

NUORET KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

**Tutkimus alle 30-vuotiaiden sosiaali- ja terveyspalveluissa asioivien
asiakasprofileista**

Mira Sivonen
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2021

TIIVISTELMÄ

NUORET KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ Tutkimus alle 30-vuotiaiden sosiaali- ja terveystalvueluissa asioivien asiakasprofiileista

Mira Sivonen
Sosiaalityö
Maisterintutkielma
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Ohjaajat: Marjo Kuronen ja Pertti Jokivuori
Kevät 2021
104 sivua + liitteet 6 sivua

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, millaisia asiakasprofiileja alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä esiintyy. Mielenkiinnon kohteena ovat päihdepalveluissa asioivien ja samanaikaisesta päihde- sekä mielenterveysongelmasta kärsivien nuorten taustatekijät, päihteiden käytön luonne sekä palvelutarpeet. Aihe on sosiaalityön näkökulmasta tärkeä, sillä päihde- ja mielenterveysongelmat ovat yhteydessä lukuisiin sosiaalisiin ongelmiin. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat myös näkyvä osa sosiaali- ja terveystalvuelujen asiakaskuntaa, eikä aihetta ole aikaisemmin tutkittu Suomessa asiakasprofiilien näkökulmasta.

Tutkimukseni aineistona toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetalvauuslaskenta 2015 -aineisto (n=10 851), jonka rajasin alle 30-vuotiaisiin kaksoisdiagnoosiasiakkaisiin (n=980). Nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevassa aineistossani miehiä on 59 % ja naisia 41 %. Tutkimusmenetelminä käytin frekvenssejä sekä ristiintalvukointia, ja tutkimuksen teoreettisen taustan muodostivat aikaisemmat kaksoisdiagnoosiasiakkaita käsittelevät tutkimukset sekä suomalainen päihdepalvelujärjestelmä. Aikaisemmat tutkimukset ohjasivat analyysin etenemistä siten, että painotin analyysin ensimmäisessä vaiheessa sellaisia muuttujia, joiden on havaittu liittyvän erityisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaisiin. Analyysin toisessa vaiheessa muodostin kustakin asiakasprofiilista mahdollisimman kattavan kuvan nimenomaan siitä näkökulmasta, että profiileja olisi mahdollista hyödyntää ilmiön ymmärtämisessä ja asiakkaiden palvelukokonaisuuksien suunnittelussa.

Asiakasprofiileja muodostui neljä, ja profiloivana tekijänä toimi asiakkaan ikä. Alaikäisten (n=36) asiakasprofiilia kuvaa naissukupuoli, opiskelu, lastensuojelun asiakkuus ja alkoholiin sekä kannabikseen painottuva päihteiden käyttö. Palvelutarpeet painottuvat sosiaalisen tuen tarpeisiin. Myös 18–19-vuotiaiden (n=58) profiilia kuvaa naissukupuoli ja opiskelu, mutta päihteiden käyttö painottuu yhteiskäyttöön sekä runsaaseen kannabiksen käyttöön. Palvelutarpeet painottuvat ikäryhmässä elämäntalvun ja psyykkisten voimavarojen tukemiseen. 20–24-vuotiaiden (n=345) asiakasprofiilia kuvaa miessukupuoli, työttömyys ja vuokra-asuminen. Ikäryhmän miehet ovat naisia useammin eläkkeellä, käyttävät useammin alkoholia ja kannabista ja tarvitsevat tukea psyykkisiin ongelmiin. Ikäryhmän naisilla on puolestaan miehiä vakavampaa päihteiden käyttöä, ja palvelutarpeet painottuvat päihdeongelmaan. Viimeistä, eli 25–29-vuotiaiden (n=541) asiakasprofiilia kuvastaa miessukupuoli, työttömyys, vuokra-asuminen sekä vakava huumausainepainotteinen päihteiden käyttö. Ikäryhmän palvelutarpeet liittyvät elämäntalvun tukemiseen, terapeuttiseen keskusteluun sekä korvaushoitoon.

Tutkimuksen tuloksena muodostuneet asiakasprofiilit tuottavat tärkeää tietoa nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmästä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten tunnistamisessa, nuorten parissa työskennellessä sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten palvelukokonaisuuksia suunnitellessa.

Asiasanat: asiakasprofilointi, nuoret, kaksoisdiagnoosi, päihteet, mielenterveys, päihdepalvelujärjestelmä

TAULUKOT JA KUVIOT

TAULUKKO 1. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden taustatiedot koottuna	47
TAULUKKO 2. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö koottuna.....	49
TAULUKKO 3. Asiakkaille yleisimmin annetut palvelut (%).....	52
TAULUKKO 4. Tarkasteltavat muuttajakokonaisuudet.....	54
TAULUKKO 5. Muuttujien yhteys ikäryhmittäiseen tarkasteluun (muuttujien p-arvot)	55
TAULUKKO 6. Muuttajat, jotka eroavat ikäryhmittäin tilastollisesti merkitsevästi, mutta joita en sisällyttänyt jatkoanalyysiin	56
TAULUKKO 7. Päihteiden käyttö: alaikäiset (n=36) verrattuna koko aineistoon	59
TAULUKKO 8. Annetut palvelut: alle 18-vuotiaat (n=36), %-osuudet.....	61
TAULUKKO 9. Päihteiden käyttö: 18–19-vuotiaat (n=58) verrattuna koko aineistoon	64
TAULUKKO 10. Annetut palvelut: 18–19-vuotiaat (n=58), %-osuudet.....	65
TAULUKKO 11. Päihteiden käyttö: 20–24-vuotiaat (n=345) verrattuna koko aineistoon	68
TAULUKKO 12. Päihteiden käyttö sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343).....	69
TAULUKKO 13. Annetut palvelut: 20–24-vuotiaat (n=345), %-osuudet.....	71
TAULUKKO 14. Annetut palvelut sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet	72
TAULUKKO 15. Päihteiden käyttö: 25–29-vuotiaat (n=541) verrattuna koko aineistoon	75
TAULUKKO 16. Päihteiden käyttö sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536).....	76
TAULUKKO 17. Annetut palvelut: 25–29-vuotiaat (n=541), %-osuudet.....	78
TAULUKKO 18. Annetut palvelut sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet	78
TAULUKKO 19. Alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilit.....	81
KUVIO 1. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinnit ikäryhmittäin (n=980).....	44
KUVIO 2. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden sukupuolijakauma ikäryhmittäin (n=971), %-osuudet	45
KUVIO 3. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asumistilanne (n=980).....	45
KUVIO 4. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden pääasiallinen toiminta (n=980).....	46
KUVIO 5. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ensisijaiset palvelutarpeet (n=980).....	51
KUVIO 6. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiointien jakautuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa (n=980).....	52
KUVIO 7. Asumistilanne: alle 18-vuotiaat (n=36).....	57
KUVIO 8. Pääasiallinen toiminta: alle 18-vuotiaat (n=36).....	58
KUVIO 9. Ensisijaiset palvelutarpeet: alle 18-vuotiaat (n=36)	60
KUVIO 10. Asumistilanne: 18–19-vuotiaat (n=58).....	62
KUVIO 11. Pääasiallinen toiminta: 18–19-vuotiaat (n=58)	63
KUVIO 12. Ensisijaiset palvelutarpeet: 18–19-vuotiaat (n=58).....	65
KUVIO 13. Asumistilanne sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet.....	66
KUVIO 14. Pääasiallinen toiminta sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet.....	67
KUVIO 15. Ensisijaiset palvelutarpeet sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet	70
KUVIO 16. Asumistilanne: 25–29-vuotiaat (n=541).....	74
KUVIO 17. Pääasiallinen toiminta sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet.....	74
KUVIO 18. Ensisijaiset palvelutarpeet sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet	77

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ.....	4
2.1 Kaksoisdiagnoosi ilmiönä	4
2.1.1 Kaksoisdiagnoosin määritelmä ja käsitteelliset haasteet.....	5
2.1.2 Medikalisaatiokritiikki haastamassa diagnoosipuhetta	7
2.1.3 Kaksoisdiagnoosin asettamat haasteet palvelujärjestelmälle	10
2.2 Kaksoisdiagnoosiasiakkaat aikaisemman tutkimuksen valossa	12
2.2.1 Asiakasryhmän erityispiirteitä.....	13
2.2.2 Nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat	16
3 SUOMALAINEN PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ JA ASIAKASPROFILOINTI	20
3.1 Suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän erityispiirteitä	20
3.1.1 Päihdepalvelujen kehitys 1800-luvulta tähän päivään	20
3.1.2 Palvelujen jakautuminen yleisiin ja erityisiin palveluihin.....	23
3.1.3 Integraatio vastaamassa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin	25
3.2 Asiakasprofiilit päihdepalveluissa ja tutkimuksen kohteena.....	28
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
4.1 Tutkimustehtävä.....	32
4.2 Päihdetapauslaskenta 2015 -aineisto	33
4.2.1 Päihdetapauslaskenta 2015 -aineiston keruu ja kuvailu	34
4.2.2 Päihdetapauslaskenta-aineistoon liittyvät rajoitukset.....	37
4.3 Analyysimenetelmät.....	38
4.4 Tutkimuksen eettisyys.....	41
5 ALLE 30-VUOTIAAT KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT	44
5.1 Asiakkaiden taustatiedot	44
5.2 Päihteiden käyttö.....	48
5.3 Asiakkaiden palvelutarpeet ja asiointien jakautuminen sosiaali- ja terveystaloudissa.....	50
6 NUORTEN KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAIDEN ASIAKASPROFIILIT	54
6.1 Opintoja, alkoholin käyttöä ja sosiaalisen tuen tarpeita: alle 18-vuotiaat	57
6.2 Opintoja, päihteiden runsasta yhteiskäyttöä ja psyykkisen tuen tarpeita: 18–19-vuotiaat	62
6.3 Työttömyyttä, opintoja ja huumeiden käytön lisääntymistä: 20–24-vuotiaat	66
6.4 Työttömyyttä ja huumeiden käytön lisääntymistä: 25–29-vuotiaat	73
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	80
7.1 Keskeisimmät tutkimustulokset	80

7.2 Tutkimuksen arviointi	88
LÄHTEET	92

LIITTEET

1 JOHDANTO

Samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman tiedetään olevan yleinen ja vaikeasti lähestyttävissä oleva ilmiö, jolla on laajoja yksilön hyvinvointiin sekä yhteiskuntaan ulottuvia vaikutuksia. Kaksoisdiagnoosin tiedetään paitsi heikentävän yksilön terveyttä ja hyvinvointia useilla eri osa-alueilla, myös olevan yhteydessä muun muassa lisääntyneeseen itsemurhariskiin ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Kyseessä on lisäksi paljon sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmä, joiden tunnistaminen ja hoitoon panostaminen on tärkeää. Nuorten keskuudessa kaksoisdiagnoosin on havaittu olevan yleinen ilmiö, ja nuoruus on muutoinkin keskeinen elämänvaihe mielenterveysongelmien ja päihteiden ongelmakäytön kehittymisen sekä myöhemmän hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmasta. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, minkä takia asiakasprofilointi eli asiakasryhmän alaryhmien ja heidän palvelutarpeidensa tunnistaminen on tarpeellista.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen alle 30-vuotiaita nuoria, jotka asioivat sosiaali- ja terveyspalveluissa ja joilla on samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää, ketä palveluiden piiriin päässeet nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat ja millaisia palvelutarpeita heillä on. Keskeisenä näkökulmana toimii ajatus siitä, että yhteiskunta ja palvelujärjestelmä muovaavat osaltaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiileja, eli profiilit ovat eläviä ja ajassa muuttuvia. Niiden avulla voidaan kuitenkin kuvata kyseistä asiakasryhmää sekä ilmiötä suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä, mikä puolestaan lisää ymmärrystä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivistä nuorista ja voi parhaimmillaan edistää asiakkaiden oikea-aikaista tunnistamista sekä heidän tarpeisiinsa vastaamista.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat palvelujärjestelmän tasolla kahden eri toimikentän alueelle kuuluvia asiakkaita. He tarvitsevat usein samanaikaisesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja, eli kyse on niin sanotusta yhteisasiakkuudesta. Päihde- ja mielenterveyspalveluja sekä sosiaali- ja terveyspalveluja yleisemminkin on kuitenkin leimannut poiskäännyttäminen sekä kyvyttömyys tarjota apua niille, joilla on useita päällekkäisiä palvelutarpeita. Esimerkiksi mielenterveyspalveluissa on voitu edellyttää päihteettömyyttä ja päihdepalveluissa psykiatristen sairauksien ensisijaista hoitoa, jolloin asiakas on voinut pudota molempien palvelujen ulkopuolelle. (esim. Männistö 2012, 128–130; Ranta, Raitakari & Juhila

2017, 173; Virokannas 2017; Wahlbeck ym. 2018, 26–27, 63.) Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat yksi esimerkki haavoittuvassa asemassa olevista yhteisasiakkaista, joiden kohdalla palvelujen ulkopuolelle jääminen on erityisen haitallista.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaita on tutkittu runsaasti sekä Suomessa että kansainvälisesti, mutta nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden monimuotoisuutta käsittelevät tutkimukset ovat harvinaisempia ja olemassa olevat tutkimukset kansainvälisiä. Nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita olisi kuitenkin erittäin tärkeää tutkia myös Suomessa, sillä tarkempi asiakasryhmien profilointi erilaisten taustamuuttujien sekä palvelutarpeiden osalta voi auttaa kehittämään palveluja paremmin asiakkaiden tarpeita vastaaviksi ja näin vähentää inhimillistä kärsimystä sekä yhteiskunnallisia kustannuksia. Meidän on tiedettävä, ketkä ovat sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaita ja mitä palvelutarpeita heillä on, jotta palveluja voidaan tehostaa ja kohdentaa tulevaisuudessa paremmin.

E erityisen tärkeää asiakasprofiilien tutkiminen on nyt, kun koko suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä käy läpi sisällöllistä ja rakenteellista uudistusta (ks. SOTE 2020), jossa luotavien 21 hyvinvointialueen tehtäväksi tulisi hallituksen esitysluonnoksen mukaisesti alueellisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen. Sote-palvelujen järjestäminen edellyttää palvelukokonaisuuksien määrittelyä hyvinvointialueittain, mikä puolestaan edellyttää asiakasryhmien ja heidän palvelutarpeidensa tunnistamista (emt., 289). Palvelukokonaisuuksien määrittely nähdään erityisen tärkeänä monisairaiden, kuten samanaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa sairastavien, kohdalla (emt., 289), ja asiakasprofilointi voi olla yksi työkalu tällaisten kokonaisuuksien määrittelyssä (Liukko, Koivisto & Tiirinki 2018, 1).

Tutkimustani motivoi ensisijaisesti havainto siitä, että kaksoisdiagnoosiasiakkailla on haastavasta tilanteestaan huolimatta kohonnut riski jäädä tarvitsemiensa palvelujen ulkopuolelle (esim. SAMHSA 2019, 63–64; Günther & Ranta 2019, 220). Lisäksi olen työelämässä seurannut, kuinka haastavaa palveluihin pääsy ja niissä pysyminen voi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville olla, ja kuinka päihteiden käyttö näkyy nuorten elämässä. Näen, että nuorten päihde- ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta nuoria päästäisiin tukemaan mahdollisimman varhain ja näin ennaltaehkäistä vakavampien ongelmien kehittymistä. Pidän nuoria erityisen tärkeänä ikäryhmänä päihde- ja mielenterveysongelmiin puuttumisen kannalta, koska

kaksoisdiagnoosin varhaisella esiintymisellä voi olla vakavia, pitkäkestoisia ja pahimmillaan koko loppuelämään vaikuttavia seurauksia. Lisäksi kaksoisdiagnoosin ja huumeiden käytön on havaittu olevan yleistä nuorten keskuudessa, mikä puoltaa tutkimuksen kohdistamista alle 30-vuotiaisiin. Tällä tutkimuksella pyrin paikkaamaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden heterogeenisyyttä koskevan tutkimuksen puutetta, ja tähän näen parhaimmaksi ratkaisuksi kvantitatiivisen, koko Suomen päihdepalvelujärjestelmää koskevan aineiston.

Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilien tutkiminen on tärkeää paitsi yhteiskunnallisesta, myös sosiaalitieteellisestä näkökulmasta. Tämänhetkinen kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskeva tutkimus on pääsääntöisesti lääketieteellistä tai hoitotutkimuksen kentälle sijoittuvaa, mutta kyse ei kuitenkaan ole pelkästään lääketieteellisestä, vaan myös vahvasti sosiaalisesta ilmiöstä. Ihmisen sosiaalisella ympäristöllä sekä hänen saamallaan sosiaalisella tuella on valtava merkitys yksilön elämään sekä päihde- ja mielenterveysongelmista toipumiseen. On siis ehdottoman tärkeää, että aihetta tarkastellaan myös sosiaalitieteellisestä näkökulmasta lääketieteellisen ja hoitotutkimuksen rinnalla.

Tutkielmani rakentuu seitsemästä pääluvusta, joista kaksi ensimmäistä käsittelee tutkielmani keskeisiä käsitteitä sekä aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Luvussa kaksi esittelen kaksoisdiagnoosia ilmiönä sekä käyn läpi aikaisempia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ominaisuuksiin ja heterogeenisyyteen liittyvää tutkimusta. Luvussa kolme esittelen suomalaista päihdepalvelujärjestelmää, joka toimii tutkimukseni kontekstina. Samassa luvussa esittelen myös tutkimukseni kohteena olevan asiakasprofiloinnin periaatteita.

Luvussa neljä käyn läpi tutkimustehtäväni, esittelen Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistoa ja siihen liittyviä rajoituksia, esittelen käyttämäni analyysimenetelmät sekä pohdin tutkimuseettisiä kysymyksiä. Luvussa viisi esittelen analyysini ensimmäistä vaihetta. Tässä luvussa kuvailen alle 30-vuotiaita kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevaa aineistoani frekvenssien ja ristiintaulukoinnin avulla, eli muodostan kokonaiskuvan aineistosta sekä valitsen jatkoanalyysiin sisällytettävät muuttujat. Luvussa kuusi vastaan päätutkimuskysymykseeni, eli muodostan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilit. Luvussa seitsemän vedän yhteen tutkimukseni keskeisimmät tulokset, pohdin niiden merkitystä, esitän jatkotutkimustarpeita sekä arvioin tutkimukseni luotettavuutta.

