

”NÄÄ IHMISET ON HYVIN ERIARVOESSA ASEMASSA”

–Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyvät haasteet ja ongelmakohdat
psykiatrisissa sairaaloissa sosiaalityöntekijöiden kuvaamina

Raisa Kurkela
Pro gradu -tutkimus
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2013

Tiivistelmä

”NÄÄ IHMISET ON HYVIN ERIARVOESSA ASEMASSA” –Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyvät haasteet ja ongelmakohdat psykiatrisissa sairaaloissa sosiaalityöntekijöiden kuvaamina

Raisa Kurkela

Pro gradu -tutkimus

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2013

Ohjaajat: Elina Virokannas, Mirja Satka

Sivumäärä: 82 + liitteet 3 sivua

Tässä tutkimuksessa selvitän sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamia haasteita ja ongelmakohtia psykiatrisessa sairaalassa hoitoprosessin aikana. Haasteilla ja ongelmakohtilla tarkoitan niitä asioita, jotka toimivat joko esteinä tai hankaloittavat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon ja avun saamista. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat marginaalinen ryhmä yhteiskunnassa ja syrjäytymisriskiä voidaan heidän kohdallaan pitää suurena johtuen mm. palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta.

Aineistoni koostuu kuuden psykiatrisessa sairaalassa työskentelevän sosiaalityöntekijän haastattelusta. Keräsin aineiston puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla ja analyysin toteutin käyttäen Derek Layder adaptiivisen teorian mallia. Aineiston analyysissä olen hyödyntänyt aiempaa tutkimusta ja esittelen omia tutkimustuloksiani peilaten niitä aiempaan tutkimukseen, vuoropuhelumaisesti.

Sosiaalityöntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat hoitoprosessin aikana paljon haasteita. Suurimmiksi haasteiksi nousivat lukuisat sosiaaliset ongelmat, asenteellisuus päihdeongelmaisista kohtaan sekä palvelujärjestelmän hajanaisuus ja sen aiheuttamat esteet palveluiden ja avun saannille. Sosiaalityöntekijöiden mukaan haasteita oli löydettävissä perustarpeiden, kuten asumisen ja toimeentulon suhteen. Sosiaalityöntekijät kuvasivat työntekijöiden asenteellisuuden vaikutusta hoitoon pääsyyn sekä avun saantiin. Asenteellisuuden nähtiin aiheuttavan ongelmia myös yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutumiseksi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. Suurimpana haasteena sosiaalityöntekijät toivat esiin palvelujärjestelmän pirstaleisuuden, minkä nähtiin pahimmillaan johtavan siihen, ettei mitään apua ollut saatavilla. Sosiaalityöntekijöiden mukaan päihdepalveluissa potilas saatetaan arvioida liian ”psykiatriseksi” ja mielenterveyspalveluissa edellytetään päihteidenkäytön hallintaa. Sosiaalityöntekijöiden mukaan tarpeenmukaisia palveluita on vain vähän, jos lainkaan, ja myös hoidon jatkuvuus kärsii palvelujärjestelmän rakenteiden vuoksi.

Avainsanat: kaksoisdiagnoosi, syrjäytyminen, terveydenhuollon sosiaalityö, päihteet, syrjintä, mielenterveysongelmat

Sisällys

1. JOHDANTO	4
2. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA LÄHTÖKOHDAT	9
2.1. MARGINALISAATIO, SYRJÄYTYMINEN JA EKSKLUUSIO	10
2.2. PSYKKINEN SAIRASTAMINEN JA PÄIHDEONGELMAT	14
2.2.1. <i>Mielenterveyden häiriöt</i>	15
2.2.2. <i>Päihteiden käyttö</i>	16
2.2.3. <i>Kaksoisdiagnoosi</i>	18
2.3. JAKAUTUNUT PALVELUJÄRJESTELMÄ	21
2.3.1. <i>Päihdepalvelujärjestelmä</i>	21
2.3.2. <i>Mielenterveyspalvelut</i>	22
2.4. KUNTOUTUMINEN.....	24
2.5. HOITOPROSESSI PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA.....	25
2.6. TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖ.....	27
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	30
3.1. HAASTATTELUT TUTKIMUSAINEISTONA	30
3.2. LAYDERIN ADAPTIIVISEN TEORIAN MALLI	33
3.3. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETTISET KYSYMYKSET	35
4. KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN KOHTAAMAT HAASTEET SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN KUVAAMINA....	38
4.1. HAASTEET LIITTYEN POTILAIISIIN.....	39
4.1.1. <i>Verkostojen kapea-alaisuus</i>	41
4.1.2. <i>Toimeentulon niukkuus</i>	44
4.1.3. <i>Asumiseen liittyvät ongelmat</i>	47
4.2. HAASTEET LIITTYEN TYÖNTEKIJÖIHIN	49
4.2.1. <i>Hankalat asenteet</i>	50
4.2.2. <i>Yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon puute</i>	53
4.3. HAASTEET LIITTYEN PALVELUJÄRJESTELMÄÄN.....	55
4.3.1. <i>Päihdekuntoutukseen pääsemisen vaikeudet</i>	55
4.3.2. <i>Hoidon jatkuvuus</i>	58
4.3.3. <i>Hoidon eriytyminen</i>	60
4.3.4. <i>Tarpeenmukaisen palvelun puute</i>	62
5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	65
LÄHTEET	72
LIITE 1. VINJETTITARINA	83
LIITE 2. TEEMAHAASTATELUN APUKYSYMYKSET	84

Taulukkuuettelo

Taulukko 1: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (ICD-10)

Taulukko 2: Teemojen muodostuminen

1. JOHDANTO

Sosiaalityössä on pitkälti kysymys marginaalissa elävien ihmisten kanssa työskentelystä. Näillä ihmisillä tarkoitetaan heitä, jotka eivät jostain syystä asetu nyky-yhteiskunnassa kasvussa olevan taloudellisen ajattelun, markkinatalouden määrittämään *kuluttaja-kansalaisen* muottiin (ks. Juhila 2002, 12). Heistä puhuttaessa käytetään usein käsitettä syrjäytynyt. Syrjäytymiskeskustelu onkin keskeisessä asemassa sosiaalityössä ja yhteiskuntatieteissä yleisesti. Sosiaalityön eräänä tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien integroimista yhteiskuntaan.

Tuula Helneen mukaan syrjäytyneisiin luetaan esimerkiksi päihdeongelmaiset sekä mielenterveysongelmaiset, jotka ovat myös tämän tutkielman keskiössä (ks. Helne 2004, 73). Käytän heistä käsitettä *kaksoisdiagnoosipotilas*, jolla tarkoitetaan sekä päihde- että psykiatrisen diagnoosin samanaikaista ilmenemistä, toisin sanoen komorbiditeettia. Kaksi vaikeaa diagnoosia yhdellä ihmisellä aiheuttaa usein ongelmia useilla elämän osa-alueilla. Rinnakkaisesti olemassa olevat psyykkiset häiriöt yhdessä päihteiden väärinkäytön kanssa ovat voineet aiheuttaa velkaantumista, asunnottomuutta sekä muita vaikeita ongelmia ihmisen elämässä. On tutkittu, että etenkin köyhyys ja työttömyys edesauttavat ihmisen syrjäytymistä (Sheppard 2006, 7–8). WHO:n raportin (2008) mukaan suuri osa mielenterveysongelmaisista kärsii köyhyydestä ja heidän osallistumisensa aste työmarkkinoille on alhainen. Lisäksi asunnottomuus on suhteellisen yleistä mielenterveysongelmaisten keskuudessa (mts. 8). Nämä edellä mainitut ongelmat nousevat tyypillisesti esille puhuttaessa syrjäytyneistä ihmisistä (ks. Helne 2004, 73).

Suomen mielenterveysseuran kehitysjohtaja Kristian Wahlbeck (2012, 30–31) on kirjoittanut mielenterveyspotilaiden häpeäleimasta, eli stigmasta, jonka poistaminen on edelleen mielenterveystyön suurimpia haasteita. Häpeäleimaa ylläpidetään ja tuotetaan esimerkiksi median kautta tuomalla esiin psyykkisesti sairastuneita negatiivisessa valossa (WHO, 2008, 5, 9). Tästä esimerkkinä mainittakoon vuoden 2012 loppupuolella mediassa käyty keskustelu aspergerin syndrooman ja kouluammuskelujen yhteydestä. Keskustelu sai alkunsa Sisäasiainministeriön selvityksessä ”Miksi nuori surmaa?” esiintyneestä lauseesta, jossa todettiin koulusurmalla uhkailleilla esiintyneen Aspergerin syndroomalle tyypillisiä

ominaisuuksia. Asiaa käsiteltiin selvityksessä yhden lauseen verran, mutta mediassa lause nostettiin yhdeksi selitykseksi kouluammuskeluihin liittyen. (Ks. Miksi nuori surmaa? 2012, 51.)

Mielenterveysongelmaisten häpeäleiman lisäksi syrjäytyminen ja syrjintä toimivat esteinä ns. normaaliksi kansalaiseksi pääsulle (WHO, 2008, 1). Myös päihdeongelma leimaa ihmisen ja aiheuttaa näin ollen samankaltaisia ongelmia, kuten asenteellisuutta ja syrjintää päihdeongelmaisista kohtaan (Partanen 2002, 18; Wahlbeck 2007, 91). Päihteidenkäyttäjien syrjintä konkretisoituu esimerkiksi siinä, ettei päihdekuntoutus ole varsinaisesti subjektiivinen oikeus, vaan se on riippuvainen mm. kuntien määrärahoista. Tällöin hoito voidaan evätä taloudellisiin seikkoihin vedoten. Tämä ei ole mahdollista esimerkiksi syöpää sairastavien kohdalla, eikä näin pitäisi olla päihdeongelmaisillakaan. Samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivä joutuu kohtaamaan haasteita liittyen molempiin ongelmiin, mikä entisestään vaikeuttaa heidän integroitumistaan yhteiskuntaan. Kaksoisdiagnoosipotilaiden voidaan ajatella olevan marginaalinen ryhmä marginaalisten ryhmien sisällä.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden syrjäytyneisyys, heikko asema yhteiskunnassa ja heihin kohdistuva syrjintä on suuri epäkohta, johon tulisi vaikuttaa. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä kohtasin paljon kaksoisdiagnoosipotilaita ja työskennellessäni heidän kanssaan havainnoin myös niitä lukuisia haasteita ja rajoituksia, joita kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat yhteiskunnassamme. Tutkielmassani onkin piirteitä sosiaalityön käytäntötutkimuksesta, jossa tutkimusongelma nousee käytännön työelämästä (Satka ym. 2005). Vaikka kaksoisdiagnoosipotilaat työllistivät psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijää moninaisten ongelmien selvittelyssä, liittyivät suurimmat haasteet heidän sijoittumiseensa palvelujärjestelmässä. Kaksoisdiagnoosipotilaat joutuvatkin usein väliinpuotoajien rooliin; sopivia palveluita on tarjolla vähän, jos lainkaan (Hölttä n.d. Sairaanhoidajaliitto¹).

Suomalainen palvelujärjestelmä on jakautunut erikoissairaanhoidon, päihdepalvelujen ja mielenterveyspalveluiden kesken. Tästä syystä tuen saaminen samanaikaisesti esiintyviin

1 Lyhenne n.d. eli no date. Vuosilukua ei saatavissa.

psyykkisiin ja riippuvuusongelmiin voi olla hankalaa. Hoito tapahtuu usein eri paikoissa ja vastuu hoidosta siirtyy yksiköiden välillä, vaikka ihminen tulisi käsittää ja myös hoitaa kokonaisuutena. Päihde- ja mielenterveyden ongelmia saatetaan kuitenkin hoitaa erillään, joko rinnakkaisesti tai jaksottaisesti. Sen lisäksi, että osa näistä edelleen käytössä olevista hoitomalleista on osoittautunut tehottomaksi (Aalto 2008; ks. myös Pirkola & Wahlbeck 2004), ne voivat olla myös kalliita. Lisäksi palveluiden pirstaleisuus voi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla aiheuttaa sen, että potilas jää kokonaan vaille hoitoa tai hoitoa on saatavilla, mutta tarve ei kohtaa tarjontaa. Päihdepalveluissa potilas voidaan arvioida liian ”psykiatriseksi” ja mielenterveyspalveluissa vaaditaan, että potilaan päihteidenkäyttö on hallinnassa. Käytäntö nykyisellään täyttäneen rakenteellisen syrjinnän merkit. (Hölttä n.d., Sairaanhoidotaliitto.) Tämän vuoksi olisi tärkeä tarkastella kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kulkua myös sosiaalityön tutkimuksen kannalta (ks. Aalto 2007; Päihdelinkki 2011).

Psykiatrisessa sairaanhoidossa kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla on otettava huomioon niin biologiset, psykologiset kuin sosiaaliset näkökulmat. Kaksoisdiagnoosipotilaita pidetään yleisesti vaikeahoitoisina, koska komorbiditeettiin, toisin sanoen monihäiriöisyyteen, liittyy usein paljon ongelmia. Toimintakyvyn aleneminen, hoitokielteisyys ja useat sosiaaliset ongelmat samaan aikaan ovat yleisiä. Näiden vuoksi esimerkiksi pelkästään psyykkisiin häiriöihin erikoistunut hoitojärjestelmä ei pysty vastaamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin. (Pirkola & Wahlbeck, 2004.) Sosiaalityön tehtävänä on usein kokonaisuuksien hahmottaminen ja kokonaistilanteen huomioonottaminen potilaan yksilölliseltä kannalta onkin ehdottoman tärkeää, jotta voidaan tehdä vaikuttavaa sosiaalityötä.

Vaikka kaksoisdiagnoosipotilaat ovat marginaalinen ryhmä myös psykiatrisessa erikoissairanhoidossa, on heidän lukumääränsä siellä kasvanut viime vuosikymmeninä. Pirkolan ja Wahlbeckin (2004) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä psykiatrisessa sairaanhoidossa viisinkertaistui vuosina 1987–2002. Samaisena aikana psykiatristen laitoshoitopaikkojen määrä oli jatkuvassa laskussa. He esittävätkin kysymyksen, pitäisikö huumausaineriippuvuudesta ja psykiatrisesta häiriöstä samanaikaisesti kärsivillä olla mahdollisuus saada hoitoa molempiin ongelmiin yhdestä paikasta. Pirkola ja Wahlbeck

viittaavat kansainvälisiin tutkimuksiin, joiden mukaan integroidut hoitomallit ovat toimivampia kuin päihde- ja mielenterveysongelmien hoitaminen eri tahoilla. (Mt. 2004.)

Huumeriippuvaisia on hoidettu psykiatrisissa sairaaloissa jo pitkään, vaikka psykiatrinen sairaanhoito nimensä mukaisesti keskittyy mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Esimerkiksi Kammion psykiatrisessa sairaalassa hoidettiin vuosina 1920–1929 48:aa huumeriippuvaista potilasta (Seppälä 2006, 73). Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat viime aikoina alkaneet näkymään entistä enemmän myös peruspalveluiden käyttäjinä. Joidenkin arvioiden mukaan kaikista terveydenhuollon asioinneista ovat päihteet jopa viidenneksessä mukana. (Mäkelä 1998, 173; Pirkola & Wahlbeck 2004.) Psykiatristen sairauksien hoitoon erikoistuneissa yksiköissä päihdeongelmien lisääntyminen luo haasteita paitsi hoitotyötä tekeville myös sosiaalityöntekijöille.

Kaksoisdiagnoosipotilas käsitteellä viitataan siis henkilöön, jolla on samanaikaisesti diagnosoitu alkoholi- tai huumeriippuvuus sekä jokin mielenterveyden häiriö. Työssäni panin merkille, että psykiatriseen sairaalahoitoon ohjautuvat kaksoisdiagnoosipotilaat olivat usein huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjii. Myös alkoholista johtuvat ongelmat näkyvät psykiatrisessa sairaalassa, mutta usein alkoholin käyttöön liittyy sekakäyttöä. Nykyään esimerkiksi alkoholideliriumin, eli kansankielellä ”juoppohulluuden”, hoidon suositellaan tapahtuvan yleissairaalassa, koska tutkimukset päivystysaikana onnistuvat siellä helpommin. Pelkästä alkoholiongelmasta kärsivät eivät siis välttämättä ohjaudu psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin. (Alho & Leppävuori 2007.) Tästä syystä keskityn tutkielmassani kaksoisdiagnoosipotilaisiin, joilla on mielenterveysongelman lisäksi huumeriippuvuus tai sekakäyttöproblematiikkaa (vrt. Aalto 2007).

Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöstä on joitain opinnäytetöitä (esim. Hiljanen 2009; Silvennoinen 2011) lukuun ottamatta tehty vain vähän tutkimusta Suomessa (esim. Numminen 2005; Antikainen-Juntunen 2005; Ristaniemi 2006; Pirttijärvi 2013). Vaikka psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden määrä onkin huomattavasti pienempi kuin esimerkiksi sosiaalihuollossa (Allasmaa 2011, 20), olisi heidän ammatistaan tärkeää tuottaa enemmän tutkimustietoa. Sosiaalityöntekijänä toimiminen lääketieteen ympärille rakentuneessa organisaatiossa eroaa huomattavasti

sosiaalitoimessa tehtävästä työstä. Terveystieteiden vallitseva tietohierarkia, jossa luonnontiede on ylimpänä, vaikuttaa siihen, miten sosiaalityön rooli käsitetään ja mitä siltä odotetaan (Metteri 1996, 147; ks. myös Pellinen 1996). Tämän vuoksi olisi tärkeää tutkia enemmän psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehtävää sosiaalityötä.

Tutkimusraporttini rakentuu viidestä pääluvusta. Luvussa kaksi esittelen tutkielmani kannalta keskeisimpiä käsitteitä ja taustoitan tutkielmani aiemmalla tutkimuksella aiheeseen liittyen. Ensimmäisenä esittelen syrjäytymisen käsitettä, jonka jälkeen siirryn käsittelemään mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä sekä päihteiden käyttöä Suomessa. Tämän jälkeen esittelen tutkielmani kannalta yhtä keskeisintä käsitettä kaksoisdiagnoosi. Luvussa kaksi esittelen myös suomalaista palvelujärjestelmää, ja sen nykyistä kahtia jakautuneisuutta mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta, mikä luo haasteita myös sosiaalityölle psykiatrisessa sairaalassa. Palveluille olisi tarve, mutta kaksoisdiagnoosipotilaille sopia palveluita on hankala löytää. Avaan myös hoitoprosessin kulkua psykiatrisessa sairaalassa ja kuvaan terveydenhuollon sosiaalityön erityispiirteitä.

Luvussa kolme esittelen tutkielmani aineistoa sekä tutkimusmenetelmiä. Tutkimusaineistoni koostui kuudesta haastattelusta. Keräsin aineiston sekä psykiatristen akuuttiosastojen että kuntouttavien osastojen sosiaalityöntekijöiltä. Aineistonkeruu metodina käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Luvussa kolme tarkastelen myös tutkielmani luotettavuutta sekä tutkimuseettisiä kysymyksiä. Koska kaksoisdiagnoosipotilaat ovat hyvin heikossa asemassa nyky-yhteiskunnassa, on eettisten kysymysten pohdinta ja esille tuominen tärkeää. Luvussa neljä esittelen tutkimustulokset. Aineiston analyysi tapahtuu Derek Layderin adaptiivisen teorian mallin mukaisesti, jossa teorian ja empirian suhde on vuorovaikutteinen (Layder, 1998, 1). Vertaan siis aiempaa tutkimusta tämän tutkielman tuloksiin. Tutkielman viimeinen, viides luku keskittyy tutkimustulosten pohdintaan ja niistä nousseisiin johtopäätöksiin.

2. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia haasteita psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät kohtaavat työskennellessään kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa ja millaisia ongelmakohtia he tuovat esille liittyen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoprosessiin. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityötä tai kaksoisdiagnoosipotilaita sosiaalityön näkökulmasta on tutkittu vain vähän. Hoitoprosesseissa on ongelmakohtia palvelujärjestelmän hajanaisuuden vuoksi. Ongelmallista on se, kun mielenterveysongelmia ja päihdeongelmia pyritään hoitamaan eri tahoilla. Myös kaksoisdiagnoosipotilaiden marginaalinen asema suomalaisessa yhteiskunnassa aiheuttaa haasteita. Jotta ongelmakohtiin pystyttäisiin vaikuttamaan, tulisivat ne ja niihin liittyvät haasteet olla selvillä. Suomen perustuslain tulisi taata oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin tasa-arvoisesti ja yhdenmukaisesti kaikille ihmisille. Ihmisen sosiaalisten perus- ja ihmisoikeuksien kannalta olisi siis tärkeä pystyä vaikuttamaan niihin ongelmakohtiin, joita kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat.

Psykiatriseen sairaalaan tai ylipäätään sairaalahoitoon ohjautuvat henkilöt tulevat poikkeuksetta sairaalaan saamaan hoitoa johonkin vaivaan tai sairauteen. Suomisanakirja määrittää sanan potilas joko sairaaksi ja sairautta potevaksi henkilöksi tai lääkärin tai hoitajan asiakkaaksi (Suomissanakirja.fi). Vaikka sosiaalityössä ja sosiaalihuollossa on perinteisesti käytetty asiakas-sanaa, käytän tässä tutkielmassa käsitettä potilas tarkoittaen sosiaalityön asiakkaita sairaalassa. Mielenterveyspalveluita käyttävästä henkilöstä puhuttaessa voitaisiin käyttää myös termiä mielenterveyskuntoutuja. Psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityötä tehdään kuitenkin terveydenhuollon kontekstissa, jolloin on luontevaa käyttää terveydenhuollon sanastoa. Terveydenhuollon vahva organisaatiokulttuuri vaikuttaa väistämättä sairaalassa tehtävän sosiaalityön sanastoon ja sairaalan sosiaalityössä asiakas on samalla myös sairaalan potilas. Mirja Pirttijärvi on todennut tutkiessaan sosiaalityöntekijöiden potilaskertomuksiin tekemiä merkintöjä, että sosiaalityöntekijät käyttävät pääasiallisesti termiä potilas kirjatessaan potilastietojärjestelmään (2013, 7).

2.1. Marginalisaatio, syrjäytyminen ja eksklusio

Sosiaalityön tärkeimpiin tehtäviin kuuluvaksi on määritelty syrjäytyneisyyden estäminen ja huono-osaisten auttaminen (Matthies 2002, 234; Raunio 2006, 14). Syrjäytyminen on puhuttanut viime vuosikymmeninä erityisesti yhteiskuntatieteessä mutta myös valtaväestö on yhä kiinnostuneempi teemasta. Tämä on näkynyt erityisesti mediassa käydystä keskustelusta koskien nuorten ja lasten syrjäytymistä. Tasavallan presidentti Sauli Niinistö julkisti syksyllä 2012 nuorten syrjäytymisen torjuntakampanjan, mikä entisestään kiihdytti aiheesta käytävää keskustelua.

Syrjäytymisen ilmiötä on tutkittu paljon. Myös Euroopan Unionin ohjauksessa (EU-SILC) kerätään säännöllisesti tilastotietoa huono-osaisuuden eri muodoista: taloudellisista oloista, työmarkkina-asetusta, työhistoriasta, koulutuksesta, terveydestä, asuinoloista, sosiaalisista suhteista, velkaantuneisuudesta sekä elinympäristöstä. EU:ssa on laadittu mittaustapa köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrän arvioimiseksi. Mittaustapa ottaa huomioon pienituloisuuden, aineellisen puutteen sekä vajaatyöllisyyden, eli kotitalouksien heikon kiinnittymisen työmarkkinoille. Näiden mittareiden mukaan Suomessa oli vuonna 2008 noin 886 000 henkilöä, jotka olivat köyhyys- tai syrjäytymisuhan alla. EU:ssa syrjäytymisestä käytetään termiä *social exclusion*, eli sosiaalinen syrjäytyminen. (Suomen virallinen tilasto 2009.)

Syrjäytymisen määritelmä pitää työmarkkinoilta syrjäytymisen lisäksi sisällään laajemman ajatuksen yksilön yhteiskuntaan yhdistävien siteiden heikkoudesta. Syrjäytymisestä puhuttaessa menevät kuitenkin syyt ja seuraukset helposti sekaisin. Sami Myllyniemi (2006, 35) pohtii Nuorisobarometri 2006 artikkelissaan, onko pitkäaikaistyötön syrjäytynyt vai onko työttömyys syrjäytymisen syy. Vastausta kysymykseen on vaikea löytää ja syrjäytymisen määritelmää voidaankin pitää vain yhtenä keinona hahmottaa ilmiötä ulkoapäin.

Syrjäytymisestä ilmiönä käytetään usein eri käsitteitä, eikä välttämättä tiedetä, mitä milläkin käsitteellä tarkoitetaan. Puhutaan marginalisaatiosta, eksklusiosta sekä syrjäytymisestä ikään kuin synonyymeina, vaikka käsitteet itsessään sisältävät jo

tarkemman määritelmän ilmiöstä. Erityisesti syrjäytymistä on pidetty marginalisaation suomenkielisenä vastineena, vaikka marginalisaatio on tematiikaltaan laajempi ilmaisu, eikä käsitteenä kuulosta niin kielteiseltä. Ekskluusiosta puhuttaessa viitataan usein myös syrjäytymiseen ja marginalisaatioon. Ekskluusion suomenkielinen vastine on kuitenkin pikemmin ulossulkeminen kuin syrjäytyminen. (Helne 2002, 20–21; 38.)

Ekskluusion kautta tarkasteltuna syrjäytyminen nähdäänkin ulossulkemisena normaalista, jolloin takaisin yhteiskuntaan ja normaaliin integroituminen muodostuu haasteellisemmaksi (Raunio 2006, 55–56). Helne (2002, 22) kuvaa marginalisaation ja ekskluusion eroa kaavion avulla, jossa inklusion sisäpiirissä sijaitsevat ”Me” (normaalit) ja ”Toiset” (ei-normaalit) sijoittuvat tämän piirin ulkopuolelle. Syrjäytyneet sijaitsevat lähempänä inklusion sisäpiiriä, sen ulkopiirillä, kun taas ulossuljetut sijoittuvat kauemmas kokonaan ns. ”normaalin” ulkopuolelle. Helneen mukaan kyse on siis normaalin rajoista, jotka eivät kuitenkaan määrity reaali maailmassa, vaan ovat enemmänkin lähtöisin sosiaalisesta symbolimaailmasta tai tajunnasta. (Mts. 23.)

Syrjäytymisen ongelma näyttäytyy siis eri tavoin riippuen siitä, tarkastellaanko ilmiötä ekskluusion vai marginalisaation käsitteiden kautta. Marginalisaatiossa on kyse liikkeestä pois- ja takaisinpäin yhteiskunnallisesta normaalista, kun taas ekskluusiolle ominaista on täydellinen osattomuus tästä normaalista. Näin kuvattuna voitaisiin siis nähdä, ettei marginalisaatioon automaattisesti liity syrjäytymistä, mutta riski siitä on suuri. (Raunio 2006, 55–56.) Kaikkia marginaalissa eläviä ei voida määritellä syrjäytyneiksi, vaikkakin useita marginaalisia ryhmiä, kuten kaksoisdiagnoosipotilaita, voidaan pitää syrjäytyneenä. Yksilö voi esimerkiksi olla samanaikaisesti jossain määrin kiinnittynyt yhteiskuntaan, esimerkiksi opiskelun kautta, mutta toisaalta kokea osattomuutta joistain muista asioista. Marginalisaatioon liittyy usein kokemus ulkopuolisuudesta ja siihen voi kytkeytyä myös eriasteinen huono-osaisuus. Pahimmillaan syrjäytyminen on yhdistelmä taloudellista, sosiaalista, terveydellistä ja koulutuksellista huono-osaisuutta sekä työ- ja asuntomarkkinoiden ulkopuolelle jäämistä (Helve 2002, 66).

