkaita hoidetaan keskittyen kokonaisuutena heidän tarpeisiinsa. Olennaista on, että hoitoketju pystyy tarjoamaan monipuolista hoitoa huomioiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden aiheuttamat oireet yhdessä. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito- suositus 2015.) Aalto (2007) toteaa integroitua hoitoa kannattavien tahojen ilmaisseen hyvin sen, että kaksoisdiagnoosia sairastavien henkilöiden hoito on aina integroitua, kysymys on siitä, tapahtuuko hoidon integrointi palvelujärjestelmän vai potilaan toimesta.

4.2 Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palveluiden tarkoituksena on saavuttaa niitä henkilöitä, jotka ovat jääneet palvelujärjestelmän ulkopuolelle erinäisistä syistä. Tarkoituksena on varhainen puuttuminen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden pahenemiseen ja sosiaalisen osallisuuden lisääminen etenkin huono-osaisille (Leemann & Hämäläinen 2015). Matalan kynnyksen palvelut ja vertaistuki tarjoavatkin välitöntä apua mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastaville ja myös ehkäisevät päivystykseen hakeutumista (Wahlbeck ym. 2018, 13). Varhaisen hoidon ja ennaltaehkäisevien toimien vaikutus estää tutkitusti mielenterveys- ja päihdehäiriöiden pahenemisen ja vähentää häiriöistä syntyviä kustannuksia (Valtioneuvosto 2018; Wahlbeck 2018,12)

Matalan kynnyksen palvelut tuovat mukanaan kuitenkin ongelmia, sillä Leemann & Hämäläinen (2015) toteavat, että matalan kynnyksen palveluista suurin osa on kolmannen sektorin järjestämää ja matalan kynnyksen palvelut näyttäytyvät usein erillisenä osana muusta palvelujärjestelmästä ja täten korostavat muun palvelujärjestelmän kautta haettavan avun saannin korkeaa kynnystä. Matalan kynnysten palveluiden tulisi olla väylänä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä osana palvelujärjestelmää (Leemann & Hämäläinen 2015.) Wahlbeck ym. (2018,13, 73) toteaaakin, että huono-osaisimmat jäävät matalan kynnyksen palveluiden pariin niiden helppouden vuoksi, eikä etenemistä hoidossa tapahdu, mikäli hoitojärjestelmä ei madalla kynnystä hakeutua muiden palveluiden pariin.

Kuosmanen & Wahlbeck (2018) mukaan perusterveydenhuollossa on tärkeää keskittyä tavoittamaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä henkilöitä ja tarjoamaan hoidon alkuvaiheessa monipuolista apua eri menetelmin. Tämän lisäksi perusterveydenhuoltoon

sekä erikoistuneisiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi lisätä matalan kynnyksen palveluita, jotka ovat helposti saatavilla. Osa ihmisistä ei pysty sitoutumaan hoitopaikoissa tarjottavaan apuun, jolloin apu on vietävä heidän luokseen. Näin ollen verkossa toimivat palvelut on otettava osaksi hoitoa. (Kuosmanen & Wahlbeck 2018.)

Vorma ym. (2020, 49) toteavat matalan kynnyksen palveluiden tarjoamisen mielenterveys- ja päihdeasiakkaille sekä perusterveydenhuollossa että lähipalveluissa kuten esimerkiksi oppilaitoksissa olevan yksi ehkäisykeino itsemurhakuolleisuuden torjumiseksi (Vorma ym. 2020, 49). Tärkeintä on mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen yhdessä niin, että matalan kynnyksen palvelut, psykiatrinen erikoissairaanhoido ja päihdehuolto takaavat yhtäläisen pääsyn palveluiden pariin (Viertiö ym. 2017).