2 KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Tässä luvussa avaan kaksoisdiagnoosin käsitettä, sen käsitteellisiä haasteita ja esittelen aikaisempia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden erityispiirteisiin liittyviä tutkimuksia. Samanaikaisista päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivät asiakkaat ovat niin sanottuja yhteisasiakkaita, eli heidän palvelutarpeensa sijoittuvat monesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon kentälle (SOTE 2020, 128). Ilmiötä tulee siis käsitellä laajasti, ja siitä on tehty tutkimuksia sekä lääketieteen että terveystieteen näkökulmasta. Kyse ei ole uudesta eikä pienen marginaalin ilmiöstä, vaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat näkyvä osa sosiaali- ja terveystieteiden asiakaskuntaa, jonka heterogeenisyydestä tarvitaan ajantasaista tutkimustietoa.

2.1 Kaksoisdiagnoosi ilmiönä

Kaksoisdiagnoosi, eli samanaikaisesti esiintyvä päihde- ja mielenterveysongelma, on paljon mielenkiintoa herättävä aihe, jonka olemassaoloon kiinnitettiin lääketieteessä huomiota ensimmäisen kerran 1970- ja 1980-lukujen taitteessa (Brunette, Mueser & Drake 2004, 471). Kyseessä on monin tavoin haastava ilmiö, joka paitsi hankaloittaa yksilön omaa elämää, myös asettaa haasteita palvelujärjestelmälle ja hoidon onnistumiselle. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden määrä on viime vuosikymmeninä kasvanut sekä maailmalla että Suomessa (Aalto 2007, 1293; Günther & Ranta 2019, 219; Pirkola & Wahlbeck 2004). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että kaksoisdiagnoosia esiintyy väestössä runsaasti (esim. Australian Bureau of Statistics, jatkossa ABS 2007; Morisano, Babor & Robaina 2014, 7; SAMHSA 2019, 45–46) ja että päihteiden vuoksi hoitoon hakeutuvien keskuudessa mielenterveyshäiriöt ovat huomattavasti muuta väestöä yleisempiä (Chan, Dennis & Funk 2008, 14; Fabricius, Langa & Wilson 2008, 105; Kessler ym. 1996, 17; Lundgren ym. 2014, 74; Mortlock, Deane & Crowe 2011).

Esimerkiksi Yhdysvaltojen sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivan päihde- ja mielenterveysviraston tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osuus yli 18-vuotiaasta yhdysvaltalaisväestöstä oli vuonna 2018 noin 3,7 % tarkoittaen yli 9 miljoonaa täysikäistä henkilöä (SAMHSA 2019, 45). Kun tarkastellaan koko väestön sijaan päihteiden ongelmakäyttäjien ryhmää, on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osuus huomattavasti korkeampi,

vaihdellen noin 50 %:sta (esim. ABS 2007; Fabricius ym. 2008, 105; Kessler 2004, 730) yli 70 %:iin (esim. Lundgren ym. 2014, 74; Mortlock ym. 2011, 403). Kaksoisdiagnoosi on siis muuta väestöä yleisempi niillä, joilla on päihteiden ongelmakäyttöä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös suomalaisia päihteiden käyttäjiä koskevissa tutkimuksissa, joissa yli puolella päihteiden ongelmakäyttäjistä on todettu myös jokin mielenterveyden häiriö (esim. Kuussaari, Karjalainen & Niemelä 2020, 513; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 204). Esimerkiksi vuoden 2015 päihdetapauslaskennassa 60 %:lla päihteiden vuoksi palveluihin hakeutuneista oli myös jokin mielenterveyden häiriö, eli yli puolet suomalaiseen palvelujärjestelmään kohdistuneista päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui kaksoisdiagnoosiasiakkaiden toimesta (Kuussaari ym. 2020, 507).

Mielenkiintoisen poikkeuksen edellä kuvattuihin tutkimustuloksiin tuovat muutamissa Aasian maissa toteutetut tutkimukset, joissa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden määrä jää länsimaita alhaisemmaksi (Thirthalli, Kumar & Arunachal 2012, 179). Näiden aasialaisten tutkimusten mukaan esimerkiksi päihteiden käyttöä ei esiinny psykiatristen potilaiden keskuudessa tilastollisesti sen enempää kuin väestössä yleensä (emt., 179), mikä poikkeaa selvästi länsimaisesta tutkimuksesta (esim. SAMHSA 2019, 47). Monet kulttuuriset, geneettiset ja metodologiset tekijät voivat selittää tätä eroa Aasian ja länsimaiden tutkimustulosten välillä, ja Aasian poikkeavista tuloksista huolimatta yleinen trendi näyttää olevan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden määrän lisääntyminen sekä päihteiden käytön monipuolistuminen eri puolilla maailmaa, myös Suomessa (ks. esim. Pirkola & Wahlbeck 2004; SAMHSA 2019, 44, 46).

2.1.1 Kaksoisdiagnoosin määritelmä ja käsitteelliset haasteet

Kaksoisdiagnoosilla (eng. dual diagnosis) tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakkaalla todetaan samanaikainen päihdeongelma ja jokin päihteistä riippumaton mielenterveyden häiriö. Kaksoisdiagnoosissa on siis kyse komorbiditeetista eli tilasta, jossa asiakkaalla esiintyy samanaikaisesti vähintään kaksi erillistä sairautta. (Aalto 2007, 1293.) Näin ollen esimerkiksi alkoholipsykoosi tai huumausaineiden aiheuttamat harha-aistimukset eivät lukeudu kaksoisdiagnoosiin, koska niiden katsotaan johtuvan päihteiden käytöstä eikä kyseessä täten ole erillinen sairaus. Kaksoisdiagnoosiasiakas voi olla esimerkiksi henkilö, jolla on diagnosoitu alkoholiongelma ja masennus, eli vähintään kaksi sairautta, joista toinen liittyy päihteisiin ja toinen muuhun mielenterveyteen. On kuitenkin tärkeää huomata, ettei

kaksoisdiagnoosissa ole kyse virallisesti tautiluokituksen mukaisesta diagnoosista, vaan kyse on puhekielisestä termistä.

Kaksoisdiagnoosin yhteydessä päihteillä tarkoitetaan yleensä alkoholia, huumeita, lääkkeitä ja muita päihtymistarkoitukseen käytettyjä aineita, eli tupakka ja muut nikotiinituotteet on lähtökohtaisesti rajattu tämän ulkopuolelle (Aalto 2007, 1294). Rajaus on perusteltu, sillä nikotiiniriippuvuus poikkeaa monin tavoin muista päihderiippuvuuksista. Joissain tutkimuksissa kaksoisdiagnoosin ulkopuolelle on rajattu myös alkoholin ongelmakäyttö, eli kiinnostuksen kohteena on ollut huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttö yhdessä mielenterveysongelmien kanssa (Aalto 2007, 1294). Tämä rajaus on nähdäkseni kuitenkin perusteeton Suomessa, jossa yleisin käytetty päihde on edelleen alkoholi (esim. Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vormo & Ronkainen 2014, 269). Muilla kuin päihteisiin liittyvillä mielenterveyshäiriöillä tarkoitetaan kaksoisdiagnoosin yhteydessä esimerkiksi ADHD:ta, masennusta, skitsofreniaa tai ahdistuneisuushäiriötä, jotka eivät johdu suoranaisesti päihteiden käytöstä.

Samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman puhkeamiseen liittyviä teorioita on esitetty useita. Ensinnäkin on esitetty, että henkilö voi pyrkiä hoitamaan hoitamatta jääneiden mielenterveysongelmien oireita päihteillä, eli mielenterveysongelma altistaisi päihdeongelmalle. Toisaalta voi olla, että runsas päihteiden käyttö altistaa mielenterveysongelmien puhkeamiselle. Kolmanneksi on esitetty, että päihde- ja mielenterveysongelmilla voi olla jokin ulkopuolinen, molemmat ongelmat laukaiseva yhteinen tekijä. (Aalto 2007, 1294–1295.) En kuitenkaan paneudu kaksoisdiagnoosin syntymekanismiin tämän enempää vaan totean, että kaksoisdiagnoosi voi johtua monista eri tekijöistä, jotka voivat olla hyvin yksilöllisiä.

Tutkimuskentällä on käyty kriittistä keskustelua kaksoisdiagnoosi-termin sopivuudesta samanaikaisen päihde- ja mielenterveyshäiriön kuvaamiseen, sillä termin ei nähdä täysin tavoittavan ilmiön moninaisuutta. Kaksoisdiagnoosi-termin perusteella voisi päätellä, että henkilöllä on päihdeongelman lisäksi vain yksi mielenterveyden häiriö, vaikka todellisuudessa diagnooseja voi olla useampia kuin kaksi. Henkilöllä voi esimerkiksi olla alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä yhdessä ahdistuneisuushäiriön ja persoonallisuushäiriön kanssa. Sana ”kaksois” ei siis välttämättä kuvaa asiakkaan todellista tilaa. (Aalto 2007, 1293; Fabricius ym. 2008, 100.)

Kaksoisdiagnoosiin liittyvien terminologisten ongelmien vuoksi sen tilalle on esitetty vaihtoehtoisia termejä, kuten esimerkiksi ”COD” (co-occurring psychiatric disorders), joka on vapaasti suomennettuna samanaikaisesti esiintyvien psykiatristen sairauksien häiriö (Aalto 2007, 1293; Bergman, Greene, Slaymaker, Hoepfner & Kelly 2014; Fabricius ym. 2008, 99) sekä ”comorbidity” eli vapaasti suomennettuna ”samanaikainen sairastavuus” (ABS 2007; Morisano ym. 2014; Pirkola, Lepistö, Strandholm & Marttunen 2007). Englannin kielessä päihde- ja mielenterveyshäiriön samanaikaista esiintymistä tarkoittavien termien määrä on moninainen, mikä voi osaltaan johtua siitä, että moniulotteista ilmiötä on haastavaa kuvata lyhyesti ja yksinkertaisesti. Nämä vaihtoehtoiset termit pyrkivät kukin omalla tavallaan tavoittamaan samanaikaiseen päihde- ja mielenterveyshäiriöön liittyvän diagnostisen monimuotoisuuden, kun osa termeistä kuvaa päihde- ja mielenterveyshäiriöiden kausaalisuutta, osa esiintymistä ajassa ja osa pyrkii ilmentämään molempia, eli häiriöiden syy-seuraussuhteita sekä samanaikaista esiintymistä. (Morisano ym. 2014, 6.)

Tässä tutkimuksessa päädyin käyttämään termiä ”kaksoisdiagnoosi” sen tunnettuuden (Aalto 2007, 1293; European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, jatkossa EMCDDA, 2016) ja suomen kieleen sopivuuden vuoksi, eikä termin suinkaan nähdä olevan vanhentunut (vrt. Fabricius 2008, 100). Kaksoisdiagnoosin määritelmä noudattaa tässä tutkimuksessa Euroopan unionin huumeseurantakeskuksen (EMCDDA) määritelmää, eli väliaikaisen päihdeongelman ja muun kuin päihdeistä johtuvan mielenterveyshäiriön samanaikaista esiintymistä. Ehtona on, että asiakkaalla esiintyy vähintään yksi päihdehäiriö ja vähintään yksi mielenterveyden häiriö samaan aikaan, mutta diagnooseja voi olla myös useampia. (EMCDDA 2016.)

2.1.2 Medikalisaatiokritiikki haastamassa diagnoosipuhetta

Sen lisäksi, että kaksoisdiagnoosiin liittyy terminologisia kysymyksiä, tulee termiä käytettäessä pohtia myös sen lääketieteellistä painotusta ja tämän painotuksen seurauksia. Etenkin sosiaalitieteellisissä keskusteluissa esiintyy medikalisaatiokritiikkiä, jossa lääketieteellisen diagnostiikan on pelätty syrjäyttävän yksilö sosiaalisine ja yhteiskunnallisine ulottuvuuksineen. Medikalisaatiolla tarkoitetaan yleensä prosessia, jossa lääketieteellinen ajattelu, termistö ja selitysmallit vakiintuvat osaksi yleistä yhteiskunnallista keskustelua, eli lääketieteellinen lähestymistapa tulee osaksi muiden tieteenalojen käytäntöjä ja jopa osaksi arkipuhetta (Conrad 2007, 4–5). Medikalisaatiolla on ollut kiistattomia positiivisia vaikutuksia

ihmisten elämään, mutta samalla sen negatiiviset seuraukset ovat pääsääntöisesti sosiaalisia (emt., 146–147) ja tätä medikalisaation käänköpuolta on hyvä pohtia kriittisesti myös tässä tutkielmassa.

Kriittisen medikalisaatiokeskustelun voidaan Joan Busfieldin (2017, 759) mukaan nähdä juontavan juurensa 1960-luvulla alkaneeseen sosiaalisen kontrollin keskusteluun, jonka aloitti amerikkalainen sosiologi Jesse Pitts ja jonka toi lääketieteelliseen sosiologiaan Irving Zola. Busfieldin (2017, 759) mukaan Irving Zola (1972) esitti, että lääketieteestä on tulossa uskontoon ja lakeihin verrattavissa oleva sosiaalisen kontrollin instituutio, eli lääketiede on levittäytymässä ”oman alueensa” ulkopuolelle ei-lääketieteellisten ongelmien selittämisessä ja hoidossa sekä normaalin ja epänormaalin määrittelyssä (ks. myös Conrad 2007, 4–5; Riska 2010, 206). Medikalisaatiossa poikkeavuus ja sairaudet määrittyvät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, eli ihmisten käsitykset vaikuttavat siihen, mikä tulkitaan milloinkin normaalista poikkeavaksi tai sairaudeksi (Conrad 2007, 7). Sosiaalitieteiden näkökulmasta tämä erilaisuuden sosiaalinen määrittely ja patologisointi näyttöytyy ongelmallisena, koska mikään sairaus, oireyhtymä tai ominaisuus ei ole alun perin lääketieteellinen ongelma, vaan se tulee yhteiskunnan toimesta ensin määritellä sellaiseksi (emt., 5–6). Vaikka siis esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmilla on nykytietämyksen valossa usein biologinen perusta, ei se vielä automaattisesti tee näistä ilmiöistä pelkästään lääketieteellisiä (vrt. emt., 146–148). Sosiaalitieteissä halutaankin usein kyseenalaistaa lääketieteen vahvaa asemaa ihmisten erilaisuuden patologisoinnissa. Sen sijaan sosiaalisen sivuuttaminen voi jopa heikentää yksilön hyvinvointia ja hidastaa tilanteen paranemista. (ks. esim. Rantala 2000, 100–102.)

Myös kaksoisdiagnoosiin tiedetään liittyvän lääketieteellisen tilan lisäksi sosiaalisia, taloudellisia ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia, joita ei voida sivuuttaa päihde- ja mielenterveysongelmista keskusteltaessa ja niitä hoidettaessa. Silti päihderiippuvuuksia sekä mielenterveysongelmia lähestytään diagnostiikan kautta, ja myös kaksoisdiagnoosi-termissä näkyy tämä vahva lääketieteellinen näkökulma. Termin lääketieteellinen painotus voikin huomautta jäädessään ohjata keskustelua kliiniseen tai hoidolliseen suuntaan, ja pahimmillaan leimata yksilöä. Vahva diagnoosipainotteinen puhe voi siis esimerkiksi saada aikaan sen, että monisairaisiin asiakkaisiin suhtaudutaan varauksella sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja heidät saatetaan leimata vaikeasti autettavissa oleviksi pelkästään diagnoosinsa perusteella (vrt. Juhila 2006, 82–83). Pahimmillaan diagnoosiin liittyvä stigma voi siis asettaa ennakko-

oletuksia siitä, millainen palveluun hakeutuva ihminen on ennen kuin häneen ja hänen elämäntilanteeseensa perehdytään tarkemmin.

Lisäksi lääketieteellinen diagnoosipuhe ohjaa keskustelua herkästi potilaisiin asiakkaiden sijasta, ja täten keskustelun suunta on jälleen sairauspainotteinen. Sosiaalitieteissä pidetään tärkeänä sitä, että potilaiden sijaan puhuttaisiin asiakkaista, koska asiakkuus nähdään vähemmän leimaavana tapana puhua palvelujen piirissä olevasta ja niitä käyttävästä henkilöstä. Asiakas-termin on nähty edustavan ihmiskeskeistä ajattelutapaa, kun mielenkiinto kiinnittyy lääketieteellisen diagnoosin sijaan ihmiseen kokonaisuutena ja hänet nähdään toimijana, joka kykenee tekemään ratkaisuja omassa elämässään. Potilas-termin liittyy puolestaan vahva valta-asetelma sekä ajatus toimenpiteiden kohteena olemisesta. Potilas–hoitajasuhteessa ammattilaiset nähdään yksilöä kykenevämpinä tekemään ratkaisuja potilaan tilanteen parantamiseksi, jolloin yksilö asettuu omassa tilanteessaan alisteiseen asemaan ammattilaisiin nähden. Tämänkaltaisen valta-asetelman on nähty kuvaavan esimerkiksi perinteistä lääkäri–potilassuhdetta, ja terveydenhuollon puolella tämä terminologinen kysymys asiakkaiden ja potilaiden välillä jakaa vahvasti mielipiteitä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 92–94.)

Vaikka medikalisaatiota on kritisoitu, ei se ole ollut pelkästään negatiivinen asia (Conrad 2007, 146). Yleisen elämänlaadun paranemisen lisäksi esimerkiksi ihmisten käyttäytyminen, joka ennen nähtiin moraalittomana, laittomana tai syntisenä, on medikalisaation kautta saanut parempaa ymmärrystä ja tarvittavaa hoitoa, kun käytöksen lääketieteellinen perusta on havaittu (emt., 6; vrt. Jaakkola 1994, 121). Muun muassa Suomessa alkoholismiin alettiin 1900-luvun alkupuolella suhtautua uudella tavalla (Jaakkola 1994, 121), joskin muutos oli hyvin hidasta (vrt. Satka 1994, 311–312). Pikkuhiljaa ajatustapa kuitenkin muuttui yhä suvaitsevaisemmaksi, ja tänä päivänä alkoholismissa ei enää nähdä olevan kyse paheellisesta toiminnasta, vaan osittain medikalisaation ansiosta ilmiötä ymmärretään paremmin ja alkoholismiin voi hakea sosiaalisen tuen lisäksi myös lääketieteellistä apua (vrt. Conrad 2007, 147). Lääketieteellinen syy alkoholismille voi myös vapauttaa yksilön niin sanotusta sosiaalisesta vastuusta, jolloin myös yhteiskunnan reaktio ilmiöön muuttuu rankaisemisesta hoitavaksi (emt., 152).