Puhutaan syrjäytymisestä sitten marginalisaationa tai ekskluusiona, voidaan puhetaapaa pitää toiseutta tuottavana. Syrjäytyneet määritellään usein *Toisiksi* ja heitä voidaan pitää

epäonnistuneina, haavoittuvina, passiivisina, heikkoina sekä reunoille ajautuneina ihmisinä. (Helne 2004, 117.) Tällainen syrjäytyneen määritelmä viittaa Helneen mukaan ihmiseen, jolla ei ole riittävästi itsekuria ja näin ollen määritelmä on myös leimaava. Tämän lisäksi Helne esittää, että syrjäytyneiden määrittäminen *Toisiksi* on ristiriidassa Robert Parkin marginaalisuuden käsitteen kanssa, jolla Park (1937, Helneen 2004, 133 mukaan) tarkoittaa ”*jotain kahden kulttuurin välissä olevaa, luokittelematonta, määrittelemätöntä ja paikantamatonta (atooppista) ja paikoiltaan olevaa (displaced), ei aivan samaa, muttei aivan toistakaan*”. Syrjäytyneet ovat kuitenkin loitonnettu *Toisiksi*, joita yritetään palauttaa samanlaisuuteen ja yhteisyyteen sekä vetää takaisin yhteisöihin. Helneen mukaan toiseuteen voitaisiin (ja ehkä tulisikin) reagoida myönteisemmin hyväksyen erilaisuus, jolloin olisi mahdollista päästä kohti uudenlaista, yksilöllisyyteen perustuvaa yhteisyyttä ja samuuden vaatimus jäisi pois. (Mts. 133–134)

Helne (2002) on kuvannut syrjäytymistä kolmiulotteisena ilmiönä, johon kuuluu sen spatiaalinen, sosiaalinen sekä symbolinen ulottuvuus. Syrjäytymisen spatiaalinen luonne yhdistääkin marginalisaation sekä eksklusion käsitteitä, koska syrjäytyneiden paikantaminen voi tapahtua joko konkreettisesti tai symbolistisessa mielessä. Syrjäytymisen ulottuvuudet ovat kuitenkin hankalasti erotettavia sekä usein päällekkäisiä, eikä aina voida yksiselitteisesti todeta, onko tiettyyn ryhmään liitetty leima peräisin symboliikasta vai aidoista spatiaalisista tai sosiaalisista eroavaisuuksista. (Mts. 22–23.)

Syrjäytymiskeskustelussa syrjäytyminen nähdään yksilöä ja yhteiskuntaa yhdistävien siteiden heikkoutena (Raunio 2006, 10–12; ks. myös Sheppard 2006, 10). Nykyään näiden siteiden heikkoutta tarkastellaan Suomessa lähinnä yhteiskunnan kannalta. Tähän liittyy vahvasti etenkin työstä syrjäytyminen, mutta myös syrjäytyminen perheestä, minkä voidaan nähdä merkitsevän joutumista sivuun yhteiskunnan valtavirrasta tai yhteiskunnallisesta normaaliudesta. (Raunio 2006, 10–12.) Normatiivisen mallin mukaisesti syrjäytyminen määritellään poikkeavuutena yleisesti hyväksytystä ”*hyvän elämän ihanteena olevasta osallisuudesta*” yhteiskunnassa (mts. 13). Syrjäytymiskeskustelua värittävää ajatusta syrjäytyneiden palauttamisesta yhteiskuntaan voidaan pitää ennen kaikkea moraalisena: yhteisyyden palauttaminen ja yhteiskuntamoraalin ylläpitäminen sisältyvät vahvasti tähän tavoitteeseen. Tähän liittyy

kuitenkin ristiriita: syrjäytyneet halutaan palauttaa yhteiskuntaan, mutta toisaalta heidät halutaan pitää etäällä, toisina. (Helne 2004, 113–117; 52.)

Vaikka kaksoisdiagnoosipotilaat näyttäytyvät ulossuljettuna ryhmänä, on syrjäytymisen jäsentäminen heidän kohdallaan marginalisaation kautta eksluusiotulkintaa joustavampaa. Marginaalisuus antaa mahdollisuuden erilaisiin tulkintoihin ja huomiota voidaan kiinnittää niihin suhteisiin, jotka ehkä edelleen sitovat syrjäytynyttä yhteiskuntaan. (Ks. Helne 2004, 186.) Nämä suhteet saattavat olla poissulkevia tai nöyryyttäviä, mutta olennaista on, että myös tällainen suhde on suhde yhteiskuntaan (mts. 176).

Syrjäytyneen suhde yhteiskuntaan saattaa ilmetä esimerkiksi toimeentulotuen kuukausittaisena hakemisprosessina. Pitkäaikainen toimeentulotuen hakeminen on nöyryyttävää ja siitä voi olla vaikea päästä eroon (Hiilamo 2012). Mikko Mäntysaaren (2006, 115) mukaan sosiaalityön palveluiden saaminen on vaikeinta kaikkein syrjäytyneimmille. Tämä näkyy juuri toimeentulotuen hakemisessa. Kun asiakkaalle pyritään turvaamaan minimitoimeentulo, päätyvät he usein etuuskäsittelijöiden ja toimistovirkailijoiden asiakkaiksi (mts. 119). Tällöin tarve kokonaisvaltaiselle sosiaalityölle saattaa jäädä huomioimatta niiden kohdalla, jotka sitä tarvitsisivat. Kirsi Juhila (2008, 59) on todennut, että ns. *vaikeat tapaukset* jäävät helposti palvelujärjestelmän ulkopuolelle, mikäli olemassa olevat palvelut ja sosiaalityön muodot eivät näytä heitä auttavan. Juhilan mukaan asiakkaisiin panostetaan sitä enemmän, mitä paremmin heidän arvioidaan hyötyvän palveluista ja keiden arvioidaan parhaiten saavuttavan asetetut tavoitteet. Taustalla on ajatus vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta. Juhilan mukaan tämä saattaa jopa aiheuttaa suurimmassa hädässä olevien heitteillejättöä. (Mts. 58–60.)

Michael Sheppard (2006, 41) on esittänyt ajatuksen, että työskennellessään syrjäytyneiden kanssa, sosiaalityöntekijä työskentelee kahden eri maailman välissä. Sheppardin mukaan sosiaalityöntekijä ikään kuin esittelee syrjäytyneiden maailmaa ”normaalille” väestölle ja ”normaali maailmaa” sekä sen arvoja ja näkökulmia syrjäytyneille. Juhilan (2008, 75) mukaan sosiaalityöntekijöiden tulisi tehdä nykyistä enemmän *vaikuttamistyötä*, eli tuoda esiin asiakkaidensa vaikeita sosiaalisia ja taloudellisia tilanteita sekä puutteita palvelujärjestelmässä. Sosiaalityöntekijä voisi siis esitellä syrjäytyneen maailmaa

”normaalille väestölle”. Sheppardin ajatus ”normaalin maailman” esittelystä syrjäytyneelle toteutuu puolestaan esimerkiksi palveluohjauksen kautta. Palveluohjauksen ajatuksena on huolehtia siitä, että asiakkaat saavat heille kuuluvat etuudet ja palvelut (Juhila 2008, 76).

Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat marginaalinen ryhmä suomalaisessa yhteiskunnassa. Heidän marginalisaatiotaan tai syrjäytymistään ei voida määritellä pelkästään symbolisella tasolla eroina ”normaaliin”, vaan syrjäytyminen on osittain tapahtunut rakenteellisen tai välillisen syrjinnän kautta. Rakenteellisella syrjinnällä tarkoitetaan lainsäädännön, käytäntöjen ja olemassa olevien palveluiden syrjivyyttä (Ihmisoikeudet.net n.d.). Yhdenvertaisuuslain mukaan syrjintä on välillistä, kun ”...näennäisesti puolueeton säännös, peruste tai käytäntö saattaa jonkun erityisen epäedulliseen asemaan muihin vertailun kohteena oleviin nähden, paitsi jos säännöksellä, perusteella tai käytännöllä on hyväksyttävä tavoite ja tavoitteen saavuttamiseksi käytetyt keinot ovat asianmukaisia ja tarpeellisia” (Yhdenvertaisuuslaki 21/2004, §6:2). Esimerkkinä kaksoisdiagnoosipotilaita syrjivästä käytännöstä voidaan pitää psykiatrisen tai päihdehoidon saamiseksi asetettuja ehtoja ja vaatimuksia. Nämä vaatimukset voivat usein toimia esteinä avunsaannille, etenkin jos vaatimuksena on päihdeettömyys psykiatrisen hoidon saamiselle tai vaihtoehtoisesti liian huono psyykinen vointi toimii esteenä päihdepalveluiden saamiseksi. Tämänkaltaiset käytännöt ovat hyvin kyseenalaisia tasa-arvoa korostavassa palvelujärjestelmässämme, eikä tällaisia hoitoon pääsyn edellytyksiä ole tietääkseni asetettu muunlaisista sairauksista kärsiville. Edellä kuvattujen käytäntöjen vuoksi kaksoisdiagnoosipotilaat näyttävät ulosuljettuna ryhmänä.

2.2. Psykinen sairastaminen ja päihdeongelmat

Mielenterveyden häiriöistä erityisesti masennus sekä päihteiden osalta alkoholin suurkulutus ovat kohtalaisen yleisiä suomalaisten keskuudessa. Esimerkiksi nuorista 20–35 vuotiaista jopa 18 prosenttia on joskus sairastanut masennusjakson. (Suvisaari 2010, 17.) Alkoholin kulutuksesta puolestaan kertoo paljolti se, että vuonna 2009 Suomessa käytettiin alkoholia eniten koko pohjoismaissa ja myös kansainvälisesti vertailtuna alkoholin kulutus on korkea. Huumetilanne paheni Suomessa 1990-luvulla, jolloin huumeiden ongelmakäyttö ja kokeilut lisääntyivät. Huumausaineita kokeilleiden nuorien määrä on

kuitenkin hieman vähentynyt 2000-luvun aikana. Sen sijaan kannabista kokeilleiden määrä on pysynyt lähes samana koko 2000-luvun. Vaikka huume-tilanne on viime vuosina tasaantunut, ovat huumausaineisiin liittyvät kuolemat lisääntyneet. (Karlsson & Virtanen 2010, 19–24.)

2.2.1. Mielen terveyden häiriöt

Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöt on WHO:n kehittämän kansainvälisen tautiluokitusjärjestelmän ICD-10:n mukaisesti jaoteltu yhteentoista eri ryhmään (ks. Taulukko 1.). Mielialahäiriöihin lasketaan kuuluviksi masennus sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö, joista masennus on huomattavasti yleisempää (Suvisaari 2010, 17). Vaikka suomalaisen väestön mielen terveysongelmat ovat vähentyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, on masennusoireista kärsivien määrä pysynyt ennallaan. Terveys 2011 - tutkimuksen mukaan viimeisen vuoden aikana masennusjakson oli sairastanut 7 prosenttia naisista ja 4 prosenttia miehistä. (Suvisaari ym. 2012, 96–101.)

Taulukko 1.

Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöt (ICD-10) (Achté & Tamminen 1998, 411–413)

F00-F09	Elimelliset aivo-oireyhtymät
F10-F19	Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
F20-F29	Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus häiriöt
F30-F39	Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)
F40-F48	Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
F50-F59	Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
F60-F69	Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
F70-F79	Älyllinen kehitysvammaisuus
F80-F89	Psyykkisen kehityksen häiriöt
F90-F98	Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
F99	Määrittämätön mielen terveyden häiriö

Masennuksen lisäksi ahdistuneisuushäiriöt, kuten paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt tuskallisuus, ovat kohtalaisen yleisiä suomalaisilla. Masennuksen

tapaan ahdistuneisuushäiriöt vaikuttavat suuressa määrin yksilön elämänlaatuun. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan jossain elämän vaiheessa ahdistuneisuushäiriö oli todettu 13 prosentilla nuorista aikuisista. (Suvisaari 2010, 18.) Joidenkin arvioiden mukaan jopa 15–25 prosenttia väestöstä kärsii ahdistuneisuushäiriöistä jossain elämänsä vaiheessa (Lepola ym. 1998, 14).

Psykoottisten häiriöiden elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 3,5 prosenttia, josta skitsofrenian esiintyvyys on 1 prosentti väestöstä. Päihdepsykoosit olivat yleisiä työikäisillä miehillä, kun taas yleissairauteen liittyvät psykoosit olivat yleisiä yli 65-vuotiailla naisilla. Psykoottisiin häiriöihin liittyy usein toimintakyvyn laskeminen, fyysinen sairastavuus sekä lyhentynyt elinikä (Perälä 2013, 9). Psykoosien esiintyvyys on Suomessa kansainvälisesti vertailtuna korkea, mutta tähän voi vaikuttaa se, että niitä on pystytty tutkimaan Suomessa tarkemmin, kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (Suvisaari 2010, 19).

2.2.2. Päihteiden käyttö

Päihteiden käyttöön ja riippuvuuden syntymiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Esimerkiksi perinnölliset tekijät saattavat altistaa päihdeongelman kehittymiseen. Sen lisäksi yksilön sosiaaliset ja kulttuuriset ympäristön tekijät voivat osaltaan olla riippuvuuden kehittymisen takana. Katja Kuusiston (2010, 34) mukaan nykytutkimukset ovat osoittaneet, että riippuvuuden syntyminen liittyy yksilön kognitiiviseen säätelyyn, eli päihteet voivat siis muodostua keinoksi tunne-elämän hallintaan ja säätelyyn.

Vuonna 2009 Suomessa kulutettiin alkoholia eniten koko Pohjoismaissa: 10,2 litraa 100 prosenttista alkoholia per asukas (Karlsson & Virtanen 2010, 19–21). Vuonna 2011 kulutus oli hieman laskenut sen ollessa 10,1 litraa 100 prosenttista alkoholia (Varis & Virtanen 2012, 1). Eniten juova kymmenys juo jopa puolet Suomessa kulutetusta alkoholista (Karlsson & Virtanen 2010, 19–21). Alkoholin suurkuluttajia on arvioitu olevan Suomessa 300 000 – 600 000 (Alkoholi Suomessa n.d.). Väkevien alkoholijuomien kulutus on ollut viime vuosikymmeninä vähenemään päin. Sen sijaan mietojen

alkoholijuomien (mallasjuomat ym.) kulutus on kasvanut, joskin kasvuvauhti on vaihdellut. (Varis & Virtanen 2012, 3–4.)

Vaikka huumausaineiden käyttö on yleistynyt Suomessa viime vuosikymmeninä, on se yhteiskunnallisena ongelmana vielä kohtalaisen uusi (Varjonen ym. 2012, 56). Suomessa huumausaineiden käytön kehitystä kuvatessaan huumetutkijat ovat käyttäneet käsitteitä ensimmäinen ja toinen huumeaalto. Ensimmäinen huumeaalto ajoittui 1960-luvulle, jolloin huumeidenkäyttö liittyi hippikulttuuriin ja olennaista oli irrottautuminen aiemmista sukupolvista. Ensimmäiselle huumeaaltole olennaista oli auktoriteettien vastustaminen sekä yksilöllisyyden korostaminen. Myös poliittinen radikalismi liitettiin tuolloin huumeidenkäyttöön. (Salasuo 2004, 14.) Toinen huumeaalto nousi 1990-luvulla. Uusi juhlimiskulttuuri, johon kuuluu stimulanttien käyttö, sai 1990-luvulla jalansijaa myös Suomessa. Tämän myötä huumeidenkäytöstä tuli nuorisokulttuureissa entistä hyväksyttävämpää. (Hakkarainen & Metso, 2003, 254–255.) Myös huumeiden käytön motiivit muuttuivat ja viihdekäyttö yleistyi. 1990-luvulla huumeiden viihdekäytön motiivina oli Salasuon (2004, 15) mukaan irtiotto arjesta, hyvän olon maksimointi sekä uusien kokemusten etsiminen.

2000-luvulle tultaessa huumausaineita käyttävien määrän kasvu talttui. Viime vuosina huumausaineiden käyttö on pysytellyt samalla tasolla. Kannabiskokeiluiden sekä kannabiksen kotikasvatuksen määrä on kuitenkin ollut kasvussa. Vuonna 2011 noin 17 prosenttia 15–69 -vuotiaista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista. Miehillä kokeilut ovat jonkin verran yleisimpiä kuin naisilla, yleisintä käyttö on 15–34 -vuotiaiden keskuudessa. (Varjonen ym. 2012, 5.) Kannabiksen käyttöön liittyvät asenteet ovat myös muuttuneet sallivimmiksi: vuoden 2010 kyselyn perusteella jo 75 prosenttia nuorista miehistä arvioi sen kokeiluun sisältyvän terveydellisen vaikutuksen tai muun riskin korkeintaan vähäiseksi (Hakkarainen ym. 2011, 408).

Huumehoidon pääpaino on viime vuosina ollut sekakäytön ja opiaattien haitallisen käytön hoidossa. Vuonna 2011 huumehoitoon hakeutuneista 59 prosenttia käytti opiaatteja. Toiseksi yleisin huumehoitoon hakeutunut ryhmä oli nuoret kannabiksen käyttäjät. (Varjonen ym. 2012, 5) Suomessa huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan

opiaattien sekä amfetamiinin käyttäjien määrällä. Vuonna 2005 heitä oli Suomessa 14 500–19 100. Ongelmakäyttäjistä lähes neljä viidesosaa käytti amfetamiinia. Suomalaiselle huumeidenkäytöllä ominaista on kuitenkin sekakäyttö, johon kuuluu usein erilaiset kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit sekä alkoholi ja kannabis. Vaikka huumausaineiden käyttäjäkunta on viimeisen kymmenen vuoden aikana vanhentunut, on tyypillinen ongelmakäyttäjä useimmiten nuori, joten myös huumausaineiden käyttöhistoria on suhteellisen lyhyt. (Mts. 56.) Säännöllisesti huumeita käyttäneille ominaista on asuminen suuremmissa kaupungeissa, työttömyys tai opiskelu ja tätä kautta irrallisuus sekä työelämän vastuista että perhe-elämän siteistä (Hakkarainen & Metso 2005, 257–258.) Huumeiden ongelmakäyttäjät ovatkin usein syrjäytyneitä ja heillä on lukuisten sosiaalisten ongelmien lisäksi myös terveydellisiä ongelmia (Varjonen ym. 2012, 56). Huumausaineita käyttävien ja kokeilleiden määrän lisääntyminen on vaikuttanut käyttäjien näkymiseen myös peruspalveluiden piirissä (Pirkola & Wahlbeck 2004). Vaikka huumeiden käytön voidaan nähdä arkipäiväistyneen, käsitykset sen motiiveista tai seurauksista eivät ole muuttuneet (Salasuo 2004, 46).

2.2.3. Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan sekä päihderiippuvuus diagnoosin että psykiatrisen diagnoosin samanaikaista ilmenemistä, toisin sanoen monihäiriöisyyttä eli komorbiditeettia. Päihdehäiriönä pidetään ICD-10-luokituksen mukaan haitallista käyttöä sekä riippuvuusoireyhtymää. (Aalto 2007.) Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ICD-10 -luokitus on esitelty taulukossa 1 sivulla 15.

Aallon (2007) mukaan alkoholihäiriöt rajataan joskus kaksoisdiagnoosikäsitteen ulkopuolelle. Tämä johtuu hänen mukaansa hallinnollis-byrokraattisista syistä liittyen siihen, että alkoholinkäyttö on yleisempää ja nimenomaan tähän liittyvään kaksoisdiagnoosien hoitoon tarvitaan enemmän panostusta. Kuitenkin Pirkolan ja Wahlbeckin (2004) tutkimus osoittaa huumausaineriippuvuudesta kärsivien psykiatristen potilaiden määrän selkeän kasvun vuosituhannen vaihteessa.

Jopa noin 30 prosentilla psykiatrisesta häiriöstä kärsivistä on jossain elämänsä vaiheessa myös päihdeongelma. Skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla määrä on suurempi, noin 50 prosenttia. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa oleellista on molempien ongelmien hoitaminen. Nykyään palvelujärjestelmä on jakautunut niin, että hoidossa toteutuu jaksottaisen tai rinnakkaisen hoidon mallit. Jaksottaisessa hoidossa päihdeongelma pyritään hoitamaan ennen psykiatrisen hoidon aloittamista. Rinnakkaisessa mallissa molempia ongelmia hoidetaan samanaikaisesti eri hoitotahoilla. Uutena hoitomallina on tullut integroitu hoito, jossa molempien ongelmien hoitovastuu on yhdellä ja samalla taholla. (Aalto 2008; Päihdelinkki 2011) Integroitua hoitomallia tulisi tarkastella siten, millä tavoin palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan kaksoisdiagnoosipotilaan tarpeisiin (Aalto, 2007).

Kaksoisdiagnoosin saaneita potilaita on tutkittu pääasiassa hoito- tai lääketieteen näkökulmasta enenevässä määrin vasta 2000-luvulla. Varsinkin USA ja Kanada ovat olleet kaksoisdiagnoositutkimuksen edelläkävijöitä, mutta myös Euroopassa ja Australiassa kiinnostus kaksoisdiagnoosiproblematiikkaan on kasvanut (Crawford 2003, 2). Suomessa kaksoisdiagnoositutkimus yhteiskuntatieteissä on tullut ajankohtaiseksi 2000-luvun puolivälin tienoilla, kun esimerkiksi Tampereen yliopistossa aloitettiin kaksoisdiagnoosipotilaita koskeva tutkimus vuonna 2002. Kyseessä oli Alma-projekti, eli ”*Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n, Tampereen kaupungin sekä Tampereen Vuokratalosäätiön yhteistyöhanke, jossa pyritään mielenterveys- ja päihdekuntoutujien itsenäisten asumismahdollisuuksien turvaamiseen ja monipuolistamiseen*” (Raitakari ym. 2007, 11).

Britanniassa kaksoisdiagnoositutkimusta tehnyt Peter Phillips on toimittanut useita aiheita käsitteleviä artikkelikokoelmia (Phillips ym. 2001; 2009). Vuonna 2001 ilmestyneessä kirjallisuuskatsauksessa Phillips ja Sonia Johnson (2001) ovat kartoittaneet 1980- ja 1990-luvuilla tehtyjä kaksoisdiagnoositutkimuksia ja päätyneet siihen tulokseen, että kaksoisdiagnoosiproblematiikka olisi yleisempää USA:ssa, kuin Euroopassa. Paolo Rossi Menezesin ym. (1996) mukaan Britanniassa alkoholin väärinkäyttöä oli 32 prosentilla tutkituista ja huumeidenkäyttöä 16 prosentilla. Menezes ym. (2004) tutkivat vajaa kymmenen vuotta myöhemmin samaa ilmiötä myös Sao Paolossa Brasiliassa, ja

havaittivat, että kaksoisdiagnoosiproblematiikka oli siellä vähäisempää, kuin kehittyneemmissä maissa.

Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä päihdeongelmat ovat kohtalaisen yleisiä. Jo 1980-luvulla Dean Regierin ym. (1990) mukaan Yhdysvalloissa 29 prosentilla mielenterveysongelmista kärsivillä oli tuolloin myös päihdeongelma. Myös Kanadassa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet samansuuntaisia tuloksia (Margolese ym. 2004; Van Mastrigt ym. 2004). Howard C. Margolesen ym. (2004) mukaan 44,9 prosenttia tutkimuksen kohteina olleista mielenterveyskuntoutujista oli kärsinyt päihdeongelmasta jossain elämänsä vaiheessa.

Suomessa Sami Pirkola ja Kristian Wahlbeck (2004) ovat tutkineet hoitoilmoitusten (HILMO) perusteella toteutuneita sairaalahoitoja psykiatrisissa sairaaloissa sellaisten potilaiden osalta, joille oli sairaalasta ulos kirjoitettaessa annettu huumausaineiden tai lääkkeiden ongelmakäyttöön viittaava ja mielenterveydenhäiriön diagnoosit. Pirkolan ja Wahlbeckin mukaan vuosien 1987 ja 2002 välillä näiden kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on hoitoilmoitusten perusteella viisinkertaistunut. Johtopäätöksenä he esittävät, että palvelujärjestelmä tarvitsee kehittämistä kaksoisdiagnoosipotilaiden suhteen. Heidän mukaansa mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelman eri paikoissa tapahtuva hoito ei ole osoittautunut tehokkaaksi. (Mt. 2004.)

Laura Oja-Heiniemi (2006) on sosiaalityön pro gradu -tutkielmassaan käsitellyt psykiatrisessa palvelujärjestelmässä tapahtuneita mielenterveyspotilaiden väliinpuutoamistarinoita. Oja-Heiniemen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat saattavat olla tyypillinen asiakasryhmä väliinpuutoamista ajatellen. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus voi siis edesauttaa kaksoisdiagnoosipotilaiden jäämistä palveluiden ulkopuolelle.

2.3. Jakautunut palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat jakautuneet erikoissairaanhoidon, päihdepalvelujen ja mielenterveyspalveluiden kesken. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat myös hallinnollisesti pirstoutuneet. Päihdehuolto toimii osana sosiaalihuoltoa ja mielenterveyspalvelut osana terveydenhuoltoa. Vastuunjako koskien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa näyttäytyykin epäselvältä erityisesti näiden palveluiden kesken. Päihdeongelma nähdään usein sosiaalisena ongelmana, eikä sairautena. (Partanen & Kuussaari 2007, 81–83.) Tämä voi aiheuttaa molemmista ongelmista samanaikaisesti kärsivälle palveluiden ulkopuolelle jäämisen. Ratkaisuksi tilanteeseen on ehdotettu mm. päihdehuollon siirtymistä osaksi terveydenhuoltoa sekä mielenterveyspalveluiden ja päihdehuollon yhteistyön kehittämistä (Wahlbeck 2007, 91; Partanen & Kuussaari 2007, 83).

Vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka tavoitteina on asiakkaan aseman ja ennaltaehkäisyn vahvistaminen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen toimivaksi kokonaisuudeksi. Suunnitelman tarkoituksena on siis selkeyttää palvelujärjestelmää ja välttää päällekkäisyyksiä sekä edesauttaa sujuvaa tietojen vaihtoa eri palveluntuottajien kesken. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009, 13, 27–28.) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden suhteen hajanaista palvelujärjestelmää pyritään luomaan yhtenäisemmäksi. Tämä tarkoittaisi myös sitä, että samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivä voisi tulevaisuudessa saada hoitoa molempiin ongelmiin samasta paikasta, jolloin myös vastuunjaon kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon suhteen tulisi olla selvillä.