4.3 Moniammatillinen yhteistyö ja osaamisen kehittäminen

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy erilaisia lieveilmiöitä kuten korkea itsemurhariski ja rikollisuus. Itsemurhien sekä rikollisuuden esiintyvyys on kaksoisdiagnoosia sairastavilla henkilöillä suurempi kuin yksittäistä sairautta sairastavilla. (Torrens ym. 2015, 7,20.) Esimerkiksi noin 80 %:lla vangeista on todettu olevan jokin mielenterveyshäiriö, joista yleisimmät ovat päihderiippuvuus tai persoonallisuushäiriö (Vorma ym. 2020, 33). Wahlbeck ym. (2018,74) toteaa vankien mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyneen merkittävästi, tämän vuoksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden saumaton yhteistyö vankien vapautuessa on perusteltua (Wahlbeck ym. 2018, 74). Lieveilmiöt kertovat mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivien henkilöiden laajoista ongelmista, mutta myös hoidon puutteesta ja yhteiskunnan eri instituutioiden kuten poliisin ja sosiaali- ja terveydenhuollon välisistä työnjaoista. Osana hoitoa on tärkeä ottaa huomioon uusintarikollisuuden ehkäisy, sillä hoidolla voi olla rikoksia vähentävä tai estävä vaikutus. (Hirschovits- Gerz ym. 2016; STM 2016, 26.)

Puolestaan itsemurhan tehneistä henkilöistä noin 90 %:lla on mielenterveyshäiriö. Huomattavalla osalla itsemurhan tehneistä on tämän lisäksi myös päihdeongelma (THL 2015, 24; Vorma ym. 2020, 51–55; Pirkola ym. 2009). Itsemurhia tehtiin vuonna 2018 noin 800 ja noin 80 % itsemurhan tehneistä on ollut yhteydessä terveydenhuoltoon viimeisten elinviikkojensa aikana. Tämä kertoo siitä, miten suuria puutteita terveydenhuollossa on

itsemurhariskissä olevien tunnistamisessa. (Vorma ym. 2020 51; Wahlbeck ym. 2018, 115.) Kansainvälisesti tarkasteltuna itsemurhien lukumäärä on Suomessa korkea, vaikka itsemurhien lukumäärä onkin laskenut (Vorma ym. 2020, 51–55; Ministry of Social Affairs and Health 2014, 35).

Vorma ym. (2020, 54) toteaa ensihoidon henkilöstön ja päivystyksessä työskentelevien olevan avainasemassa itsemurhariskin tunnistamisessa. Wahlbeck ym. (2018, 125) mukaan kuitenkin suurin osa itsemurhaa yrittäneistä saa hoitoa päivystyksestä eikä päivystys- ja ensihoitohenkilöstön mielenterveys- ja päihdeosaaminen ole näin ollen riittävää. Monitoimijapäivystyksien lisääminen voi tuoda apua heille, jotka eivät koe saamansa apua terveydenhuollon tarjoamassa perinteisessä päivystyksessä. (Wahlbeck ym. 2018, 125.) Itsemurhariskien tunnistamiseen on hoitojärjestelmässämme kiinnitettävä eri tahoilla huomiota, sillä itsemurhakuolleisuuden taustalla on mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lisäksi monitahoisia ongelmia, esimerkiksi taloudelliset ongelmat. Itsemurhien ehkäisemiseksi on tärkeää lisätä yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen palveluiden ja muun hoitojärjestelmämme välillä. (Vorma ym. 2020, 51–55; THL 2015, 24; Ministry of Social Affairs and Health 2014, 35.)

Mielenterveys- ja päihdeosaajien sijoittaminen päivystyspalveluihin on hyödyllistä, sillä päivystysten henkilökunnan osaamista vahvistamalla voidaan tunnistaa ongelmien alkuperä ja ohjata asiakkaat heti tarvitsemansa hoidon pariin (Wahlbeck ym. 2018, 120). Esimerkiksi Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan päihde- ja mielenterveysongelmien todettiin olevan taustalla noin 30 % ensiavun käynneistä, jotka alustavasti kirjattiin onnettomuuden tai fyysisen sairauden aiheuttamaksi (Fulbrook & Lawrence 2015). On kuitenkin otettava huomioon, onko mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiin tuominen hoidon yhteydessä leimaavaa, mikäli päivystykseen on tultu fyysisten vammojen vuoksi.