Kaksoisdiagnoosin ja sosiaalitieteellisen tutkimuksen kannalta relevanttia onkin medikalisaatioon liittyvä leimaavuuskysymys ja sen huomioiminen, että medikalisaatio voi kaventaa käsitystä normaalista patologisoimalla ihmisten erilaisuutta (Conrad 2007, 7). Lisäksi

lääketieteelle on ominaista yksilön ongelmien hoitaminen, jolloin sosiaalisten ongelmien medikalisoituminen voi suunnata katseen rakennetason ongelmista yksilöön (emt., 152). Kaksoisdiagnoosin kohdalla medikalisaatio voi siis siirtää fokuksen yhteiskunnan rakenteista ja kulttuurista (vrt. Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019, 8–9) päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivään yksilöön, jolloin ongelmien synty nähdään yksilön toiminnan seurauksena eikä tilanteeseen johtaneita sosiaalisia ja rakenteellisia tekijöitä tunnusteta. Yksilön käyttäytyminen, esimerkiksi päihteiden käyttö, nähdään siis ongelmana, joka tulisi ratkaista, mutta todellisuudessa päihteiden käytön yhteiskunnalliset tai sosiaaliset syyt voivat jäädä tunnistamatta.

Tässä tutkimuksessa käytän termiä ”kaksoisdiagnoosiasiakas” kuvaamaan samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä, koska kyseessä ei ole pelkästään lääketieteen kentälle sijoittuva asiakasryhmä. Lisäksi näen, että asiakkuudesta puhuminen on yksilön subjektiivisuutta ja toimijuutta kunnioittavampaa sekä valtasuhteiltaan ja asenteellisuudeltaan neutraalimpaa, kuin potilaista puhuminen (vrt. esim. Tuorila 2000, 44–45). Sosiaalihuollon palveluja käyttävistä ihmisistä käytetään myös pääsääntöisesti termiä asiakas (ks. esim. Laitinen & Pohjola 2010), ja sosiaalitieteellistä tutkimusta tehdessäni haluan noudattaa tätä terminologista linjaa. Lääketieteellinen kehys on kuitenkin erottamaton osa kaksoisdiagnoosia ja päihdepalvelujärjestelmää koskevaa keskustelua, enkä koe tarvetta piilottaa tätä diagnostista ulottuvuutta. On kuitenkin tärkeää nostaa diagnoosipainotteisuuteen liittyvät ongelmat esille ja korostaa, että tutkimukseni sijoittuu sosiaalitieteelliseen ja ihmistä, ilmiötä ja yhteiskuntaa kokonaisvaltaisesti tarkastelemaan tutkimukseen. Tämä näkyy siinä, että tutkimukseni painopiste ei ole asiakkaiden diagnoosien, kliinisten muuttujien eikä yksilöiden ”ongelmien” tutkimisessa, vaan ennemmin mielenkiinnon kohteena on selvittää, ketkä hakeutuvat ja pääsevät nykyisen palvelujärjestelmämme asiakkaisiksi ja millaisia palvelutarpeita heillä on.

2.1.3 Kaksoisdiagnoosin asettamat haasteet palvelujärjestelmälle

Samanaikaisesti esiintyvän päihde- ja mielenterveysongelman tiedetään aiheuttavan haasteita palvelujärjestelmälle paitsi ilmiön yleisyyden myös hoidon haasteellisuuden vuoksi (Aalto 2007; EMCDDA 2016; Fabricius ym. 2008; Graham ym. 2017; Günther & Ranta 2019; Kuussaari ym. 2020). Palvelujärjestelmän haasteet ilmenevät muun muassa siten, ettei järjestelmä kykene aina vastaamaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin

kokonaisvaltaisesti, mikä on puolestaan johtanut siihen, että asiakasryhmän on haastavampaa saada palveluja ja lisäksi heillä on riski jäädä kokonaan palvelujen ulkopuolelle (Günther & Ranta 2019, 219–220). Palvelujärjestelmä ei siis aina kykene vastaamaan erilaisia palveluja samanaikaisesti tarvitsevien ihmisten tarpeisiin, vaikka kaksoisdiagnoosissa on kyse yleisestä eikä suinkaan pienen marginaalin ilmiöstä.

Kaksoisdiagnoosissa sekä päihde- että mielenterveysongelman on havaittu ilmenevän vakavampana ja kroonisempana kuin silloin, kun sairaudet esiintyvät itsenäisinä (Kessler 2004, 732; Morisano ym. 2014, 5). Vakavamman sairaudentilan lisäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaat kärsivät myös vakavammista sosiaalisista ja taloudellisista seurauksista, ja esimerkiksi asunnottomuutta, rikollista käytöstä, korkeaa itsemurha-alttiutta ja muita hyvinvoinnin ongelmia esiintyy enemmän yhteen diagnoosiin nähden (Brunette ym. 2004, 471–472, 477; Fabricius ym. 2008, 100; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 203; Kuussaari ym. 2020, 507). Myös hoitovaste on kaksoisdiagnoosiasiakkailla heikompi yhtä päihde- tai mielenterveyshäiriötä sairastaviin verrattuna (esim. Brunette ym. 2004, 417; Chan ym. 2006, 22; Kessler 2004, 733; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 203), joskin nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevassa tutkimuksessa Brandon Bergman ja kumppanit (2014, 425) saivat päinvastaisia tuloksia. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tiedetään myös tarvitsevan ja käyttävän paljon sosiaali- ja terveystalv palveluja (Kessler ym. 1996, 24, 28; Kuussaari ym. 2020, 513; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 203; Urbanoski, Rush, Cameron, Bassani & Castel 2007, 966–967).

Kaksoisdiagnoosi on näkyvä ilmiö sosiaali- ja terveystalv palvelujen kentällä ja sen hoitoon liittyvät haasteet tunnistetaan nykyään paremmin kuin ennen. Palvelujärjestelmän ongelmat tämän asiakasryhmän auttamisen kannalta on paikallistettu monissa eri tutkimuksissa ilmiön yleisyyden, haastavan tunnistettavuuden ja vaikean hoidettavuuden lisäksi palvelujen pirstaleisuuteen. Palvelujen pirstaleisuus voi johtaa väliinputoamiseen, eli kokonaan palvelujen ja avun ulkopuolelle jäämiseen, kun mikään toimija ei varsinaisesti ota vastuuta asiakkaan kokonaistilanteesta. Erityisesti tämä ongelma on tunnistettu päihde- ja mielenterveyspalveluissa, mutta kyseisten palvelujen ulkopuolelle jäämistä sekä palveluista putoamista on tutkittu Suomessa erittäin vähän (Wahlbeck ym. 2018, 65). Järjestelmätasolla palvelujen ulkopuolelle jäämistä voi aiheuttaa se, että päihde- ja mielenterveysongelmasta kärsivältä ihmiseltä odotetaan tietynlaisia ominaisuuksia. Asiakkaalta voidaan odottaa muun muassa pärjäävyyttä, eli kykyä toimia palvelujen asettamilla ehdoilla, valmista motivaatiota

muutokseen, kykyä terapiaan ja suhteellisen hyvää fyysistä sekä psyykkistä kuntoa. Lisäksi voidaan odottaa kykyä asioida selvinpään ensimmäisestä asiointikerrasta alkaen. Palvelujärjestelmään sopivat siis huonosti uupuneet, fyysisesti ja psyykkisesti sairaat tai aggressiiviset ihmiset, jotka eivät kykene odottamaan hoidon alkua tai olemaan järjestelmän ehtojen mukaisesti hoitokelpoisia. (Kaakinen, Törmä, Huotari & Inkeroinen 2003, 32–33; vrt. Kaukonen 2005, 315; Simula 2007, 47). Kuten Juha Kaakinen ja muut (2003) arviointiraportissaan toteavat,

Hoitojärjestelmän merkittävä haaste onkin kääntää ajattelumaailma ja toimintatavat uuteen järjestykseen niin, että huumeiden käyttäjän ei tarvitsisi olla sopiva hoitojärjestelmälle, vaan hoitojärjestelmä pystyisi tarjoamaan sellaista palvelua ja sillä tavalla kuin huumeiden käyttäjät sitä tarvitsevat ja pystyvät ottamaan vastaan. (Kaakinen ym. 2003, 33.)

Tämä toteamus on ajankohtainen yhä tänä päivänä. Sekä päihde- että mielenterveysongelmien hoitoon erikoistuneita palveluita on Suomessa saatavilla vain rajallisesti ja tällaiset palvelut ovat usein keskitettyjä, koska palvelujen ylläpito vaatii työntekijöiltä erityisasiantuntemusta (Günther & Ranta 2019, 220; Juhila 2006, 83). Nykyisessä palvelujärjestelmässä palvelut on pääsääntöisesti jaettu sektoreittain, vaikka samanaikaisten ongelmien hoidossa olisi keskeistä sektorirajat ylittävä työskentely sekä osaaminen useamman eri ongelman tunnistamiseen, kohtaamiseen ja hoitoon (Günther & Ranta 2019, 220). Kun palvelut ovat erillään, voi asiakas joutua omatoimisesti siirtymään palvelusta toiseen ja joskus siirtymiä voi tapahtua myös saman palvelun sisällä (emt., 221, 248). Asiakas voi siis siirtyä useaan otteeseen esimerkiksi päihdepalveluissa avo- ja laitoshoidon välillä, eli asiakas voi olla pääasiassa avopalvelujen piirissä ja ”käydä” välillä laitoshoidossa, palaten sieltä jälleen avopalveluihin. Kaksoisdiagnoosiasiakkailta voi taten olla monenlaisia avuntarpeita, eikä palvelujärjestelmä kykene aina vastaamaan näihin päällekkäisiin tarpeisiin, mikä voi johtaa kasautuviin ongelmiin, toistuvaan palvelujen välillä siirtymiseen tai palvelujen ulkopuolelle jäämiseen. Integraatio on nähty monella tavalla vastauksena näihin järjestelmätason ongelmiin, ja tätä aihetta käsittelemme tarkemmin luvussa 3.1.3.

2.2 Kaksoisdiagnoosiasiakkaat aikaisemman tutkimuksen valossa

Kaksoisdiagnoosiasiakkaita on tutkittu paljon Suomessa (esim. Kuussaari ym. 2020; Pirkola & Wahlbeck 2004) sekä kansainvälisesti muun muassa Yhdysvalloissa (esim. Chan ym. 2008; Luke, Mowbray, Klump, Herman & BootsMiller 1996; Mowbray, Ribisl, Solomon, Luke & Kewson 1997; SAMHSA 2019), Kanadassa (esim. Graham ym. 2017; Urbanoski ym. 2007; Urbanoski, Cairney, Bassani & Rush 2008), Australiassa (esim. Mortlock 2011), Etelä-Afrikassa (esim. Fabricius ym. 2008; Lachman, Nassen, Hawkrigde & Emsley 2012) ja Israelissa (esim. Ponizovsky, Rosca, Haklai & Goldberger 2015). Ajallisesti tutkimukset painottuvat 1990–2010-luvuille, ja pääpaino on hoito- ja lääketieteellisessä tutkimuksessa. Lisäksi suuri osa tiedossani olevista kaksoisdiagnoosiasiakkaiden heterogeenisyyttä käsittelevistä tutkimuksista koskee koko asiakasryhmää, ja esimerkiksi nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita käsitteleviä tutkimuksia löytyy vähemmän (ks. esim. Bergman ym. 2014; Grella, Hser, Joshi & Rouds-Bryant 2001; Lachman ym. 2012). Nuorten lisäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmistä on tutkittu jonkin verran myös muun muassa asunnottomia (esim. Brunette ym. 2004, 471; Mowbray ym. 1997, 314) ja vangittuja kaksoisdiagnoosiasiakkaita (esim. Borschmann ym. 2020; Luciano, Belstock, Malmberg & McHugo 2014), ja tällaiselle alaryhmiin keskittyvälle tutkimukselle onkin nähty tarvetta (Bergman ym. 2014, 420; Mowbray ym. 1997, 311).

2.2.1 Asiakasryhmän erityispiirteitä

Kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevaa tutkimusta on siis tehty runsaasti, joskin aikaisempi tutkimus painottuu nähdäkseni asiakasryhmän yleisten piirteiden sekä kliinisten ominaisuuksien tutkimiseen. Aikaisempi tutkimus muun muassa vertailee kaksoisdiagnoosiasiakkaita suhteessa muihin asiakasryhmiin (esim. Bergman ym. 2014; Graham ym. 2017; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016; Luciano ym. 2014) tai tutkii kaksoisdiagnoosin muutosta ajassa (esim. Kuussaari ym. 2020; Pirkola & Wahlbeck 2004; Ponizovsky ym. 2015), mutta näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole tavoitteena tutkia asiakasryhmän monimuotoisuutta, vaan ennemmin asiakasryhmän erityispiirteitä suhteessa aikaan tai muuhun väestöön.

Aikaisempi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden heterogeenisyyttä ja profiloointia käsittelevä tutkimus lähestyy koko asiakasryhmää yleensä kliinisestä näkökulmasta muun muassa hoidontarpeen (Holzhauer, Byrne, Simmons, Smelson & Epstein 2019; Xie, McHugo & Drake 2009) ja psykiatristen oireiden vakavuuden (Villalobos-Gallegos, Marín-Navarrete, Roncero & González-Cantú 2017) kautta. Esimerkiksi Cathryn Holzhauer ja kumppanit (2019)

tutkivat yhdysvaltalaisten asunnottomien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kliinisiä profiileja, eli he pyrkivät tunnistamaan toisistaan eroavia asunnottomien alaryhmiä heidän hoidontarpeensa suhteen. Tutkimuksessaan Holzhauser ja muut (2019) raportoivat neljästä eri kliinisten tarpeiden ryhmästä, jotka eroavat toisistaan mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön vakavuuden sekä fyysisen ja seksuaalisen väkivallankokemusten suhteen (emt., 1305). Tutkimus sijoittuu nähdäkseni enemmän asunnottomuustutkimukseen kuin varsinaisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tutkimukseen (vrt. emt., 1309) ja lisäksi sen näkökulma on kliinisisissä muuttujissa. Tästä huolimatta tutkimus tuottaa tärkeää tietoa asunnottomista kaksoisdiagnoosiasiakkaista ja heidän kliinisistä profiileistaan. Toisessa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmiä käsittelevässä tutkimuksessa Luis Villalobos-Gallegos ja muut (2017) pyrkivät tunnistamaan oireisiin perustuvia alaryhmiä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden keskuudesta. Tässä meksikolaisessa tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin piilevien luokien profiilien analyysiä (eng. latent class profile analysis, LCP), ja tutkimuksen tuloksena muodostui viisi erilaista psykiatristen oireiden vakavuuteen perustuvaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmää, jotka käyttivät mielenterveyspalveluja eri tavoin. Tutkimus on vahvasti kliininen perustuen asiakkaiden psykiatristen oireiden vakavuuteen ja palvelujen käyttöön, eli tutkimuksessa ei olla kiinnostuneita sosiaalisista tekijöistä.

Kliinisen ja hoitotutkimuksen hallitessa on sosiaalisia ulottuvuuksia tutkittu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä vähemmän, ja tiedossani on yksittäisiä tutkimuksia pääasiassa Yhdysvalloista. Eräässä yhdysvaltalaistutkimuksessa Douglas Luke ja kumppanit (1996) tutkivat psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden monimuotoisuutta klusterianalyysin avulla, ja tutkijoiden mukaan tämä oli ensimmäinen tutkimus, joka toteutettiin ryhmittelyanalyysin avulla kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa. Tutkimuksen tuloksena muodostui seitsemän kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmää, jotka eroavat toisistaan psykiatrisen, sosiaalisen ja yhteisöllisen ulottuvuuden suhteen. Tutkimus osoittaa, että asiakasryhmä on erittäin heterogeeninen, ja että klusterianalyysi soveltuu hyvin asiakasryhmän monimuotoisuuden tutkimiseen palvelujen kehittämisen näkökulmasta. (Luke ym. 1996, 298–300, 310.) Lisäksi tutkimus huomioi monipuolisesti niin psykiatrisia kuin sosiaalisia tekijöitä, eli asiakkaita tarkasteltiin hyvin kokonaisvaltaisesti. Tutkimus toteutettiin kuitenkin psykiatrisessa sairaalassa, millä on todennäköisesti vaikutusta asiakasprofiileihin (vrt. Luke ym. 1996, 311).

Toisessa yhdysvaltalaisutkimuksessa Carol Mowbray ja kumppanit (1997) painottavat, että kliinisten muuttujien lisäksi tulee tutkia kattavasti myös kaksoisdiagnoosiasiakkaiden sosiaalisia ja yhteisöllisiä tekijöitä, ja heidän tutkimuksensa pyrkiikin kuvaamaan kaksoisdiagnoosin monimuotoisuutta myös näiden ulottuvuuksien kautta. Tutkijoiden mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa tulisi huomioida asiakkaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti, eli psykiatrisen ja päihdehoidon lisäksi tulisi tarjota tukea myös asiakkaan ja perheen sosiaalisiin ongelmiin. (emt., 310–311.) Kolmannessa, myöskin yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Hoyt Alverson ja kumppanit (2001) tarkastelevat kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käytön sosiaalisia malleja. Kyseessä on etnografinen hoitotutkimuksen kentälle sijoittuva tutkimus, jossa on kuitenkin vahvasti sosiaalinen näkökulma kaksoisdiagnoosin hoitoon. Tutkimuksen tulosten mukaan päihteiden käyttöön liittyvät sosiaaliset toiminnot tulee huomioida kaksoisdiagnoosin ja etenkin siihen liittyvän päihdeongelman hoidossa. (emt., 3, 11–13.)