2.3.1. Päihdepalvelujärjestelmä

Päihdehuoltolain mukaan ensisijaisia palveluita ovat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut, kuten sosiaalitoimen, äitiys- ja lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon, työterveyshuollon sekä terveyskeskusten palvelut. Kun peruspalvelut eivät vastaa asiakkaan tarpeisiin, kuten vaikeaan päihdeongelmaan, laki velvoittaa käyttämään

”erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja”, eli esimerkiksi A-klinikoiden palveluita, kuntoutuslaitoksia tai asumispalveluita, jotka usein sijoittuvat hallinnollisesti sosiaalihuollon piiriin. Myös terveydenhuolto järjestää päihdepalveluita, joita ovat esimerkiksi somaattisen erikoissairaanhoidon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt, terveyskeskusten katkaisuhoidot sekä yksityisen terveydenhuollon palvelut. (Mäkelä 1998, 171–172.) Suurin osa päihdepalveluista on kuitenkin kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämiä (A-klinikkasäätiö, hoitopalvelut 2009).

Parin viime vuosikymmenen aikana päihdepalveluiden tuottaminen on siirtynyt yhä enemmän järjestöille. 2000-luvun alussa jo yli puolet päihdepalveluista tuotettiin järjestöjen taholta. Lisäksi avohoitopainotteisuus päihdepalveluissa on lisääntynyt. (Partanen & Kuussaari 2007, 73–74.) Järjestöt vastaavat enenevässä määrin sekä ehkäisevää että korjaavaa päihdehuollon palveluista. Lisäksi myös kirkot tekevät paljon ennaltaehkäisevää päihdetyötä. (Mts. 84.) A-klinikkasäätiö on merkittävä päihdeongelmallisille suunnattujen hoito- ja kuntoutuspalveluiden tuottaja. Suomessa toimii yhteensä 14 A-klinikkaa, joilla on lisäksi sivuvastaanottoja. Toimipaikkoja on yhteensä 77. Lisäksi A-klinikkasäätiö tuottaa asumispalveluita sekä laitoshoidon palveluita päihdeongelmallisille. Avohoitona säätiö tarjoaa joissain kaupungeissa myös korvaushoitoa, nuorisoasemien palveluita, päiväkeskuspalveluita, terveysneuvontaa ja poliklinikka palveluita. (A-klinikkasäätiö, hoitopalvelut 2009.)

2.3.2. Mielenterveyspalvelut

Suomessa mielenterveyspalveluiden suunnittelusta, ohjauksesta sekä valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveystyötä säädetään sekä terveydenhuolto- että mielenterveyslaissa. Mielenterveyspalveluihin kuuluu ohjaus, neuvonta sekä psykososiaalisen tuen järjestäminen tarpeen mukaan ja kriisitilanteissa. Palvelut sisältävät myös mielenterveydenhäiriöiden hoidon, tutkimuksen sekä kuntoutuksen. (Mielenterveyspalvelut 2012.)

Mielenterveyspalveluita järjestävät pääasiassa kunnat sekä sairaanhoitopiirit, mutta viime vuosina järjestöjen sekä yksityisten palveluntuottajien osuus palveluiden järjestämisessä on

ollut kasvussa. Myös mielenterveyspalvelut ovat asiakkaan näkökulmasta pirstoutuneita. Järjestöt tarjoavat usein palveluita, jotka tulevat lähelle asiakkaiden arkea, kuten apua ja tukea asumiseen ja arjen sujumiseen. Yksityisillä palveluntuottajilla painopiste on lääkäri- ja asumispalveluissa. Tarjolla olevat avopalvelut rajoittuvat usein ajanvarauskäynteihin mielenterveysyksiköissä. (Mielenterveyspalvelut 2012.) Psykiatrisen sairaanhoidon ja laitoshoidon paikkojen väheneminen on vienyt kehitystä siihen suuntaan, että erilaiset asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille ovat lisääntyneet. Nykyisin kunta voi joko tuottaa asumispalvelut itse tai ostaa ne julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. (Pirttijärvi 2013, 11.)

Mielenterveyspalveluissa on eroja kuntien välillä liittyen järjestämistapoihin sekä saatavuuteen. Laitos- ja avohoidon väliin sijoittuvat hoitokotipalvelut, joiden toimintaa ja laatua valvovat kunnat. Koska yhtenäisiä kriteereitä edellä mainittujen seikkojen osalta ei ole olemassa, voi toiminta ja sen laatu vaihdella paljonkin kunnittain. (Nevalainen 2010, 46–47.) Tämän lisäksi kuntien välillä vaihtelua on myös mielenterveystoimistojen sekä psykiatrian poliklinikoiden toimintakäytännöissä. Kuntien panostus mielenterveyspalveluiden tarjontaan vaihtelee hyvin paljon ja tämä aiheuttaa alueellisia vaihteluita riippuen siitä, miten kunta näihin palveluihin on panostanut. Myös kuntaliitokset ja kuntien yhteistyösopimukset vaikuttavat mielenterveyspalveluita tuottavien organisaation toimintaan. (Pirttijärvi 2013, 10.)

Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen syy joutua työkyvyttömyyseläkkeelle. Esimerkiksi vuonna 2009 jäi joka päivä viisi nuorta alle 30-vuotiaasta työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysongelmien vuoksi. Tämä oli 75 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneista nuorista kyseisen vuoden aikana. Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveydenhäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen olisikin syytä kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. (Raitasalo & Maaniemi 2011, 34.) Ehkäisevä mielenterveystyö on kuitenkin nykyisessä palvelujärjestelmässä marginaalisessa asemassa (Nevalainen 2010, 47). Myös Kristian Wahlbeck (2007, 87–88, 95) on todennut ehkäisevän mielenterveystyön tuottamisesta puuttuvan vastuunkantajan. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli2009) yksi tavoite onkin nostaa ehkäisevä mielenterveystyö kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudeksi (Nevalainen 2010, 47).

2.4. Kuntoutuminen

Kun ihminen sairastuu, aiheuttaa se väistämättä muutoksia jokapäiväisessä elämässä. Toisille sairastuminen voi tarkoittaa sitä, että kaikki suunnitelmat tulevaisuuden suhteet täytyy arvioida uudelleen. Tulevaisuus voi näyttää toivottomalta, tai elämässä täytyy tapahtua paljon muutoksia, jotta sairauden kanssa pärjäisi. Kuntoutumisen prosessin kannalta olennaista onkin yksilön psyykinen sopeutuminen sairauteen; sairauden sekä sen asettamien rajoitusten hyväksyminen ja niiden kanssa pärjääminen. (Härkää & Järvikoski 1995, 129.)

Sekä päihderiippuvuudesta että mielenterveysongelmasta kuntoutumisen prosessi on usein pitkä ja se voi kestää muutamasta viikosta useisiin vuosiin. Mielenterveyskuntoutuksen tavoite on työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Psykiatriassa hoito ja kuntoutus tapahtuvat osittain päällekkäin, mutta vaikka kuntoutuja olisi oireeton tai vähäoireinen, voi toimintakyky olla huono. Toisaalta myös voimakkaista oireista kärsivän henkilön työ- ja toimintakyky voi vastaavasti olla hyväkin. Kuntoutuksessa pääpaino onkin toimintakyvyn tason saattamisessa sellaiselle tasolle, että henkilö pärjää myös mahdollisten oireidensa kanssa. (Pykkänen 1998, 368; 376.) Mielenterveyskuntoutus avohoidossa koostuu usein terapeuttisista keskusteluista sekä lääkehoidosta.

Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen voi tapahtua omaehtoisesti, vertaistuen tai päihdehoitojen kautta. Tärkeää päihteiden käytön lopettamisen jälkeen on, että ihminen löytää uuden, mielekkään tavan elää. Uuden elämäntavan kautta voidaan muuttaa myös omaa persoonallisuutta sekä arvomaailma. (Knuuti 2007, 148; 173.) Hoitokokemuksiin perustuen Lasse Murto (2002, 190) on todennut, ettei päihteistä kuntoutumisen kriittisin vaihe olekaan niistä eroon pääseminen vaan erossa pysyminen. Päihteistä erossa pysymiseen vaaditaan muutoksia ihmisen elämäntavoissa, olosuhteissa ja sosiaalisissa verkostoissa. Lääketieteellisen hoidon lisäksi tarvitaan siis terapiaa ja sosiaalityötä, jolloin haasteeksi nousee sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen tiedon ja osaamisen yhdistäminen. (Mts. 190.)

Alkoholismista toipumiseen on olemassa erilaisia reittejä. Katja Kuusiston (2010) väitöskirjatutkimus keskittyy alkoholistien kokemuksiin ja pohdintaan toipumiseen liittyen. Tutkimukseen osallistuneista 66 prosentilla on joskus elämänsä aikana ollut kontakti professionaaliseen hoitotahoon, kun taas 34 prosentilla ei ole ollut minkäänlaista kontaktia päihdehuoltoon. Kuusisto kuvaa kolmea eri reittiä alkoholismista toipumiseen: vertaistuki, professionaalinen hoito sekä spontaani toipuminen ilman hoitoa. Tutkimuksen mukaan toipumiselle on kuitenkin yhteistä prosessin omaisuus, jolloin toipumisprosessi lähtee ihmisen muutosvalmiudesta.

Minna Mattila-Aalto (2009) on väitöskirjassaan tutkinut entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muotoja, mekanismeja ja mahdollisuuksia. Tutkimusta varten hän haastatteli 13 entistä päihteiden käyttäjää sekä 34 heidän nimeämäänsä auttajaa, niin maallikkoja kuin ammattilaisia. Tutkimus esittelee kolme eri osallisuuden muotoa: elämänhallinta, elämänpoliittinen sekä elämänorientaatio. Elämänhallinnan osallisuus tarkoittaa sitä, kuinka kuntoutus perustuu päihdeettömyyden hallitsemiseen kuntoutumisen alkuvaiheessa. Elämänpoliittisen osallisuuden kautta kuntoutuja alkaa tehdä päihdeettömyyttä tukevia päätöksiä ja elämänorientaation osallisuuden kautta kuntoutujan tulee itsetarkkailun ja harkinnan seurauksena löytää omaa toimintaa ohjaavan koodistonsa. Mattila-Aallon mukaan kuntoutuksen ”sosiaalisen” mekanismi muodostuu näistä osallisuuden muodoista sekä reflektiomekanismista, mikä puolestaan koostuu kuntoutusjärjestelmästä sekä sosiaalisista ympäristöistä, jossa kuntoutuja toimii. Kuntoutumisen kannalta erilaiset instituutiot elämän hallinnoinnin tukena ovat tärkeitä sosiaalisia resursseja. Toisaalta on mahdollista, että vaikka institutionaalisen kuntoutuksen vastuuttava orientaatio voi auttaa kuntoutujaa organisoimaan elämäänsä, voi tämä vastuutetuksi tuleminen vain lisätä addiktiivista käyttäytymistä. (Mt.)

2.5. Hoitoprosessi psykiatrisessa sairaalassa

Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, joiden jäsenkuntien määrä vaihtelee piireittäin. Sairaanhoitopiirit järjestävät tahoillaan myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon. (Sairaanhoitopiirit.) Viime vuosina psykiatrisia sairaaloita on lakkautettu kiihtyvällä tahdilla hoidon siirtyessä avohoitopainotteiseen malliin. Nykyisellään psykiatrinen

sairaanhoidon vastaa määrältään noin neljännestä siitä, mitä se on ollut 1970-luvulla, jolloin hoito oli laitospainotteista (Pirkola & Wahlbeck, 2008, 132). Vuonna 2009 hoitopäivien määrä psykiatrisessa sairaalahoidossa oli 1 563 529 ja potilaiden määrä 30 621. Hoitopakettia oli 44331, joten hoidon keskimääräinen pituus oli 34 hoitopäivää. (Psykiatrian erikoisalalan laitoshoidon 2011.)

Psykiatrisessa sairaalassa hoitoprosessi kattaa potilaan koko hoidon kulun hänen sairaalaan tulosta sairaalasta pois lähtöön saakka. Käytän tutkimuksessani käsitettä hoitoprosessi, koska keräsin tutkimusaineistoni niin akuutti- kuin kuntoutusosastojen sosiaalityöntekijöiltä, joten en voi pelkästään keskittyä esimerkiksi kuntoutuksen käsitteeseen.

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoprosessi alkaa tämän saatua lähetteen sairaalahoitoon. Hoitosuhteen prosessi käsitetään alkavaksi hoitotyön suunnitteluprosessista. Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä hoitohenkilökunnan, ja potilaan halutessa myös tämän läheisten kanssa. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet, jotka pyritään asettamaan mahdollisimman konkreettisiksi, realistisiksi ja rajatuiksi. Hoitosuunnitelmassa voidaan myös jo alustavasti arvioida hoidon kestoa. (Havio ym. 1994, 46–48.) Potilaskeskeisen hoitosuunnitelmaprosessin on päihteidenkäyttäjien kanssa tehtävässä hoitotyössä kuvattu sisältävän seuraavat vaiheet: tiedonkeruu, ongelmien tunnistaminen ja määrittely, voimavarojen arviointi, priorisointi, tavoitteiden laadinta, keinojen määrittely, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (Penny Profit -87/Matos/92 Havion ym. 1994, 48, mukaan).

Psykiatrisessa sairaalassa hoitoprosessia voi myös kuvata edellä mainitulla tavalla. Hoidon alkaessa kerätään tietoa potilaasta, tämän tarpeista, tavoitteista ja ongelmista. Potilaan voimavaroja tarkastellaan, jotta voidaan arvioida, millaisia tavoitteita on realistista laatia. Toisinaan sosiaalityössä ongelmien kirjo voi olla hyvinkin laaja, ja toiset ongelmat vaatia pikaisempaa huomiota kuin toiset. Tällöin tulee priorisoida ongelmia ja keskittyä kiireellisimpiin asioihin ensimmäisenä. Keinot ongelmien ratkaisemiseksi pohditaan usein yhdessä potilaan ja muun hoitavan henkilökunnan kanssa. Kun keinot löydetään, voidaan aloittaa työ ongelmien ratkaisemiseksi. Hoitoprosessin loppuvaiheessa tulee hoitoa arvioida tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta.

Hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: orientoitumisvaihe, työskentelyvaihe ja hoidon päättymisen. Orientoitumisvaiheessa hoitoa aletaan suunnitella. (Havio ym. 1994, 62–64.) Tällöin potilaan kuntoutusryhmän jäsenet tutkivat tahollaan potilasta koskevat tiedot. Kuntoutusryhmän koostumus riippuu aina potilaasta, mutta usein siihen kuuluu lääkäri (psykiatri), psykologi, sosiaalityöntekijä, hoitaja(t) sekä toimintaterapeutti. Kuntoutusryhmässä kootaan yhteinen käsitys potilaasta ja tämän tilanteesta ja tämän pohjalta voidaan aloittaa työskenteleminen potilaan kanssa. Työskentelyvaiheessa potilaan tavoitteita ja hoidon etenemistä tarkastellaan tasaisin väliajoin, jotta voidaan varmistua siitä, että kaikilla osapuolilla on samat tavoitteet hoidon suhteen (Havio ym. 1994, 62–64). Psykiatrisessa sairaalassa tämä tapahtuu usein erilaisten hoitoneuvottelujen ja palaverien kautta, jolloin kaikki hoidon osapuolet pääsevät jakamaan näkemyksiään ja kokemuksiaan potilaan hoidosta. Tämän kaltainen työryhmä työskentely on terveydenhuollossa yleistä, koska usein asiakkaiden tarpeisiin ei voida vastata vain yhden näkökulman varassa. Psykiatrisessa sairaalassa hoidettavilla potilailla on usein monimutkaisia ongelmia, joten monitieteinen ja -ammattillinen arviointi näyttäytyy erittäin tarpeellisenä ongelmien ratkaisemisen kannalta. (Metteri 1996, 146.) Hoidon päättymisvaihe on käytännössä potilaan kotiutuminen sairaalassa. Tähän vaiheeseen liittyy myös suunnitelmallisuus, sillä on tärkeää varmistaa potilaan pärjääminen sairaalahoidon loputtua. Esimerkiksi jatkohoito tulee olla selvitettyä ja mahdolliset tukitoimet järjestetty. Sosiaalityön näkökulmasta myös potilaan taloudellisen pärjäämisen varmistaminen on paitsi hoidon aikana, myös päättymisvaiheessa tärkeää.

2.6. Terveydenhuollon sosiaalityö

Psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityötä tehdään moniammatillisessa, mutta lääketieteen ympärille rakentuneessa organisaatiossa, mikä vaikuttaa myös sosiaalityön rooliin. Terveydenhuollon sosiaalityön lähtökohtana voidaan pitää kokonaisnäkömyksen muodostamista sairauden ja sosiaalisten tekijöiden suhteen (Salon aluesairaala 2010). Sairaalassa sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluu neuvominen sosiaaliturvaan ja -palveluihin liittyvissä kysymyksissä sekä potilaan oikeuksista. Lisäksi sosiaalityöntekijä auttaa ja tukee potilasta sekä tämän omaisia antamalla esimerkiksi keskusteluapua tai avustamalla hakemusten täytössä. Sosiaalityöntekijä tekee myös paljon yhteistyötä eri

viranomaisten kanssa ja osallistuu potilaan jatkohoidon suunniteluun. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Vuonna 2010 terveydenhuollossa työskenteli yhteensä 1270 sosiaalityöntekijää kun heitä sosiaali- ja terveystalveissa työskenteli yhteensä 3970. Sairaalapalveluissa sosiaalityöntekijöitä työskenteli yhteensä 930. (Allasmaa, 2011, 20.) Psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden voidaan ajatella olevan vähemmistö sosiaalityöntekijöiden ammattikentällä. Sosiaalityöllä on kuitenkin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suuri merkitys. Työskentely sairaalan psykiatrisilla osastoilla tapahtuu moniammatillisissa yhteyksissä. Sosiaalityöntekijä työskentelee usein ainoana ammattinsa edustajana osastoilla. Sosiaalityöntekijän odotetaan siis olevan alansa asiantuntija. (Numminen, 2005, 14.) Psykiatristen osastoiden moniammatillisissa tiimeissä työskentelevä sosiaalityöntekijä tuo sosiaalityön asiantuntemusta niissä käytäviin dialogeihin. Vaikka sosiaalityöntekijällä ei voida ajatella olevan asiantuntemusmonopolia sosiaalityöhön liittyvissä kysymyksissä, on hänellä kuitenkin usein paras tuntemus esimerkiksi sosiaalityöjärjestelmästä. (Ks. Karvinen 1996, 39–43.)

Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluu oleellisesti yksilökohtainen palvelunohjaus, jolloin on ehdottoman tärkeä tuntee palvelutarjontaa ja sosiaalityöjärjestelmää (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 21–22). Lisäksi sosiaalityöntekijän tulee kyetä tuomaan omaa asiantuntemustaan esille ja omata hyvät vuorovaikutustaidot, jotta työskentely moniammatillisesti onnistuu (Numminen 2005, 14). Psykiatrisessa sosiaalityössä korostuvat myös sosiaalityöntekijän kyvyt kohdata sairaita ihmisiä empaattisesti ja ihmisen vaikea elämäntilanne huomioiden selvittää kullekin sopivat tuki- ja apumuodot.

Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluu usein myös potilaan pärjäämisen varmistaminen tämän kotiuduttua sairaalasta. Koska sairaalan sosiaalityöntekijä ei voi itse seurata sairaalassa tehtyjen suunnitelmien toteutumista, voi hän siirtää seurannan paikallisille viranomaisille, jolloin yritetään varmistaa se, ettei asiakas jäisi ilman tukea tai tarvitsemiaan palveluita. (Metteri 1996, 153.) Eija Antikainen-Juntunen (2005) on tutkinut sosiaalityön roolia lisenssiaatin työssään empowermentin näkökulmasta työkyvynarviointiin

liittyen. Antikainen-Juntusen mukaan sosiaalityöntekijän rooli työkyvynarvioinnissa näyttäytyi osin epäselvänä, mutta he kantoivat silti vastuuta sekä seuraamisesta, kokonaisarviosta ja tulevaisuuden suunnitelmien realistisuudesta kunkin asiakkaan yksilölliseltä kannalta.

Merja Laitila-Ukkosen (2005) mukaan sosiaalityön rooli päihdehuollossa rakentuu useasta eri asiantuntijuudesta. Asiantuntijuutta voi syntyä paitsi työn tai opiskelun kautta, myös keskusteluissa, kanssakäymisessä sekä vuorovaikutustilanteissa. Moniammatillisessa tiimissä tapahtuvan päihdeongelmaisen tukeminen lähtee sosiaalityön näkökulmasta asiakkaan arjesta käsin. Vaikka päihdeongelman voidaan nähdä medikalisoituneen, tarvitaan päihdehuollossa lääkkeellisten hoitojen lisäksi edelleen myös psykososiaalista hoitoa. Saman voi sanoa pätevän myös psykiatriseen sairaalahoitoon, jossa sosiaalinen näkökulma on lääketieteen rinnalla tärkeä (ks. Salon aluesairaala 2010). Psykiatrisessa sairaalassa tehtävä sosiaalityö on luonteeltaan ennemminkin korjaavaa, kuin ennaltaehkäisevää, koska potilaiden elämäntilanteet saattavat olla hankalia ja apua tarvitaan usealla elämänosa-alueella (Ks. Pirttijärvi 2013, 28–29). Tällöin sosiaalityön asiantuntemus tulee tarpeeseen.

3. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkielmani edustaa kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusta. Laadullista tutkimusta on pidetty ymmärtävänä ja tulkinnallisena tutkimuksena (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 11). Tutkielmassani tulkitsenkin aineistostani esiin nostamiani asioita aiemman tutkimuksen valossa. Aineiston analyysi pohjautuu Derek Layderin adaptiivisen teorian malliin, jossa teorian ja empirian suhde on vuorovaikutteinen (Layder, 1998, 1).

Tutkielmastani on löydettävissä piirteitä sosiaalityön käytäntötutkimuksesta, jossa tutkimusongelma nousee käytännöstä. Käytäntötutkimuksen keskiössä ovat arkisen työn käytännöt ja siinä kohdattavat ilmiöt. Tutkijalla on usein jonkinlainen kokemus tai toisin sanoen johtolanka tutkittavaan ilmiöön liittyen. Käytäntötutkimukselle ominaista on prosessinomaisuus, jossa vuorottelevat suunnittelu, toiminta, arviointi ja jälleen palaaminen suunnitteluun. Siinä on siten nähtävissä yhteneväisyyksiä sekä toimintatutkimukseen että kehittävään työtutkimukseen. (Käytäntötutkimus, 2013.) Tässä tutkielmassa yhteys käytäntötutkimukseen rajoittuu tutkimusongelman käytännönläheisyyteen. Tutkimusongelma on lähtöisin kokemuksistani omaan työhöni liittyen; toisin sanoen tutkimusongelma on noussut käytännöstä.

Tutkimus on toteutettu jäsentämällä ja analysoimalla sosiaalityöntekijöiden kokemustietoa. Tällä tavoin saadaan tuotettua tietoa, joka tulee hyvin lähelle käytännön todellisuutta. Usein käytäntötutkimusta tehdessä tietoa pyritään keräämään useilta eri osapuolilta. (Satka ym. 2005.) Tässä tutkimuksessa kerättiin kuitenkin tietoa ainoastaan sosiaalityöntekijöiltä, koska kiinnostukseni keskiössä olivat heidän kokemuksensa.

3.1. Haastattelut tutkimusaineistona

Keräsin tutkimusaineiston haastattelemalla psykiatristen sairaaloiden sosiaalityöntekijöitä. Haastatteluissa käytin vinjettitarinaa ns. jäänrikkojana (ks. Liite 1). Annoin saman vinjettitarinan luettavaksi haastateltaville ennen haastattelun toteuttamista, jolloin sen tarkoitus oli johdattaa haastateltava tiettyyn aihealueeseen heti haastattelun alussa.

Vinjettitarinaa voidaan siis käyttää johdatuksena sensitiiviseen aiheeseen, ikään kuin keskustelun pohjana. (Barter & Renold 1999.) Vinjettikertomukseen pohjautuvalla metodilla oli todennäköisempää, että haastateltavat käsittivät kaksoisdiagnoosipotilaan samalla tavalla. Kuitenkin jo kahden ensimmäisen haastattelun jälkeen kävi ilmi, että valmistelemäni vinjettitarinan rooli haastattelun kulussa oli hyvin pieni. Vaikka annoin tarinan luettavaksi haastateltaville, tarinaan ei juuri palattu haastattelun aikana. Haastattelut etenivät ilman vinjettitarinan mahdollisesti tuomaa apua, vaikkakin vinjettitarinassa kuvaamani hoitoprosessin mukaisesti.

Ajatuksena vinjettitarinan käytölle haastattelujen pohjalla oli se, että keksitty tarina mahdollistaisi oikeiden potilastarinoiden pois jäämisen haastattelujen sisällöstä. Tarkoituksena oli, että koska tarina oli minun itseni keksimä, ei haastatteluissa tarvitsisi varsinaisesti käsitellä potilastilanteita, jolloin potilaiden salassa pidettävät tiedot eivät vaarantuisi. Haastatteluissa käsiteltiin kuitenkin sosiaalityöntekijöiden arkityötä, joten oikeiden potilastarinoiden esilletuloa haastatteluiden aikana ei voinut täysin välttää. Potilastarinoista puhuttiin esimerkkienomaisesti, kun sosiaalityöntekijät kuvasivat haastavia tilanteita, joita olivat kohdanneet työssään, eikä vaarana ollut potilaiden henkilöllisyyden paljastuminen.

Haastattelumetodina käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tässä haastattelumuodossa kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi samat teemat, mutta kysymysten muotoilu ja niiden järjestys voi vaihdella (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11). Käsiteltävät teemat valitaan aiheeseen perehtymisen jälkeen ja tutkittavaksi valitaan sellaiset ihmiset, joilta voidaan arvella saatavan mahdollisimman paljon relevanttia aineistoa tutkijan kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta. Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että haastateltavalle annetaan tilaisuus tuottaa vapaasti puhetta, mutta haastattelun aikana pyritään käymään läpi tutkijan ennalta määrittelemät teemat. Teemahaastattelussa voidaan käyttää apukysymyksiä tai avainsanoja sen varmistamiseksi, että kaikki teemat tulisivat käsitellyiksi. Kaikkia teemoja ei kuitenkaan välttämättä käydä samassa laajuudessa läpi eri haastatteluissa, vaan ne saattavat painottua eri tavoin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Haastattelin yhteensä kuutta sosiaalityöntekijää kahdesta eri psykiatrisesta sairaalasta. Haastattelut tein kahdessa osassa, ensimmäiset kolme haastattelua toukokuussa 2012 ja toiset kolme haastattelua kesäkuussa 2012. Haastattelut olivat kestoaltaan neljästäkymmenestä minuutista tunti viiteentoista minuuttiin. Keskimäärin yksi haastattelu kesti noin tunnin. Haastattelun kesto riippui siitä, työskentelikö haastateltava akuutti- vai kuntoutusosastolla. Akuuttiosastoilla työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä ei luonnollisesti ollut juurikaan kokemusta hoitoprosessin loppuvaiheista, jolloin tämä alue tuli käsitellyksi haastatteluissa vain pintapuolisesti.