4.4 Sote-uudistuksen mahdollisuudet kaksoisdiagnoosin hoidon kehittämiseksi

Valmisteilla olevan sosiaali- ja terveystieteiden palvelurakennemuutoksen eli sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat muun muassa yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystieteiden turvaaminen kaikille suomalaisille sekä palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen. Sote-uudistuksessa tärkeää on, että

palvelut ovat integroituja, hoitoketjut toimivat joustavasti ja tarpeenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut tavoittavat kaikki ihmiset. (Valtioneuvosto 2020.)

Sote- uudistuksessa on tarkoituksena luoda täysin uusi laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus eli sote-keskus. Tulevassa sote-keskuksessa tarkoituksena on tarjota päihde- ja mielenterveyspalvelut osana tavallisia perustason palveluita sekä parantaa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa olevien somaattista terveydenhuoltoa sekä integroida somaattisten sairauksien vuoksi hoidossa olevien mielenterveyspalveluita yhteen. Tämän lisäksi on tarkoitus parantaa perustason ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamisen ja interventioiden lisäksi. Myös nuorten matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on tavoitteena sote- uudistuksessa. Varhainen tuki ja ongelmiin puuttuminen ajoissa vähentää tutkitusti mahdollisia tulevia riskejä ja edistää toipumista. Tarkoituksena on integroida eri tahojen työtä kuten matalan kynnyksen mielenterveyttä vahvistavien palveluiden vientiä osaksi oppilaitoksia. (STM 2020,13, 24.)

Sote-keskuksessa tavoitellaan lisäksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatiota, jossa tarkoituksena on, että sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat vahvoina kumppaneina sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Tässä integraatiossa on lähtökohtana turvata sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuus väestölle matalan kynnyksen idealla. Tämän lisäksi huomioidaan sosiaalihuollossa asioivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden hyvinvointi, toimintakyky ja arjen sujuminen. (STM 2020,13.) Ammattiryhmien yhteistyön saumattomuuden varmistaminen sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palveluiden integraatiossa on keskeistä, jotta palvelut eivät ole hajanaisia. Palveluiden yhteensovittamisen tavoitteena on taata yhtenäiset hoitoketjut ja myös kehittää täten paljon palveluita tarvitsevien ihmisten hoitoa ja hoivaa. (Valtioneuvosto 2020.)

Nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja palveluiden käyttö eivät vastaa riittäväällä tavalla ihmisten tarpeisiin. Palvelujärjestelmä ei tuota oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta, sillä esimerkiksi perustason palveluiden saanti, ennaltaehkäisy ja kuntoutus eivät toteudu riittäväällä tavalla. (STM 2020, 11.) Wahlbeck ym. (2018, 15) huomauttaakin sote-uudistuksen tarjoavan ainutlaatuisen mahdollisuuden järjestää mielenterveys- ja päihdetyö toimivana ja vaikuttavana kokonaisuutena, häiriöiden ehkäisystä aina kuntoutukseen saakka.

5 POHDINTA

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa kaksoisdiagnoosista ja sen haasteellisuudesta sosiaali- ja terveystalvveluissa. Katsauksessa tarkasteltiin kaksoisdiagnoosin esiintyvyyttä, haasteellisuutta sosiaali- ja terveystalvveluissa sekä hoidon kehittämisen kulmakiviä. Katsauksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten monimuotoinen ilmiö kaksoisdiagnoosi on ja miten moninaisia haasteita kaksoisdiagnoosiin liittyy sosiaali- ja terveystalvveluissa. Kaksoisdiagnoosia sairastavat joutuvat kohtaamaan haasteita sairauden, että myös yhteiskunnan kuten palvelujärjestelmän aiheuttamien haasteiden kautta.