Runsaan kaksoisdiagnoosiin liittyvän tutkimuksen ansiosta käsitys siitä, millainen kaksoisdiagnoosiasiakas on, on kirkastunut vuosien varrella (vrt. Mowbray 1997, 311). Tutkimusten mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat useammin nuorempia kuin muut päihteiden käyttäjät (ks. esim. Chan ym. 2008, 14; Fabricius ym. 2008, 103; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 204; Mowbray ym. 1997, 322) ja keski-ikä on havaittu vaihtelevan päihteidenkäyttöprofiilien mukaan (esim. Chan ym. 2008, 19–20; Fabricius ym. 2008, 103). Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat myös muihin päihdeasiakkaisiin verrattuna useammin naisia, joskin miesten osuus asiakasryhmässä on silti naisia suurempi (Fabricius ym. 2008, 106–107; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 206; Kuussaari ym. 2020, 510–511). Yksin asuminen on yleistä (Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016; 202; Mowbray ym. 1997, 314) ja asunnottomuutta esiintyy muuta väestöä enemmän (Brunette ym. 2004, 471; Mowbray ym. 1997, 314). Lisäksi asiakasryhmässä esiintyy rikollista käytöstä enemmän kuin väestössä keskimäärin (Borschmann ym. 2020; Chan ym. 2008, 17, 22; Fabricius ym. 2008, 107; Mowbray ym. 1997, 317). Kaksoisdiagnoosiasiakkailla on myös suurempi ennen aikaisen kuoleman riski sekä alttius itsemurhaan tai itsemurha-ajatuksiin (Chan ym. 2008, 22; Kuussaari ym. 2020, 507; Mowbray ym. 1997, 321). Kaksoisdiagnoosiasiakkaat eroavat muista päihteiden käyttäjistä myös päihteidenkäyttöprofiilin suhteen: he muun muassa käyttävät muita päihdeasiakkaita useammin laittomia huumeita (Kuussaari ym. 2020, 511) sekä useita eri päihteitä samaan aikaan (Fabricius ym. 2008, 108; vrt. Kuussaari, Karjalainen, Kataja & Hakkarainen 2017c, 2152; Mowbray ym. 1997, 323).

2.2.2 Nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat

Koko kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmää koskevia tutkimuksia löytyy siis runsaasti eri tutkimuskentiltä ja eri näkökulmista tarkasteltuna, mutta nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita on tutkittu huomattavasti vähemmän. Suomessa nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmää on tutkittu pääasiassa yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä, ja jonkin verran muissa yhteyksissä (ks. esim. Pirkola ym. 2007). Olemassa olevien kansainvälisten tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että nuoret päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivät eroavat koko kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmästä useiden tekijöiden suhteen.

Eräässä eteläafrikkalaisessa retrospektiivisessä tutkimuksessa Anusha Lachman ja muut (2012) tutkivat 13–18-vuotiaiden psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden demografisia ja kliinisiä tekijöitä. Tutkijoiden mukaan kyseessä on Afrikan ensimmäinen tähän ikäryhmään keskittyvä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineisto, eli tutkimus on sen suhteen ainutlaatuinen. Tutkimukseen osallistui 141 murrosikäistä nuorta, jotka olivat hoitajaksolla psykiatrisessa sairaalassa Etelä-Afrikassa vuonna 2010. (emt., 54.) Tässä aineistossa suurin osa nuorista oli miehiä (73 %) ja yli puolet (61 %) oli tutkimushetkellä koulutuksen ulkopuolella (emt., 55). Yleisin käytetty päihde oli kannabis, jota seurasivat metamfetamiini ja alkoholi (emt., 56). Lisäksi yli puolet asiakkaista oli kokeillut tai käytti parhaillaan useampaa kuin yhtä laitonta huumausainetta (emt., 58). Mielenterveysongelmien osalta vakavat mielenterveyshäiriöt olivat yleisiä (emt., 59), mikä voi toisaalta selittyä sillä, että aineisto kerättiin psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen tulosten mukaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö näyttäytyy monimuotoisena ja päihteiden yhteiskäyttö on yleistä, mutta sukupuolijakauma eroaa muista kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevista tutkimuksista, joissa naisten ja miesten osuus asiakasryhmässä on ollut tasaisempi (vrt. esim. Bergman ym. 2014, 422, 424; Fabricius 2008, 106).

Toisessa, yhdysvaltalaisessa hoitotutkimuksen kentälle sijoituvassa tutkimuksessa Bergman ja muut (2014) tutkivat nuorten 18–24-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitovastetta sekä päihteiden käytön ja mielenterveyshäiriöiden kehitystä päihdehoidon aikana. Aineisto (n=300) kerättiin Hazelden nuoriso- ja perhekeskuksessa (HCYF) asunto-ohjelmaan osallistuneilta nuorilta, joiden hoidossa käytettiin integroituja päihde- ja mielenterveyshoitoja. Tutkimuksessa kaksoisdiagnoosiasiakkaita verrattiin useiden muuttujien osalta

muihin päihdepalveluissa asioineisiin nuoriin ennen hoitoa, hoidon aikana ja hoidon jälkeen (emt., 420). Tutkijat havaitsivat, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä oli huomattavasti enemmän naisia kuin vertailuryhmässä (40 % vs. 14 %) (emt., 424), mikä mukailee aikaisempia kaksoisdiagnoosiasiakkaita käsitteleviä tutkimuksia (vrt. esim. Fabricius ym. 2008, 106–107). Bergmanin ja kumppaneiden (2014, 423–424) tutkimuksessa kaksoisdiagnoosiasiakkailta esiintyy myös merkittävästi enemmän elinaikaisia alkoholihäiriöitä sekä päihteiden samanaikaista käyttöä kuin muilla päihdeongelmaisilla nuorilla.

Tutkimuksen tulosten mukaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyshäiriöiden tila ja päihteiden käyttö olivat hoidon alkaessa vakavampia kuin muilla päihdeasiakkailta, mutta hoitovaste oli tästä huolimatta muiden päihdeasiakkaiden tasolla. Vakavamasta kliinisestä profiilista huolimatta nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat siis hyötyivät hoidosta samalla tavalla kuin muut päihdeasiakkaat, ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden oireet vähenivät hoidon aikana osittain jopa enemmän kuin muilla. (Bergman ym. 2014, 425.) Tämä tulos poikkeaa koko kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmää koskevista tutkimustuloksista, joiden mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitovaste olisi nimenomaan heikentynyt (esim. Brunette ym. 2004, 417; Chan ym. 2006, 22; Kessler 2004, 733). Toisaalta tämä yksittäinen tulos luo toivoa siitä, että nuori ikä voi edesauttaa samanaikaisesta päihde- ja mielenterveyshäiriöstä toipumista, vaikka tutkijat esittävätkin, että saadut tulokset voivat johtua siitä, että aineistonkeruuseen osallistuneet nuoret saivat integroitua psykiatrista ja päihdehoitoa pelkän päihdehoidon sijaan (Bergman ym. 2014, 426). Muutoin Bergmanin ja kumppaneiden (2014) tulokset mukailevat Lachmanin ja muiden (2012) nuoria koskevia tutkimustuloksia: nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyshäiriöt ja päihteiden käyttö näyttävät vakavampana kuin vertailuryhmissä.

Nuorille kaksoisdiagnoosiasiakkaille, kuten kaksoisdiagnoosiasiakkaille ylipäätään, vaikuttaa siis olevan tyypillistä se, että heidän päihteiden käyttönsä on muita päihdeasiakkaita vakavampaa ja he myös käyttävät muita päihdeasiakkaita useammin eri päihteitä samaan aikaan (esim. Bergman ym. 2014, 422; Grella ym. 2001, 390; Lachman ym. 2012, 58). Myös pelkästään päihteiden yhteiskäyttöön keskittyvissä tutkimuksissa on havaittu, että nuori ikä ja mielenterveyshäiriöt ovat yhteydessä eri päihteiden samanaikaiseen käyttöön (Hakkarainen, Karjalainen & Tigerstedt 2018, 91; Kuussaari ym. 2017c, 2155–2156). Yhteiskäyttöä on siis syytä käsitellä hieman tarkemmin tutkittaessa nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita, eli mitä yhteiskäytöllä oikeastaan tarkoitetaan ja miten se näkyy nuorten ikäryhmässä.

Useiden päihteiden samanaikaisesta käytöstä käytetään usein termiä sekakäyttö, jota on kuitenkin kritisoitu sen asiakasta leimaavan luonteen takia. Sekakäytön tilalle onkin esitetty vaihtoehtoisia termejä, kuten päihteiden yhteiskäyttö, samanaikainen käyttö tai monipäihdekäyttö, joiden ei nähdä aiheuttavan niin vahvaa stigmaa. (Hakkarainen ym. 2019, 188.) Useiden päihteiden samanaikaisella käytöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa käytetään vähintään kahta päihdettä samaan aikaan, eli esimerkiksi alkoholia ja kannabista yhtä aikaa (emt., 189). Päihteiden samanaikainen käyttö nähdään hyvin riskialttiina, sillä esimerkiksi eri aineiden yhteisvaikutukset voivat olla yllättäviä (Karjalainen, Hakkarainen & Raitasalo 2019, 312). Lisäksi alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden samanaikaisessa käytössä nähdään olevan kyse jo vakavasta päihdeongelmasta, joka on yhteydessä syrjäytymiseen ja huono-osaisuuteen (Hakkarainen ym. 2019, 190). Samanaikaisen käytön haittoihin nähden aihetta on kuitenkin tutkittu varsin vähän (Hakkarainen ym. 2019, 188; Karjalainen ym. 2019, 319).

Muutaman vuoden takaisessa tutkimuksessaan Pekka Hakkarainen ja muut (2018) havaitsivat, että vuonna 2016 nuoresta 15–29-vuotiaasta suomalaisväestöstä noin 19 % oli käyttänyt eri päihteitä samaan aikaan joskus elämänsä aikana, kun taas viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuus oli noin 7 %. Tutkimuksen mukaan alle 30-vuotiailla päihteiden yhteiskäyttö oli viimeisen vuoden aikana huomattavasti muita ikäryhmiä yleisempää. (Hakkarainen ym. 2018, 91.) Toisessa suomalaistutkimuksessa Karoliina Karjalainen ja kumppanit (2019) tarkastelivat eri-ikäisten nuorten huumeiden käyttöä Suomessa. Tutkimuksen mukaan 18–25-vuotiaista nuorista lähes neljäsosa oli käyttänyt eri päihteitä samanaikaisesti joskus elämänsä aikana, ja käyttö oli yleisempää miehillä kuin naisilla. Alaikäisten 15–16-vuotiaiden nuorten osalta samanaikaista käyttöä esiintyi 7 %:lla, ja heillä samanaikainen käyttö oli yleisempää tytöillä kuin pojilla. (Karjalainen ym. 2019, 317.) Tutkijat toteavat, että alaikäisten nuorten lieventyneet asenteen kannabista kohtaan voivat ennakoita kannabiksen käyttöä myöhemmällä iällä (emt., 319). Erityisen huolestuttavaa on, jos tämä lisää kannabiksen ja alkoholin samanaikaista käyttöä (emt., 319), sillä aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että varhain aloitettu alkoholin ja kannabiksen samanaikainen käyttö ennakoi lääkkeiden ja huumeiden käyttöä nuorena aikuisena (Moss, Chen & Yi 2014, 55, 60).

Kun tarkastellaan suomalaisnuorten päihteiden käyttöä kokonaisuutena, havaitaan, että päihteiden käytön trendeissä on tapahtunut muutoksia. Alkoholin humalahakuinen juominen on vähentynyt nuorimmissa ikäryhmissä (Ikonen & Helakorpi 2019, 4) sekä 20–34-vuotiaiden miesten keskuudessa (THL 2020, 45–47), kun taas huumeiden käyttö ja kokeilut ovat

lisääntyneet kaikissa nuorten ikäryhmissä (Karjalainen, Pekkanen & Hakkarainen 2020, 53–54). Lisäksi huumeisiin suhtaudutaan entistä sallivammin, joskin lieventyneet asenteet ja lisääntynyt huumeiden käyttö liittyvät pääasiassa kannabikseen (emt., 32, 35, 55). Lisäksi eri päihteiden samanaikainen käyttö näyttää olevan nuorilla muita ikäryhmiä yleisempää (Hakkarainen ym. 2019; 190; Kuussaari ym. 2017c, 2155–2156). Näihin havaittuihin trendeihin on syytä kiinnittää huomiota niin politiikassa, tutkimuksessa kuin palvelujärjestelmän kehittämisessäkin, sillä nuorten päihteiden käyttö näyttää olevan siirtymässä pelkästä alkoholin käytöstä enemmän huumausaineiden, suurimmaksi osaksi kannabiksen, suuntaan. Yleisesti esitetyn väitteen mukaisesti kannabis ei kuitenkaan ole syrjäyttämässä alkoholia, vaan se on ennemminkin asettumassa alkoholin käytön rinnalle (Karjalainen ym. 2019, 312). Aikaisempien tutkimustulosten valossa oletan, että myös Päihdetapauskanta 2015 -aineistossa nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö on moninaista ja sekakäyttö yleistä.

3 SUOMALAINEN PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ JA ASIAKASPROFILOINTI

Tässä luvussa käsittelen suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän erityispiirteitä sekä historiaa, esittelen lyhyesti tutkimuksessa mukana olevat päihdehuollon palvelut sekä kuvaan nuorten asiointia päihdepalveluissa aikaisemman tutkimuksen valossa. Päihdepalveluihin liittyen esittelen myös sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota, joka on nähty monissa tutkimuksina tehokkaana keinona vastata kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin. Palvelujärjestelmän esittelyn jälkeen käsittelen asiakasprofilointia päihdepalvelujen kontekstissa ja kerron, mistä asiakasprofiilien tutkimisessa on kyse.

3.1 Suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän erityispiirteitä

Päihdepalvelut määritellään päihdepalvelujen laatusuosituksissa seuraavasti: ”*Päihdepalveluilla tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä ja erityisiä palveluita, joissa päihteiden ongelmakäyttäjät ja hänen läheisensä saavat tukea, apua, hoitoa tai kuntoutusta*” (STM 2002, 14). Hieman laiveammin päihdepalvelut määrittelee A-klinikkasäätiön toimitusjohtaja Olavi Kaukonen (2000, 46), jonka mukaan päihdepalveluja ovat kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joissa tapahtuu päihteisiin liittyviä asiointeja. Suomalainen päihdepalvelujärjestelmä voidaan jakaa karkeasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, joita tuottavat julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin toimijat. Tässä tutkimuksessa noudatan THL:n päihdetapauskennassa käytettyä palveluluokitusta, eli jaan päihdepalvelut yleisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin sekä muiden toimijoiden, kuten rikosseuraamuslaitoksen ja kirkon diakoniatyön palveluihin. Koska järjestöt tuottavat yhä tänä päivänä noin puolet päihdehuollon erityispalveluista, käsittelen järjestöjen toimintaa ja niiden asemaa suomalaisessa päihdetyössä päihdehuollon erityispalveluja käsittelevässä alaluvussa (ks. luku 3.1.2).

3.1.1 Päihdepalvelujen kehitys 1800-luvulta tähän päivään

Suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän historia juontaa juurensa vahvaan kansalaisyhteiskuntaan ja kristilliseen raittiusliikkeeseen. Ensimmäinen suomalainen alkoholiparantola, johon tukea tarvitsevat hakeutuivat vapaaehtoisesti, perustettiin jo vuonna 1888. Kielto lain

jälkeinen alkoholilaki astui voimaan vuonna 1936, ja tässä laissa alkoholismien määritelmä oli vahvasti sosiaalinen. Lain asettamisen myötä sosiaaliviranomaiset tulivat juridisesti osaksi alkoholikontrollijärjestelmää, joskin poliisin rooli alkoholistien huoltotoimissa oli merkittävä. Alkoholistien huolto olikin vahvasti laitostunutta ja tahdonvastaisiin toimiin perustuvaa, ja vapaaehtoisestikin palvelujen piiriin hakeutuvia ihmisiä saatettiin pitää laitoksissa useita vuosia. Vuonna 1948 lakia täydennettiin nuorten 18–24-vuotiaiden osalta siten, että nuorten päihteiden käyttöön tuli puuttua muita herkemmin. (Kaukonen 2000, 72–73; Kuusisto & Ranta 2020, 112, 117.)

Alkoholiongelmien hoitoon keskittyvät avohoitoklinikat alkoivat lisääntyä Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön, nykyisen A-klinikkasäätiön, toimesta 1950-luvulla, ja samalla alkoi kehittyä jako viralliseen sosiaalihuoltoon sekä vapaaehtoiseen päihdehuollon järjestöihin. (Kaukonen 2000, 73–74.) Samoihin aikoihin case work tuli osaksi suomalaista avopäihdehuoltoa, kun A-klinikoilla haluttiin yhdistää lääketieteen ja sosiaalityön hoitomuotoja (Kuusisto & Ranta 2020, 121). Päihdehuollon avopalvelujen kehitys ajoittuikin sosiaalityön professionalistumisen kulta-aikaan, ja ajatus päihdeongelmien hoidosta alkoi liikkua kontrolloinnista terapian suuntaan (Kaukonen 2000, 75).

Vuonna 1961 asetettiin laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta, joskin alkoholilain sisältö säilyi uudessa laissa pääosin samana. Alkoholisti-termi korvautui päihteiden väärinkäyttäjät -termillä, ja sosiaalihuollon vastuu päihdehaittojen korjaamisessa säilyi ennallaan. Vuoden 1961 uudistuksessa vapaaehtoinen hoito tehtiin helpommaksi ja tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä ehtoja ja asiakkaan oikeuksia tarkennettiin. (Kaukonen 2000, 73.) 1970-luvulla voimaan tulleet valtiosuuslainsäädännön muutokset vahvistivat laitospainotteisen päihdehuollon erityispalvelujärjestelmän asemaa päihdeongelmien hoidossa, ja tämä päihdepalvelujen yhteiskunnallistuminen siirsi suuren osan järjestöjen perustamista päihdepalveluista kuntatoimijoille (emt., 76–77). Päihdehuoltolaki astui voimaan vuonna 1986, ja sen merkittävimmät seuraukset lienevät tahdonvastaisen hoidon supistuminen sekä asiakkaan oikeusturvan paraneminen. Päihdehuoltolain myötä myös terveydenhuollon vastuu päihdepalvelujen kentällä korostui, eikä päihdeongelmien hoito ollut enää yksinomaan sosiaalihuollon vastuulla. (Kaukonen 2019, 37.)

1990-luvulla päihdepalvelut alkoivat eriytyä kunnallisesta politiikasta, ja talous- sekä tehokkuusajattelu vahvistui samaan aikaan ostopalvelujen lisääntyessä (Inkeroinen & Partanen

2006, 15; Kaukonen 2000, 78; Kaukonen 2005, 312). Nyt tilanne olikin päinvastainen 1970-luvulla tapahtuneeseen päihdepalvelujen kunnallistamiseen verrattuna, kun järjestöt alkoivat tuottaa päihdehuollon erityispalveluita kunnille. Lopulta järjestöt tuottivat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista, ja tämä osuus on pysynyt ennallaan 2020-luvulle saakka. (Kaukonen 2005, 313.) Tilaajan ja tuottajan erottamisen ajateltiin muun muassa tehostavan palvelujen kohdentumista niitä tarvitseville ja säästävän rahaa, mutta Kaukonen (2019, 42) mukaan seuraukset olivat päinvastaisia: hänen mukaansa palvelujen saatavuus heikkeni ja myös kuntien kustannukset kasvoivat supistumisen sijaan.