Haastattelut tapahtuivat työntekijöiden työpaikoilla, heidän työhuoneissaan. Olin varannut kutakin haastattelua varten puolitoista tuntia aikaa, jolla halusin varmistaa, ettei haastattelutilanteeseen tulisi kiireen tuntua. Olin laatinut tukikysymyksiä haastattelua varten, mutta täydensin ja esitin lisäkysymyksiä haastattelun aikana, mikäli jokin esille tullut teema sitä vaati. Haastattelut etenivät kuitenkin pääpiirteissään laatimieni tukikysymysten mukaan. (Ks. Liite 2.) Nauhoitin haastattelut ja pyysin kirjallisen suostumuksen haastateltavilta. Haastatteluiden nauhoittaminen mahdollistaa haastattelun tarkemman analyysin ja raportoinnin (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 15).

Haastateltavat olivat minulle entuudestaan tuttuja. Uskon, että tuttuus vaikutti siihen, että tilanne oli rento ja haastattelu saatiin käyntiin nopeammin. Toisaalta tuttuus saattoi myös vaikuttaa siihen, että varsinkin haastattelun alussa sen sisältö oli jossain kohdin hieman ”kuulumisten vaihdon” -tyylistä. Esimerkiksi, jos sosiaalityöntekijöiden työpaikoilla oli tapahtunut muutoksia, saattoi keskustelu harhautua näiden muutosten ”ihmettelyyn”, sen sijaan, että haastattelu olisi edennyt sujuvasti suunnittelemini teemojen mukaisesti. Haastattelijan ja haastateltavan tuttuus voi vaikuttaa haastattelutilanteeseen myös niin, että haastateltava avautuu ja kertoo asioita, joita hän mahdollisesti katu myöhemmin (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17). Tätä mahdollisuutta varten annoin haastateltaville mahdollisuuden olla minuun yhteydessä vielä haastattelun jälkeen, mikäli he sen kokivat tarpeelliseksi. Yhtään yhteydenottoa ei kuitenkaan haastatteluiden sisältöihin liittyen tullut. Oma näkemykseni on, että joissain haastatteluissa haastateltava kertoi aluksi asioita, jotka olisi saattanut jättää kertomatta tuntemattomammalle haastattelijalle.

Litteroin haastattelut kesän 2012 aikana. Litteroidessa kiinnitin huomiota myös sanattomaan viestintään, kuten naurahduksiin ja huokauksiin, jotka siis myös merkitsin litteroituun aineistoon. Vaikka tarkoituksenani ei ollut analysoida aineistoa vuorovaikutuksen tasolla, voivat esimerkiksi naurahdukset joissain kohdin muuttaa sanotun merkitystä hyvinkin paljon (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 16). Litteroitu aineisto oli pituudeltaan yhteensä 78 A4-sivua fonttikoon ollessa 12 ja rivivälin 1.

3.2. Layderin adaptiivisen teorian malli

Aineiston analyysin olen toteuttanut mukailen Derek Layderin adaptiivisen teorian mallia. Adaptiivinen teoria on pelkistetyksi kuvattuna yhdistelmä deduktiivista ja induktiivista päättelyä, eli aiemman teorian testaamista omaan aineistoon sekä teoreettisen tiedon tuottamista aineiston pohjalta. Aineiston analyysissä tutkijan omat tutkimustulokset käyvät ikään kuin vuoropuhelua jo tehdyn, aiheen kannalta relevantin tutkimuksen kanssa. (Layder, 1998, 5.) Tämän tutkielman analyysi on lähtenyt liikkeelle aineistosta, eli induktiivisesti. Aineiston perusteella olen pyrkinyt hyödyntämään jo olemassa olevaa tutkimusta käsittelemistäni aiheista.

Layderin mukaan mikä tahansa tutkimus, joka ikään kuin tekee irtioton jo aiemmin tehdystä tutkimuksesta johtaa tiedon pysähtymiseen, eikä edistä tieteen kumulatiivista kehitystä. Hän esittää, että teoretisoinnin tulisi olla kiinteästi mukana koko tutkimusprosessin ajan, myös analyysivaiheessa, sen sijaan, että sen käyttö rajoittuisi pelkästään tutkimuksen alkuun ja loppuun. (Layder, 1998, 1–3.) Tässä tutkielmassa pyrinkin siihen, että teoreettinen fokus olisi läsnä koko tutkimuksen ajan empiirisen näkökulman rinnalla, eivätkä ne sulki toisiaan pois (Ks. Layder 1999, 26).

Adaptiivisen teorian mallissa käytetään orientoivia käsitteitä analyysin apuna. Orientoivat käsitteet voivat olla peräisin joko aiemmasta tutkimuksesta tai ei-tieteellisistä teksteistä. (Layder 1998, 108.) Omat orientoivat käsitteeni olivat syrjintä/syrjäytyminen, sosiaaliset ongelmat sekä eri-arvoisuus. Edellä mainitut käsitteet liittyvät kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamiin haasteisiin, joista olin kiinnostunut ja ne toistuivat myös aiemmissa

tutkimuksissa, jotka käsittelivät mielenterveys- tai päihdeongelmaisia. Näiden käsitteiden kautta rakensin myös haastattelukysymysrunгон, jonka avulla keräsin aineistoni.

Analyysin aloitin Layderin mallin mukaisesti koodaamalla aineistoa etsien siitä tutkimusongelman kannalta relevantteja ilmaisuja, lauseita tai tekstinosia ja alleviivaamalla ne. Orientoivien käsitteiden avulla pyrin järjestämään aineistoni sisältämän informaation selkeään muotoon (ks. Layder 1998, 56–57). Poimimani tekstinosat käsittelivät haasteita ja ongelmakohtia liittyen kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoprosessiin. Aineistoni sisälsi runsaasti ongelmapuhetta, joten siitä oli helposti löydettävissä tutkimusongelmaan liittyviä tekstiotteita. Alleviivaamani kohdat muodostivat analyysiyksikön. Analyysiyksikkönä on siis joko yksittäinen lause tai ajatuskokonaisuus, joka on muodostunut useammasta lauseesta (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2003, 111–112).

Seuraavassa vaiheessa tarkastelin analyysiyksiköitä ja aloin merkitä niitä eri värikoodein eri teemoihin liittyen. Irrotin nämä värein koodaamani tekstin kohdat aineistosta ja kirjoitin ne erillisiin tiedostoihin luokitellen niitä edelleen eri osioihin. Tutkimuskysymyksessäni esiintyvä sana haaste oli kuitenkin yhteistä jokaiselle analyysiyksikölle. Muodostamistani kategorioista yhdistelin ensin erilaisia alaluokkia, jotka lopulta yhdistin ja muodostin kullekin sopivat yläluokat. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2003, 111–114.)

Teemojen muodostuminen on kuvattu taulukossa 2 (ks. s. 35). Aluksi luokkia muodostui yksitoista. Ensimmäiset muodostuneet teemat olivat hyvin yksityiskohtiin meneviä, joten niitä yhdistelemällä sain muodostumaan viisi teemaa, jotka myös tiivistyivät kolmeksi pääteemaksi, joiden alle kasasin kuhunkin teemaan sopivat kohdat. Kolme pääteemaani ovat haasteet liittyen potilaisiin, haasteet työntekijöiden liittyen ja haasteet liittyen palvelujärjestelmään ja käsittelen aina yhtä esiin noussutta ongelmakohtaa kerrallaan. Olen myös lisännyt otteita aineistostani sopiviksi katsomiini kohtiin osoittaakseni sen, että tekemäni tulkinnat ja johtopäätökset pohjautuvat haastatteluaineistooni.

Taulukko 2. Teemojen muodostuminen

Sosiaalisten ongelmien kasautuminen kaksoisdiagnoosipotilaille	Sosiaaliset ongelmat kaksoisdiagnoosipotilaille	Haasteet liittyen potilaisiin
Haasteet liittyen verkostoihin		
Haasteet toimeentuloon liittyen		
Asumiseen liittyvät haasteet		
Haasteena päihdekuntoutukseen pääseminen	Palvelujärjestelmän kahtiajakautuneisuus	Haasteet liittyen palvelujärjestelmään
Haasteet liittyen yhteistyötahoihin,		
Tarpeenmukaisten palveluiden puuttuminen.		
Haasteet liittyen hoidon eriytymiseen		
Haasteena hoidon jatkuvuus	Haasteena hoidon jatkuvuus	
Haasteena asenteet liittyen päihdeongelmaan	Haasteena hankalat asenteet	Haasteet liittyen työntekijöihin
Haasteena yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden toteutuminen	Yhdenvertaisuuteen ja tasa-arvoon liittyvät haasteet	

3.3. Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuseettiset kysymykset

Tutkielmani aineisto koostui erikoissairaanhoidon työntekijöiden haastatteluista. Sisällöltään haastattelut käsittelivät sosiaalityöntekijöiden kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaista. Marginaaliseen ryhmään liittyvää tutkimusta tehtäessä on otettava erityishuomioon tutkimuksen eettiset kysymykset. Jotta tutkimus olisi eettisesti kestävä, on huomioitava se, ettei tutkimus aiheuta vahinkoa siihen osallistuneilla, vaan sen pyrkimys on pikemmin olla hyödyllistä sekä rakentavaa. Tässä tutkielmassa oli siis tärkeä huomioida sekä haastatellut, että se asiakaskunta, josta halusin sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä kerätä, sekä välttää kummankaan ryhmän vahingoittamista tai leimaamista. (Rauhala & Virokannas 2011, 238–239.)

Haastattelemani henkilöt työskentelivät lääketieteellisessä organisaatiossa. Vaikka tutkielmani ei lääketieteellinen olekaan, oli silti muistettava, että lääketieteellisen tutkimuksen tutkimuseettistä ennakoarviointia ohjaa paitsi traditiot, myös lainsäädäntö. (Rauhala & Virokannas 2011, 235.) Hain tutkimusluvut molemmista sairaanhoitopiireistä ja tiedustelin ennakkoon suostumukset haastateltavilta. Myöhemmin pyysin kirjalliset luvat haastatteluun myös haastateltavilta.

Vaikka tutkimuskysymyksen mukaisesti olin kiinnostunut kaksoisdiagnoosipotilaista psykiatrisessa sairaalassa, tutkimukseni kohteena eivät kuitenkaan olleet potilastiedot tai informaatio, joka koski yksittäisiä potilaita tai josta voisi heitä tunnistaa. Olin kiinnostunut tietyistä ihmisryhmästä psykiatrisessa sairaanhoidossa ja sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä heistä, joten informaation kerääminen tutkimuskysymyksiäni varten ei edellyttänyt yksityiskohtaisen tiedot saamista kenestäkään henkilökohtaisesti. Kiinnitin kuitenkin erityistä huomiota mahdollisiin tunnistetietoihin, koska kyseessä oli pieni aineisto kahdelta eri paikkakunnalta.

Koska keräsin aineistoni yksittäisiltä työntekijöiltä, oli olemassa vaara että aineistoni tulee kuitenkin sisältämään tunnistetietoja (Kuula 2002). Kiinnitin jo aineiston litterointi vaiheessa erityistä huomiota tunnistetietojen poistamiseen. Litteroinnin jälkeen oikoluin aineiston ja poistin ensimmäisellä kerralla huomaamatta jääneet tunnistetiedot. Näin käytettävissäni oli aineisto, josta oli jo valmiiksi poistettu kohdat, josta yksittäisen työntekijän olisi voinut tunnistaa. Säilytin aineiston kotonani paikassa, jossa ulkopuolisilla ei ollut mahdollista päästä siihen käsiksi. Tuhosin nauhoitteet heti litteroituani ne.

Se, että sosiaalityöntekijät olivat minulle entuudestaan jollain tapaa tuttuja, on myös otettava huomioon tutkimuksen eettisyyttä arvioidessa. Haastateltavan ja haastattelijan läheisyys vaikuttaa haastattelutilanteeseen. Joissain määrin tuttuus voi olla hyödyksi, mutta riskinä on, että haastateltava ei joko kerro tarpeeksi tai kertoo liiankin avoimesti asioita. (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 17.) Oma arviona haastattelutilanteiden kulusta on, että tuttuus auttoi pääsemään nopeammin kiinni aiheeseen. Toisaalta tämä voidaan nähdä myös riskinä, koska haastattelutilanteen liiallinen tuttavallisuus voi se vaikuttaa siihen, miten eri teemojen käsittely onnistuu.

Ehkä tärkein eettinen kysymys tutkielmaani liittyen on kaksoisdiagnoosipotilaiden jo ennestään heikko asema suomalaisessa yhteiskunnassa. Tutkimusta tehdessäni minulla on ollut institutionaalinen asema, jolloin esimerkiksi tietyn ryhmän väärin kohtelu, tai tässä tapauksessa jopa syrjintä, saa aivan toisenlaisen merkityksen, kuin arkielämän suhteissa. (Tuomi & Sarajarvi 2003, 122.) Tutkielmaa tehdessä minun täytyikin kiinnittää erityistä huomiota siihen, millä tavoin esittelen sosiaalityöntekijöiden mainitsemia haasteita.

Esimerkiksi sanavalintoihin on täytynyt kiinnittää huomiota. Sen lisäksi että pyrin välttämään kaksoisdiagnoosipotilaiden syylistämistä heidän kohtaamista haasteista, pyrin välttämään heistä puhumista niin sanottuina ”oman elämänsä uhreina”. Tarkoitukseni on ollut tuoda näkyviin kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamia haasteita sosiaalityön näkökulmasta.

Käyttämäni käsite kaksoisdiagnoosipotilas ei ole täysin ongelmaton. Käsite pitää sisällään kuvauksen potilaasta, jolla on kahdenlaisia ongelmia. Anneli Pohjola (2010, 43) on kuvannut, kuinka ammatillisessa kielessä erilaisilla ilmaisuilla voidaan tuoda esille asiakkaiden vaikeuksia ilman, että voimavarat ja vahvuudet tulevat ilmi. Kaksoisdiagnoosipotilas voisi olla esimerkki tuon kaltaisesta ongelmakielestä. Toisaalta kaksoisdiagnoosipotilas-käsite kuvasi lyhykäisyydessään sitä asiakasryhmää, joista olin kiinnostunut psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdeongelmista yhtäaikaaisesti kärsivistä puhuminen olisi yhtäläillä tuonut esille kyseisen ryhmän ongelmia ja jättänyt voimavarat ja vahvuudet huomiotta. Käsitteenä kaksoisdiagnoosipotilas on kuitenkin kiistämättä leimaava määritelmä ihmisestä.

Asenteellisuus kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan nousee esiin useassa kohdassa tutkielmaani, joten on tärkeä kiinnittää huomiota siihen, ettei tutkielmani lisääsi asenteellisuutta vaan parhaimmassa tapauksessa onnistuisi jopa hieman häivyttämään sitä. Koska kaksoisdiagnoosipotilaat on yleisesti koettu haasteelliseksi ryhmäksi erikoissairaanhoidossa, pelkona oli, että tutkielmani osaltaan loisi tai ylläpitäisi ennakkoluuloja heitä kohtaan. Olen kuitenkin pyrkinyt avaamaan niitä esteitä ja haasteita, joita on nähtävissä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kulussa erikoissairaanhoidossa. Vaikka kaikki esteet ja haasteet eivät olekaan lähtöisin palvelujärjestelmän rakenteista tai työntekijöiden asenteista, on muistettava, ettei kaksoisdiagnoosipotilaita syylistettäisi tai pidettäisi sairautta itse aiheutettuna, vaan ymmärrettäisiin heidän sairautensa luonne ja sen aiheuttamat ongelmat myös elämän muille osa-alueille. Tutkielmassani olen pyrkinyt tuomaan tätä näkökulmaa esille.

4. KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN KOHTAAMAT HAASTEET SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN KUVAAMINA

Sosiaalityöntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat haasteita lähes jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa. Haasteita oli löydettävissä jopa perustarpeiden tyydytyksen, kuten asumisen ja toimeentulon suhteen. Palvelujärjestelmän tasolla ongelmalliseksi koettiin se, ettei kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin vastaavia palveluita ole tai vaihtoehtoisesti niiden saaminen on niin hankalaa, ettei monella ole niihin realistisia mahdollisuuksia. Myös kielteiset asenteet kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan ja niiden vaikutukset esimerkiksi palveluiden saantiin nousivat aineistostani esille useaan otteeseen.

Haastattelun alussa tiedustelin kuinka usein sosiaalityöntekijät kohtaavat kaksoisdiagnoosipotilaita. Osa kertoi työskentelevänsä heidän kanssa paljon, mutta osa totesi tapaavansa heitä vain muutamasta kerrasta kertaan kuukaudessa. Kuitenkin haastattelun lopulla he, jotka alussa kertoivat tapaavansa kaksoisdiagnoosipotilaita vain harvoin totesivat kohtaavansa päihdeongelmaisia paljon enemmän kuin mitä alussa arvioivat.

”Itseasiassa nyt ku mä aattelen ni tosi monihan hoitaa itteesä päihteillä.”
(H3)

”Kyllähän niitä on ihan valtavasti et on jonkulaista ongelmaa” (H6)

Lukumäärän arvion muuttumiseen lienee vaikuttanut haastattelun aikana käyttämäni käsite kaksoisdiagnoosipotilas, mikä saattoi aiheuttaa sen, ettei kaikkia päihdeongelmasta kärsiviä mielenterveyspotilaita heti mielletty kuuluvaksi tuohon ryhmään. Tämä johtunee siitä, ettei kaikilla psykiatriseen sairaalahoitoon tulevilla päihdeongelmasta kärsivillä ole diagnosoitu päihdeongelmaa.

Sosiaalityöntekijät kuvasivat päihteidenkäytön olevan yleistä psykiatriseen sairaalahoitoon ohjautuvilla potilailla. Sen sijaan päihdeongelmaisia ilman psykiatrista diagnoosia arvioitiin ohjautuvan vain vähän sairaalahoitoon, eli jokin psykiatrinen sairaus oli sosiaalityöntekijöiden mukaan useimmin hoitoon päätyksen taustalla.

”Hyvin vähän oli pelkkiä päihdeongelmaisia.” (H4)

Päihdeongelmaisille on tarjolla useita heille suunnattuja palveluita, kuten päihdehuollon erityispalvelut, erityistason sairaanhoito tai sosiaali- ja terveydenhuollon muut yleiset päihdeikäyttäjille suunnatut palvelut (Päihdepalvelut, 2012). Pelkästä päihdeongelmasta kärsivät siis ohjautunevat edellä mainittujen palveluiden piiriin, eivätkä psykiatriseen sairaalahoitoon. Haastattelemani sosiaalityöntekijöiden taholta ongelmaiseksi ryhmäksi koettiin juuri sekä päihde- että mielenterveysongelmista samanaikaisesti kärsivät.

4.1. Haasteet liittyen potilaisiin

Haastattelemani sosiaalityöntekijät kuvasivat sosiaalisten ongelmien moninaisuutta kaksoisdiagnoosipotilailla. Huono-osaisuuden kasautuminen nähtiin olevan heille yleistä. Konstruktionistisen perinteen mukaan käsite ”sosiaalinen ongelma” on aikaansa sidonnainen. Se, mitä jonain aikana on pidetty normaalina, voi myöhemmin määrittyä sosiaalisesti ongelmaksi ja päinvastoin. Lisäksi sosiaaliset ongelmat saavat eri tulkintoja mm. eri ammattiryhmien sisällä. Eri professioiden näkökulmista katsottuna sosiaaliset ongelmat voivat määrittyä hyvin erilaisilla tavoilla. Vaikka sosiaalityö ei ole ainoa professio, jonka kiinnostuksen kohteena sosiaaliset ongelmat ovat, voidaan sosiaalityöllä ajatella olevan erityinen asema sosiaalisten ongelmien määrittelyssä. Sosiaalityön asiantuntijuuden ja asiakkaiden kanssa tehtävän työn kautta ongelmat muokkaantuvat ja määrittyvät sekä saavat erilaisia tulkintoja. (Jokinen ym. 1995, 14–15.)

Haastatteluissa sosiaalityöntekijät kertoivat työskentelynsä lähtevän usein perusasioista, kuten toimeentulotuen tai asunnon hakemisesta. Juuri näihin sekä verkostoihin liittyvät ongelmat nousivat aineistostani selvimmiksi esiin. Yrjö Nuorvala (1999, 53) totesi myös tutkimuksessaan huumeidenkäyttäjissä sosiaali- ja terveystalvissa, että hänen haastattelemistaan huumeidenkäyttäjistä kolme viidestä oli työttömänä ja asunnottomana joka kolmas. Lisäksi velkaantuminen ja vankeusrangaistukset olivat yleisiä (mts. 54). Vuonna 2011 huumeidenhoidon asiakkaista 61 prosenttia oli työttömänä, koulutustaso oli yleisesti ottaen matala ja joka kymmenes oli asunnoton (Forsell 2012, 3).

Sosiaalisia ongelmia kuvattiin esiintyvän paljon kaksoisdiagnoosipotilailla. Eniten mainittiin olevan ongelmia toimeentuloon ja velkaantumiseen liittyen. Lisäksi asunnottomuus tai asumiseen liittyvät ongelmat olivat sosiaalityöntekijöiden mukaan yleisiä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden verkostot nähtiin myös ongelmallisiksi, niitä kuvattiin joko tuhoisiksi tai niitä ei välttämättä ollut lainkaan. Myös työttömyys ja syrjäytyminen nousivat esiin jokaisessa haastattelussa. Edellä mainitut ongelmat liittyvätkin kiinteästi yhteen. Esimerkiksi köyhyyden ja työttömyyden on todettu edesauttavan syrjäytymistä (Sheppard, 2006, 7–8). Sosiaalityön perustehtävänä onkin perinteisesti ollut syrjäytymisen ehkäiseminen ja sosiaalisten ongelmien ratkominen (mts. 5; Sosiaalityö 2012). Voisi ajatella, että psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä ollaan sen perustehtävän ytimessä. Sosiaalityön asiakkaat psykiatrisessa sairaalassa ovat usein moniongelmaisia ja sosiaalityötä tehdään laajoissa yhteistyöverkostoissa.

”Siinä joutuu niinku laajalla alueella työskentelemään.” (H1)

Yleisesti sosiaalityöntekijät kuvasivat kaksoisdiagnoosipotilaiden koko elämäntilanteen olevan usein todella sekava. Asiat olivat saattaneet jäädä hoitamatta mm. huonon psyykkisen voinnin vuoksi ja tämä oli voinut aiheuttaa erilaisia ongelmia myös elämän muille osa-alueille.

”Kaikki on levällään” (H5)

”Sosiaaliturva-asiat täysin rempallaan...” (H2)

”Kaikki asiat ihan sekasin” (H4)

Edellä olevat aineisto-otteet ovat esimerkkejä vastauksista kysymykseeni: mistä sosiaalityöntekijät aloittavat työskentelynsä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa. Sosiaalityöntekijät eivät osanneet ilman tarkentavia kysymyksiä kuvata työskentelyn aloittamista, vaan totesivat ensi alkuun tilanteen olevan usein jopa kaottinen kaiken ollessa ”levällään” (H5) tai ”sekaisin” (H4). Kaksoisdiagnoosipotilaat on koettu haasteelliseksi ryhmäksi heidän monimuotoisen oireilunsa, hoitokielteisyyden sekä toimintakyvyn laskun vuoksi. Nämä aiheuttavat haasteita myös muilla elämän osa-alueilla.

(Pirkola & Wahlbeck, 2004, 1674.) Useat samanaikaiset ongelmat vaativat laaja-alaista lähestymistä ja ratkaisujen löytäminen on hankalaa.

”..et kyllähän se vähän on niinku jotenki epätoivosimmiltahan ne näyttää ne tapaukset, et miten näitä nyt voit auttaa että ehkä helpommin tulee semmosten kohalla semmonen olo et kuhan se nyt vaan pääsee täältä pois ja jonnekki että ei oo ehkä niinku hirveen jotenkin semmonen optimistinen niitten suhteen tai semmonen kannustava että..” (H3)

Epätoivoisilta vaikuttavat tilanteet vaikuttavat myös sosiaalityöntekijöiden työskentelyyn kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa. Sosiaalityöntekijät kokivat työskentelyn joskus jopa turhauttavaksi. Eräs haastateltava (H5) totesi, ”*ettei jaksa sitä sellasta*”, tarkoittaen tällä kokemustaan siitä, että joutuu useaan kertaan tekemään samat asiat ilman, että työ johtaa mihinkään. Potilaiden sitoutuminen sovittuihin asioihin nähtiin toisinaan olevan heikkoa ja tämän kuvattiin aiheuttavan sosiaalityöntekijöissä turhautumisen tunteita. Potilaiden vastuulle jätetyt hoidettavat asiat saattoivat jäädä hoitamatta, jolloin ainoaksi vaihtoehdoksi nähtiin edunvalvonnan hakeminen.

4.1.1. Verkostojen kapea-alaisuus

Psykiatrisen sairaalan potilaat kärsivät usein yksinäisyydestä, eikä sosiaalisia suhteita välttämättä juuri ole (Pirttijärvi 2013, 82). Haastatteleman sosiaalityöntekijät kuvasivat kaksoisdiagnoosipotilailla olevan samankaltaisia ongelmia verkostojen suhteen. Verkostojen kuvattiin olevan niukkoja tai olemassa olevien verkostojen usein tuhoisia.

”..aika monella ei just oo niitä tukiverkostoja” (H2)

”..monesti se on just se et semmosta raitista seuraa ei oikeen ole” (H1)

”..sillä läheisverkostolla on ehkä omia samankaltaisia ongelmia” (H6)

Psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityöntekijät näkivät ongelmaksi sen, että kaksoisdiagnoosipotilaiden verkostot koostuvat usein ihmisistä, jotka kärsivät samantapaisista ongelmista. Tämän nähtiin edesauttavan potilaiden päihteidenkäytön jatkumista, koska verkostot tarjosivat mahdollisuuksia jatkaa sitä. Jussi Perälä (2011) on

kuvannut huumausaineita myyvien tuttavapiiriä eräänlaiseksi hoviksi. Hovin jäsenille voidaan tarjota huumausaineita joko ilmaiseksi tai huomattavasti edullisemmin, kuin mitä hinta olisi esimerkiksi katukaupassa. Huumausaineiden saaminen ja käyttäminen ei siis aina ole rahasta kiinni. Perälän mukaan huume- ja alamaailman piireissä vallitsevat tiukat lojaalisuussäännöt, joiden avulla pidetään yllä yhteishenkeä. Nämä eettiset säännöt lisäävät myös joukkuehenkeä valtaapitäviä vastaan. (Mts. 210- 211, 218.)

Kuuluminen huumausaineita käyttävään verkostoon voi altistaa päihteidenkäytölle ja helpottaa niiden saantia. Päihdeongelmasta toipuvalle sosiaaliset suhteet ovat kuitenkin tärkeitä. Knuutin (2007, 125) tutkimuksen mukaan sosiaaliset suhteet usein vähenevät, kun päihteitä käyttävät ystävät jäävät. Uusien ystävien ja sosiaalisten suhteiden solmiminen onkin merkittävä tekijä päihteistä irtautuessa (mts. 125).

Eri organisaatioissa tehdään erilaisia tulkintoja kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmista, jolloin tulkinnat vaikkapa verkostojen tuhoisuudesta voivat muodostua hankalasti muutettaviksi. Tietty määritelmä tai tulkinta asiasta voi ohjata työskentelyä ja vaihtoehtoiset tulkinnat ongelmista voivat jäädä huomaamatta. (Jokinen ym. 1995, 20–21.)