5.1 Johtopäätökset

Kaksoisdiagnoosin tutkimuksen kannalta olisikin hyvä ensiksi tarkentaa termin käyttöä, jotta voidaan olla yksimielisiä siitä, ketä tarkoitamme puhuttaessa kaksoisdiagnoosia sairastavista henkilöistä (Hamilton 2014). Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyydelle olisikin hyvä löytää termi, jota tulevaisuudessa käytetään ilman epäselvyyksiä termin tarkoituksesta.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaisen tuen palvelut eivät toteudu STM (2020,11) mukaan riittävällä tavalla eikä painopistettä ole saatu siirrettyä varhaisen tuen suuntaan. Valmisteilla olevan sote- uudistuksen tavoitteena oleva nuorten matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on merkityksellistä, sillä varhainen tuki ja ongelmiin puuttuminen ajoissa vähentää tutkitusti mahdollisia tulevia riskejä ja edistää toipumista. (STM 2020,13, 24.) On ensiarvoisen tärkeää ehkäistä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden välittymistä sukupolvilta toisille, sillä ylisukupolvistumisen huomiointi ja ongelmien tunnistaminen auttaa riskiryhmässä olevia perheitä, lapsia ja nuoria vähentämään sairastavuuden riskiä (Ministry of Social Affairs and Health 2014,33). Lapsille ja nuorille suunnatut interventiot vaikuttavat aikuisiän terveyteen (STM 2020, 11). Yhteiskunnallisia toimia tulisikin suunnata yhä enemmän mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn.

Suurimmat haasteet kaksoisdiagnoosin hoidossa liittyvät sairauden monimuotoisuuteen ja siihen, että palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan apua tarvitsevien tarpeisiin. Lisäksi hajanaisesti ja erillään järjestetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut vaikeuttavat hoidon saantia, kaksoisdiagnoosia sairastavia käännytetään palveluista toiseen eikä mikään taho välttämättä ota heitä hoitaakseen (Jurvansuu & Rissanen 2017). Kandidaatintyössä on noussut esiin, että kaksoisdiagnoosin hoito ja palveluiden järjestäminen on monimutkaista, sillä mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat monimuotoisia sairauksia ja häiriöiden samanaikainen esiintyvyys vaikeuttaa sairauden hoitoa, että myös siitä paranemista.

Tämän kandidaatintutkielman pohjalta voidaan todeta, että mielenterveys- ja päihdepalveluita on kehitettävä yhdessä, sillä mielenterveys- ja päihdehäiriöt liittyvät vahvasti toisiinsa (Laitila 2013,16). Mikäli potilas huomioidaan vain päihdepalveluissa tai mielenterveyspalveluissa, jää kokonaisuus hoitamatta (Kuussaari & Hirschovits- Gerz 2016). Keskiöön mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoidon ja kyseisten palveluiden kehittämisessä nouseekin moniammatillisen yhteistyön ja osaamisen kehittämisen tärkeys osana palveluiden integrointia. Moniammatillisen yhteistyön ja osaamisen hyödyntäminen kaksoisdiagnoosin hoidossa on olennaista, sillä mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien elämään voivat liittyä monet erilaiset ongelmat kuten somaattiset sairaudet, sosiaaliset- ja taloudelliset ongelmat sekä kohonnut itsemurhariski ja rikollisuus.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroimisessa on otettava kuitenkin huomioon, ettei moniammatillinen yhteistyö ja palveluiden integrointi välttämättä paranna hoitoa, sillä esimerkiksi A-klinikan työntekijät näkevät mielenterveys- ja päihdetyön yhdistämisessä olevan uhkia ja päihdetyön erityisosaamisen jäävän lääketieteen jalkoihin. Toimivan mielenterveys- ja päihdehoidon yhdistämisen lähtökohtana on yhteinen toimintakulttuuri ja käsitys siitä, että jokaisen erityisosaaminen tunnustetaan ja jokainen ammattiryhmä täydentää toista. Moniammatillinen yhteistyö on pahimmillaan epätietoisuutta vastuista ja potilaiden pompottelusta muiden vastuulle, jolloin avuntarvitsija on umpikujassa vailla riittävää hoitoa. (Väyrynen, Lindh & Romakkaniemi 2016.)