Päihdepalvelujärjestelmämme vaikuttaa pysyneen viime vuosikymmeninä melko samanlaisena. Se nojaa vahvasti hyvinvointivalttiolisiin periaatteisiin, joiden mukaan valtiolla ja kunnilla on tärkeä asema sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä (Kuussaari 2006, 21; Päihdehuoltolaki 3 §). Vaikka julkisella sektorilla onkin vastuu sosiaali- ja terveystalouden ja täten myös päihdepalvelujen järjestämisestä, voivat kunnat nykyisessä julkishallinnossa ostaa lainsäädännössä heille osoitetut palvelut ulkopuolisilta palveluntuottajilta (esim. Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vormaa & Ronkainen 2017a, 262; SOTE 2020, 44–46) kuten sosiaali- ja terveystalouden järjestöiltä sekä yrityksiltä (esim. Kuussaari 2006, 21; Puhakka, Peltosalmi & Perälähti 2018, 6; Stenius, Kekki, Kuussaari & Partanen 2012, 168). Suomessa on kuitenkin esitetty kritiikkiä palvelujen ulkoistamisesta kohtaan (ks. esim. Kaukonen 2019, 42), ja esimerkiksi palvelujen ulkoistamiseen liittyvän päihdepalvelujen kilpailuttamisen nähdään johtaneen siihen, että palveluntuottajat vaihtuvat aika-ajoin eikä pitkäjänteistä päihdehuoltoa voida tämän takia toteuttaa (esim. Kuussaari & Partanen 2020, 65).

Vaikka päihdepalvelujärjestelmämme on monimuotoinen ja ammattilaisten osaaminen vahvaa, on järjestelmää kritisoitu liian monimutkaiseksi ja pirstaleiseksi (esim. Kekki & Partanen 2008, 3) sekä alueellisesti epätasa-arvoiseksi (esim. Kuussaari ym. 2017a, 262; Kuussaari 2006, 24; Samposalo ym. 2018, 50–51). Päihdehuollon erityispalvelujen palvelutarjonnan on todettu olevan runsainta suurimmissa kaupungeissa (Kuussaari ym. 2017a, 262), kun taas heikointa se on pienillä paikkakunnilla (Kuussaari & Partanen 2013, 16). Tämä asettaa eri kunnissa asuvat ihmiset eriarvoiseen asemaan, kun yhdessä kunnassa on tarjolla yleisten sosiaali- ja terveystalouden lisäksi myös laaja valikoima päihdeongelmien hoitoon erikoistuneita palveluja, kun toisaalla päihdeongelmaisten palveluista vastaavat yksinomaan yleiset sosiaali- ja terveystalouden palvelut (Kuussaari ym. 2017a, 270). Toisaalta palvelujen runsautta suurissa kaupungeissa selittää osin väestöpohja, sillä suurimmissa kaupungeissa on paitsi pieniä

kuntia enemmän asukkaita, myös monesti enemmän päihdeongelmaisista (Samposalo ym. 2018, 51; Kuussaari ym. 2017a, 270).

Palvelujen toimintatapojen osalta etenkin päihdehuollon avopalveluja on kritisoitu siitä, että ne suosivat toimintakäytäntöineen hyväkuntoisia päihdeongelmista kärsiviä, jotka kykenevät sitoutumaan hoitoon ja asioimaan ajanvarauksella. Avopalvelut siis niin sanotusti valikoivat asiakkaitaan, mikä on nähty ongelmallisena. (Kaukonen 2005, 315.) Päihdepalveluihin liittyvät ongelmat konkretisoituvat etenkin heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden elämässä, kun kynnys palveluihin hakeutumiselle voi nousta suureksi tai palveluihin hakeutunut ei koe saavansa tarvitsemaansa tukea (vrt. emt., 316).

3.1.2 Palvelujen jakautuminen yleisiin ja erityisiin palveluihin

Päihdepalvelut voidaan jakaa lukuisin eri tavoin, mutta tässä tutkimuksessa käytän jakoa yleisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä päihdehuollon erityispalvelujen välillä. Yleiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ensisijaisia palveluja, joiden piiriin henkilö voi hakeutua kohdatessaan sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia. Nämä palvelut ovat pääasiassa koko väestölle suunnattuja, eli niiden piiriin voi hakeutua kuka tahansa, kun taas esimerkiksi päihdehuollon erityispalvelut ovat usein tarveharkintaisia ja tarkoitettu pelkästään päihdeasiakkaille. (Kuussaari & Partanen 2020, 63–64.) Yleisiksi sosiaalipalveluiksi katsotaan esimerkiksi kunnallinen sosiaalityö, kuten vanhuspalvelut ja vammaispalvelut, sekä lasten ja nuorten laitokset. Yleisillä terveyspalveluilla tarkoitetaan puolestaan esimerkiksi terveyskeskusten avopalveluja ja vuodeosastoja, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, äitiys- ja perheneuvolaa, yksityisiä lääkäriasemia, psykiatrian poliklinikoita ja sairaalan poliklinikoita. (Kuussaari & Partanen 2020, 63–64; Liite 1.) Kaikissa näissä tehdään muun työn ohessa myös päihde- ja mielenterveystyötä, vaikka pääpaino ei olekaan kyseisten ongelmien tai sairauksien hoidossa. Esimerkkejä yleisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävästä päihdetyöstä ovat muun muassa ehkäisevä ja haittoja vähentävä päihdetyö, opioidikorvaushoito, kuntoutus, taloudellinen tuki sekä päihde- ja mielenterveysongelmien somaattinen hoito (Kuussaari & Partanen 2020, 63–64).

Päihdehuollon painopistettä on pyritty viime vuosina siirtämään yhä enemmän peruspalvelujen ja avohuollon suuntaan (Kuussaari ym. 2017a, 270), joskin samansuuntaista kehitystä on ollut nähtävillä jo ainakin 1990-luvulta alkaen (esim. Kaukonen 2000, 109–110). Nuorten

osuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vaihtelee palvelutyypeittäin, ja esimerkiksi vuonna 2011 alle 20-vuotiaista päihdeasiakkaista suurin osa asioi sosiaalipalveluissa, kun taas 20–29-vuotiaat päihdeasiakkaat asioivat terveydenhuollossa useammin kuin sosiaalipalveluissa (Kuussaari ym. 2014, 268). Vaikka suurin osa yleisten sosiaali- ja terveystalvelujen päihde-ehtoisista asioinneista koskee vanhempia ikäryhmiä, on myös alle 30-vuotiaiden asiakkaiden osuus merkittävä (THL 2020, 59–63).

Päihdehuollon erityispalvelut ovat yleisistä sosiaali- ja terveystalveluista poiketen erikoistuneet juuri päihdeongelmien hoitoon, eli ne on suunnattu koko väestön sijaan pelkästään päihdeasiakkaille. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä rakennettiin tukemaan yleisiä sosiaali- ja terveystalveluja päihdeongelmien hoidossa, ja se laajeni nopeasti 1970-luvulla toteutetun valtiosuuslainsäädännön uudistuksen myötä. Erityispalvelujen kehittyminen ja nopea laajeneminen yhdistyy myös perusterveydenhuollon rakentamiseen, kun lisääntyneen alkoholinkulutuksen mukanaan tuomien ongelmien pelättiin kuormittavan liiaksi vielä rakennusvaiheessa olevaa perusterveydenhuoltoa. (Kaukonen 2000, 76, 108–109.) Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluu muun muassa avohoidon palveluja (esim. A-klinikat, nuorisosemat, terveystalveluneuvontapisteeet), lyhytaikaista laitoshoittoa (esim. katkaisuhoidosemat), pidempiaikaista laitostalvelutusta ja asumistalveluja (esim. päihdehuollon talvelutustalvelut ja asumistalvelutalvelut) sekä muita tukea antavia talveluja, kuten päiväkeskuksia (Kaukonen 2000, 109; Kuussaari & Partanen 2020, 63; Liite 1).

Nykyään yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden tuottamia (Kekki & Partanen 2008, 24; Sosiaali- ja terveystalvelualan järjestöjen...2014, 14), mikä on edelleen vahvistanut yritysten ja järjestöjen asemaa suomalaisessa päihdetyössä. Järjestöt ovatkin erottamaton osa suomalaista päihdetyötä, ja tämän toiminnan juuret voidaan paikantaa 1950-luvulle, kun Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiö, nykyinen A-klinikkasäätiö, perusti ensimmäisen päihdeongelmista kärsivien tutkimuspoliklinikan. (Jurvansuu 2019, 2; Kaukonen 2000, 74–75.) Päihdejärjestöt tekevät merkittävää auttamistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, ja yhteistyö julkisen sektorin kanssa on tiivistä. Myös valmisteilla olevassa sote-uudistuksessa järjestöjen asema halutaan turvata, ja niiden asema pysyisikin ennallaan täydentäen julkisia talveluja. (SOTE 2020, 310.)

Päihdehuollon erityispalvelut ovat siis tärkeä osa suomalaista päihdetalvelujärjestelmää, joskin niiden kykyä vastata asiakkaiden monitahoisiin ongelmiin on myös kyseenalaistettu

(ks. Murto 2006, 92). Erityispalveluja käytetään kuitenkin paljon. Suurin osa päihdehuollon erityispalvelujen käyttäjistä on yli 30-vuotiaita, mutta myös nuoret käyttävät kyseisiä palveluja. Esimerkiksi vuoden 2011 päihdetapauslaskennan mukaan nuorten palvelujen käyttö jakautui seuraavasti: alle 20-vuotiaat käyttivät selkeästi enemmän yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluja kuin päihdehuollon erityispalveluja, mutta 20–29-vuotiaat käyttivät päihdehuollon erityispalveluja jo lähes yhtä paljon kuin yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluja (Kuussaari ym. 2014, 268). Koska erityispalvelut ovat erikoistuneet juuri päihdeongelmien hoitoon ja niiden piiriin voi hakeutua matalalla kynnyksellä esimerkiksi ilman lähetettä ja anonyymisti, on niille erityinen tarve kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelukokonaisuuksissa.

3.1.3 Integraatio vastaamassa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin

Tutkimuskirjallisuudessa on esitetty, että tulokellinen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää integroitua päihde- ja mielenterveyspalveluja, joissa molempia ongelmia hoidetaan samanaikaisesti ja eri alojen ammattilaiset tekevät yhteistyötä yli sektorirajojen (esim. Brunette ym. 2004, 471–472; Fabricius 2008, 102; Graham ym. 2017, 53; Lundgren ym. 2014, 60–61; Priester ym. 2016, 47; Väyrynen & Lindh 2013, 406–407). Päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiota on ajettu myös Suomessa (esim. SOTE 2020; Koivisto & Tiirinki 2020; Pirkola ym. 2007, 11), sillä lisääntyneeseen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeeseen tulisi pystyä vastaamaan tulevaisuudessa paremmin, ja lisäksi erillisten palvelujen nähdään heikentävän asiakkaiden palveluihin pääsyä sekä hoidon tehokkuutta (Stenius ym. 2012, 167). Erilliset palvelut nähdään siis osasyynä siihen, että osa kaksoisdiagnoosiasiakkaista jää vaille tarvitsemiaan palveluja tai eivät saa tarvitsemaansa apua.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiota voidaan toteuttaa monella tavalla, esimerkiksi palveluiden tasolla tai rakenteellisena uudistuksena. Palveluintegraatiossa sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta yhteistyötä parannetaan asiakkaan edun mukaisesti (SOTE 2020, 50; vrt. Stenius ym. 2012, 170). Yksi palveluintegraation keino on, että laaditaan päihde- ja mielenterveysongelmiin erikoistuneita moniammatillisia tiimejä jo olemassa oleviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Näiden tiimien ammattilaisilla olisi vahva osaaminen sekä päihde- että mielenterveyshäiriöistä, ja heidän toimikuvaansa kuuluisi hoitaa päihde- ja mielenterveyshäiriöitä samanaikaisesti. (Lundgren ym. 2014, 62–63; Priester ym. 2016, 47; Stenius ym. 2012, 170, 173). Palveluintegraation tavoitteena on varmistaa, että asiakkaan

palveluketjut ja -kokonaisuudet ovat toimivia, ja tätä integraation muotoa tulisi vahvistaa etenkin päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta (SOTE 2020, 127–128). Toinen keino toteuttaa integraatiota on rakenteellinen integraatio, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat hallinnollisesti yhden toimijan alaisuudessa, eli sekä sosiaali- että terveyspalvelujen järjestäminen on yhden toimijan vastuulla ja rahoitus tulee samasta kanavasta (SOTE 2020, 50; Stenius ym. 2012, 171, 173).

Integraatiolla halutaan vastata palvelujärjestelmän heikkouksiin, jotka heikentävät etenkin monisairaiden ja heikommassa asemassa olevien asiakkaiden mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan palveluja. Palvelujen pirstaleisuus ja monimutkaisuus vaatii asiakkaalta voimavaroja hakeutua eri palveluihin sekä kykyä siirtyä palvelusta toiseen. Jos näitä voimavaroja ei löydy, voi asiakkaan hoitopolku katketa ja asiakas pudota pahimmillaan kaikkien palvelujen ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yhteistyötä lisäämällä ja palveluja yhteensovittamalla pyritään estämään palvelujen pirstoutuminen ja palveluketjujen hajanaisuus, eli vähentämään asiakkaan pallottelua ”luukulta toiselle”. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteellisella sekä palveluintegraatiolla voidaan vähentää eri sektorien tekemää päällekkäistä työtä sekä siirtää vastuu palvelukokonaisuuksien kokoamisesta palvelujärjestelmälle. (Partanen & Kuussaari 2019, 335.) Päihderiippuvuudesta ja vakavista mielenterveysongelmista kärsivillä voi olla suuria haasteita tehdä terveytensä kannalta järkeviä ja oikea-aikaisia ratkaisuja, jolloin yhteiskunnan vastuu tarvittavien palvelujen turvaamisessa korostuu (esim. emt., 339).

Vaikka päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatio nähdään monissa tutkimuksissa tehokkaana kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelujen järjestämisen muotona (ks. esim. Günther & Ranta 2019, 222–224, 246–249; Lundgren ym. 2014, 61, 63; Morisano ym. 2014, 18–19; Priester ym. 2016, 47), on kokonaisvaltaisen integraation tarvetta myös kyseenalaistettu (Lundgren ym. 2014, 62; Morisano ym. 2014, 19). Integroidut palvelut voivat tutkimusten mukaan toimia kaikkein vaikeimpien kaksoisdiagnoositapausten hoidossa, mutta kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan tarvitse integroitua erityistason osaamista, jolloin täysin integroidut mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät välttämättä ole paras ratkaisu koko palvelujärjestelmän ja kaikkien asiakkaiden kannalta. (Lundgren ym. 2014, 62; Morisano ym. 2014, 5, 18–19.) Tämän lisäksi koko palvelujärjestelmää uudistettaessa tulee myös huomioida se, ettei kaikilla päihdeongelmaisilla ole mielenterveysongelmaa ja päinvastoin (vrt. Morisano ym. 2014, 19). Integraatiossa tulisikin ottaa huomioon yksilölliset tekijät, kuten sairaudentila ja

asiakkaan palvelutarpeet. Tällä hetkellä pirstaleisessa palvelujärjestelmässä palvelujen hakeminen ja organisointi voi jäädä asiakkaan tehtäväksi, kun taas integroidussa palvelujärjestelmässä palvelukokonaisuuksien muodostaminen olisi järjestelmän vastuulla. (Aalto 2007, 1297; Kuussaari & Partanen 2019, 355.) Vaikka integraation käsite on tällä hetkellä monitulkintainen (esim. SOTE 2020, 50; Stenius ym. 2012, 174) ja erimielisyyksiä esiintyy sen suhteen, missä laajuudessa integraatiota tulisi toteuttaa (esim. Lundgren ym. 2014, 62; Morisano ym. 2014, 19; Stenius, Tammi, Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2015, 180) nähdään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelujen integroiminen kuitenkin tärkeänä palvelujärjestelmän kehityssuuntana (esim. SOTE 2020, 128).

Kokonaisuudessaan päihdepalvelut ovat tärkeä osa suomalaista yhteiskuntaa ja niiden järjestäminen nojaa vahvasti hyvinvointivaltiolliseen periaatteeseen. Samaa periaatetta jatkaa myös valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (jatkossa sote-uudistus), joka siirtäisi sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen pienemmiltä kuntatoimijoilta 21 hyvinvointialueelle (SOTE 2020; Kuussaari & Partanen 2020, 63). Myös päihdepalvelujen on tarkoitus uudistua osana tätä suurta rakenneuudistusta (esim. Kuussaari & Partanen 2020, 63).

Sote-uudistuksen on muun muassa ajateltu edistävän palvelujen alueellista yhdenvertaisuutta, kun kuntia suuremmat toimijat vastaisivat muun muassa palvelujen järjestämisestä, palvelujen yhteensovittamisesta, paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisesta ja palvelukokonaisuuksien määrittelystä (ks. esim. SOTE 2020, 193). Tällä hetkellä kunnilla on vahva itsehallinnollinen asema sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisessä, mikä on johtanut alueellisiin eroihin muun muassa päihdepalvelujen saatavuudessa ja asettanut eri kuntien päihdeasiakkaat täten eriarvoiseen asemaan, kun kukin kunta hoitaa oman alueensa palvelut omalla tavallaan (esim. Kuussaari ym. 2017a, 262). Myös eri tasoilla tapahtuva palveluintegraatio on vahvasti läsnä sote-uudistuksessa, ja sen tärkeyttä painotetaan etenkin päihde- ja mielenterveyspalvelujen sekä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen yhteisasiakkaiden, kuten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden, osalta (SOTE 2020, 128). Koska yhteisasiakkaiden palvelutarpeet jakautuvat usean eri toimijan alueelle ja sairaudentila voi olla sen verran vakava, ettei jaksamista omien palvelujen suunnitteluun ole, korostuu integraation tärkeys erityisesti heidän kohdallaan.