”joskushan siinä voi olla ihan puhtaasti se syy että lähiverkoston ei ole tai lähiverkosto itessään on tuhosa, mutta se että mä en oo ihan varman että onko hoitojärjestelmän tehtävä arvostella se onko lähiverkosto niinku positiivinen vai negatiivinen” (H4)

Edellinen aineisto-ote kuvaa hyvin sosiaalityöntekijän erityistä näkökulmaa liittyen potilaiden ongelmien määrittelyyn. Se, mikä sairaalan näkökulmasta näyttäytyy tuhoisalta, voi potilaalle merkitä aivan toista. Sosiaalityöntekijä joutuu usein sairaalan moniammatillisessa työryhmätyöskentelyssä tarkastelemaan omaa rooliaan. Organisaation asettamat rajat sosiaalityölle voivat olla ristiriidassa sen asiantuntijaroolin kanssa, jota sosiaalityöntekijä omassa työssään toteuttaa (Ojuri 1996, 121). Näin ollen myös eri näkökulmat asioiden tarkasteluun voivat vaihdella sen mukaan, kumpaa roolia sosiaalityöntekijältä kulloinkin edellytetään.

Työssään sosiaalityöntekijällä on selontekovelvollisuus asiakkailleen, työtovereilleen, kollegoilleen, työnantajalleen, ammatilliselle järjestölle sekä laille. Selontekovelvollisuus

tai vastuu edellä mainituille tahoille voi aiheuttaa työssä ristiriitaisia tilanteita, elämehän yhteiskunnassa, jossa ekonomistiset arvot ovat korostuneita. (Mänttari-Van Der Kuip 2013.) Varsinkin tilintekovelvollisuus organisaatiolle voi aiheuttaa sosiaalityöntekijälle paineita työssä. Apua tarvittaisi, mutta ei ole mistä antaa.

”Että monestiki selkeesti niinku nähdään et se tarve olis ihan siihen se tuki siihen arkeen sinne kotiin niitte asioitten kanssa selviytymiseen et jos se tukiverkosto jää jossain kerran viikossa toimistolla tapaamiseen ni se ei välttämättä ehkä niinku anna sille potilaalle sitten niin paljoo sitä tukea ja apua, kun mitä hän sitte siinä arjessa selviytymiseen tartteis (...) et se ois niinku säännönmukasta ja pitkäkestosempaa eikä sitten semmosia lyhyitä pätkiä kerrallaan ja sit taas arvioidaan, et onko meillä (palveluntuottajalla) rahaa jatkaa tätä toimintaa...” (H6)

Sairaalahoidon päättyessä hoitovastuu potilaista siirtyy avohoidolle. Kaksoisdiagnoosipotilaiden avohoito voi olla järjestetty joko psykiatrian poliklinikalla, päihdepalveluiden kautta tai sekä että. Ongelmana sosiaalityöntekijät kokivat sen, että kaksoisdiagnoosipotilaiden avuntarpeet liittyvät usein arjen pyörittämiseen ja pulmat liittyvät kotona pärjäämiseen. Kuitenkin kotiin saatavilla olevaa tukea kuvattiin olevan niukalti ja joissain paikoissa ei lainkaan. Lisäksi saatavilla olevan avun kuvattiin olevan usein lyhytkestoista ja määrärahoista riippuvaista. Haastatteluiden mukaan tarve olisi pitkäkestoiselle ja asiakkaan arkea tukevalle palvelulle. Esimerkki tämänkaltaisesta palvelusta on kotikuntoutus, jonka toimintaperiaatteena on tulla lähelle asiakkaan arkea ja tukea kotona pärjäämistä. Tällaisia palveluita on olemassa joissain kaupungeissa, mutta valtakunnan laajuiseksi toiminta ei ole vielä levinnyt. Lisäksi myös kotikuntoutuksen kaltaiset palvelut ovat riippuvaisia määrärahoista, eikä niiden saaminen ole itsestään selvää, vaikka kotikunnassa palveluita olisikin tarjolla. Määrärahojen kohdentaminen asiakkaan arjen tukemiseen keskittyviin palveluihin voisi pidemmällä aikavälillä ehkäistä sairaalahoidon tarvetta. Asiakkaan arjen tukeminen avohoidon keinoin voisi myös vähentää omaisten kuormittumista, kun tukea arjen sujumiseen olisi saatavilla muualta.

Useissa haastatteluissa mainittiin tärkeänä verkoston osana potilaiden vanhemmat. Moni haastateltava kuvasi tyypillistä tilannetta, jossa päihdeongelmaisen mielenterveyspotilaan äiti tai isä on viimeiseen asti yrittänyt tukea ja auttaa lastaan. Auttaminen on voinut olla taloudellista apua, jota on jatkunut jo pitkään, ja jolloin vanhempien oma talous on

saattanut sen seurauksena romahtaa. Sosiaalityöntekijät kuvasivat tilanteen olevan haastava, koska lasten auttamista pidetään luonnollisena, mutta kun auttaminen vahingoittaa auttajaa välillisesti tai esimerkiksi taloudellisesti suoraan, on tilanne ongelmallinen. Sosiaalityöntekijät kuvasivat vanhempien loppumatonta uskoa lapsensa ”paranemiseen” (H2) tai ”kuiville pääsemiseen” (H5). Osa haastateltavista näki tämänkaltaisen tilanteen olevan joskus myös este edellä mainituille tavoitteille, koska jatkuvan lapsen ”pelastamisen”(H5) ei nähty edesauttavan tämän vastuunottoa omasta elämästään. Myös Pirttijärvi (2013, 84) on todennut, että vanhemmat ovat saattaneet kantaa kokonaisvastuuta potilaan taloudellisesta tilanteesta tai muutoin auttaneet huomattavan paljon taloudellisesti aikuista lastaan.

4.1.2. Toimeentulon niukkuus

Toimeentuloon liittyvät ongelmat nähtiin yleisinä kaksoisdiagnoosipotilailla varsinkin hoidon alkuvaiheessa. Säännöllistä toimeentuloa ei ehkä ollut tai se koostui usein viimesijaisesta etuudesta eli toimeentulotuesta. Toimeentulotuen asiakkaiden ajatellaan usein olevan joko syrjäytyneitä tai ainakin syrjäytymisuhan alla. (Karjalainen & Raivio 2010, 120.) Puhuttaessa taloudellisesta syrjäytymisestä, köyhyyttä voidaan pitää yhtenä syrjäytymisen ulottuvuutena. Tärkeä taloudellisen syrjäytymisen ehkäisykeino on riittävästä toimeentuloturvasta huolehtiminen. (Raunio 2006, 126–128.) Nykyisellään käytäntönä kunnissa on useimmiten se, että toimeentulotukihakemusten käsittely on siirretty etuuskäsittelyyn, jossa työskentelee lähinnä toimistohenkilöstöä. Käytäntö on aiheuttanut sen, että valtaosalle toimeentulotuen hakijoista pyritään ainoastaan turvaamaan taloudellinen pärjääminen, ja sosiaalityön asiakkaaksi pääseminen hankaloituu. (Karjalainen & Raivio 2010, 128.) Mikko Mäntysaaren (2008, 130) mukaan kaikista syrjäytyneimmät ohjautuvat usein muiden kuin sosiaalityöntekijöiden asiakkaiksi. Syrjäytynyt saattaa olla sosiaalihuollon asiakas pitkäänkin tapaamatta lainkaan sosiaalityöntekijää (mts. 130).

Pirttijärven (2013, 61–62) mukaan ei ole harvinaista, että psykiatriseen sairaalaan tuleva potilas on elänyt täysin sosiaaliturvajärjestelmän ulkopuolella tai että toimeentulo on koostunut viimesijaisesta etuudesta. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaan

kuuluukin olennaisesti säännöllisen toimeentulon varmistaminen potilaalle sekä sairaalahoidon ajan että sairaalahoidon päätyttyä (mts. 62).

Vaikka sosiaalityöntekijät nimesivät toimeentulo-ongelmat yhdeksi haasteeksi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla, he kuvasivat, etteivät potilaat välttämättä kokeneet asiaa yhtä ongelmalliseksi.

”toimeentuloon liittyviä (ongelmia) joo. Mutta ei ne oo välttämättä niitä päällimmäisiä tai mistä ne ehkä ite ois huolissaan” (H3)

Kari Vähätalo (1994, 17) on kuvannut leimaantumismekanismien vaikutusta niihin tulkintoihin, joita voidaan tehdä huono-osaisiksi käsitetyistä ihmisistä. Tilanne voi määrittyä työntekijän tulkinnasta ongelmalliseksi, vaikkei se sitä olisikaan. Vähätalo puhuu aiheesta huono-osaisuuden tutkimuksen tekijän näkökulmasta, mutta ajatusta voidaan soveltaa myös huono-osaisten kanssa työskenteleviin. (Mts. 17–18.) Kun sosiaalityöntekijä yrittää työnsä kautta turvata asiakkaan toimeentulon, voivat sosiaalityöntekijän ja asiakkaan näkemykset sekä arvomaailmat olla pahasti ristiriidassa keskenään. Se, mikä näyttäytyy sosiaalityöntekijälle välttämättömänä ihmisen hyvinvoinnin kannalta, voi olla toissijainen asia asiakkaan näkökulmasta.

Viimesijaisten etuuksien yleisyys kaksoisdiagnoosipotilaan toimeentulona voi selittyä sillä, että se koetaan helpoksi vaihtoehdoksi. Sosiaalityöntekijöiden mukaan esimerkiksi työmarkkinatuen hakeminen koetaan hankalana, koska se edellyttää etuuden saajalta säännöllisiä käyntejä työvoimatoimistossa. Etuuksien hakemiseen kuvattiin liittyvän myös muita ongelmia:

”siitä tulee tätä paperisotaa ja viivästymisiä” (H1)

”sairauspäivärahaa aika moni on kumminki halukas hakemaan, mut onhan siinä sekin, et moni sanoo et se vaan sekottaa tätä mun kuvioo” (H3)

Kelan etuuksien haku- ja käsittelyajoista johtuen voi potilaalle aiheutua tilanne, jolloin hän jää tulottomaksi. Esimerkiksi kuntoutustukihakemusten käsittelyssä saattaa kestää kolmesta neljään kuukauteen. Mikäli tämä vaihtoehto on tiedossa, ei etuuksia välttämättä haluta hakea, koska monelle säännöllinen tulo on tärkeää.

”se on niin suuri helpotus et kun se raha tulee että ei tarvi mitää sen eteen tavallaan tehdä et se tulee niinku vaikka puol vuottaki tulis niinku sillee et tietää et minä päivänä se tulee” (H3)

Sosiaalityöntekijät toivat tärkeänä esiin sairastumisen vaikutuksen toimeentulovaikeuksiin. Psykkinen sairastuminen vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn, jolloin henkilö ei kykene huolehtimaan esimerkiksi perustoimeentulostaan. Tilanne on tuttu psykiatrisessa sairaalassa työskenteleville: esimerkiksi yksinkertaiselta näyttävän työttömyysajan ilmoituksen täyttämisen Kelaan voi olla sairastuneelle lähes mahdoton tehtävä. Sairastumisesta johtuva alentunut toimintakyky aiheuttaa siis paitsi kustannuksia ja ansionmenetyksiä, myös vaikeuksia sosiaaliturvan hakemiseen liittyen. Hakemukset koetaan monimutkaisiksi ja esimerkiksi oman sairauden oireiden kuvaaminen tiivistetysti paperille voi olla potilaalle haastavaa. (Pirttijärvi 2013, 63.)

”Jos on huonossa kunnossa, niin eihä sillo tietysti ihminen kykene tekemään mitään.” (H5)

Sosiaalityöntekijät kuvasivat omaa työskentelyään asianajona edellä mainittujen kaltaisissa tilanteissa. Pirttijärvi (2013, 64) on kuvannut tämänkaltaista työskentelyä huolenpitotehtävänä. Oli kyse sitten asianajosta, tai huolenpidosta, on sosiaalityöntekijän rooli tällaisissa tilanteissa merkittävä. Kun psykiatriseen sairaalahoitoon tullut potilas ei kykene huolehtimaan omista oikeuksistaan tai ajamaan omaa etuaan, on tärkeää, että asioita saadaan siitä huolimatta vietyä eteenpäin ja informoitua yhteistyötahoja potilaan tilanteesta.

”Tärkeä varmaa olis sitte näille yhteistyökumppaneilleki tavallaan niinku myöski saattaa tietoon että et mikä niinku on se tilanne että monesti siinä kyseessä oikeesti voi olla se että ei oo tahallaan esimerkiks aiheuttanu itelleen sitä rahattomuutta vaan se on johtunut siitä että se sairaus on ollu niin pahassa vaiheessa et yksinkertaisesti ei ole enää niinku tienny tai kyenny toimimaan niinku oikealla tavalla.” (H6)

Sosiaalityöntekijän asianajo roolin kuvattiin korostuvan erityisesti toimeentulotukea haettaessa. Tällöin sairaalan sosiaalityöntekijän antamat lausunnot ja arviot potilaan tilanteesta sekä toimintakyvystä saattoivat vaikuttaa lopputulokseen merkittävästi. Eräs haastateltava (H4) totesi seuraavasti: *”jos potilas itse soittaa, niin ne ovet sulkeutuu*

samointein”. Ennaltaehkäisevää toimeentulotukea myönnetään niukasti, kun toimeentulotukipäätökset perustuvat tiukkoihin laskelmiin yli- ja alijäämineen. Sairaalan sosiaalityöntekijä näkee usein potilaan ahdingon tiukassa taloudellisessa tilanteessa, jota suuret sairaalalaskut kuormittavat. Olisikin tärkeää, että myös kuntien sosiaalitoimessa huomioitaisiin tällaiset tilanteet, eikä sokeasti tuijotettaisi toimeentulotuen laskelmia. Toimeentulotuen myöntäminen ennaltaehkäisevästi esimerkiksi sairaalalaskuihin voisi joissain tilanteissa olla ratkaisevaa. Kun ihminen sairastuu, joutuu tahdonvastaiseen hoitoon, hoidosta laskutetaan, eikä toimeentulotukea myönnetä, voi tämä paitsi lisätä sairastumiseen liittyvää stigmaa, myös edesauttaa syrjäytymistä. Todellisuus kuitenkin on, että kunnissa määrärahat on rajalliset ja ennaltaehkäisevää tai täydentävää toimeentulotukea myönnetään yhä harvemmissä tilanteissa.

Tuottavuuden ja vaikuttavuuden korostaminen on aiheuttanut haasteita sosiaalityölle ja sen perustehtävälle ehkäistä syrjäytyneisyyttä ja vähentää huono-osaisuutta. Sosiaalityöntekijä voikin joutua työskentelemään tilanteessa, jossa organisaation asettamat rajat ovat pahasti ristiriidassa asiakkaiden tarpeiden kanssa. Vaikka selontekovelvollisuuden verovaroilla toimivalle organisaatiolle voidaan nähdä olevan tärkeää, on sosiaalityön tehokkuutta kuitenkin vaikea mitata. Maija Mänttari-Van Der Kuipin (2013) tutkimuksen mukaan lähes 40 prosenttia sosiaalityöntekijöistä koki, että heidän mahdollisuutensa tehdä ammattieettisesti vastuullista sosiaalityötä olivat heikentyneet kuluneen kolmen vuoden aikana.

4.1.3. Asumiseen liittyvät ongelmat

Sosiaalityöntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat kärsivät usein asunnottomuudesta. Asuntoa voidaan pitää tärkeänä ihmisarvoisen elämän edellytyksenä. Asuntomarkkinoilta syrjäytyminen onkin yksi syrjäytymisen muoto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 60–61). Nykyisellään edullisen vuokra-asunnon saaminen voi olla haastavaa kenelle tahansa, mutta päihdeongelman astuessa mukaan, voi asunnon saaminen olla lähes mahdotonta. Maksuhäiriömerkinnät, korkeat vuokrat ja aiemmat ongelmat asumisen suhteen voivat nousta esteiksi vuokra-asunnon saamiselle. (Knuuti 2007, 92–94.)

H2: *”et jos sillä (työntekijällä) on kokemusta tämmösestä (kaksoisdiagnoosi-) potilaasta ni se sitte vaan aattelee et ne on kaikki sellaisia että..”*

Haastattelija: *että?*

H2: *”...et ne asiat ei sit hoidu ja sit se että monethan sit sanoo et ei kannata mitään asuntoa järjestääkkään ennenku on se päihdeongelma hoidettu et sit vasta et ei se ennen onnistu.”*

Päihdeongelman ensisijaisuus voi siis tulla vastaan myös asuntoa järjestettäessä ja toimia jopa esteenä asunnon saamiselle. Asumiseen liittyvinä ongelmina mainittiin häiriökäyttäytyminen, luottotietojen menetys ja vuokratilastit. Lisäksi, jos henkilö oli saanut jo kertaalleen hädän esimerkiksi seurakunnan tai kaupungin vuokra-asunnosta, nähtiin uuden asunnon hankkimisen olevan lähes mahdotonta. Nykyään vuokranantajan tarkastavat lähes poikkeuksetta vuokralaisen luottotiedot. Sosiaalityöntekijät kuvasivat, että joskus ainoa keino vuokra-asunnon hankintaan oli hakea potilaalle edunvalvontaa. Tällöin voidaan vuokranantajalle antaa takuu siitä, että vuokrat tulevat hoidetuksi. Asumisneuvojan ja sosiaalisen isännöitsijän palvelut nähtiin myös tärkeinä kaksoisdiagnoosipotilaiden asuttamisessa.

Vaikka asunnottomuutta voidaan pitää marginaalisena ongelmana, on sen yhteiskunnallinen näkyvyys lisääntynyt viime vuosina. Erilaisten hankkeiden ja toimenpidesuosittelujen määrä on lisääntynyt ja kohteina ovat usein olleet ns. ”vaikeasti asutettavat”, joihin luetaan kuuluviksi myös kaksoisdiagnoosipotilaat, eli vaikeista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät. Eräs keino ”vaikeasti asutettavien” asuttamiseksi on välivuokraus. Tällöin esimerkiksi A-klinikka voi edelleen vuokrata vuokraamaansa asuntoa asiakkaalle ja kun asuminen sujuu, voi asiakas päästä itse päävuokralaiseksi ja näin ollen mukaan normaaliehdoin toteutuvaan asumiseen. (Karjalainen 2010, 138; 148; 150.)

Yleinen ongelma nykyisillä asuntomarkkinoilla on pula pienistä ja kohtuuhintaisista asunnoista, jollaista joutuu usein etsimään ja jonottamaan pitkään. Kuntien vuokra-asuntoja voi hakea ja jonottaa kuka tahansa. Lienee siis selvää, että sellainen henkilö, jolla on vaikkapa vuokratilastit ja tiedossa on myös muita aiempia ongelmia asumisen suhteen, ei ole ensimmäisenä jonossa asuntoa saamassa. (Karjalainen 2010, 148.) Joskus sairaalahoito voi pitkittyä, mikäli asuntoa ei ole. Kaksoisdiagnoosipotilaille tarjotaan

tällöin toisinaan vaihtoehdoksi päihdeongelmaisille tarkoitettua ensisuojaa. (Pirttijärvi 2013, 63–64.) Kaksoisdiagnoosipotilas saattaa poukkoilla pitkäänkin vailla vakinaista asuntoa, ensisuojan, asunnottomien asuntolan ja tuttavien asuntojen välillä (Kärkkäinen 2010, 182).

Kuka tahansa päihdeongelmaisten ensisuojaissa vierailut voinee todeta, ettei asuminen sen kaltaisissa olosuhteissa edistä mielenterveysongelmista kärsivän kuntoutumista. Myös toimeentulon niukkuus luo omat haasteensa asunnon löytämiselle. Kuntien toimeentulotukiohjeissa on säädetty maksimivuokrien määrät, jotka otetaan toimeentulotuessa huomioon. Usein nämä määrät ovat kaukana siitä todellisuudesta, mitä asuntojen vuokrat nykypäivänä ovat. Sen lisäksi, että kaksoisdiagnoosipotilas voi joutua tulemaan toimeen minimi toimeentulolla ja heikkojen verkostojen turvin, voi oman asunnon löytäminen olla pitkä ja turhauttava prosessi.

4.2. Haasteet liittyen työntekijöihin

Moniammatillisessa työyhteisössä haasteeksi voi muodostua eri ammattikulttuureiden ihmiskuvien yhteensovittaminen. Ihmiset lähestyvät ja käsittävät asioita eri tavoin eri professioista. Psykiatrinen sairaala edustaa terveydenhuollon organisaatiota. Tämän alan organisaatiossa ei välttämättä ole niinkään tyypillistä tavoitella kokonaiskäsitystä tilanteesta, kuin hoitaa tiettyä pulmaa. Kokonaistilanteen hahmottaminen puolestaan on yksi keskeinen tehtävä sosiaalityössä. (Ojuri 1996, 122–123.) Kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaistilanteeseen vaikuttaa sekä päihteidenkäyttö että mielenterveydelliset seikat. Psykiatristen sairauksien hoitoon erikoistunut hoitotaho ei kuitenkaan välttämättä näe asiakseen hoitaa kuin pelkästään psykiatrista sairautta. Tällöin päihdeongelma voi toimia esteenä hoitoon pääsyle.

”..et se tulee se päihdeongelma sit niinku semmosena esteenä päästä näihin (hoidon piiriin)..” (H1)

”Kaksoisdiagnoosipotilas on varmaan suomalaisessa yhteiskunnassa se kaikkein hankalin ja hankalimmasta päästä, et se ei oo helppoo työtä eikä silleen kivaa työtä.” (H4)

Psykiatrisessa sairaalassa päihdeongelman hoito saatetaan haastateltavien mukaan nähdä ensisijaisena ongelmana ja näin ollen jopa esteenä psykiatriselle hoidolle. Asenteellisuus kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaa nousi esille jokaisessa haastattelussa. Sosiaalityöntekijät kuvasivat kielteisten asenteiden vaikuttavan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon pääsyyn, hoidon kestoon sekä jopa hoidon sisältöön. Hoitoon pääsyn nähtiin olevan vaikeampaa. Hoidon kestot koettiin lyhyemmiksi ja hoidon sisällön kuvattiin olevan niukempaa, kuin pelkästä psykiatrisesta sairaudesta kärsivillä potilailla. Sosiaalityöntekijöiden mukaan ajattelu päihde- ja mielenterveysongelman erillisyydestä tuntui olevan edelleen vallalla psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, eikä molempiin ongelmiin koettu pystyttävän vastaamaan samanaikaisesti.

4.2.1. Hankalat asenteet

Juha Partanen (2002, 17–18) kuvaa huumeita koskevien asenteiden, joukkoviestinnän ja yhteiskunnallisten toimien rakentavan kokonaisuuden, jota hän kutsuu *narkofobiaksi*. Käsitteellä narkofobia Partanen tarkoittaa kielteistä ja torjuvaa asennetta, asennoitumista ja pelkoa liittyen huumeidenkäytön seurauksiin, kokeiluun ja käyttöön. Osalla ihmisistä narkofobia kumpuaa omista tai lähipiirin kokemuksista, kun taas osalla se on lähtöisin pelkästään julkisuudessa esitetystä kuvasta huumeisiin liittyen. Vaikka huumeidenkäyttö on lisääntynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana ja nuorten suhtautuminen huumeita kohtaan muuttunut suvaitsevaisemmaksi, on valtaväestön asenteet edelleen vahvasti kielteiset. (Mts. 18–19.)

Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuudesta tutkineiden Marjo Pennosen ja Anja Koski-Jänneksen (2010) mukaan enemmistö tutkimuksen kohteena olleista päihdealan ammattilaisista korosti yksilön vastuuta riippuvuusongelman syntymisessä sekä siitä toipumisessa. Erityisesti terveydenhoitoalan koulutuksen saaneet korostivat riippuvuusongelman moraalista luonnetta, johon liittyy ajatus ongelman itseaiheuttamisesta. Tutkimuksen mukaan sosiaalialan työntekijät korostivat riippuvuusongelman syynä opittua selviytymismallia, mikä nousi esille myös muiden ammattiryhmien vastauksissa. Erot eri ammattiryhmien näkemyksissä koskien päihderiippuvuuksia korostuivat huume- ja lääkeriippuvuuksien kohdalla. Pennosen ja

Koski-Jänneksen mukaan nämä näkemuserot voivat aiheuttaa ristiriitoja ja erimielisyyksiä eri ammattiryhmien kesken käytännön työssä.

Päihteidenkäyttöön ja riippuvuusongelmiin liittyy usein ennakkokäsityksiä ja tätä kautta myös erilaisia ennakoasenteita. Psykiatriseen hoitoon erikoistuneessa yksikössä päihdeongelmainen saatetaan kokea vieraaksi, vaikka hoitotyötä ohjaavassa Käypä hoito -suosituksessakin mainitaan päihdeongelmaisen hoidossa usein tarvittavan psykiatrista osaamista (Huumeongelmaisen hoito, 2012). Haastattelemani sosiaalityöntekijät kuvasivat asenteellisuuden päihdeongelmaisia kohtaan olevan psykiatrisessa sairaalassa yleistä:

”asenteet on tosi hankalat hoitohenkilökunnan ja lääkärökunnan osalta”
(H4)

”monella on semmonen ennakoasenne, jos kuulee sanan päihde” (H3)

Lääkkeeksi asenteellisuuden kitkemiseen esitettiin moniammatillisen työskentelyn lisäämistä. Hoitoneuvottelujen ja verkostokokouksien avulla voitaisiin välttyä tilanteilta, joissa yksittäinen ammattilainen toisi mahdollisesti negatiivisia asenteitaan esille. Tällöin siis potilas pääsisi itse kertomaan tilanteestaan ja hänen asioitaan käsiteltäisiin avoimesti hoitavan henkilökunnan ja muun verkoston kanssa. Palaverit mahdollistavat usean eri näkökulman esiin tuomisen tavoitteen ollessa tarkan kuvan tuottaminen potilaan tilanteesta (Raitakari 2006, 96–97).

Osa haastattelemistani sosiaalityöntekijöistä toi ilmi myös omien asenteidensa vaikutusta kaksoisdiagnoosipotilaille tarjottaviin palveluihin sairaalassa. Jotkut kokivat, että heidän kanssaan tehtävän työn määrä on kohtuuton verrattuna saavutettuihin tuloksiin. Eräs haastateltavista totesi seuraavasti:

”..mä viimeseen asti yritän vältellä, et jotenki niin paljon on tehny, et tuntuu, et ei jaksa sitä sellasta, et se on monta kertaa just sellasta, et voihan sitä alottaa työskentelyn samalla tavalla ku kaikkien kanssa, mut yleensä se ei kuitenkaan sit johda samanlaiseen lopputulokseen.” (H5)

”..mä en vapaaehtosesti haluu ottaa (..) mitää päihdepotilasta..” (H1)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentely koettiin siis jossain määrin turhauttavana ja heidän kohtaamista yritettiin jopa vältellä. Toisaalta tilanne nähtiin myös haasteena ja eräs sosiaalityöntekijä kuvasi tekevänsä työnsä tarkemmin kaksoisdiagnoosin omaavien potilaiden kohdalla. Hän näki potilaan päihdeongelman ”ylimääräisenä tekijänä”, jolloin tuo ylimääräinen tekijä saattoi yllättäen pudottaa pohjan jo tehdyltä työltä, joten hänellä oli tapana varmistaa useaan otteeseen tehdyt suunnitelmat ja niiden sujuminen (H4).