Valmisteilla oleva sote- uudistus antaa toteutuessaan mahdollisuuden vähentää mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien palveluiden saantiin liittyvää eriarvoisuutta. Lisäksi palveluiden integrointi voi toteutuessaan mahdollistaa kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön hoidon kokonaisuutena huomioiden sairauden laaja-alaiset tarpeet. On

kuitenkin huomioitava, että sosiaali- ja terveystalvuluita kehittämällä ei voida poistaa väestön kaikkia hyvinvointi- ja terveyseroja, mutta kyseisillä palveluilla on siinä keskeinen rooli (Manderbacka ym.2017). Tarvitaan myös sosiaalisia muutoksia kaksoisdiagnoosia sairastavia henkilöitä kohtaan. Olennaista on, että epätasa-arvoinen kohtelu palveluiden saannin suhteen poistuu mutta olennaista on myös kohdata ihminen inhimillisesti ja kokonaisvaltaisesti. (Ness ym. 2014.)

Pohdittavaksi jää miten syrjintää, kielteistä asennetta ja stigmaa koskevat muutokset poistetaan mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavia henkilöitä kohtaan. Tähän eivät palvelurakenteelliset uudistukset ja moniammatillisen yhteistyön integrointi pysty. Huomio tulisi suunnata miten estäviä ja kielteisiä asenteita ja toimintakulttuurisiin tapoja tunnistetaan (Väyrynen, Lindh & Romakkaniemi 2016). Toimintakulttuurisia tapoja ja asenteita muuttamalla myös syrjintä, leimaaminen ja apua hakevien vähättely voivat vähentyä. Sote-uudistuksen mahdolliset muutokset kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja palveluiden saantiin palvelujärjestelmässä jäävät nähtäväksi. Tällä hetkellä kuitenkin kaksoisdiagnoosia sairastavien mahdollisuudet tarvittavaan hoitoon, että hoitoon pääsyyn sosiaali- ja terveystalvuluissa ovat eriarvoistavat eivätkä toteudu tarpeisiin nähden vastaavalla tavalla.

Tämä kirjallisuuskatsaus on keskittynyt nostamaan esiin keskeisiä kaksoisdiagnoosia sairastavien kohtaamia ongelmia sosiaali- ja terveystalvuluissa, jotta voidaan ymmärtää miten moninaisia asioita kaksoisdiagnoosia sairastavat joutuvat kohtaamaan, mutta myös sitä miten paljon huomioon otettavia asioita sosiaali- ja terveystalvulujärjestelmä joutuu pohtimaan kehittäessään kaksoisdiagnoosia sairastavien hoitoa ja palveluita. Kirjallisuuskatsaus nostaa esiin aiheen tutkimisen tärkeyttä ja sen kansanterveydellistä ja yhteiskunnallista merkitystä.