3.2 Asiakasprofiilit päihdepalveluissa ja tutkimuksen kohteena

Nykyisen päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen on nähty tarpeelliseksi, ja tämän kehitystyön tueksi tarvitaan erilaisia työkaluja. Yritysmaailmassa on jo pitkään ollut käytössä välineitä, joilla laajoja asiakasmassoja jaetaan pienempiin ja helpommin hallittavissa oleviin osiin, jotta palveluja saadaan kohdennettua tehokkaasti oikeille asiakasryhmille. Markkinoiden segmentoinnin (eng. market segmentation) tarkoituksena on parantaa yrityksen tuottoa varmistamalla, että yritys tarjoaa sellaisia palveluja, joita asiakkaat haluavat ja tarvitsevat. Tämä edellyttää sitä, että yritys tutkii ketä heidän asiakkaansa ovat ja millaisia tarpeita heillä on. Näin yritys voi erikoistua tiettyjen tuotteiden valmistamiseen, eikä sen tarvitse tuottaa ”kaikkea kaikille”. (Armstrong, Kotler & Opresnik 2017, 196–206.) Samaa periaatetta asiakasryhmien profiloinnissa on sovellettu myös sosiaali- ja terveystalvelujen kontekstissa, kun erimerkiksi paljon palveluja käyttäviä asiakkaita on pyritty tunnistamaan palvelujen parempaa kohdentamista varten (Kivipelto, Suhonen, Koivisto, Tiirinki & Miikki 2020, 17; Ylitalo-Katajisto, Tiirinki, Turkki & Suhonen 2018a; Ylitalo-Katajisto, Törmänen, Tiirinki & Suhonen 2018b).

Väestön ryhmittelyä käytetään montaa eri termiä, esimerkiksi segmentointia (Armstrong ym. 2017, 196–206; Liukko ym. 2018) ja profilointia (Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 2018b), mutta käytännössä ne tarkoittavat samaa asiaa, eli isomman väestöryhmän luokittelua pienempiin ja homogeenisempiin ryhmiin. Väestön luokittelua käytetään jo nyt suomalaisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä (Liukko ym. 2018, 3), mutta segmentointia voitaisiin myös hyödyntää nykyistä tehokkaammin palvelujen kehittämisessä (esim. Kaukonen 2005, 319–320; Ylitalo-Katajisto ym. 2018b, 371). Tässä tutkimuksessa käytän asiakkaiden ryhmittelyä termiä asiakasprofilointi.

Asiakasprofiloinnilla tarkoitetaan asiakkaiden luokittelua siten, että yhteen ryhmään tulee mahdollisimman samanlaisia, samankaltaisesti käyttäytyviä ja samanlaisia palvelutarpeita omaavia henkilöitä (Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 29). Näin syntyy asiakasprofiileja, jotka ovat tässä tutkimuksessa asiakkaiden taustatiedoista, päihteiden käytöstä ja palvelutarpeista muodostuvia tiivistettyjä kokonaisuuksia (vrt. Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 29). Profiloinnin tavoitteena on tunnistaa eri asiakasryhmät ja heidän tarpeensa, jotta palveluja voidaan järjestää kohdennetusti niitä tarvitseville. Tämä voi paitsi edistää tarvittavien palvelujen saataavuutta, saavutettavuutta ja oikea-aikaisuutta, myös lisätä sosiaali- ja terveystalvelujen

kustannustehokkuutta, mikäli palveluja onnistutaan kohdentamaan oikeille kohderyhmille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Kivipelto ym. 2020, 10; Liukko ym. 2018, 2.) Yksi tärkeimmistä profiloinnin tehtävistä on siis edistää asiakkaiden varhaista tunnistamista ja palvelujen käytön ennakoimista. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijällä on jo palvelutilanteen alussa laajempaa tietoa asiakkaan ongelmista, voidaan asiakkaan tilanteeseen sopivat palvelut löytää nopeammin, mikä voi puolestaan estää ongelmien syvenemistä. (Kivipelto ym. 2020, 10–11, 13.)

Asiakkaita voidaan profiloida lukuisin eri tavoin, ja yleisimmin väestöä luokitellaan esimerkiksi demografisten tekijöiden (esim. ikä, sukupuoli), sosiaalisen tai taloudellisen tilanteen taikka hyvinvoinnin ja terveyden riskien mukaan (Armstrong ym. 2017, 200; Liukko ym. 2018, 3). Profiloinnissa voidaan käyttää erilaisia kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia aineistoja sekä tutkimusmenetelmiä (Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 29). Kohdennetummalla profiloinnilla voidaan tunnistaa paremmin eri asiakasryhmiä, ja esimerkiksi päihdehuollon asiakkaiden profilointi voi johtaa parempaan päihdepalvelujen kohdentumiseen. Mitä hienojakoisemmin asiakasprofilointia tehdään, sitä paremmin erilaiset asiakasryhmät ja palvelutarpeet tunnistetaan (Liukko ym. 2018, 3).

Sekä Suomessa (esim. Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 2018b) että kansainvälisesti (esim. Beck ym. 2016; Harrington ym. 2012; Luke ym. 1996; Neale, Parkman, Day & Drummond 2016) on tehty tutkimusta siitä, kuinka asiakkaiden profiloimista voitaisiin toteuttaa ja hyödyntää sosiaali- ja terveystaloudissa. Etenkin palvelujen suurkäyttäjien tunnistaminen ja palvelutarpeiden ennakoimista on tärkeää, koska paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on usein monia samanaikaisia sairauksia, mikä puolestaan aiheuttaa kustannuksia (Kivipelto ym. 2020, 17–19). Eräessä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Deborah Rinehart ja muut (2018) tutkivat sitä, millaisia alaryhmiä paljon palveluja käyttävien aikuisten keskuudesta on tunnistettavissa. Heidän aineistossaan (n=1515) esiintyi runsaasti päihteiden käyttöä, mielenterveyden ongelmia, asunnottomuutta ja somaattisia sairauksia, ja tutkimustulosten mukaan paljon palveluja käyttävät voidaan jakaa viiteen eri alaryhmään näiden muuttujien perusteella. Eri alaryhmien välillä on kuitenkin eroja sen suhteen, kuinka edellä mainitut muuttujat ilmenevät, eli kaikissa ryhmissä ei esimerkiksi ilmene kodittomuutta tai päihteiden käyttöä. Tutkijat toteavat, että tällainen haavoittuvassa asemassa olevien ja kustannuksiltaan kalliiden asiakkaiden alaryhmien tunnistaminen mahdollistaa sen, että sekä lääketieteellisiä että sosiaalisia ongelmia voidaan hoitaa mahdollisimman tehokkaasti ja kohdennetusti. (Rinehart ym. 2018, 1, 8.)

Asiakasprofilointia on tehty aikaisemmin myös kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä. Esimerkiksi aikaisemmin esittelemässäni yhdysvaltalais tutkimuksessa Luke ja kumppanit (1996) käyttivät klusterianalyysiä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmittelyssä, ja tutkimuksen tavoitteena oli demonstroida analyysimenetelmän soveltuvuutta palvelujen ja hoidon kehittämisen näkökulmasta (emt., 298). Tässä tutkimuksessa ei suoraan puhuta asiakasprofiloinnista, mutta käytännössä tutkimus profiloii suurta asiakasryhmää pienempiin ja homogeenisempiin ryhmiin ja pyrki osoittamaan profiilien merkityksen palvelujen kehittämisessä.

Suomalaisessa tutkimuksessa Kirsti Ylitalo-Katajisto ja kumppanit (2018b) tutkivat paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien asiakasprofiileja tietoon perustuvan johtamisen näkökulmasta. Aineisto (n=56) koostui eri ikäisistä asiakkaista, jotka käyttivät sosiaali- ja terveyspalveluja. Tutkimuksen tuloksena syntyi neljä asiakasryhmää, joita ovat kuormittuneet lapset ja nuoret, tukea tarvitsevat äidit, moniongelmaiset asiakkaat sekä päihteiden käyttäjät. Tutkijoiden mukaan sosiaaliset, fyysiset ja mielenterveyden ongelmat linkittyivät toisiinsa kaikissa näissä asiakasprofiileissa, ja jokaisen profiilin asiakkaat tarvitsivat moniammatillista tukea sekä räätälöityjä palveluja. Johtopäätöksissään tutkijat toteavat, että erilaisten asiakasprofiilien ymmärtämistä tulee jatkossa kehittää ja niistä saatavia tietoja hyödyntää ammattilaisten työssä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen johdossa. (Ylitalo-Katajisto ym. 2018b, 371, 377.)

Vaikka kaupallisella alalla laajasti käytössä ollut asiakasprofilointi tarjoaa monia hyödyllisiä työkaluja julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen, tulee muistaa, ettei profilointia voi sellaisenaan siirtää kaupalliselta alalta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiakasprofiloinnin riskinä on muun muassa se, että palvelujen kehittäminen keskittyy ihmisryhmiin yksilöiden sijasta, jolloin ihmisten yksilölliset tarpeet voivat olla vaarassa jäädä palvelujen kehittämisen ulkopuolelle (Liukko ym. 2018, 3). Vaarana siis on, että palveluja kehitetään instituutiolähtöisesti, jos asiakasprofilointia ei toteuteta harkiten ja riittävän monipuolisesti. Yritysmaailmassa tämä asiakasprofilointiin liittyvä käänköpuoli ei ole varsinainen ongelma, sillä yritysten tarkoituksena onkin löytää tasapaino yksilöllisyyden ja massatuotannon välillä. Yksittäisen autovalmistajan ei ole järkevää valmistaa autoja erikseen yli 200 senttimetriä pitkille, alle 150 senttimetriä pitkille ja kaikille siltä väliltä. Sen sijaan on järkevää suunnitella sellaisia autoja, joita suurin osa heidän kohderyhmästään tarvitsee ja pystyy käyttämään. (Armstrong ym. 2017, 206.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen kontekstissa tällainen uni-versaali ajattelu, eli palvelujen tuottaminen suurimmalle osalle väestöä, on omalta osaltaan

johtanut siihen, että tällä hetkellä osa väestöstä saa tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti, kun taas osa putoaa kokonaan palvelujärjestelmän ulkopuolelle, kun järjestelmä ei kykene vastaamaan heidän tarpeisiinsa (vrt. Ylitalo-Katajisto ym. 2018a, 29).

Kun asiakasprofilointia sovelletaan sosiaali- ja terveystalvvelujen kontekstissa, tulee olla tietoinen siitä, että profilointi voi häivyttää yksilön. Sote-palvelujen asiakastyössä painotetaan yhä enemmän asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista, mutta toisaalta itse palvelut on rakennettu yleistetyin, suurempia ihmisryhmiä koskevan tiedon perusteella, mikä on osaltaan johtanut palvelujen sektoroitumiseen. Tämä luo jännitteitä yksilöllisen ja yleisen lähestymistavan välille, mikä onkin yksi pohjoismaisen universalismin haasteista. (Liukko ym. 2018, 3; vrt. Mäntysaari 2006, 152.) Hyvinvointivaltion kontekstissa universalismilla tarkoitetaan sitä, että yhteiskunnallisen epätasa-arvon ja syrjäytymisen vähentämiseen pyritään kaikkien kansalaisten tarpeisiin vastaavilla sote-palveluilla (Mäntysaari 2013, 330–331). Lasse Murrön (2006, 92) mukaan tämä universalismin periaate voi kuitenkin saada aikaan sen, ettei yksilöllisyyttä enää havaita, kun sosiaali- ja terveystalvvelut pyritään suunnittelemaan niin, että ne vastaavat enemmistön tarpeita. Tämä taas on Murrön mukaan johtanut osaltaan siihen, että yhteiskuntaamme on päässyt syntymään vaikeasti autettavissa olevien ihmisten ryhmiä, jotka tarvitsisivat räätälöityjä palveluja ja ovat vaarassa jäädä nykyisen palveluverkoston ulkopuolelle. (emt., 92; vrt. Juhila 2006, 82–84.) Monimutkaisten ongelmien, kuten esimerkiksi kaksoisdiagnoosin, olemassaolo tiedostetaan, mutta ongelman moniulotteisuuden ja palvelujen sektoroitumisen vuoksi ongelmiin voi olla hyvin haastavaa vastata tämänhetkisessä palvelujärjestelmässä (esim. Günther & Ranta 2019; Murto 2006).

Asiakasprofiilit voivat siis pahimmillaan näyttäytyä yleistävinä jaotteluina, jolloin kaikkien tiettyyn profiiliin kuuluvien asiakkaiden oletetaan olevan tietynlaisia, käyttäytyvän tietyllä tavalla ja omaavan samanlaiset palvelutarpeet. Liukko ja muut (2018, 3) esittävät, että tämän haasteen voisi sivuuttaa siten, että asiakasprofiilien ei katsotakaan olevan yleistävä jaottelu väestöstä, vaan ennemminkin työkalu palvelujen ja ilmiöiden jäsentämiseen. Tällöin fokus siirtyy väestön ryhmittelystä palveluihin ja ilmiön jäsentämiseen. Tässä pro gradu -tutkielmassa on tarkoituksena tutkia tarkemmin nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmää sekä tehdä näkyväksi heidän palvelutarpeitaan. Tavoitteena on siis tuottaa lisätietoa asiakasryhmästä, parantaa ymmärrystä ilmiöstä sekä tuottaa tietoa palvelujen kehittämisen tueksi.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni toteuttamista esittelemällä tutkimustehtäväni, kuvailemalla Päihdetapauslaskenta 2015 -aineiston keruuta sekä sen keskeisimpiä piirteitä, esittelemällä analyysimenetelmäni ja pohtimalla tutkimuseettisiä kysymyksiä. Oman, alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista koostuvan aineistoni esittelen yksityiskohdaisemmin luvussa 5.

4.1 Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tavoitteena on muodostaa asiakasprofileja alle 30-vuotiaista sosiaali- ja terveyspalveluissa asioivista kaksoisdiagnoosiasiakkaista. Profilointi perustuu asiakkaiden taustatekijöihin, päihteen käytön luonteeseen ja palvelutarpeisiin. Olen kiinnostunut siitä, *millaisia asiakasprofileja on löydettävissä päihdepalveluissa asioivien päihde- ja mielen-terveysongelmista kärsivien nuorten keskuudesta.*

Tutkimustehtäväni tiivistyi yhteen pääkysymykseen ja kolmeen alakysymykseen:

1. Millaisia asiakasprofileja alle 30-vuotiaiden päihdepalveluissa asioivien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden keskuudesta on löydettävissä?
 - a) Keitä nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat?
 - b) Millaisena heidän päihteen käyttönsä näyttäytyy?
 - c) Millaisia palvelutarpeita heillä on ollut?

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa päihdepalveluissa asioivista nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaista ja heidän palvelutarpeistaan eli kuvata sitä, millaisia asiakkaita päihdepalvelujärjestelmässämme asioi. Tätä tietoa on mahdollista hyödyntää esimerkiksi kaksoisdiagnoosi-ilmiön ymmärtämisessä, asiakkaiden tunnistamisessa ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelujen tai ylipäätään päihdepalvelujen kehittämisessä.

Tutkimuksen näkökulma sijoittuu samanaikaisesti sekä yksilölliselle että rakenteelliselle tasolle. Tutkiessani asiakasprofileja liikun yksittäisten asiakkaiden lisäksi yksilöä laajemmissa rakenteissa, sillä tarkoitukseni on kuvata palvelujen piiriin päässeitä asiakasryhmiä.

Samalla tutkimukseni koskettaa myös yksilöä ja ryhmiä laajempia rakenteita, sillä tutkimuksen tuloksena muodostuvia asiakasprofiileja voi olla mahdollista hyödyntää sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisessä. Toisaalta rakenteellinen taso on vahvasti läsnä myös käyttämässäni aineistossa, sillä päihdepalvelut rakenteineen, toimintakäytäntöineen ja fyysisine sijainteineen vaikuttavat siihen, ketkä hakeutuvat palvelujen piiriin ja täten rakenteet vaikuttavat myös asiakasprofiileihin. Yksilö- ja rakennetaso ovat siis jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa vaikuttaen toinen toisiinsa: rakenteet vaikuttavat yksilöiden palveluihin pääsyyn, kun taas yksilöiden tarpeet vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvelujen palvelurakenteeseen.

Tällä aineistolla ei ole mahdollista kuvata kaikkia päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria vaan pelkästään niitä, jotka asioivat palveluissa. Sosiaali- ja terveystalvelujen ulkopuolelle jääneet tai palveluihin hakeutumattomat nuoret olisivat tärkeä, mutta täysin oma tutkimuskohteensa. Aikaisempiin tutkimuksiin perehtyessäni havaitsin, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmien tarkemmalle tutkimukselle ja profiloinnille on tarvetta sosiaali- ja terveystalveluiden kontekstissa, mikä sinetöi päätöksen siitä, että tutkimukseni sijoittuu yksilöiden ominaisuuksien ja subjektiivisten kokemusten sijaan yleisemmälle, ryhmiä tutkivalle tasolle. Tämän vuoksi myös tutkimuksen teoriaosuus keskittyy yksilöllisten tekijöiden sijaan ilmiö- ja rakennetasolle.

4.2 Päihdetalveluaskenta 2015 -aineisto

Tutkimukseni aineistona käytän Terveystalveluden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetalveluaskenta 2015 -aineistoa (n=10 851), joka on kvantitatiivinen poikkileikkausaineisto sosiaali- ja terveystalveluissa tapahtuvista päihde-ehtoisista asioinneista eli asioinneista, jotka tapahtuvat päihdeiden käyttöön liittyen. Rajasin oman aineistoni koko Päihdetalveluaskenta 2015 -aineistosta siten, että seuraavat ehdot täyttyivät: 1.) asiakas on päihdeiden ongelmakäyttäjä, 2.) hän on alle 30-vuotias ja 3.) hänellä on jokin muu kuin päihdeisiin liittyvä lääkärintalveluosoima mielenterveyden häiriö. Näin rajattuna aineistoni kattaa 980 nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihde-ehtoista asiointia.

Päihdetalveluaskenta 2015 -aineisto on osa Terveystalveluden ja hyvinvoinnin laitoksen päihdetalveluaskentatutkimusta, jonka ensimmäinen aineistonkeruu tapahtui vuonna 1987. Aineiston keruu toteutetaan joka neljäs vuosi lokakuun toisena tiistaina, eli viimeisin askenta

tapahtui 8.10.2019. Tässä tutkimuksessa päädyin kuitenkin käyttämään aiempaa, 13.10.2015 kerättyä aineistoa, koska vuoden 2015 aineiston otoskoko on suurempi ja se soveltuu täten paremmin asiakasprofiilien muodostamiseen. Aineisto on saatavilla Tietoarkistosta, josta hain sen käyttöni marraskuussa 2020. Aineisto on käytettävissä vain tutkimukseen ja ylempiin opinnäytteisiin. Tässä tutkimuksessa hyödynnän aineistoa alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osalta, eli rajasin oman aineistoni (n=980) koko Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistosta (n=10 851). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos...2015.)