Vaikka haastateltavat toivat esiin omia ennakoasenteitaan, kuvattiin asenteiden vaikuttavan erityisesti lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työhön. Haastateltavien mukaan hoito saattoi päättyä nopeammin, mikäli potilaalla oli päihdeongelma.

”nii tietysti tää yks (...) lääkäri ni jos ees mainitsee sanan päihde ni se on et ulos ulos ulos (sairaalasta)” (H2)

”...edustamani organisaation kulttuurissa on tähän päihdepuoleen toisaalta kielteinen suhtautuminen, mikä on kyllä tietysti sitten hyvin valitettavaa näitten potilaitten kannalta ja ennen kaikkee hyvin ratkasevassa asemassa on sen osaston lääkärin rooli..” (H6)

Lääkäreiden torjuvaa asennetta sekakäyttäjiä kohtaan on selitetty kahdesta eri syystä johtuvaksi. Ensinnäkin lääkärit voivat joutua valvontaviranomaisten erityistarkkailun kohteeksi määrätessään PKV-lääkkeitä (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet) ja toisaalta myös Kelan selvityspyyntöjen kohteeksi näiden lääkkeiden määräämisen sekä myös potilaiden työkyvyn arvioiden vuoksi. Erityistarkkailun tai selvityspyyntöjen kohteeksi joutuminen voi lisätä työn kuormittavuutta ja olla aikaa vievää. (Pesola 2004, 517.)

Asenteellisuuden kitkemiseksi olisi tärkeää, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevillä olisi tarpeeksi tietoa komorbiditeetista. Haastatteleman sosiaalityöntekijät olivat lähes yksimielisiä siitä, että heillä on liian vähän tietämystä kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittyen. Ihmiset toisinaan pelkäävät vieraiksi kokemiaan asioita ja tämä saattaakin osaltaan selittää torjuvia asenteita kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan. Haastatteluissa toivottiinkin lisää koulutusta kaksoisdiagnoosiin liittyen. Moniammatillisen työskentelyn lisäksi koulutuksen lisääminen voisi siis vähentää kaksoisdiagnoosipotilaisiin kohdistuvaa asenteellisuutta. Työntekijöiden tulisi myös aktiivisesti kriittisesti reflektoida

omaa työtään ja tapojaan toimia sekä kohdata kaksoisdiagnoosipotilaita. Itsereflektion avulla on mahdollista havaita ja tunnistaa omiin asenteisiin ja olettamuksiin vaikuttavia tekijöitä ja tätä kautta mahdollisesti myös vähentää niiden vaikutusta omaan työskentelyyn.

4.2.2. Yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon puute

Asenteiden kautta päihdeongelman nähtiin vaikuttavan myös hoidon sisältöön, jolloin psyykkisen sairauden hoito saattoi jäädä vähemmälle, eivätkä yhdenvertaisuus ja tasa-arvo hoidon suhteen toteutuneet.

”...se (päihdeongelma) voi niinku sillä tavalla jotenkin negatiivisesti vaikuttaa siihen että ei sitä sitten sitä mielenterveydellistä puolta ehkä saateta tarpeeksi huomioita tai jotenki että päihdeongelmainen potilas on vähän niinku erikoistapaus täällä sairaalassa..” (H1)

”...oon ihan vakavasti sitä mieltä, että nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaitten syrjintää on monessakin kohassa” (H4)

Hoidon eväämisen päihdeongelman ensisijaisuuden perusteella voidaan ajatella olevan vastoin yleismaailmallisia ihmisoikeuksia. Tutkimukset ovat osoittaneet, etteivät päihde- ja mielenterveysongelmat ole toisiaan poissulkevia, vaan päinvastoin komorbiditeettia voidaan pitää kohtuullisen yleisenä ilmiönä (esim. Crawford 2003, Menezes 1996, Van Mastrikt 2004, Margolese 2004). Huumeidenkäyttö voidaan usein nähdä keinona lääkitä omaa pahaa oloa (Partanen 2002, 21), kuten masennusta tai muita mielenterveydenhäiriöitä, joiden hoitoon psykiatrinen hoitojärjestelmä on erikoistunut. Kuitenkin päihdeongelman olemassaololla voidaan sosiaalityöntekijöiden mukaan perustella hoidon eväämistä kaksoisdiagnoosipotilailta.

”Varsinki sitte jos on tää päihdeongelma niin hyvin herkästi sit nähää et se ei niinku tänne kuuluu” (H2)

”et helposti näistä on tullu itelle semmonen käsitys, että näistä kaksoisdiagnoosipotilaista tehää paljon herkemmin päihdepotilaita, ku se et heistä tehtäis psykiatrisia potilaita, vaikkakin voi olla niin, että se hoitoontulosy on ollu sen psykiatrisen taudin paheneminen, ni silti se päihdepuoli sieltä nostetaan vaikka se ois voinu olla vaikka pitkänkin aikaa

tavallaan ihan niinku hallinnassa (...) ja se on varmasti sit kuitenkin hoidossa jollain tavalla sit vaikuttamassa” (H6)

Sosiaalityöntekijät kuvasivat, kuinka kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla psyykkinen oireilu saatettiin jättää vähemmälle huomiolle, vaikka se olisi ollut syynä hoitoon tulolle. Päihteidenkäytön merkityksen kuvattiin nousevan suureen rooliin psykiatrisessa sairaanhoidossa ja sen merkitystä potilaan pulmiin korostettiin psykiatrisen sairauden huomioimisen kustannuksella. Päihde- ja mielenterveysongelmien ensisijaisuuden arviointiin liittyen psykiatrisessa sairaalassa päihdeongelma määrittyi sosiaalityöntekijöiden mukaan enemmänkin syyksi, kuin seuraukseksi. Sen lisäksi, että päihdeongelman nähtiin vaikuttavan hoidon sisältöön, kuvattiin sen vaikuttavan myös potilaiden kohteluun sairaalassa:

”(kun päihteitä käyttävä potilas) tuli hoitoon niin heillä oli jo se leima otassa, semmone hankala tyyppi -leima, jolloin sen huomaa, että siihen ei ottaannuta (...) jos aina (työtekijä) kääntää katseensa pois ja kävelee (potilaan) ohi, niin kyllä sillä on vaikutuksensa.” (H4)

Päihteidenkäyttö siis ikään kuin leimaa ihmisen. Leimaamista voi tapahtua sisäisesti sekä ulkopuolelta. Ulkoisesta leimasta puhuttaessa tarkoitetaan yhteisön sosiaalisen kontrollin aiheuttamaa leimaa. Ulkoinen leimaaminen saattaa johtaa yksilön sisäiseen leimaan, jolloin yksilö alkaa nähdä itsensä poikkeavana, sairaana. Tämänkaltainen sisäinen leimaantuminen on tyypillistä etenkin niille, jotka ovat joutuneet käymään läpi useita erilaisia hoito-, huolto-, kontrolli- ja terapiajärjestelmiä. (Laine 1991, 65–66.) Kaksoisdiagnoosipotilaat voivat usein olla käyneet läpi tämänkaltaisia järjestelmiä, joten ulkoisen leiman lisäksi he voivat kantaa myös sisäistä leimaa. Onhan päihdeongelmaa sekä myös mielisairautta kautta aikojen pidetty poikkeavuutena ja sairaudeksi mielenterveyshäiriöt on tunnustettu vasta pari sataa vuotta (mts. 21).

Kristian Wahlbeck (2007, 91) on esittänyt ratkaisuehdotuksena päihteidenkäyttäjien leimaantumisen päihdehuollon siirtymisen osaksi terveydenhuoltoa. Tämä voisi Wahlbeckin mukaan normalisoida suhtautumista päihdeongelmien hoitoon. Lisäksi päihdehuolto osana terveydenhuoltoa voisi muuttaa näkemystä päihdeongelmasta sosiaalisena ongelmana kohti näkemystä päihdeongelmasta hoitoa vaativana sairautena (ks. Partanen & Kuussaari 2007, 83). Toisaalta päihdeongelma on monimutkainen ilmiö, joka

vaatii monimuotoisia palveluita ja laajaa hoitomenetelmien valikoimaa, joten lääketieteellisen näkökulman lisäksi on myös sosiaalityön asiantuntijuudelle tarvetta (Murto 2002, 176). Sosiaalityön roolia voisikin korostaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Sosiaalityön näkökulman avulla voitaisiin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota yksilöön jonkin yhteisön osana ja näin pystyttäisiin tarkastelemaan yksilön ongelmia laajemmasta perspektiivistä. (Ks. Pennonen & Koski-Jännes 2010.)

4.3. Haasteet liittyen palvelujärjestelmään

Sosiaalityöntekijät nimesivät laajasti eri yhteistyötahoja työskennellessään kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa. Sosiaalityöntekijöiden mainitsemat tahot kattavat lähes koko palvelujärjestelmän. Aineistossa mainittiin esimerkiksi A-klinikka, kela, sosiaalitoimi, talous- ja velkaneuvonta, työ- ja elinkeinotoimisto, työvoimanpalvelukeskus, lastensuojelu, asuntoneuvojat, asuntotoimistot, vuokra-asunto yhtiöt, työeläkelaitokset, vakuutusyhtiöt, rikosseuraamusvirasto ja edunvalvonta. Sosiaalityöntekijät kokivat, että nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla yhteistyöverkoston laajuus korostui. Koska verkostot olivat laajat, saattoi yhteistyö niiden välillä olla ongelmallista ja varsinkin tiedonkulun koettiin olevan usein riittämätöntä. Laajat verkostot aiheuttivat sosiaalityöntekijöiden mukaan myös sen, että potilaan asioiden hoito oli eriytynyt usealle eri viranomaiselle ja taholle ja näin ollen kokonaistilanne saattoi näyttäytyä hyvinkin kaoottisena.

4.3.1. Päihdekuntoutukseen pääsemisen vaikeudet

Suomessa laitosmuotoinen päihdekuntoutus ei ole subjektiivinen oikeus, vaan sinne päästäkseen tarvitsee maksusitoumuksen. Maksusitoumusta voidaan hakea joko kotikunnasta tai päihdepalveluista vastaavalta taholta. Haastatteluissa tuli ilmi, että käytäntöä, jossa maksusitoumus haetaan kotikunnasta pidettiin huonosti toimivana. Tällaisen käytännön nähtiin saattavan ihmiset eriarvoiseen asemaan riippuen aina kunkin kotikunnan taloudellisista resursseista myöntää kuntalaisille maksusitoumuksia päihdekuntoutukseen.

Ehdotukset maksusitoumuskäytännön kehittämiseksi olivat sosiaalityöntekijöillä hyvin samankaltaiset. Sosiaalityöntekijät näkivät, että maksusitoumuskäytäntö toimisi paremmin, mikäli maksusitoumuksen myöntävä taho olisi mukana potilaan hoidossa. Tällainen käytäntö toimii jo useissa kunnissa ja sen toivottiin laajenevan entisestään.

”...että maksusitoumukset päätettäis oikeesti niissä yksiköissä, missä on myöskin sitä avohoitovastuuta..” (H4)

Haastateltavien mukaan käytäntö, jossa hoitava taho määrää maksusitoumuksista toimii hyvin. Tällöin asiakkaan tuntevat ja hänen kanssaan työskentelevät henkilöt voivat arvioida päihdekuntoutuksen hyödyn asiakkaalle. Tällöin myös vältytään tilanteilta, jolloin hoitopaikassa maksusitoumuksen eteen tehdyn työn nähdään menevän hukkaan, kun maksusitoumuksesta päättävä taho, joka ei edes tunne asiakasta, ei sitoumusta myönnä.

Ylipäätään maksusitoumuskäytäntö jakoi mielipiteitä ja siitä oli löydettävissä sekä hyviä että huonoja puolia. Eräs haastateltava vertasi päihdeongelman hoitamista polvensa loukanneen ihmisen hoitoon:

”...somaattiset sairaudet on täysin kiistämättömiä. Niit ei kukaan arvioi, et jotain polvileikkausta ei kukaan arvioi, et ootko sä aiheuttanut ite sen vai et..” (H6)

Sosiaalityöntekijät näkivät pääasiassa huonona asiana sen, että maksusitoumus vaaditaan laitokuntoutukseen pääsemiseen tilanteesta riippumatta.

”...nääh ihmiset on hyvin eriarvoisessa asemassa...” (H4)

”..jotenki surkeeta se on aatella että pitää kauheesti todistella ja kauheesti sitoutua ennenku pystyy saamaan jonkun maksusitoumuksen jonnekki pitempään kuntoutukseen” (H3)

Vaikka päihdehuoltolain perusteella päihdeiden käyttöön liittyvistä ongelmista kärsivällä on subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita, ei tällaisella henkilöllä kuitenkaan ole oikeutta valita palvelua, kuten esimerkiksi päihdekuntoutusta laitoksessa (Päihdehuoltolaki 3§). Kuitenkin, mikäli henkilö kykenee osoittamaan, että esimerkiksi juuri päihdekuntoutus laitoksessa olisi hänelle paras vaihtoehto, on hänelle se silloin myönnettävä (Tuori 2000,

269–271, Fräntin 2003, mukaan). Käytännössä tämä tarkoittanee motivaation todistamista ja näyttöä sitoutumisesta avohoitoon, ennen kuin kunta myöntää maksusitoumuksen päihdekuntoutukseen laitoksessa.

”...siellähän ollaan aika tiukkoja (maksusitoumuksia myönnettäessä). Sitten varsinkin näihin ulkopuolisiin päihdehoitopaikkoihin maksusitoumusten myöntämisten suhteen. Että siellä pitää niinku olla siellä avohoidossa pystyä käymään. Sinnehän voi mennä ilman ajanvarausta. Aina arkiaamuisin on lappu ovessa ja sitten sitä hoitosuhdetta luomaan sen käynnin jälkeen. Että sitten jos siellä on motivaatiota ja näin, niin sitten voidaan myöhemmin, jos on tarvis, ni kattoo jotain maksusitoumusta.” (H1)

Kunnat voivat siis edellyttää, että kaksoisdiagnoosipotilaan täytyy olla kyllin hyvässä kunnossa ja pystyä sitoutumaan avohoitoon ennen kuin päihdekuntoutuslaitoksia edes mietitään päihdekuntoutuksen vaihtoehtoina. Avohoitoon sitoutumisen arvioinnilla lienee kuitenkin tarkoitus mitata motivaatiota kuntoutumiseen, mikä nähtiin avaimena kuntoutumisen onnistumiselle.

”Siinä on niinku hyvääkin, että sitä motivaatiota vähän niinku testaillaan, et vähän niinku sitä maksusitoumusta, et se ei niinku lankee ihan luonnostaan, et sitä motivaatiota testaillaan et sekin positiivinen puoli siinä on.” (H1)

”...joku seula siinä joka tapauksessa pitää olla...”(H6)

Motivaatio nouseekin tärkeäksi päihteistä kuntoutumisessa, koska riippuvuusongelmiin liittyy aina myös ongelmat motivaation suhteen (Koski-Jännes 2008, 7). Kuitenkin tulisi muistaa, että motivaatiota voidaan myös rakentaa. Esimerkiksi motivoivan haastattelun avulla voidaan voimistaa ja kutsua esiin motivaatiota. (Miller ja Rollnick 2002.) Motivaation esiin kutsuminen alkaa ensin tavoiteristiriitojen ja lopulta niiden ratkaisujen etsimisellä. Tavoiteristiriita kuvaa siis tilannetta, jossa vastakkaiset tavoitteet kilpailevat toistensa kanssa. Esimerkiksi päihteidenkäyttöön liittyvää jännitystä ja mielihyvää voidaan verrata siihen liittyviin haittoihin. Näistä ristiriidoista voidaan kutsua esiin ns. muutospuhetta, joka voi toimia lähtökohtana motivaation syntymiselle. (Koski-Jännes 2008, 8.)

Tärkeä seikka motivaatioon tai sen puuttumiseen liittyen on, että mikäli motivaation katsotaan puuttuvan, se on asiakasta kohtaan leimaavaa ja voi näin ollen toimia esteenä

avun saannille. Ongelmalliseksi tilanteen tekee, etteivät asetetut tavoitteet kuntoutukselle ole välttämättä aina kuntoutujan omia. Motivaatio voi olla vähäistä, jos tavoitteet on ikään kuin asetettu ulkopuolelta, eivätkä ne kohtaa kuntoutujan omia tavoitteita. Motivaatiota tulisikin aina tarkastella suhteessa siihen, mitkä tavoitteet ovat ja kuka on ne määritellyt. (Leino 2006, 99.)

Yrjö Nuorvala (1999) ottaa tutkimuksessaan hieman erilaisen näkökannan esittäessään mielenkiintoisen kysymyksen: kenen motivaatiota vaaditaan, jotta esimerkiksi jatkohoito toteutuisi: kuntoutujan vai hoitavan tahon? Nuorvalan mukaan motivaatio-ongelman lisäksi esteitä hoitoon pääsulle on kolme: hoidon tarpeen ilmetessä hoitoon pääseminen on tosiasiaa vaikeaa, kaksoisdiagnoosipotilaita ohjataan herkästi hoitopaikasta toiseen, ja kokonaishoitovastuun kantavaa hoitotahoa oli hankala löytää. Lisäksi hoidon keskeytyessä esimerkiksi retkahduksen vuoksi ei hoitoon palaaminen kerran sen keskeydyttyä onnistunut kovinkaan helposti. (Mts. 39.) Vaikka Nuorvalan tutkimus on yli kymmenen vuotta sitten tehty, kuvasivat sosiaalityöntekijät vastaavia ongelmia esiintyvän kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa tänäkin päivänä. Päihdekuntoutukseen pääseminen nähtiin vaikeaksi ja mikäli aiempia, epäonnistuneita kokeiluja oli, saattoivat ne sosiaalityöntekijöiden mukaan toimia esteenä kuntoutukseen pääsulle. Lisäksi pallottelua eri hoitopaikkojen välillä kuvattiin tapahtuvan johtuen usein siitä, kumpi ongelma nähtiin kulloinkin ensisijaiseksi.

4.3.2. Hoidon jatkuvuus

Psykiatrisessa hoito-opissa hoitotyön prosessiajattelun mukaisesti hoitoon kuuluu olennaisena osana hoidon jatkuvuus. Jatkuvuudella tarkoitetaan suunnitellun hoidon keskeyttämätöntä toteutumista. Mikäli jatkuvuus syystä tai toisesta keskeytyy, voi se aiheuttaa potilaalle epäilystä ja epävarmuutta. (Lindström 1988, 33–34.) Hoidon jatkuvuus pyritään varmistamaan myös sairaalahoidon päätyttyä esimerkiksi avohoidon mukaan ottamisella hoitoon jo sairaalahoidon aikana.

Sosiaalityöntekijä saattaa työskennellä tiiviisti potilaan kanssa koko sairaalahoidon ajan, mutta hoidon päättyessä on haasteellista löytää tahoja, joka kantaisi vastuun potilaan kanssa

sairaalassa työstetyistä asioista. Lisäksi sosiaalityöntekijät kuvasivat useaan otteeseen, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla hoidon kesto ei useinkaan ollut tarpeeksi pitkä, jotta asioiden sujumisen jatkossa olisi ehtinyt varmistaa. Eräs haastateltava kuvasi tilannetta, jossa hän itse otti vastuun potilaan asioista tämän jo kotiuduttua sairaalasta.

”.. (kaksoisdiagnoosipotilas) lähti aika rivakkaan osastolta pois ja saatettiin pitää kerran tai kaks yhteyttä sen ihmisen kanssa ja varmistaa ne palvelut: et sillon ja sillon on aika sinne ja muistathan, että on tällanen ja niin edelleen.”
(H4)

Usein tämänkaltainen työskentely lienee kuitenkin resurssien puuttuessa mahdotonta ja asiat saattavat jäädä keskeneräisiksi. Psykkisiin sairauksiin usein liittyvä heikko toimintakyky tekee selviytymisen jo pelkästään arkipäiväisissä asioissa hankalammaksi ja näin ollen hankaloittaa varmasti myös asioiden hoitamista eri tahoilla.

”..on ihan pallo hukassa joka kuukaus et ei tavallaan oo sijoittunut näiden palvelujen piiriin et sais opastusta jatkossakin, eikä vaan sairaalassa.” (H1)

Siinä missä esimerkiksi psykiatrinen avohoito on tukena mielenterveyteen liittyvissä ongelmissa sairaalan ulkopuolella, ei sosiaalityöntekijöiden mukaan ollut löydettävissä tahoja, joka ottaisi kokonaisvastuun esimerkiksi potilaan taloudellisesta pärjäämisestä sairaalahoidon päätyttyä. Myös tiedon kulussa nähtiin olevan ongelmia potilaan siirtyessä avohoitoon.

”..ni vaikka kelle yrittää selittää sitä tilannetta tuolla avohoidossa ja et mistä on huolissaan ja kaikkee tämmöstä mitä tietää ja mitä pelkää et et niinku silläläilla ni kyllähän se niinku ni sinnehän se vaan niinku häviää.” (H3)

Toki mahdollisuudet auttaa ja tukea ihmistä ovat varsinkin kuntien nykyisessä taloustilanteessa rajalliset, eikä yhdelle ihmiselle voida tarjota määrättömästi tukea ja apua. Vaikka sairaalasta käsin pystyttäisiinkin järjestämään tahoja, jotka voivat jatkossa olla potilaan tukena, ei tuki jostain syystä aina tavoita ihmistä. Eräs haastateltava kuvasi oman motivaationsa olevan koetuksella tämän kaltaisessa tilanteessa:

”..ja sit on just yrittäny näitä jatkoajkoja järjestää sosiaalitoimistoon ja asuntotoimistoon ja on saanut jälkikäteen kuulla et ne ei oo menny sinne et

vaikka yritti varmistaa et jatkossa asiat sujuis. Omaa motivaatiota siinä kyllä koetellaan.”(H2)

Edellisessä sitaatissa kuvattu tilanne voi siis vaikuttaa työntekijän motivaatioon työskennellä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa ja näin ollen rajoittaa heille tarjottavia palveluita työntekijöiden puolelta. Kuitenkin, vaikka palveluita tarjottaisiin ja niitä yritettäisiin järjestää, voi ongelmia tulla vastaan myös palveluntuottajan taholta; moni haastateltava kertoi havainneensa syrjintää kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan mm. hoitoyksiköiden tahoilta.

”..et selkeesti jotenki niinku tuntuu, että joissain kohti ovat semmonen ryhmä, et he eivät niinku ikäänkuin kuulu mihinkään ” (H6)

”..siinähan tulee taas tää et kuinka voisimme välttyä järjestämästä yhtään mitään jatkopalvelua.” (H5)

Sosiaalityöntekijöiden mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat joutuvat siis usein tilanteisiin, jossa heille ei tarjota palveluita tai palvelut, joita tarjotaan, eivät vastaa sitä tarvetta, mikä henkilöllä kulloinkin olisi. Luvussa 4.2.1. käsittelemäni asenteellisuus ei siis rajoitu pelkästään sairaalan työntekijöihin, vaan sosiaalityöntekijöiden mukaan sitä on havaittavissa palvelujärjestelmässä laajemmin.

4.3.3. Hoidon eriytyminen

Tutkielmani alussa olen esitellyt suomalaisia mielenterveyspalveluita ja päihdehuoltojärjestelmää. Kuten olen jo tuonut esille, on palvelujärjestelmä edelleen vahvasti jakautunut edellä mainittujen palveluiden osalta. Oli osaltaan ennalta arvattavaa, että juuri tämä teema nousi hyvin vahvasti esille haastatteluisissa. Sosiaalityöntekijöiden mukaan haasteita aiheutti epäselvyys siitä, kumman palvelun piiriin potilas milloinkin kuuluu. Sanonnat ”ei kuulu” ja ”mihin kuuluu” toistuivat jokaisessa haastattelussa useaan otteeseen. Lisäksi sosiaalityöntekijät puhuivat ”pallottelusta” ja vastuunkantajan puuttumisesta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Ajatuksena tuntui olevan, että toinen taho hoitaa mielenterveysongelmaa ja toinen taho päihdeongelmaa. Toisaalta edellä mainitut ongelmat saattoivat olla toisensa poissulkevia siinä mielessä, että ne toimivat esteenä kumpaankin hoitoon pääsulle. Sosiaalityöntekijät kuvasivat tilanteita, joissa

psykiatrasta hoitoa kieltäydyttiin tarjoamasta päihdeongelman ensisijaisuuteen vedoten ja toisin päin. Kaiken kaikkiaan tilanne näyttäytyi sosiaalityöntekijöiden haastattelujen perusteella hankalana.

”...ja varsinkin sitten jos on tää päihdeongelma ni niin hyvin herkästi sit nähää et se ei niinku tänne kuulu” (H6)

”siinä on just se pallottelu” (H1)

”Sit just ku on tää kaksoisdiagnoosi ni et mihin se kuuluu” (H2)

Avun hakeminen voi olla usein vaikeaa. Jos ihminen saa apua hakiessaan ohjeen hakea apua muualta, voi kynnys hoitoon hakeutumiselle kasvaa. Kun ongelma määritellään ulkopuolisen taholta mahdollisesti joksikin muuksi, kuin miksi henkilö itse sen kokee, voi tämä olla loukkaavaa sekä lisätä häpeän ja ahdistuksen tunteita ja toimia näin ollen myös esteenä avun hakemiselle. (Havio ym. 1994, 175.)

”..jonka jälkeen, kun asiakas on kuullu useemman kerran itsestään arvion, että sä et kuulu tänne näiden palvelujen piiriin, niin silloin lähtee hanskat tiskiin...”(H4)

Päihdeongelma voi usein olla kehittynyt jonkin psyykkisen oireen rinnalle ja päihteillä on voitu yrittää hoitaa psyykkisen sairauden oireita (Havio ym. 1994, 174–175), joten ajatus ihmisen pallottelusta palvelusta toiseen, sen perusteella, kumpi ongelmilta arvioidaan ensisijaiseksi, tuntuu väärältä. Lisäksi edellä olevan sitaatin mukaisesti motivaatio itsensä hoitamiseen voi kadota, kun apu evätään tarpeeksi useasta paikasta.

”..et on se joskus aika vaikeeta se palveluiden järjestäminen et kaks niinku on se päihdepuoli ja sit mieltii et kummalle se sit niinku kuuluu ja sit se ei kuulu kummallekkaan.” (H2)

”Eivät ole niinku silleen selkeesti ehkä lokeroitavissa johonki tiettyyn ni silloin tulee vähän se et ei kuulu meille tai he ei kuulu meille et tavallaan sit ei löydy niin helposti sitä vastuunkantajaa, joka selkeesti kattos et me otetaan ja selvitetään ja hoidetaan sitte tää asia.” (H6)

Ajatus henkilön ongelmien lokeroimisesta tai erottelemisesta ei istu terveydenhuollon sosiaalityön kokonaisvaltaisuuden ideaan. Sosiaalityössä pyritään ottamaan huomioon

ihmisen yksittäisten oireiden tai ongelmien merkitys suhteutettuna koko elämäntilanteeseen. Sosiaalityössä ihmisen arkeen liittyvän kokonaisvaltaisen näkökulman avulla voidaan tuoda esille niitä yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja institutionaalisia ehtoja, joiden puitteissa ihminen toimii. (Metteri 1996, 144–145.) Näiden monimutkaisten yhteyksien olemassaolon tiedostaminen ja esiin tuominen on myös sairaalan sosiaalityössä yleistä. Sosiaalityöllä onkin iso rooli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa, koska on tärkeää, että ihminen nähtäisiin kokonaisuutena, eikä hoito tai kuntoutus pyörisi pelkästään esimerkiksi päihdeongelman ympärillä ja jättäisi huomiotta tai vähemmälle huomiolle henkilön muut ongelmat. Sosiaalityöntekijän rooli korostuu myös palveluista tiedottamisen kautta. Palvelujärjestelmän hajanaisuus luo monia haasteita siinä asioivalle ja usein pelkästään siinä asioimiseen voi tarvita tukea.