Katsauksen aihe kaksoisdiagnoosi on hyvin monimuotoinen ja täten jättää paljon tilaa jatkotutkimukselle. Tätä kirjallisuuskatsausta voisi hyödyntää kaksoisdiagnoosin ja sen hoidon kehittämisessä. Lisäksi valmisteilla olevan sote- uudistuksen toteutuessa voisi tutkia miten sosiaali- ja terveystalvulujärjestelmän muutokset tulevat näkymään kaksoisdiagnoosin esiintyvyydessä.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot koostuivat kansallisista että kansainvälisistä lähteistä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset pohjautuvat useisiin eri lähteisiin, jolloin moniäänisyys nousee esiin ja tiedon luotettavuus kasvaa. Tutkielmassa on hyödynnetty useita eri lähteitä ja tutkimusalojen tietoa, jotta saadaan mahdollisimman kattava kuva käsiteltävästä aiheesta. Käytetyistä lähteistä suurin osa on viimeisimmän kymmenen vuoden ajalta. Lähdeaineistoa valittaessa ei asetettu rajauskriteereitä, joten rajausta ohjasivat kirjoittajan omat mielenkiinnon kohteet ja tutkittavaan aiheeseen liittyvä ajankohtaisuuden näkökulma. Tutkielmassa käytetyt lähteet ovat pääasiallisesti alkuperäisiä lähteitä, sillä tarkoituksena on ollut tavoittaa tiedon alkuperä. Työ ei ole tehty systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jolloin osa aihepiiriin kuuluvista lähteistä on voinut jäädä pois.

TENK (2012,6) mukaan tutkimuseettisesti näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ovat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus tulosten esiin tuomisessa sekä julkaisuihin viittaaminen asianmukaisella tavalla. (TENK 2012,6). Tämän kandidaatintutkielman teossa on huomioitu eettisyys ja täten noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkielman jokaisessa vaiheessa huomioitiin rehellisyys ja tarkkuus. Lähteisiin on viitattu asianmukaisella tavalla ja omat ajatukset on erotettu muiden ajatuksista.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim. Katsaus. 2007. 123(11):1293–1298. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96517> (Viitattu 1.9.2020.)
- Aalto, M. 2018. Huumeet ja mielenterveys. Teoksessa Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S.(toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 199–204.
- Ahtiainen, H. 2019. Kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kustannukset vuonna 2018. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 5/2019.
- Alkoholiongelman hoidon Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015. Saatavilla osoitteesta: www.kaypahoito.fi (viitattu 10.9.2020).
- Fulbrook, P. & Lawrence, P. 2015. Survey of an Australian general emergency department: estimated prevalence of mental health disorders. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/jpm.12191>
- Hamilton, I. 2014. The 10 most important debates surrounding dual diagnosis. Advances in dual diagnosis 7(3), 118–128
- Hasin D., Samet S. & Nunes, E. 2006. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. Am J Psychiatry. 163: 689–696.
- Hietala, O. 2018. Eriarvoisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 22. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-153-9>
- Hirschovits-Gerz, T., Kuussaari, K., Stenius, K. & Tammi, T. 2016. Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkkinä tarveanalyysissä seitsemän kuntaa. Yhteiskuntapolitiikka (2016) 81:2. 95–205.
- Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002 (Viitattu 29.9.2020).

- Huttunen, M. 2018. Päihde- ja huumeriippuvuus. Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414 (Viitattu 1.10.2020).
- Inkinen, M., Holmber, J., Partanen, A., Kylmänen, P. & Saarinen T. 2015. Teoksessa Partanen, A., Hoömerberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo- Chydenius, S. 2014 Päihdehoitotyö 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 2015. Print.
- Jurvansuu, S. & Rissanen, P. 2017. Päihde- ja mielenterveystyön yhdistäminen: sektorirajat ylittävä toiminta päihde- ja mielenterveysyhdistyksissä. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 2/2017. 3–11.
- Kaskela T., Pitkänen, T., Tourunen, J., Valkonen, J., Härkönen J., Suvisaari, J., Wahlbeck, K. & Kaikkonen, R. 2014. Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat –ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014, 21–28.
- Kelly, TM. & Daley, DC. 2013. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. Soc Work Public Health. 28(0): 388–406.
- Kuosmanen, L. & Wahlbeck, K. Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut tavoittavat apua tarvitsevat? Tutkimuksesta tiiviisti 26, syyskuu 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. 2016. Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. Scandinavian Journal of Public Health Vol. 44, No. 2. 202–208.
- Kuussaari, K., Karjalainen, K. & Niemelä, S. 2019. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 55, 507–516. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01753-3>
- Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus - mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. Duodecim 132(17):1505–1506. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13284>
- Laitila, M. 2013. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia - Opas strategiseen suunnitteluun. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 1–47.