Päädyin käyttämään valmista kvantitatiivista aineistoa, koska koen, että tällaisella aineistolla minun on mahdollista tutkia ilmiötä sellaisena kuin se Suomessa todellisuudessa esiintyy. Asiakasprofilointia on tehty Suomessa myös pienemmällä laadullisella aineistolla (ks. esim. Ylitalo-Katajisto ym. 2018b), eli myös tällainen aineisto olisi ollut mahdollinen. Suurella numeerisella aineistolla pystyn kuitenkin muodostamaan luotettavampia asiakasprofiileja kuin muutamia asiakkaita haastatteleamalla, ja aineisto mahdollistaa tietyin varauksin tulosten yleistämisen koskemaan kaikkia palveluissa asioivia nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita.

Laadullinen aineisto ei olisi ollut mielekäs valinta omaan tutkimukseeni, sillä nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasryhmä on monin tavoin sellainen, jota on haastavaa tavoittaa esimerkiksi haastatteluja varten. Haastattelujakaan en olisi voinut resurssisyistä toteuttaa kovin suurelle joukolle, jolloin en olisi voinut myöskään tehdä yleistettävää asiakasprofilointia enkä olisi saanut ilmiöstä kattavaa kuvaa. Toisaalta jos olisin itse kerännyt kvantitatiivisen tutkimusaineiston, olisivat resurssit tulleet myös tässä vastaan rajaten aineistoani. On erittäin todennäköistä, että tutkimukseni olisi tällöin rajautunut koskemaan vain yhtä sektoria tai toimijaa, esimerkiksi aikuissosiaalityötä tai terveysneuvontapisteitä tietyllä alueella. THL:n päihdetapauslaskenta-aineisto on ainutlaatuinen tutkimusaineisto, joka sisältää erittäin arvokasta tietoa päihdepalveluista ja niiden asiakaskunnasta. Tämän aineiston avulla pystyn tarkastelemaan nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita läpileikkaavasti koko päihdepalvelujärjestelmässä tavoittaen myös sellaisia ihmisiä, joita voisi olla muutoin haastavaa saada mukaan tutkimuksiin. Tämä valmis kvantitatiivinen aineisto soveltuu siis loistavasti omaan tutkimukseeni.

4.2.1 Päihdetapauslaskenta 2015 -aineiston keruu ja kuvailu

Päihdetapauslaskenta-aineisto on anonymillä kyselylomakkeella (ks. Liite 1) kerätty poikileikkausaineisto. Kyselylomake lähetetään valtakunnallisesti sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitoksen ja kirkon diakoniatyön yksiköihin, ja kyselyn täyttävät kussakin yksikössä työskentelevät työntekijät yhdessä asiakkaan kanssa. Aineistonkeruumenetelmä on ainutlaatuinen, sillä sen avulla kerätään tietoja koko Suomen alueelta kaikilta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilta, paitsi lasten päivähoidosta (Kuussaari ym. 2012, 652). Kyselyllä kartoitetaan laskentavuorokautena tapahtuvia päihde-ehdoisia asiointeja sosiaali- ja terveyspalveluissa, eli tarkoituksena on kerätä tietoa päihdeiden käyttäjistä ja heidän palvelukäyttäytymisestään. Päihde-ehdoisella asiointilla tarkoitetaan asiointia, jossa asiakkaan arvioidaan olevan joko päihdeiden ongelmakäyttäjä, asioivan päihtyneenä tai hakevan apua päihdeiden käyttöön liittyvään kertaluontoiseen haittaan, kuten tapaturmaan. (Kuussaari ym. 2017a, 264.) Päihdeiden ongelmakäyttö tarkoittaa alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttöä, ja väärinkäytöksi katsotaan puolestaan sellainen päihdeiden käyttö, joka aiheuttaa erilaisia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja sekä altistaa päihderiippuvuudelle (Huttunen 2018). Päihde-ehdoiset asiointitapahtumat kuvaavat palveluissa tapahtuvien asiointien määrää, eikä asiointien perusteella voida päätellä tarkkoja asiakasmääriä (Kuussaari ym. 2017a, 264). Asiakas on esimerkiksi voinut asioida saman vuorokauden aikana terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa, jolloin yksi asiakas on voinut tehdä useampia päihde-ehdoisia asiointeja (Kuussaari ym. 2017c, 2153).

Kyselylomake oli mahdollista täyttää sekä sähköisesti että paperisena, ja vuonna 2015 sähköisenä palautui 54 % vastauksista. Tutkimusmateriaali toimitettiin postitse kaikkiin osoitetietokannassa olleisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen, rikosseuraamuslaitoksen ja kirkon yksiköihin. Lisäksi tutkimusmateriaali ja kyselylomake olivat saatavilla THL:n verkkosivuilta sekä suomeksi että ruotsiksi. Yksiköksi määriteltiin esimerkiksi terveysasema, A-klinikka ja sairaaloiden osalta sellainen organisaatiotaso, johon kuuluu useita osastoja tai poliklinikoita. (Kuussaari ym. 2017a, 264.) Lisäksi mainittakoon, että rikosseuraamusyksiköt olivat vuonna 2015 ensimmäistä kertaa mukana päihdetapauslaskennassa (esim. Kuussaari ym. 2017c, 4). Vuonna 2015 tietokannassa oli täten 11 660 yksikköä, ja lisäksi aktiivisella tiedottamisella pyrittiin tavoittamaan sellaisia yksiköitä, jotka eivät syystä tai toisesta olleet mukana osoitetietokannassa (Kuussaari ym. 2017a, 264).

Kyselylomakkeella kysytään laajasti toimintayksikön tyypistä, asiakkaan taustoista, asiakkaan päihdeiden käytön luonteesta, mielenterveyden ongelmista ja rahapelaamisesta sekä

palveluun hakeutumisen syistä ja annetuista palveluista. Asiakkaan taustoista kysytään muun muassa sukupuolta, ikää, kotikuntaa, siviilisäätyä, pääasiallista toimintaa ja asumislannetta. Päihteiden käytön osalta selvitetään muun muassa käytettyjä päihteitä, päihteiden pistokäyttöä, päihteiden samanaikaista käyttöä sekä käytön toistuvuutta. Toimintayksikön osalta selvitettiin puolestaan sitä, kuuluuko yksikkö yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin, rikosseuraamusyksiköihin vai muihin palveluihin, kuten kirkon diakoniatyöhön. (Liite 1.)

Vuoden 2015 Päihdetapauslaskenta-aineistoa on käytetty useissa tutkimuksissa ja tieteellisissä artikkeleissa (esim. Hakkarainen ym. 2019; Kuussaari ym. 2020; Kuussaari & Partanen 2020; Kuussaari ym. 2017a; Kuussaari, Tourunen, Knuuti, Lind & Ämmälä 2017b; Kuussaari ym. 2017c; Samposalo ym. 2018), mutta erityisesti juuri alle 30-vuotiaiden ikäryhmää ei kuitenkaan ole aikaisemmin tutkittu tällä aineistolla. Aineisto koostuu 10 851 päihde-ehdoisesta asiointista, joista 10 650 kohdistui sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin ja 201 rikosseuraamusyksiköihin (Mäkelä, Partanen, Alho & Kuussaari 2019). Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuneet 10 650 asiointia tarkoittavat 19,4 asiointia kymmentä tuhatta asukasta kohden (Samposalo ym. 2018, 54). Tietoja saatiin asiakkaiden kotikuntatietojen mukaan tarkasteltuna 281 kunnasta, mikä on 89 % kaikista Suomen kunnista. 31 kuntaa ei ilmoittanut lainkaan tietoja, ja noin 4 700 yksikköä ilmoitti, ettei heillä ollut laskentavuorokautena yhtään päihde-ehdoista asiointia. (Kuussaari ym. 2017a, 265.)

Koko vuoden 2015 päihdetapauslaskenta-aineistossa asiakkaat olivat useammin miehiä kuin naisia, ja miesten keski-ikä oli 47 vuotta, naisten keski-ikä 43 vuotta. Suurin osa päihde-ehdoisista asioinneista tapahtui yli 30-vuotiaiden toimesta, kun miehistä alle 30-vuotiaita oli noin 15 % ja naisista noin 23 %. Mielenkiintoista on, että yli 60-vuotiaiden päihde-ehdoisia asiointeja oli enemmän kuin alle 30-vuotiaiden. Vaikka alle 30-vuotiaiden (n=1895) osuus päihde-ehdoisista asioinneista on pieni verrattuna vanhempiin ikäryhmiin, tulee muistaa, että kaksoisdiagnoosi on varsin yleinen nuorilla (esim. Chan ym. 2008, 14; Marttunen & Karlsson 2013, 10–11; Niemelä 2016; Pirkola ym. 2007, 6; SAMHSA 2019, 45–46) ja myös huumeiden käyttö (Karjalainen 2020, 19, 24; Karjalainen ym. 2019, 312; Nuorvala, Metso, Kaukonen & Haavisto 2004, 613; Rönkä 2020, 38) sekä päihteiden yhteiskäyttö (esim. Bergman ym. 2014, 422; Hakkarainen ym. 2019; 190; Kuussaari ym. 2017c, 215–215; Lachman ym. 2012, 58; Nuorvala ym. 2004, 613) on yleistä nuorimmissa ikäryhmissä.

Rajasin oman alle 30-vuotiaita kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevan aineistoni (n=980) koko Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistosta siten, että seuraavat ehdot täyttyivät: 1.) asiakas on alle 30-vuotias, 2.) hänet katsotaan päihdeiden ongelmakäyttäjäksi ja 3.) hänellä on jokin muu kuin päihteisiin liittyvä lääkärin toteama mielenterveyden häiriö. Näin rajattu aineisto kattaa 980 päihde-ehdoista asiointia, joista miesten osuus on noin 59 % ja naisten noin 41 %. Analysoin ja kuvaan omaa nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistoani tarkemmin luvussa 5.

4.2.2 Päihdetapauslaskenta-aineistoon liittyvät rajoitukset

Tähän, kuten muihinkin tutkimusaineistoihin, liittyy omat rajoituksensa. Katoanalyysin tekeminen on osoittautunut yhdeksi päihdetapauslaskenta-aineiston suurimmista haasteista, sillä katoa saattaa syntyä usealla eri tavalla (Kuussaari, Ronkainen, Partanen, Kaukonen & Vormaa 2012, 641). Ensinnäkin kyselylomakkeen täyttämistä vastaa se yksikön työntekijä, joka itse henkilökohtaisesti tapaa asiakkaan. Tällöin päihde-ehdoisten asiointien tunnistaminen ja lomakkeen täyttäminen on työntekijän vastuulla ja tiedämme, ettei kaikkia päihde-ehdoisia asiointeja välttämättä tunnisteta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. On myös mahdollista, että lomakkeen täyttäminen jää syystä tai toisesta tekemättä, vaikka asiakkaan päihdeiden käyttö olisikin tunnistettu. (Kuussaari ym. 2012, 642; Kuussaari ym. 2017a, 265.) Lisäksi lomakkeen täyttäminen on työntekijän tulkinnan sekä asiakkaan oman kertomuksen varassa, johon voi liittyä tulkinnallisia väärinkäsityksiä. Voi esimerkiksi olla, että asiakas ilmoittaa olevansa masentunut, mutta ei ole kuitenkaan saanut masennusdiagnoosia, tai työntekijä voi tulkita päihde-ehdoisen asiointin niin, että siihen lukeutuvat vain päihtyneenä asioineet henkilöt (esim. Kuussaari ym. 2017b, 5). Tärkeää on myös se, että päihde-ehdoiset asiointit kuvaavat asiointeja, eivätkä asiakkaiden määriä. Lisäksi on huomattava, että laskenta tavoittaa vain palveluihin paikan päälle hakeutuneet asiakkaat, eikä esimerkiksi puhelimitse tai internetissä tapahtuneita asiointeja lueta päihde-ehdoisiin asiointeihin, vaikka ne tapahtuisivatkin laskentavuorokauden aikana. (Kuussaari ym. 2017a, 264.)

Aineiston sisällöllisten rajoitteiden lisäksi myös aineiston keruuseen liittyy omat haasteensa. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden osoitetiedoista ei ole olemassa ajantasaista rekisteriä, eli tutkijoiden oli kerättävä julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden osoitetiedot manuaalisesti, ja osoitetietokanta voi täten olla puutteellinen. Näitä puutteita pyrittiin kuitenkin minimoimaan tutkijoiden tekemällä aktiivisella tiedottamisella,

jotta tutkimukseen saataisiin mukaan myös ne yksiköt, joiden osoitetiedot jäivät syystä tai toisesta puuttumaan osoitetietokannasta. (Kuussaari ym. 2017a, 264.) Ahkerakaan tiedotus ei kuitenkaan välttämättä tavoita kaikkia yksiköitä, jolloin päihde-ehdoisia asiointeja jää puuttumaan aineistosta puhtaasti siksi, ettei aineiston keruusta ole ollut tietoa kentällä (esim. Kuussaari ym. 2017b, 5). Koska suomalaisista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä ei ole olemassa ajantasaista rekisteriä, ei myöskään yksiköiden tarkka lukumäärä ole tiedossa. Työntekijät saattavat esimerkiksi kirjata yksikkönsä nimen kyselylomakkeeseen usealla eri tavalla, jolloin ei voida olla varmoja siitä, onko kyseessä sama vai eri toimiyksikkö. (Kuussaari ym. 2017a, 265.) Omat rajoitteensa aiheuttaa myös tiedon keruun ajallinen toteutus. Kun aineiston keruu on rajattu yhteen laskentavuorokauteen, on tiedonkeruu altis normaalia poikkeaville tilanteille, kuten syyslomille, sairauspoissaoloille ja koulutuspäiville. (Kuussaari ym. 2017b, 5.) Nämä aineistoon liittyvät rajoitukset on syytä ottaa huomioon myös nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita tutkittaessa, joskin aineisto on rajoitteistaan huolimatta ainutlaatuinen ja kattava.

4.3 Analyysimenetelmät

Käytin alle 30-vuotiaita kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevan aineistoni (n=980) tilastollisessa analyysissä IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmaa, ja taulukoiden sekä kuvioiden laatimisessa käytin Microsoft Office 365 Exceliä. Tutkimusaineistoni muuttujien luonne vaikutti vahvasti siihen, millaisia tutkimusmenetelmiä minun on mahdollista hyödyntää tilastollisessa analyysissä. Analyysimenetelmiksi valikoituivat frekvenssit ja ristiintaulukointi, koska tutkimukseni on luokitteluun pyrkivä, aineisto on kvantitatiivinen ja suurin osa muuttujista on ei-numeerisia, luokitteluasteikollisia ja dikotomisia. Erityisesti luokitteluasteikollisuus vaikutti siihen, että tutkimusmenetelmäksi valikoitui lopulta klassinen ristiintaulukointi.

Frekvenssi, eli aineistossa olevien tapausten lukumäärä, on yksi keskeisimpiä aineiston tunnuslukuja. Frekvenssien avulla voidaan kuvata aineiston eri muuttujien jakautumia, kuten ikäjakaumaa, sukupuolijakaumaa, pääasiallista toimintaa tai ensisijaisia palvelutarpeita. Tapausten lukumäärän lisäksi frekvensseissä esitetään usein myös summafrekvenssit, prosenttifrekvenssit ja summaprosentit, jotka auttavat ymmärtämään, mitä tietty tapausmäärä käytännössä tarkoittaa. Frekvenssien avulla saa myös nopeasti yleiskuvan koko aineistosta, joka helpottaa jatkoanalyysin suunnittelua. (Kärkkäinen & Högmander 2008, 26–27.)

Ristiintaulukointi on tunnettu tutkimusmenetelmä, jolla voidaan tarkastella luokitteluasteikollisten muuttujien välisiä riippuvuuksia (Kärkkäinen & Högmander 2008, 43). Koska oma aineistoni koostuu suurimmaksi osin luokitteluasteikollisista muuttujista, oli ristiintaulukointi luonnollinen valinta analyysimenetelmäksi. Analyysissäni kävin läpi jokaisen muuttujan frekvenssien sekä ristiintaulukoinnin avulla, ja ristiintaulukoinnin yhteydessä suoritin khiin neliö -testin. Khiin neliö -testillä, toiselta nimeltään riippumattomuustestillä, voidaan selvittää laadullisten muuttujien välisen riippuvuuden tilastollista merkitsevyyttä. Testin avulla selvitetään siis sitä, onko havaittu riippuvuus tai ero muuttujien välillä tilastollisesti merkitsevä, eli onko kyse sattumasta vai todellisesta erosta. Jos khiin neliö -testin yhteydessä laskettu p-arvo on pienempi kuin 0,05, tarkoittaa se sitä, ettei muuttujien välinen riippuvuus johdu sattumasta, jolloin nollahypoteesi voidaan hylätä. (Kärkkäinen & Högmander 2008, 102–103.) Khiin neliö -testin käyttöön liittyy ehtoja, joiden tulee täytyä ennen kuin testin tulosta voidaan pitää luotettava. Luotettavien johtopäätösten tekeminen edellyttää, että tutkittavat muuttujat ovat ainakin luokitteluasteikollisia, korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin viisi ja jokainen odotettu frekvenssi on suurempi kuin 1. (Heikkilä 2014, 201.) Tutkimusta tehdessäni tarkistin jokaisen SPSS-ajon yhteydessä, että nämä ehdot täytyivät ja tarvittaessa joko luokittelin muuttujat uudelleen tai luovuin testin käytöstä.

Jaoin tutkimukseni tilastollisen analyysin kahteen vaiheeseen. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tarkastelin koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistoa (n=980) frekvenssien sekä ristiintaulukoinnin avulla käyden läpi kaikki aineiston muuttujat. Koodasin puuttuvat tiedot (SYSMIS) uudelleen niin, että ne sisältyvät luokkaan ”muu/ei tietoa”. Ristiintaulukoinnin yhteydessä tein khiin neliö -testin jokaisen ajon yhteydessä, mikä antoi paremman käsityksen muuttujien välisistä yhteyksistä. Tavoitteena oli löytää sellainen muuttuja, jonka perusteella voin muodostaa asiakasprofiilit sekä valita ne muuttujat, joiden avulla pääsen kuvaamaan parhaiten asiakkaiden taustoja, päihteiden käyttöä ja palvelutarpeita. Nämä muuttujakokonaisuudet on esitetty tarkemmin luvussa 6. Jos muuttujien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa enkä nähnyt muuttujan olevan muutoin merkittävä omaan tutkimuskysymykseeni vastaamisen kannalta, jätin kyseisten muuttujien tarkastelun jatkoanalyysin ulkopuolelle.