4.3.4. Tarpeenmukaisen palvelun puute

Kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeita vastaavia palveluita on vaikea löytää. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1674.) Myös haastatteleman sosiaalityöntekijät toivat esiin näkemystä, jonka mukaan kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattuja palveluita on olemassa vain vähän jos lainkaan. Esittäessäni kysymyksen, onko tarpeenmukaista palvelua löydettävissä kaksoisdiagnoosipotilaille, olivat vastaukset yksiselitteisesti ”ei ole”.

”..ei niitä (palveluita kaksoisdiagnoosipotilaille) nyt välttämättä hirveesti oo” (H3)

”Niin monesti ne on huonommassa asemassa jotenkin että...et jos on päihdeongelma niin sit jotenki siellä on niin paljon niukempaa se tarjonta.” (H1)

Tarpeenmukaisen palvelun määritelmiä nousi aineistostani esiin kaksi: yhteisölliset palvelut sekä tukihenkilötoiminta. Yhteisöllisyyden koettiin hyödyttävän päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä. Muutama konkreettinen esimerkkikin annettiin jo olemassa olevista ja toimivista päihdeidenkäyttäjille suunnatuista yhteisöistä. Alma-yhteisöstä tehdyssä tutkimuksessa (Raitakari ym. 2007, 36) todetaan yhteisön jäsenten hyötyneen kuulumisestaan yhteisöön useilla eri tavoilla. Yksilötasolla hyödyiksi mainittiin esimerkiksi elämänlaadun ja toimintakyvyn paraneminen. Lisäksi asumisen nähtiin

onnistuvan paremmin yhteisön avulla. Palvelujärjestelmän näkökulmasta yhteisöllinen asumismuoto tai osallistuminen yhteisön arkeen ns. päiväkävijänä auttoi vähentämään laitoshoidon tarvetta. (Mts. 36.)

”...joku tommonen (päihdeongelmallisille suunnattu yhteisö/asuntola) ois tosi hyvä, ku siin tavallaan on sitä vertaistukee mut sit siel on jatkuvasti päivisin työntekijä siellä, niinku siinä tavallaan kun on se yhteinen tila..” (H5)

”..joku semmonen yhteisö, johon pystyis kuulumaan” (H2)

”Tämmösen niinku yhteisölliset palvelut, yhteisölliset hoidot varmaan on niinku päihdeongelmaisten kanssa semmosia. Niinku jotka ottaa kokonaan huomioon sen ihmisen koko elämäntilanteen. Tommoset päiväkeskustyyppiset ja tämmöset ja päiväsaairaatyyppiset.....et se vois olla semmonen jota vois kehittää.” (H1)

Sosiaalityöntekijät korostivat yhteisöllisyyden ja vertaistuen merkitystä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville. He näkivät tärkeänä sen, että olisi olemassa jokin yhteisö, mihin kuulua ja josta saisi tukea. Myös tukihenkilötoimintaa ehdotettiin toimivana ratkaisuna kaksoisdiagnoosipotilaiden arjessa tukemista varten:

”..auttais tavallaan pysymään erossa niistä päihteistä, mut myöski hoitamaan ja kuntouttamaan niinku sitä psykiatrista puolta. Tavallaan varmistais sen arjen sujumisen. Ehkäis sitten niinku taloudellisia ongelmia ja sosiaalisia ongelmia.” (H6)

Tukihenkilöiden on usein tarkoitus auttaa ihmistä tilanteissa, joissa tämän sosiaaliset verkostot ovat heikonlaiset. Tukihenkilö voi toimia keskusteluapuna, auttaa mielekkään tekemisen löytymisessä sekä arjen sujumiseen liittyvissä asioissa. (Knuuti 2007, 131.) Haastattelemani sosiaalityöntekijät pitivät tärkeinä yhteisöllisyyden ja tukihenkilötoiminnan lisäksi myös kaksoisdiagnoosipotilaita varten räätälöityjä palveluita:

”Siellä pitää olla sitä tietoo, mistä puhutaan ja minkä takia ja miten näitä ihmisiä autetaan.” (H4)

”...et siinä ois niinku molemmista diagnooseista se asiantuntemus niinku samalla luukulla.” (H2)

Sosiaalityöntekijät olivat sitä mieltä, että sosiaalityön asiantuntemusta tarvitaan kaksoisdiagnoosipotilaille suunnatuissa palveluissa. Hoitajien työ on usein kapealaisempaa, kun taas sosiaalityöntekijä työskentelee laaja-alaisemmin tähdäten johonkin tavoitteeseen tulevaisuudessa. Suvi Raitakarin (2006, 34) mukaan työskentely voi esimerkiksi pohjautua tavoitteelle tehdä asunnottomasta vuokra-asunnon haltija. Sosiaalityöntekijän työ on kokonaisvaltaista, keskeistä on erilaisten asioiden ja tilanteiden huomioonottaminen (ks. Salon aluesairaala 2010). Tämän vuoksi sosiaalityön työpanoksen voidaan ajatella olevan tärkeää kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla, joiden ongelmat ovat usein moninaisia.

”..sosiaalityöntekijöitä vois enemmänki just tämmösten päihdeongelmaisten päiväkeskustoimintaan suunnata. Sosiaalityöntekijöitä, koska sosiaalityöntekijä pystyy niinku parhaiten sen kokonaisuuden ottamaan huomioon. Ettei vaan olis hoitajia vaan myös sosiaalityöntekijöitä.” (H1)

”Et silleen kyllä niinku nään tärkeenä, että näissä heidän hoitokuvioissaan olis myös sosiaalityön rooli sitten mukana.” (H6)

Ulla Knuutin (2007, 132–134) tutkimuksessa jotkut asiakkaat kokivat hankalaksi sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuuden sekä osaamisen puutteen liittyen päihdetyöhön. Knuutin mukaan tämänkaltainen kommentointi kohdistuu enemmän sosiaalitoimen sosiaalityöhön kuin esimerkiksi päihde- ja kriminaalityöhön. Syyksi hän epäilee, että jälkimmäiselle on tyypillisempää prosessinomainen työskentely ja myös asiantuntemus liittyen päihdeongelmiin on syvempää kuin sosiaalitoimessa. (Mts. 132–134, 164.) Kuitenkin haastattemieni sosiaalityöntekijöiden mukaan usein kaksoisdiagnoosipotilaiden ainoa kontakti sosiaalityöntekijään oli nimenomaan sosiaalitoimen kautta.

Sosiaalityöntekijät pitivät tärkeänä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevillä olisi tietoa päihde- ja mielenterveysongelmista. Sen lisäksi moniammatillisen työskentelyn nähtiin olevan tärkeää. Sosiaalityöntekijät olivat yksimielisiä siitä, että lääke- ja hoitotieteen rinnalle tarvitaan yhteiskuntatieteellistä näkemystä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Yhteiskuntatieteellinen viitekehys mahdollistaa kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmien tarkastelun palvelujärjestelmän hajanaisuudesta sekä muista seikoista johtuvan syrjinnän ehkäisyn näkökulmista.

5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat paljon haasteita sekä palvelujärjestelmän että hoitohenkilökunnan taholta. Ongelmien kasautumisen kaksoisdiagnoosipotilaille todettiin vaikeuttavan yhteiskuntaan integroitumista. Sosiaalityöntekijöiden kuvaamina kaksoisdiagnoosipotilaat näyttäytyvätkin hyvin syrjäytyneeltä ja syrjityltä ryhmältä. Heidän heikko asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden useat sosiaaliset ongelmat, kasautunut huono-osaisuus, työntekijöiden kielteiset asenteet päihdeongelmaa kohtaan ja palvelujärjestelmän hajanaisuus luovat esteitä potilaiden kuntoutumiselle. Kaksoisdiagnoosipotilaiden tilanne näyttäytyi haastattelujen perusteella kohtuuttomalta. Myös edellytykset oman elämän suhteen voivat olla heikot, johtuen esimerkiksi psyykkisen sairastumisen aiheuttamasta toimintakyvyn laskusta tai vähäisistä voimavaroista. Heikko toimintakyky vaikeuttaa arjessa pärjäämistä ja altistaa monenlaisille sosiaalisille ongelmille. Niukka toimeentulo yhdistettynä toimintakyvyn heikkenemiseen aiheuttaa haasteita taloudelliselle pärjäämiselle. Jotta vähät rahat saisi riittämään, vaatisi se usein tarkkaa suunnittelua ja suunnitelmassa pitäytymistä, mitä toimintakyvyn heikkeneminen hankaloittaa ja tekee sen jopa mahdottomaksi. Kaksoisdiagnoosipotilaat näyttäytyvätkin sosiaalityöntekijöiden kuvaamina sekä syrjäytyneenä että syrjittynä ryhmänä.

Tutkielmani perusteella kaksoisdiagnoosipotilaiden syrjäytyminen, tai pikemminkin ulossulkeminen näyttäytyi monitasoiselta ilmiöltä. Tuloksista on löydettävissä kaikki Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2003 toimintasuunnitelmassa esitellyt syrjäytymisen muodot. Sosiaalityöntekijät kuvasivat kaksoisdiagnoosipotilaiden taloudellista, asuntomarkkinoilta, terveydellisistä ongelmista johtuvaa, työmarkkinoilta ja koulutuksesta syrjäytymistä sekä muuta, lähinnä päihteidenkäytöstä johtuvaa syrjäytymistä. (Ks. mts. 60–61.)

Syrjäytymiseen liittyy usein käsitys normaaliudesta. Syrjäytyneiksi kutsutaan heitä, jotka jollain tapaa poikkeavat normaliteetin piiristä. (Helne 2004, 53.)

Kaksoisdiagnoosipotilailla näitä poikkeavuuksia voidaan sanoa olevan ainakin kaksi: mielenterveysongelma ja päihdeongelma. Erityisen hankalaksi tilanteen tekee se, että sen lisäksi, että nämä molemmat eroavat yleisestä käsityksestä ”normaalista”, voidaan palvelujärjestelmän taholta määritellä mielenterveysongelma ”epänormaaliksi” päihdeongelmaiselle ja toisin päin. Syrjäytyminen tai syrjäytetyksi tuleminen palvelujärjestelmän taholta voi perustua nykyisellään käytäntöihin, joissa päihde- ja mielenterveysongelmia pyritään hoitamaan eri tahoilla. Tämä asettaa kaksoisdiagnoosipotilaat eriarvoiseen asemaan, kun palveluiden saannille asetetut ehdot voivat olla mahdottomia saavuttaa ja näin ollen potilas jäädä kokonaan ilman palveluita.

Kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattuja palveluita ei ole juurikaan saatavilla ja myös avun sekä hoidon saannille on asetettu erilaisia ehtoja. Mielenterveyspalveluissa voidaan vaatia päihdeettömyyttä ja päihdepalveluissa psyykkisen sairauden hallintaa. Yhtälö voi olla monelle mahdoton toteuttaa ja aiheuttaa sen, ettei kumpaankaan ongelmaan saada apua. Tällöin ongelmat saattavat pahentua ja monimutkaistua siihen pisteeseen, että yksilö joutuu vastentahtoiseen hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Psykiatrisessa sairaalassa taas voi törmätä asenteellisuuteen päihdeongelmasta johtuen. Onko siis niin, että ihmisellä voi olla liikaa ongelmia, jotta hän saisi apua yhteenkään niistä? Onko oikein, ettei avohoidossa pystytä vastaamaan ihmisen avuntarpeeseen, jolloin ainoana vaihtoehtona voi olla päätyminen tahdonvastaiseen hoitoon psykiatriseen sairaalaan? Sairaalaan, jossa pahimmassa tapauksessa jälleen arvioidaan päihdeongelma ensisijaiseksi ja hoito evätään myös siellä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden heikko asema nykyisessä palvelujärjestelmässä voi konkretisoitua edellä kuvaamallani tavalla ja aiheuttaa sen, ettei mitään apua ole saatavilla. Kaksoisdiagnoosipotilaat näyttävät siis todellisina väliinputoajina kaikissa tuon sanan merkityksissä.

Työntekijöiden asenteellisuus vaarantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden yhdenvertaisen ja tasa-arvoisen kohtelun niissä palveluissa, joihin he pääsevät tai päätyvät. Potilaita ei joko haluta tai osata hoitaa, ja kohtelu voi olla epäasiallista sekä epäkunnioittavaa. Kaksoisdiagnoosipotilaista saatetaan myös pyrkiä pääsemään nopeasti eroon, jolloin psykiatrinen hoito voi jäädä kesken. Sosiaalityöntekijät kuvasivat, kuinka päihdeongelma saattaa suoraan vaikuttaa myös hoidon sisältöön sen keston lisäksi.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamista saatetaan vältellä ja heitä pidetään usein ns. hankalina tapauksina. Tämä aiheuttaa räikeää syrjintää kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan ja voi osaltaan edesauttaa heidän syrjäytymistään entisestään.

Sosiaalityön eettiset periaatteet edellyttävät, että sosiaalityöntekijä pyrkii ehkäisemään syrjintää työnsä kautta. Sosiaalityöntekijän keinot syrjinnän ehkäisyyn ovat rajalliset, eikä esimerkiksi rakenteelliseen syrjintään ole yhden työntekijän helppoa vaikuttaa. Sosiaalityöntekijä voi työssään pyrkiä lievittämään rakenteiden aiheuttamaa syrjäyttämistä yksilötasolla ja näin vahvistaa syrjäytetyn osallisuutta yhteiskunnassa. Ei voida kuitenkaan ajatella, että sosiaalityöntekijä olisi itse työssään täysin vapaa syrjinnästä, vaan saattaa itse myös syyllistyä siihen esimerkiksi valikoimalla asiakkaita ja painottamalla työtään eri tavoin eri asiakkaiden kohdalla. (Raunio 2006, 68–69.) Myös tätä tutkielmaa varten haastattelemistani sosiaalityöntekijöistä osa kertoi välttelevänsä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelyä, eli syrjintää tapahtuu sosiaalityön eettisten periaatteiden olemassa olosta huolimatta.

Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät pääsevät usein näkemään ne ongelmat ja haasteet, mitä kaksoisdiagnoosipotilaat hoidon aikana kohtaavat. Toimiessaan potilaan kanssa, apuna tai tukena, on sosiaalityöntekijöillä eräänlainen näköalapaikka kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamiin haasteisiin. Sosiaalityöntekijä työskentelee välillä hyvinkin kiinteästi potilaan asioissa ja omasta viitekehystänsä havainnoi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamia haasteita. Mielenkiintoista olisi myös saada selville, millaisia haasteita nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaat itse tuovat esille asioidessaan palvelujärjestelmässä tai heidän päivittäisessä elämässään.

Viime vuosina on herätty yhä enemmän samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden heikkoon asemaan suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –kirjassa on visioitu monipuolisista palveluista, joilla turvattaisiin kansalaisten alueellinen tasa-arvo. Tavoitteena on parantaa erityisesti mielenterveys- ja päihdepotilaiden asemaa ja hoitoon pääsyä. Rahoituskanavia on kirjan mukaan tarkoitus kehittää siten, etteivät ne ”mahdollista epätarkoituksenmukaista hoito- ja

kustannusvastuun siirtoa toiselle rahoituskanavalle". Lisäksi tavoitteena on *"huolehtia niiden ryhmien asemasta, jotka eivät saa tarpeeksi palveluja"* sekä lisätä *"asiakkaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa"*. (Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015, 2006, 19.) Nyt eletään vuotta 2012, joten vuodelle 2015 asetetut tavoitteet kuulostavat jossain määrin utopistisilta. Paljon pitäisi tapahtua, jotta päästäisiin edes lähelle strategiassa esiteltyjä visioita.

Tutkielmani valmistumishetkellä hallitus on tekemässä sosiaali- ja terveystalouden uudistusta, jota valmistellaan osana kuntauudistusta. Tavoitteena on, että vahvat peruskunnat (väestöpohja 50 000-100 000) pystyisivät rahoittamaan sekä järjestämään sosiaali- ja terveystaloutensa ja pienemmät kunnat yhdistyisivät uusiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiksi. Näiden Sote-alueiden tavoitteena on varmistaa yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystaloutukset kaikille, kaventaa väestön hyvinvointi- ja terveyseroja sekä panostaa enemmän ennaltaehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin. Hallituksen tavoitteena on, että kuntien yhdistymiset tapahtuisivat vuoden 2017 alkuun mennessä. Tällöin sairaanhoitopiirien järjestämistä vastuu lakkaisi vuoden 2016 lopulla. (Palvelurakennemuutos osana kuntauudistusta, STM 2013.) Sote-uudistusta on kritisoitu siitä, että sen avulla halutaan edistää suurkuntien syntymistä. Toisaalta uudistus on saanut myös kiitosta ja hyväksyntää osakseen, koska sen voidaan nähdä turvaavan terveydenhuollon palveluiden säilymisen. Sote-uudistuksen tavoitteet yhdenvertaisten palveluiden turvaamisesta kaikille ja ennaltaehkäisyyn panostamisesta luovat toivoa myös kaksoisdiagnoosipotilaiden tämän hetkiseen asemaan palvelujärjestelmässä. Toisaalta Sote-uudistuksen myötä pelkona on, että tuloksena syntyy entistäkin pirstaleisempi ja sekavampi palvelujärjestelmä. Sosiaalityön professori Aila-Leena Matthiesin mukaan Euroopassa on jo todettu, etteivät isot Sote-alueet ole toimineet tai olleet kustannustehokkaita ja siellä ollaankin palaamassa takaisin pieniin yksiköihin. Matthies on todennut, että *"Suomi on tekemässä niitä virheitä, mistä muut ovat jo palaamassa"*. (Yle.fi 2013)

Sote-uudistuksen vaikutukset kaksoisdiagnoosipotilaiden ja muiden marginaalisten ryhmien asemaan palvelujärjestelmässä jää nähtäväksi. Tällä hetkellä kaksoisdiagnoosipotilaiden mahdollisuudet yhdenvertaisiin sosiaali- ja terveystaloutuihin

ovat kiistämättä heikot. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 –kirjan mukaan erityistä huomiota kiinnitettäisiin tulevaisuudessa juuri niihin ryhmiin, jotka eivät saa tarpeeksi palveluja. Onko tämä ryhmä mahdollisesti kaksoisdiagnoosipotilaat vai löytyykö joku muu, vielä heikommassa asemassa oleva ryhmä? Katsotaanko päihdeongelma jälleen kerran itse aiheutetuksi ja kehittäminen ohjautuu muille urilla, kohti ongelmia, jotka eivät ole ns. itse aiheutettuja.

Tutkielman tekoprosessin aikana jatkoin työskentelyä psykiatrisessa sairaalassa. Oli mielenkiintoista havaita omassa työssäni niitä samoja haasteita, joita haastattelemiini sosiaalityöntekijät toivat esille. Haasteet ja ongelmat kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoprosessin aikana näyttäytyivät omassa työssäni hyvin samankaltaisina kuin olen ne tässä tutkielmassani esittänyt. Ongelmiin ja haasteisiin keskittyvä näkökulma on sosiaalityössä tyypillistä. Anneli Pohjolan (2010, 32) mukaan sosiaalityön asiakkuuden lähtökohtana on usein jokin ongelmalliseksi koettu elämäntilanne, johon haetaan ratkaisua. Ongelma-ajattelussa on kuitenkin tärkeä ottaa huomioon, ettei asiakasta määriteltäisi hänen ongelmansa tai ongelmalliseksi koetun tilanteensa kautta. Jos asiakas määritellään esimerkiksi pitkäaikaistyöttömäksi, mielenterveysongelmaiseksi tai päihdeongelmaiseksi, voi tämänkaltaisen määrittely kategorisoida suhtautumista asiakkaaseen. Vaarana on tuolloin työntekijän kapeutunut näkemys asiakkaan elämästä, jolloin kokonaisvaltaisuus on vaarassa jäädä ongelmakeskeisyyden varjoon. (Mts. 32–34.)

Tutkielmassani ja jo haastatteluissa käyttämäni käsite kaksoisdiagnoosipotilas on näin jälkikäteen ajateltuna saattanut rajata haastattelemiini sosiaalityöntekijöiden vastausten skaalaa. Psykiatrisen potilaan päihdeongelmaa ei aina ole diagnosoitu, jolloin käsite kaksoisdiagnoosipotilas voi olla harhaanjohtava. Vaikkei päihdeongelmaa olisikaan diagnosoitu, voidaan sen olettaa vaikuttavan henkilön elämään ja toimintakykyyn sekä siihen, millaista tukea hän mahdollisesti tarvitsee. Kuten olen jo aiemmin tutkielmassani maininnut, useampi haastateltava totesi haastattelun lopuksi kohtaavansa enemmän päihdeongelmaisia potilaita psykiatrisessa sairaanhoidossa kuin mitä he haastattelun alussa arvioivat. Luulen, että tähän on voinut vaikuttaa käyttämäni käsite kaksoisdiagnoosipotilas. Vaikka läpi tutkielman olen käyttänyt edellä mainittua käsitettä, on rinnalla kulkenut mielenterveysongelma sekä päihdeongelma -käsitteet. Tällä olen pyrkinyt siihen, että

vaikkei henkilöllä olisikaan kaksoisdiagnoosia, kuuluu hän silti siihen ryhmään, jonka hoidon kulkuun liittyviä haasteita olen sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta pyrkinyt selvittämään.

Keräsin aineistoni haastattelukysymyksiä sekä vinjettitarinaa apuna käyttäen. Haastattelurunko oli hyödyllinen, koska se mahdollisti sen, että kaikki teemat tulivat käsitellyiksi haastatteluissa. Varsinkin ensimmäisten haastatteluiden aikana tein sen virheen, että pysyttäydyin ehkä liiaksi haastattelurungon kysymyksissä. Uskon tämän johtuneen ensimmäisten haastatteluiden aiheuttamasta jännittyneisyydestä. Myöhemmissä haastatteluissa pystyin jo paremmin keskittymään haastattelun aikana esiin nousseisiin asioihin ja tekemään tarkennuskysymyksiä haastattelurungon ulkopuolelta.

Aineistonkeruussa käyttämäni vinjettitarina jäi loppujen lopuksi hyvin pieneen rooliin ja näin jälkeenpäin ajatellen sen olisi voinut jättää kokonaan pois. Halusin kokeilla vinjettitarinan käyttöä, koska tarkoituksena oli, ettei oikeita potilastarinoita tarvitsisi käydä haastatteluissa läpi. Jo ensimmäisen haastattelun aikana kävi kuitenkin selväksi, ettei haastattelun sisältö pysytellyt vinjettitarinassa, vaan myös oikeita potilastarinoita käsiteltiin. Potilastarinat esitettiin kuitenkin esimerkkienomaisesti, eli nimiä tai muita tunnistetietoja haastateltavat eivät tuoneet ilmi. Myös aineiston litterointivaiheessa kiinnitin tähän asiaan erityistä huomiota.

Aineiston analyysissä käyttämäni Layderin adaptiivisen teorian malli sopi näin jälkikäteen ajateltuna analyysiini hyvin. Adaptiivisen teorian mallin avulla pystyin hyödyntämään myös sellaista tutkimusta, joka ei suoranaisesti kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittynyt. Koin tämän hyödylliseksi, koska aiempaa tutkimusta kaksoisdiagnoosipotilaista oli vain vähän. Aineistoni analyysi oli aineistolähtöistä, joten aineistosta esiin nostamieni aiheiden perusteella pystyin rajaamaan aiempaa tutkimusta siten, että löysin kohtuullisen paljon oman tutkielmani aihetta sivuavaa tutkimusta. Esimerkiksi päihteisiin ja päihteiden käyttöön liittyvää tutkimusta löytyi paljon. Lisäksi tutkimusta sosiaalisista ongelmista oli helppo löytää. Tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen liittyvää sekä syrjäytymistutkimusta on sosiaalityössä myös tehty paljon. Erityisesti päihdetutkimuksen sekä syrjäytymiseen liittyvän tutkimuksen kanssa koin jo runsauden pulaa.

Tutkielman tekoprosessi kesti noin 1,5 vuotta ja tänä aikana huomasin muutoksia omassa suhtautumisessani kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan. Uskon saaneeni lisäymmärrystä heidän ongelmiinsa ja koen nykyään työskentelyn heidän kanssaan mieluisampana kuin ennen. Sosiaalityöntekijän on tärkeä arvioida jatkuvasti omaa työtään. Tämän voidaan ajatella olevan jopa sosiaalityöntekijän eettinen tehtävä. (Järvinen 2007, 30.) Kriittisen reflektion avulla voidaan tiedostaa ja arvostella niitä ennako-olettamuksia, joille omat uskomukset pohjautuvat. Sosiaalityöntekijän olisikin välillä hyvä kriittisesti reflektoida omaa työtään, omia uskomuksiaan ja ajattelutapojaan, jotta hän voisi tunnistaa niiden taustalla vaikuttavat tekijät tai aiemmat kokemukset. Kaksoisdiagnoosipotilaat koetaan usein hankaliksi asiakkaiksi ja heidän kohtaamistaan saatetaan jopa vältellä. Tällaisessa tilanteessa työntekijän olisi hyvä pysähtyä pohtimaan omaa työtään ja kokemuksiaan, jotta hän ei antaisi omien ennako-asenteidensa tai -olettamustensa vaikuttaa työhönsä.

Tutkielman teon jälkeen pohdituttamaan jäi erityisesti se, että jos ja kun hoidon tavoitteena –niin psykiatrisessa sairaalassa kuin avohoidossa– on kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutuminen sekä päihteistä että mielenterveysongelmista, niin miksi niin monessa haastattelujen kohdassa esteeksi kuntoutumiselle ja avun saamiselle nimettiin hankalat asenteet kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan. Asenteellisuuden lisäksi palvelujärjestelmän hajanaisuus nousi yhdeksi suurimmista haasteista kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Palvelujärjestelmän rakenteisiin kohdistuva muutostyö on hidasta, eikä se ole aina edes mahdollista ilman yleistä tahtotilaa –yksi ihminen ei pysty paljoa tekemään. Sen sijaan asenteisiin vaikuttavaa muutostyötä voidaan tehdä sekä yksilön että yhteisön tasoilla. Tuottamalla lisää tietoa kaksoisdiagnoosipotilaista luodaan ymmärrystä tästä marginaalisesta ryhmästä ja ehkä myös asenteellisuus heitä kohtaan lieventyy. On nimittäin hyvin vaikea hyväksyä sitä, että asenteellisuus niillä työntekijöillä, joiden työhön kuuluu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito ja auttaminen, voi toimia esteenä ja vaikeuttaa hoidon saantia sekä heikentää hoidon laatua. Tutkielmani päätökseen esitänkin kysymyksen: olisiko kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevien työntekijöiden ensin muututtava, jotta muutosta voitaisiin odottaa tai se olisi edes mahdollista myös potilaille?