Laki potilaan asemista ja oikeuksista 17.8.2991/785. (Viitattu 29.9.2020).

Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. (2015). Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteesta: www.thl.fi/sokra.

Lindholm, L., Luoto, K., Koivukangas, A. & Kampman, O. 2013. Psykye plus ja päihteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Päihdepsykiatrian- teema, katsaus. Duodecim. 129: 2057–2062.

Lundgren, L., Wilkey, C., Chassler, D., Sandlund, M., Armelius, B-Å., Armelius, K. & Brännström, J. 2014. Integrating addiction and mental health treatment within a national addiction treatment system: Using multiple statistical methods to analyze client and interviewer assessment of co- occurring mental health problems. Nordic studies on alcohol and drugs VOL 31.2014, 59–79.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim 12–31.

Manderbacka, K., Aalto, M-A., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. 2017. Eriarvoisuus somaattisissa terveystalveissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017

Marttunen, M., Kärkkäinen, J & Suvisaari, J. 2016. Mielenterveystalveut. Alakohtainen arviointi syyskuu 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2016. Helsinki.

Ministry of Social Affairs and Health. 2014. Plan for mental health and substance abuse work. Proposals for development of mental health and substance abuse work 2015 Progress review and actions to be intensified in regard to implementation. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2013:18. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Morisano, D., Thomas, F. Babor, TF. & Robaina, KA. 2014. Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. Nordic studies on alcohol and drugs. Vol 31. 2014. 5–25.

Ness, O., Borg, M. and Davidson, L. 2014. Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives, Advances in Dual Diagnosis 7(3), pp. 107–17.

- OECD/EU.2018.Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Partanen, A, Holmberg, J, Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 196–346.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. 2009. Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *The Lancet*, 373(9658), 147–153.
- Rush, B. R. & Nadeau, L. 2011. On the integration of mental health and substance use services and systems. *Responding in Mental Health-Substance Use*, Oxford UK: Radcliffe Publishing Ltd. 148–175.
- Samposalo, H., Kuussaari, K., Hirschovits-Gerz, T., Kaukonen, O., Partanen, A. & Vormaa, H. 2018. Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 83 (2018):150–161
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. <https://soteuudistus.fi/documents/16650278/20529791/Tulevaisuudensotehakuopas.pdf/3ef1557c-feab-845b-799f-092e123fd67f/Tulevaisuudensotehakuopas.pdf>
- Sterling, S., Chi, F. & Hinman, A. 2011. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical and mental health conditions. Vol. 33, No. 4. 338–349.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Viitattu 14.10.2020).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? THL – Työpaperi 20/2015: 232–238.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J-I. & Damingo-Salvany, A. 2015. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2015.

Valtioneuvosto. 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutos. Saatavilla osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-ra-kenneuudistus> (Viitattu 1.10.2020).

Viertiö, S., Partanen, A., Kaikkonen, R., Härkänen, T., Marttunen, M. & Suvisaari, J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. (133):292–300.

Vorma, H & Aalto, M. 2013. Päihdepsykiatrisen osaamisen tarve kasvaa. Duodecim. 129(19):2049–2050 <https://www.duodecimlehti.fi/duo11261> (Viitattu 28.8.2020).

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. (toim.) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>

Väyrynen, S., Lindh, J. & Romakkaniemi, M. 2016. Päihde- ja mielenterveyden yhteinen toimijuus hakee muotoaan. Tiimi. Päihdetyön erikoislehti 2/2016: 6–10.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017.

Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Burstein, R., Murrain, C. & Vos, T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 382(9904), 1575–1586.

World Health Organization (WHO). 2010. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ (Viitattu 8.9.2020).