Lähteet

Aalto, Mauri (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen Aikakauskirja, Duodecim. 123 (11): 1293-1298

Aalto, Mauri (2008). Tehoa kaksoisdiagnoosin hoitoon. Kansanterveys-lehti. 4/2008. Tehoa kaksoisdiagnoosin hoitoon. Verkossa: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_4_2008/tehoa_kaksoisdiagnoosien_hoitoon/ [Viitattu 18.1.2012]

Achté, Kalle & Tamminen, Tapani (1998). Psykiatrian käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma (1996). Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) (1996). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Oy Edita Ab. Helsinki. 16-31.

Alho, Hannu & Leppävuori, Antero (2007). Alkoholideliriumin hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 123(2): 169-175. Verkossa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96220&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero [Viitattu 21.2.2012]

Alkoholi Suomessa (N.D) Suomen ASH. Verkossa: <http://www.suomenash.fi/fi/alkoholi/alkoholi+suomessa/> [Viitattu 19.2.2013]

A-klinikkasäätiö, hoitopalvelut (2009) www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut [Viitattu 30.10.2012]

Allasmaa, Reijo (2010). Kuntien terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstö 2010 . Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Verkossa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr28_11.pdf [Viitattu 9.2.2012]

Antikainen-Juntunen, Eija (2005). Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lisensiaatintyö. Verkossa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/lisuri00035.pdf> [Viitattu 17.1.2012]

Barter, Christine & Renold Emma (1999). The use of vignettes in qualitative research. Social research Update. Issue 25. Univeristy of Surrey. England. Verkossa: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU25.html> [viitattu 20.2.2012]

Crawford, V & Crome, I. B. & Clancy, C (2003). Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): a literature review. *Drugs: education, prevention and policy*

Forsell, Martta (2012). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 19/2012. Verkossa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103097/Tr19_12.pdf?sequence=1 [Viitattu 10.3.2013]

Fränti, Juha (2003). Huumetyö -sitoutunutta yhteistyötä. Nuorten päihteiden ja huumeiden käyttäjien ehkäisevän ja korjaavan palvelujärjestelmän kehittämishanke Pohjois-Suomessa. Julkaisija: Nuorten ystävän Ry. Multiprint Oy. Verkossa: <http://www.nuortenystavat.fi/file.php?id=166&type=pdf> [Viitattu 12.9.2012]

Gafoor, Mike & Rassool, G. Hussein (1998) The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing* 27, 497-502.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2003) Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka* 68,3, 244–256. Verkossa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101211/033hakkarainen.pdf?sequence=1> [Viitattu 22.4.2013]

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2005) Märkä pilvi ja vuosi 2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 70, 3, 252-265.

Hakkarainen Pekka, Metso Leena, Salasuo Mikko (2011) Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping Vuoden 2010 huumeikyselyn tuloksia. Julkaistu lehdessä *Yhteiskuntapolitiikka* 76, 397-411.

Havio, Marjaliisa; Mattila, Riitta; Sinnemäki, Tarja; Syysmeri Leena (1994). Päihteenkäyttäjät hoitotyön haasteena. Gummerus, Jyväskylä.

Helne, Tuula (2002) Sisällä, reunalla, ulkona? Kohti relationaalista syrjäytymisen tarkastelua. Teoksessa: Juhila, Kirsi; Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Kopijyvä Oy. Jyväskylä. (20-43)

Helne, Tuula (2004). *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Stakes. Tutkimuksia 123. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (2012). Sosiaalityö 03.01.2012. Verkossa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,2501,3403> [Viitattu 12.3.2012]

Helve, Helena (2002). *Arvot, muutos ja nuoret*. Yliopistopaino. Helsinki.

Hiilamo, Heikki (2012). Perus- ja vähimmäisturvan taso ja päällekkäisyydet 2000-luvulla. Sosiaaliturvan kuumat perunat. Kela, Tutkimusosasto. Nettityöpapereita 33/2012. Verkossa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130212131414ML/\\$File/Hiilamo_So](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130212131414ML/$File/Hiilamo_So)

[siaaliturvan%20kuumat%20perunat%20perusturva%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf?OpenElement](#) [Viitattu 12.4.2013]

Hiljanen Ulla (2009). Vaativan päihdekuntoutuksen sosiaalityö Järvenpään sosiaalisairaalassa Järvenpää, syksy 2009, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Järvenpää.

Huumeongelman hoito (2012). Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Verkossa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041> [Viitattu 30.4.2013]

Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (1995). Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa: Suikkanen, Asko; Härkäpää, Kristiina; Järvikoski, Aila; Kallanranta, Tapani; Piirainen, Keijo; Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (1995) Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva. (128-160)

Hölttä, Jaana. (N.D.) Riittämättömillä mielenterveyspalveluilla yhteys päihdehäiriöiden lisääntymiseen? Sairaanhoidajaliitto. Verkossa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/riittamattomilla_mielenterveyspa/ [Viitattu 8.3.2013]

Ihmisoikeudet.net (N.D.) Verkossa: http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=syrjinnan-kielto&next_page=4 [Viitattu 10.3.2013]

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (1995) Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa: Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja: Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma. Sosiaaliturvan keskusliitto. Gummerus Oy. Jyväskylä. (9-32)

Juhila, Kirsi (2002). Sosiaalityö marginaalissa. Teoksessa: Juhila, Kirsi; Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Kopijyvä oy. Jyväskylä. (11-19)

Juhila, Kirsi (2008). Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa: Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Vastapaino. Tampere. (48-81)

Järvinen, Minna-Kaisa (2007) Asiakas-työntekijäsuhteen dialoginen arviointi kriminaalihuollossa. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2007. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. Verkossa: <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/z2h37fdvrkhr5as.pdf> [Viitattu 17.5.2013]

Karjalainen, Jouko (2010). Lainrikkajat asunto- ja työllisyyspolitiikan reunalla. Teoksessa: Hänninen, Sakari; Palola, Elina ja Kaivonurmi, Maija (toim.) MIKÄ MEITÄ JAKAA? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa. Helsinki. Yliopistopaino. (138-161) Verkossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/57a41f5a-82e5-42af-994d-1a848a200c35> [Viitattu 19.3.2013]

Karjalainen, Jouko & Raivio, Helka (2010) Toimeentulotuen jakolinjat. Teoksessa: Hänninen, Sakari; Palola, Elina ja Kaivonurmi, Maija (toim.) MIKÄ MEITÄ JAKAA? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa. Helsinki. Yliopistopaino. (111-137) Verkossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/57a41f5a-82e5-42af-994d-1a848a200c35> [Viitattu 19.3.2013]

Karlsson, Thomas & Virtanen, Ari (2010). Päihteiden käytön epidemiologia Suomessa. Teoksessa: Partanen, Ari; Moring, Juha; Nordling, Esa; Bergman, Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Yliopistopaino. Helsinki. (19-24)

Karvinen, Synnöve (1996). Hajoaako sosiaalityö? –Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) (1996). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Oy Edita Ab. Helsinki. 32-50.

Knuuti, Ulla (2007) Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Yliopistopaino. Helsinki.

Koski-Jännes, Anja (2008): Johdanto. Teoksessa: Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus Oy. Jyväskylä. (7-15)

Kuula, Arja (2002). Tutkimuseettiset tietosuojakysymykset sosiaalitieteissä. Suomen kansantietouden tutkijain seura ry. Joensuu. Elo 2/2002. Verkossa: http://cc.joensuu.fi/~loristi/2_02/kuu202.html [viitattu 18.1.2012]

Kuusisto, Katja (2010). Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Kärkkäinen, Sirkka-Liisa (2010). Yksinasuminen Suomessa. Teoksessa: Hänninen, Sakari; Palola, Elina ja Kaivonurmi, Maija (toim.) MIKÄ MEITÄ JAKAA? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa. Helsinki. Yliopistopaino. (181-217) Verkossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/57a41f5a-82e5-42af-994d-1a848a200c35> [Viitattu 19.3.2013]

Käytäntötutkimus (2013). Socca - Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus. Verkossa: <http://www.socca.fi/tutkimus/kaytantotutkimus> [Viitattu 10.3.2013]

Laitila-Ukkonen, Merja (2005). Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityöntarinoita. Lapin yliopisto. Licensiaatintyö. Verkossa: http://sirkkulanpuisto.nettisivut.fi/mp/db/file_library/x/IMG/31820/file/SOSIAALITYoNA_SEMAPaIHDETYoSSa.pdf [viitattu: 18.1.2012]

Layder, Derek (1998) Sociological practice. Linking theory and social research. SAGE Publications Ltd. Biddles Ltd. Great Britain. Guildford, Surrey.

Leino, Eeva (2006) Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa: Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) (2006) Kuntoutus kanssamme Ihmisen toimijuuden tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. (93-102)

Lepola, Ulla; Koponen, Hannu & Leinonen, Esa (1998) Paniikkihäiriö ja pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt sekä yleistynyt tuskaisuus. Teoksessa: Achté, Kalle; Kilpiö, Pirkko; Ollikainen, Liisa; Pihkanen, Toivo; Rantanen, Irja; Rinne, Matti: Psykiatrinen kuntoutus, Werner Söderström Oy, Porvoo. (14-26)

Margolese, H.C. & Malchy, L. & Negrete, J. C. & Tempier, R. & Gill, K. (2004) Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research* 67 (2/3), (157-166)

Matthies, Aila-Leena (2002) Paikallisstrategiat syrjäytymistä vastaan, Eurooppalaisen vertailututkimuksen johtopäätöksiä. Teoksessa: Juhila, Kirsi; Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Kopijyvä oy. Jyväskylä. (233 - 252)

Mattila-Aalto, Minna (2009). Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutus-säätiö, Helsinki. Verkossa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23386/kuntoutu.pdf?sequence=2> [Viitattu 17.1.2012]

Menezes, P. R. & Ratto, L. R. C. (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39 (3), (212-217)

Menezes, P. R. & Johnson, S. & Thornicroft, G. & Marshall, J. & Prosser, D., Bebbington, P. & Kuipers, E. (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *British Journal of Psychiatry* 168, (612-619)

Metteri, Anna (1996). Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä –tietojen yhteensovitus. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) (1996). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Oy Edita Ab. Helsinki. (143-157)

Mielenterveyspalvelut, (2012). STM, http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut [Viitattu 18.1.2013]

Miksi nuori surmaa? (2012) Yhteenvedo nuorten tekemistä suunnitelmallisista henkikiroksista ja niiden taustoista. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministerion julkaisuja 44/2012. Verkossa: http://www.intermin.fi/download/38931_44_2012_miksi_nuori_surmaa.pdf [Viitattu 6.3.2013]

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York, The Guilford Press.

Murto, Lasse (2002). Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvissä ympäristössä. Teoksessa: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) (2002): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki. (167-192)

Myllyniemi, Sami (2006). Nuorisobarometri 2006. Teoksessa: Wilska, Terhi-Anna (toim.): Uskon asia. Nuorisobarometri 2006. Opetusministeriö. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorioasiain neuvottelukunta. Nykypaino. Helsinki. Verkossa: http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorioasiain_neuvottelukunta/julkaisut/barometrit/liitteet/Nuorisobarometri_2006.pdf [Viitattu 13.4.2013]

Mäkelä, Rauno (1998) Hoitojärjestelmät. Teoksessa: Salaspuro, Mikko & Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mänttari-Van Der Kuip, Maija (2013) Julkinen sosiaalityö markkinoistumisen armoilla? Yhteiskuntapolitiikka. Verkossa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104348/manntari.pdf?sequence=2> [Viitattu 10.3.2013]

Mäntysaari, Mikko (2008) Syrjiikö sosiaalityö? Teoksessa: Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. (115-134)

Nevalainen, Veijo (2010) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: THL:n asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalvelujen tila 2010 -raportin tausta-aineisto. Raportti 9/2010. Yliopistopaino. Helsinki. (46-48) Verkossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f7be8e6-0385-46a0-902d-c2f3602193a0> [Viitattu 15.2.2013]

Numminen, Maaria (2005) OSASTO 20: Kuntouttavan sosiaalityön kehittäminen psykiatrisessa osastohoidossa. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Turun yliopisto.

Nuorvala, Yrjö (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumeusaineiden käyttäjien silmin. Stakesin monistamo. Helsinki.

Oja-Heinniemi, Laura (2006). Mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistarinoita psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Sosiaalityön Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Verkossa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01027.pdf> [Viitattu 1.3.2012]

Ojuri, Auli (1996): Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) (1996): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Oy Edita ab. Helsinki. (116-128)

Palvelurakennemuutos osana kuntauudistusta (2013) STM. Verkossa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos [Viitattu 17.5.2013]

Park, Robert, E. (1937). Introduction. Teoksessa: Stonequist, Everett, V.: The Marginal Man. A Study in Personality and Culture Conflict. New York: Charles Scribner's Sons, xii-xviii.

Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina (2007) Päihdepalvelujärjestelmän haasteet 2000-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (2007) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki. (68-87)

Partanen, Juha (2002) Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjänä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus. (13-37)

Pellinen, Sanna (1996). Moniammatillisen työryhmän kehitysvaiheet –erikieliset yhteistyössä. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) (1996). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Oy Edita Ab. Helsinki. (129-142)

Penonen, Marjo & Koski-Jännes, Anja (2010). Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. Janus vol 18 (3). (208-224). Verkossa: http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0310/Janus_03_2010_Penonen.pdf [Viitattu 30.4.2013]

Perälä, Jonna (2013). Epidemiology of Psychotic Disorders. THL. Tutkimus 97/2013. Juvenes Print. Tampere. Verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38187/perala_dissertation.pdf?sequence=1 [Viitattu 19.2.2013]

Perälä, Jussi (2011). Miksi lehmät pitää tappaa? Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. Unigrafia Oy – Yliopistopaino. Helsinki. Verkossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6b8bad57-d618-45d4-b663-7cd64bd4ca80> [Viitattu 30.4.2013]

Pesola, Eeva-Liisa (2004) Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta. Helsinki. Stakes. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004) : 5. Verkossa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100932/504pesola.pdf?sequence=1> [Viitattu 28.3.2013]

Phillips, Peter & Johnson, Sonia. (2001) How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 36. (269-276)

Phillips, Peter & McKeown, Olive & Sandford, Tom (2009). Dual Diagnosis : Practice in Context Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, USA

Pihkanen, Toivo (1975). Työryhmä ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Achté, Kalle; Kilpiö, Pirkko; Ollikainen, Liisa; Pihkanen, Toivo; Rantanen, Irja; Rinne, Matti: Psykiatrinen kuntoutus, Werner Söderström Oy, Porvoo. (113-114)

Pirkola, Sami ja Wahlbeck, Kristian (2004). Huumausaineisiin liittyvien- ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987 - 2002. Suomen Lääkärilehti 2004;59:1673 - 1677. Verkossa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL152004-1673.pdf> [Viitattu 11.11.2011]

Pirkola, Sami ja Wahlbeck, Kristian (2008). Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa III Muutosten ja vaihtoehtojen arviointi. Stakes. 131-145. Verkossa: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DA29659C-2609-4149-A60D-2CC4A91CE058/0/M269WahlbeckPirkola.pdf> [viitattu 9.2.2012]

Pirttijärvi, Mirja (2013). MERKINTÖJÄ MARGINAALISSA. Terveyssoseaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Licensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Pohjola, Anneli (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.): Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna Raamatutrukikoda. (19-74)

Psykiatrian erikoisalan laitoshoido. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2011. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04_11.pdf [Viitattu 9.2.2012]

Pylkkänen, Kari (1998) Psykiatrinen kuntoutus. Teoksessa: Achté, Kalle & Tamminen, Tapani (1998) Psykiatrian käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. (368-381)

Päihdehuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> [Viitattu 12.9.2012]

Päihdelinkki (2011), www.paihdelinkki.fi [Viitattu 18.1.2012]

Päihdepalvelut. Sosiaali- ja terveysministerio. (2012) http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut [Viitattu 25.1.2013]

Raitakari, Suvi (2006). Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere. Verkossa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6753-1.pdf> [Viitattu 18.9.2012]

Raitakari, Suvi & Haahtela, Riikka & Juhila, Kirsi (2007). Alma-yhteisön merkittävyys työntekijöiden itsearviointin valossa. Alma-projektin tutkimusraportti. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus. Verkossa: <http://www.muotiala.fi/pdf/Raportti1new.pdf> [Viitattu 31.1.2012]

Raitasalo, Raimo & Maaniemi, Kaarlo (2011). Viisi nuorta eläkeelle joka päivä. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys jatkaa kasvuaan. Sosiaalivakuutus 1/2011. (34) Verkossa: <http://www.e-julkaisu.fi/kela/sosiaalivakuutus/2011/01/> [Viitattu 15.2.2013]

Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011). Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa: Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Ps-kustannus. Bookwell Oy. Juva. (235-256)

Raunio, Kyösti (2000). Sosiaalityön murroksessa. Helsinki. Gaudeamus.

Raunio, Kyösti (2006). Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. SOSTE. Suomen sosiaali- ja terveys ry.

Regier, Dean A. & Farmer, M. E. & Rae, D. S. & Locke, B. Z. & Keith, S. J. & Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area study. *Journal of American Medical Association* 264 (19) (2511-2518)

Ristaniemi, Teija (2006). Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsingin yliopisto.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa. Johdanto. Teoksessa: Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) (2005). Haastattelu. Vastapaino. Tampere.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto Verkossa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html [Viitattu 10.3.2013]

Sairaanhoitopiirit, suomalaisten erikoissairaanhoidon perusta. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx> [Viitattu 9.2.2012]

Salasuo, Mikko (2004) Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Salon aluesairaala. Sosiaalityö 13.7.2010. (2010) Verkossa: <http://www.salonaluesairaala.fi/fi/Sosiaalityo> [Viitattu 12.3.2012]

Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne (2005) Johdanto. Teoksessa Satka, Mirja; Kasvinen-Niinikoski, Synnöve; Nylund, Marianne; Hoikkala, Susanna (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Palmenia-kustannus. Helsinki. (9-22)

Seppälä, Sauli (2006). Kemiällisen sodankäynnin veteraanit –Huumausaineiden käytön historiaa Helsingissä. Teoksessa Kunnan kansalainen. Helsingin kaupungin museo. (71-79) Verkossa: http://www.hel2.fi/kaumuseo/doc/kunnan_kansalainen/Kuka_julkaisu_suomi.pdf [Viitattu 9.2.2012]

Sheppard, Michael (2006). Social work and social exclusion. The idea of practice. Ashgate Publishing limited. Hampshire. England.

Silvennoinen, Nina (2011). Pykososiaalinen orientaatio psykiatrisessa sosiaalityössä. Itä-Suomen yliopisto, Pro Gradu –tutkielma. Verkossa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110463/urn_nbn_fi_uef-20110463.pdf [Viitattu 17.2.2012]

Sosiaalityö, Sosiaali- ja terveysministeriö. (2012)
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalityo [Viitattu 25.1.2013]

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003) Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:23. Helsinki. Verkossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3784.pdf [Viitattu 1.4.2013]

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> [Viitattu 30.10.2012]

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 (2006). Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkossa: <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf> [Viitattu 26.4.2013]

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2009) Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Pienituloisuus 2009, 5. Pienituloisuuden, köyhyyden ja syrjäytymisen mittareista. Helsinki: Tilastokeskus Verkossa: http://www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_kat_005_fi.html [viitattu: 13.4.2013].

Suomisanakirja.fi. Verkossa: <http://www.suomisanakirja.fi/> [Viitattu 26.4.2013]

Suvisaari, Jaana (2010) Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa: Partanen, Ari; Moring, Juha; Nordling, Esa; Bergman, Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Yliopistopaino. Helsinki. (17-19)

Suvisaari, Jaana; Ahola, Kirsi; Kiviruusu, Olli; Korkeila, Jyrki; Lindfors, Olavi; Mattila, Aino; Markkula, Niina; Marttunen, Mauri; Partonen, Timo; Peña, Sebastian; Pirkola, Sami; Saarni, Samuli; Saarni, Suoma ja Viertiö, Satu (2012). Psykkiset oireet ja mielenterveydenhäiriöt. Teoksessa: Koskinen, Seppo; Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. THL. Juvenes Print. Tampere. (96-101) Verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38187/perala_dissertation.pdf?sequence=1 [Viitattu 19.2.2013]

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2003). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannus osaskeyhtiö Tammi. Jyväskylä.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Tuori, Kaarlo (2000). Sosiaalioikeus. Werner Söderström Lakitieto Oy. Helsinki.

- Yhdenvertaisuuslaki 2004/21 §6:2. Finlex. Verkossa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021> [Viitattu 10.3.2013]
- Yle.fi (2013) Professori: Sote-uudistus etenee väärään suuntaan. Verkossa:
http://yle.fi/uutiset/professori_sote-uudistus_etenee_vaaraan_suuntaan/6615466 [Viitattu 17.5.2013]
- Van Mastrigt, Sarah & Addington, J. & Addington, D. (2004) Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39 (1) (69-72)
- Varis, Tuomo & Virtanen, Sirpa (2012) Alkoholijuomien kulutus 2011. THL, Tilastoraportti 13/2012. Verkossa:
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr13_12.pdf [Viitattu 22.4.2013]
- Varjonen, Vili; Tanhua, Hannele; Forsell, Martta & Perälä, Riikka (2012). Huumetilanne Suomessa 2012. Raportti 75/2012. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. Verkossa:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN_ISBN_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1 [Viitattu 8.3.2013]
- Vähätalo, Kari (1994) Suomalainen huono-osaisuuden tutkimus 1980- ja 1990-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Vähätalo, Kari (toim.) (1994) Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos. Tammer-paino. Tampere. (7-32)
- Wahlbeck, Kristian (2007) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (2007) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki. (87-102)
- Wahlbeck, Kristian (2012) Häpeäleima on mielenterveystyön suurin haaste. *Super* 10/12 (30-31)
- WHO (2008) Stigma: An International Briefing Paper. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. Published by Health Scotland. Verkossa:
http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/stigma_paper.pdf . [Viitattu: 6.3.2013]

Liite 1. Vinjettitarina

Orientoituminen

29-vuotias Heikki on tullut psykiatriseen sairaalahoitoon. Heikillä on useita aiempia hoitajaksoja. Aiempien hoitajaksojen syynä on ollut psykoottisuus, nyt tulosyynä sama diagnoosi. Heikillä on taustallaan runsasta päihteidenkäyttöä. Hän on käyttänyt mm. amfetamiinia, kannabista sekä useita lääkkeitä alkoholin kanssa 16-vuotiaasta lähtien. Heikki on aiemmin ollut kahdesti päihdevieroituksessa, mutta jättänyt ne kesken.

Heikki on työtön ja kouluttamaton. Toimeentulona hänellä on ollut määräaikainen kuntoutustuki sekä eläkkeensaajan asumistuki. Nyt kuntoutustuen määräaika on päättynyt. Viimeiset kaksi kuukautta toimeentulona on ollut toimeentulotuki.

Työskentelyvaihe

Työskentelyvaiheessa tapaamiset sosiaalityöntekijän kanssa tapahtuvat viikoittain. Sosiaalityöntekijä kohtaa paljon haasteita työskennellessään Heikin kanssa.

Hoidonpäättymisvaihe

Hoidonpäättymisvaiheessa Heikki on motivoitunut jatkohoidon suhteen. Päättymisvaiheessa tulee kuitenkin vastaan uusia haasteita.

Liite 2. Teemahaastattelun apukysymykset

Orientoituminen

- Mitkä ovat yleisimmät sosiaaliset ongelmat, joita kaksoisdiagnoosipotilaat tuovat esille sosiaalityöntekijän tapaamisessa?
 - Mitkä ovat sinun mielestäsi yleisimpiä sosiaalisia ongelmia kaksoisdiagnoosipotilailla?
 - Voidaanko mielestäsi ongelman aiheuttajaa selkeästi määrittellä johtuvaksi psykiatrisesta sairaudesta tai päihdeongelmasta?
 - Mitä ongelmia siihen liittyy sosiaalityön näkökulmasta?
 - Entä sosiaaliturva- ja sosiaalipalvelujärjestelmän näkökulmasta?
- Mitä tapahtuu kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon alkuvaiheessa?
 - Miten sosiaalityöntekijä aloittaa työskentelynsä?
 - Mitä sosiaalityöntekijän täytyy ottaa huomioon kaksoisdiagnoosin suhteen?
 - Mitkä voisivat olla tavanomaisimpia kompastuskiviä hoidon aloitusvaiheessa?
- Miten työyhteisö suhtautuu kaksoisdiagnoosipotilaisiin? Onko suhtautuminen erilaista, kuin pelkästään psykiatrisen diagnoosi omaaviin potilaisiin?
 - Miten itse suhtaudut heihin?
- Kirjaatko aina päihdeongelmasta sos. työn lehdelle? Mitä potilaan leimautumisen kannalta tarkoittaa, mikäli asiasta kirjataan potilastietoihin?
- Oletko havainnut syrjintää työssäsä kaksoisdiagnoosi potilaita kohtaan? Työtovereiden, potilaiden tai ulkopuolisten osalta?

Työskentelyvaihe

- Millaisia ongelmia työskentelyvaiheessa voi kohdata kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa?
 - Onko ongelmia toimeentulon järjestämisessä, millaisia?
 - Entä asumisen järjestämisen suhteen?
 - Miten potilaan päihdeongelma vaikuttaa näiden järjestämiseen?

- Millaisten verkostojen kanssa kaksoisdiagnoosipotilas on tekemisissä?
 - Onko ongelmia tukiverkostojen suhteen? Millaisia yleisimmät?
 - Liittykö uusien verkostojen luomiseen ongelmia? Millaisia yleisimmät?
- Mitkä ovat sosiaalityön tärkeimmät yhteistyökumppanit kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenneltäessä?

Hoidonpäättymisvaihe

- Onko löydettävissä tarpeenmukaista palvelua näille potilaille sosiaalityön näkökulmasta?
 - Jos on, niin onko se helposti saatavissa?
- Millainen palvelu olisi tarpeen sosiaalityön näkökulmasta? Mitä kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsisivat?
- Millaisia ongelmia voidaan kohdata jatkohoitoa järjestettäessä?
 - Miten yhteistyö sujuu jatkohoitopaikkojen kanssa?
 - Miten terveydenhuollon ja sosiaalityön keskeinen arvo ja periaate yhdenvertaisuus toteutuu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ja jatkohoidon järjestymisessä?
 - Järjestykö jatkohoito yhtä hyvin kuin pelkästään psykiatrisen diagnoosin omaavalle?
 - Onko maksusitoumuskäytäntö toimiva vai onko kehitettävää? Mitä?
- Miten näet sen, ettei päihdekuntoutus ole subjektiivinen oikeus? Onko sinulla tähän liittyen kehittämissuhteita?
- Toteutuuko kaksoisdiagnoosipotilailla vapaus valita jatkohoidon suhteen?

Lopuksi:

- Onko sinulla mielestäsi tarpeeksi tietoa kaksoisdiagnoosiin liittyen?
- Kaipaisitko lisää tietoa tai koulusta? Jos, niin missä asioissa?
- Onko vielä jotain, mitä haluaisit kertoa?