Analyysin ensimmäisen vaiheen perusteella valitsin profiloivaksi tekijäksi asiakkaan iän, koska havaitsin ikäryhmien välillä olevan runsaasti tilastollisesti merkitseviä eroja (ks.

Taulukko 5, s. 55). Näin ollen tarkasteltavia asiakasryhmiä muodostui neljä, eli alaikäiset alle 18-vuotiaat (n=36), 18–19-vuotiaat (n=58), 20–24-vuotiaat (n=345) sekä 25–29-vuotiaat (n=541) kaksoisdiagnoosiasiakkaat. Ikäryhmittäisen tarkastelun perusteena on paitsi ikäryhmien välillä havaitut tilastollisesti merkitsevät erot, myös ikäryhmien suuret kokoerot. Jos olisin toteuttanut asiakasprofilointia ilman iän huomioimista, olisivat suuremmat ikäryhmät ominaisuuksineen peittäneet nuoremmat ikäryhmät alleen. Asiakasprofilointiin kuuluu juuri tällainen alaryhmien esiin nostaminen, minkä vuoksi tein tietoisesti valinnan toteuttaa profiloinnin ikäryhmittäin, ettei asiakasprofiloinnille tyypillinen yksilöllisyyden katoaminen pääsisi häivyttämään kokonaista ikäryhmää (esim. Kivipelto ym. 2020, 10; Liukko ym. 2018, 2–3). Lisäksi otoskoon karkeana alarajana pidetään 30 yksikköä (Heikkilä 2014, 104), mikä mahdollistaa alaikäisten pitämisen omana erillisenä ryhmänä.

Ikäryhmittäinen profilointi mahdollistaa tutkimustulosten paremman hyödyntämisen käytännössä, kun sosiaali- ja terveystaloudissa asioivan nuoren kohdalla voidaan ottaa huomioon hänen ikäryhmälleen ominaisia piirteitä päihteidenkäyttöä tai palvelutarpeita selvitettäessä (Kivipelto ym. 2020, 10–11, 13). Vaikka alaikäiset ja 18–19-vuotiaat muodostavat vain alle kymmenesosan kaikista nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista, on meidän erityisen tärkeää tietää myös näiden ikäryhmien tilanteesta ja palvelutarpeista. Näin voidaan pyrkiä kehittämään erityisesti alaikäisille kohdennettuja palveluja. Mitä aikaisemmin nuorten päihde- ja mielenterveysongelmiin puututaan, sitä paremmat mahdollisuudet meillä on estää ongelmien syveneminen sekä päihteiden käytöstä ja hoitamattomista mielenterveysongelmista aiheutuvat seuraukset. Lisäksi tutkimuksen konteksti vaikuttaa siihen, että nuoremmat ryhmät ovat vanhempia ikäryhmiä pienempiä, sillä oletettavasti alaikäiset käyttävät vähemmän päihteitä kuin täysi-ikäiset. Alun perin minun oli tarkoitus toteuttaa tutkimus siten, että olisin selvittänyt mitkä muuttujat ryhmittelevät aineistoa parhaiten, mutta edellä mainitusta syystä päätin profiloida asiakkaat iän perusteella.

Nuorten taustatiedoista valikoituivat analyysin toiseen vaiheeseen sukupuoli, asumistilanne sekä pääasiallinen toiminta. Nuorten päihteiden käyttöä tarkastelin käytettyjen päihteiden, päihteiden yhteiskäytön, käytettyjen päihdeyhdistelmien, kovien huumeiden käytön sekä pistokäytön avulla. Lisäksi katsoin, onko nuori käyttänyt pelkästään alkoholia tai pelkästään huumeita, ja tällä muuttujapatteristolla sain rakennettua kuvaa siitä, millaisena päihteiden käyttö näyttäytyy eri asiakasprofiileissa. Viimeistä muuttujakokonaisuutta, eli nuorten palvelutarpeita, lähestyin siten, että sisällytin palvelutarpeiden tarkasteluun ensisijaisen syyn

hakeutua palveluihin sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa annetut palvelut. Ensisijaiset palveluun hakeutumisen syyt kertovat siitä, miksi asiakas oli hakeutunut palveluihin, kun taas annetut palvelut kuvaavat sitä, mitä palvelua nuoret olivat saaneet. Tulkitsin annettujen palvelujen kuvaavan toissijaisia palvelutarpeita sekä niitä tarpeita, jotka on havaittu vasta nuoren asioitua palvelussa.

Analyysin toisessa vaiheessa muodostin asiakasprofiilit iän perusteella ja tutkin kunkin ikäryhmän kohdalla nuorten taustatietoja, päihteiden käyttöä ja palvelutarpeita. Kävin ikäryhmät läpi yksi kerrallaan aloittaen alaikäisistä ja lopettaen 25–29-vuotiaisiin. Jokaisen ikäryhmän kohdalla pyrin selvittämään, mitkä tekijät kuvaavat kutakin ikäryhmää parhaiten, ja koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineisto (n=980) toimi vertailtavana taustana. Vertaamalla kunkin ikäryhmän ominaisuuksia koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistoon sain paremman kuvan siitä, millaiset tekijät kuvaavat juuri kyseistä ikäryhmää. Näiden havaintojen perusteella muodostui lopulta neljä asiakasprofiilia, joista jokaisella on omat ominaispiirteensä (ks. Taulukko 19, s. 81).

4.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseni aineistona toimii kvantitatiivinen poikkileikkausaineisto päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveyspalveluihin hakeutuneista asiakkaista. Tutkimukseni kohderyhmänä on nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmä, ja etenkin tällaista jo valmiiksi yhteiskunnallisesti heikommassa asemassa olevan asiakasryhmän tutkimusta tulee toteuttaa eettisesti kestävällä tavalla (vrt. Rauhala & Virokannas 2011, 242). Tätä erityistä huolellisuutta on haluttu painottaa myös lainsäädännössä, jossa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden katsotaan samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman vuoksi olevan erityistä tukea tarvitsevia asiakkaita, joiden oikeuksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota (vrt. Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 3§). Tutkimusta tehdessä minun tulee varoa, etten aiheuta vahinkoa kohderyhmälleni, vaan tutkimukseni tarkoitus on olla nimenomaan heille hyödyllinen (Rauhala & Virokannas 2011, 238, 251).

Erityisesti olen välttänyt asiakasryhmän leimaamista (Rauhala & Virokannas 2011, 236), sillä päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyy yhä edelleen vahva stigma. Olen pohtinut tarkoin tutkimuksessa käyttämäni kieltä, joka voi ilman kriittistä tarkastelua tuoda pahimmillaan esille pelkästään asiakasryhmän ongelmia tai ongelmallisuutta (emt., 236–237), mitä

nimenomaan pyrin välttämään. Tämän vuoksi olen muun muassa tarkastellut kaksoisdiagnoosi-termiä kriittisesti (ks. luku 2.1.1) sekä pohtinut diagnoosi- ja potilaspuheen vaikutuksia asiakkaaseen ja mielikuviin heistä (ks. luku 2.1.2). Lisäksi tutkimukseni kohteena olevaan asiakasprofilointiin liittyy omat eettiset ongelmansa, joita käsittelemme laajemmin luvussa 3.2. Asiakasprofilointia tehdessä tulee huomioida se, että profilointi voi ryhmiä korostaessaan häivyttää yksilön tarpeineen, minkä on muun muassa nähty aiheuttavan sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle jäämistä (esim. Murto 2006, 92). Näin ollen eettinen pohdinta on vahvasti läsnä tutkimukseni jokaisessa vaiheessa, ja myös tulosten esittämisessä, tulkinassa ja johtopäätöksissä on kunnioitettava tutkimukseni kohteena olevien ihmisten yksityisyyttä ja loukkaamattomuutta (Rauhala & Virokannas 2011, 251).

Tutkimuskohteen lisäksi myös tutkimusaineistoon liittyy omia eettisiä kysymyksiä. Aineisto on kerätty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta, eli en ole itse osallistunut aineiston keruuseen. Päihdetapauslaskentaa koskevalle tutkimussuunnitelmalle on annettu THL:n tutkimuseettisen työryhmän puoltava lausunto 25.6.2015, eli minun ei myöskään tarvinnut hakea erillistä tutkimuslupaa. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, ja lisäksi kyselylomakkeen oheismateriaalissa painotettiin, ettei lomakkeelle tule kirjata mitään tunnistetietoja asiakkaista. (Liite 1.)

Rauhalan ja Virokannaksen (2011) mukaan yksi tärkeä tutkimuseettinen kysymys on tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tähän kuuluu paitsi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, myös oikeus tutkimuksen keskeyttämiseen ja oikeus jättää vastamatta joihinkin kysymyksiin (emt., 240–241). Tutkimuksen kohteena olevat eivät aina välttämättä ymmärrä, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja mitä osallistumisen seuraukset ovat (emt., 241), minkä vuoksi vuorovaikutukseen ja tiedottamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota varsinkin niissä tilanteissa, joissa tutkija itse ei osallistu aineiston keruuseen (vrt. emt., 243). Päihdetapauslaskennassa tutkimuksen kohteena ovat päihteiden vuoksi hoitoon hakeutuneet asiakkaat, jolloin tietojen keruussa tulee olla erityisen huolellinen, ja tietojen keruu toteutettiin yhteistyössä asiakkaiden kanssa (emt., 242). En kuitenkaan voi olla varma siitä, kuinka asiakkaiden informoiminen on toteutunut käytännössä niissä yksiköissä, joissa tiedonkeruu toteutettiin.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy myös huolehtiminen tutkimuksen kohteena olevien tietosuojasta. Päihdetapauslaskenta 2015 -aineisto on saatavilla Tietoarkistosta tutkijoiden ja

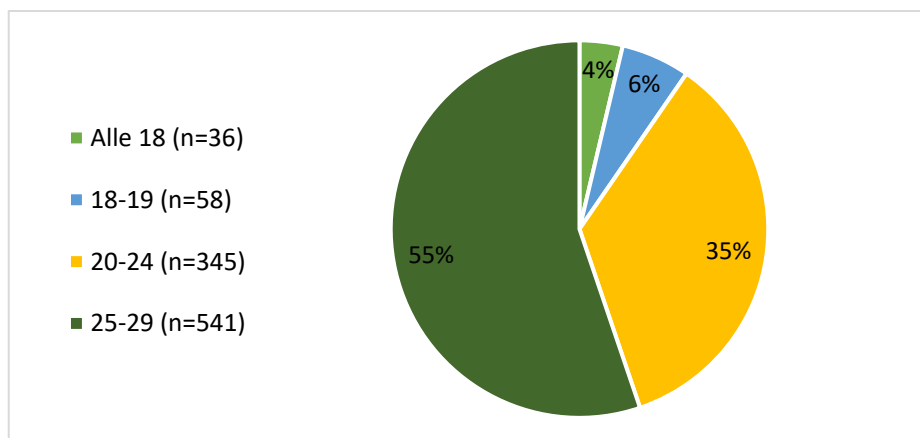
ylemmän opinnäytetyön tekijöiden käyttöön, josta latsin sen pro gradu -tutkielmaani varten marraskuussa 2020. Säilytän aineistoa suojattuna omalla tietokoneellani, josta hävitän sen heti tutkimuksen valmistuttua. Jo aineiston keruuvaiheessa painotettiin sitä, ettei kyselylomakkeille tule kirjata asiakkaiden tunnistetietoja (Liite 1), ja aineistosta on tutkijoiden toimesta poistettu kaikki lomakkeelle päätyneet tunnistetiedot ennen sen luovuttamista Tietoarkistoon. Lataamastani aineistosta ei siis ole mahdollista tunnistaa yksittäisten asiakkaiden henkilöllisyyttä. Tutkimuksessani en myöskään tule erittelemään yksittäisten asiakkaiden tietoja, vaan tutkimukseni tavoitteena on muodostaa ryhmiä. Ryhmätason tarkastelussa ei ole mahdollista erottaa yksittäistä asiakasta. En myöskään erittele omaa kaksoisdiagnoosiasiakas-aineistoani kuvatessa niin spesifejä alueellisia tai asiakkaiden taustoja koskevia tietoja, että yksittäistä asiakasta olisi mahdollista tunnistaa näidenkään tietojen perusteella. Huomioin asiakkaiden yksityisyyden myös asiakasprofiilien kokoja pohtiessani, sillä liian pieni ryhmä voisi jo vaarantaa asiakkaan yksityisyyden. Oma aineistoni on koko Suomen laajuinen ja siihen kuuluu 980 havaintoyksikköä, ja tämä aineiston suuri koko suojelee jo itsessään yksittäisiä asiakkaita, kunhan yksilöiden taustatietoja ja muita muuttujia ei esitellä tutkimuksessa liian yksityiskohtaisesti.

5 ALLE 30-VUOTIAAT KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAT

Tässä luvussa esittelen ja analysoin nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevaa aineistoani (n=980) frekvenssien ja ristiintaulukoinnin avulla. Tässä analyysin ensimmäisessä vaiheessa vastaan tutkimukseni alakysymyksiin koko aineistoni osalta: millaisia nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat, millaisena heidän päihteiden käyttönsä näyttää ja millaisia palvelutarpeita heillä on. Samalla selvitän, millaisia yhteyksiä eri muuttujien välillä on havaittavissa, ja näiden tulosten perusteella tein päätöksiä siitä, mitä muuttujia sisällytin jatkoanalyysiin ja kuinka muodostin tutkimukseni kohteena olevat asiakasprofiilit. Ensiksi tarkastelen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden taustatietoja, kuten ikäjakaumaa, pääasiallista toimintaa ja asumismuotoa. Tämän jälkeen tutkin asiakasryhmän päihteidenkäyttöä, kuten käytettyjä päihteitä ja päihteiden käyttötapoja. Viimeiseksi tarkastelen asiakkaiden palvelutarpeita eri muuttujien avulla sekä tutkin asiointien jakautumista päihdepalveluissa.

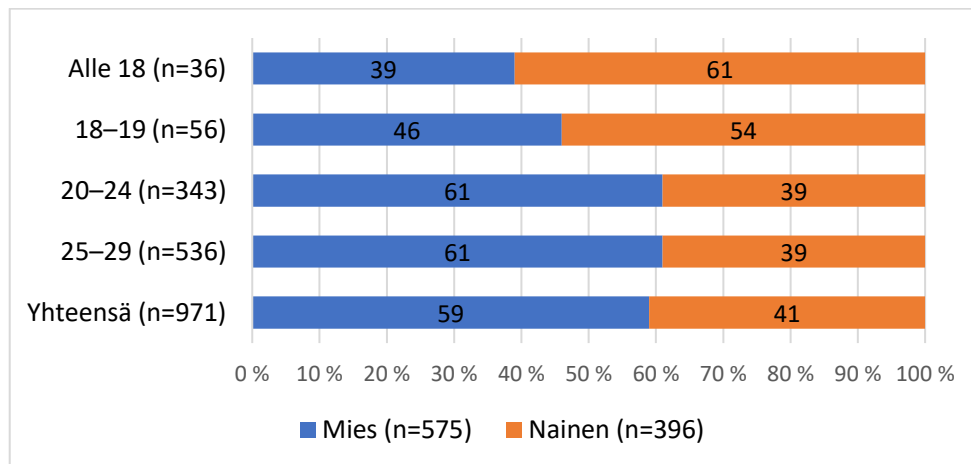
5.1 Asiakkaiden taustatiedot

Suurin osa aineistostani koostuu 25–29-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista, eli tämä aineisto edustaa hieman vanhempaa nuorten aikuisten ikäryhmää. Seuraavaksi suurin asiakasryhmä ovat 20–24-vuotiaat ja pienin asiakasryhmä alle 20-vuotiaat asiakkaat. Alle 20-vuotiaiden asioinnit kattavat yhteensä noin kymmenesosan kaikista nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista. (Kuvio 1.)



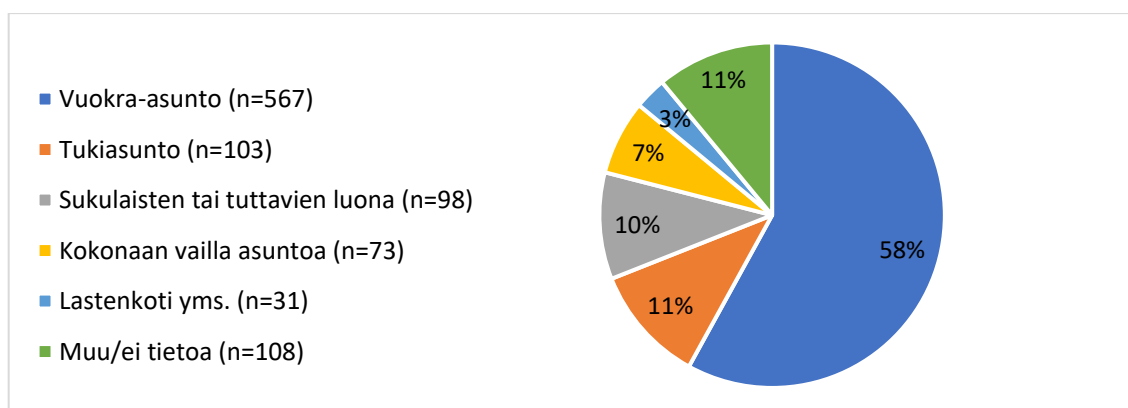
KUVIO 1. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinnit ikäryhmittäin (n=980)

Sukupuolta koskevaan kysymykseen vastattiin 971 asioinnin osalta, joista reilu puolet oli miehiä ja vajaa puolet naisia. Sukupuolijakauma eroaa tilastollisesti melkein merkitsevästi ikäryhmien välillä ($p=0,012$) siten, että alle 20-vuotiaat olivat useammin naisia kuin miehiä ja 20–29-vuotiaat useammin miehiä kuin naisia. Alle 18-vuotiaiden sekä 18–19-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ikäryhmissä naiset olivat yliedustettuina, sillä koko aineistossa ($n=980$) naisten osuus oli keskimäärin noin 41 %. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden sukupuolijakauma ikäryhmittäin ($n=971$), %-osuudet

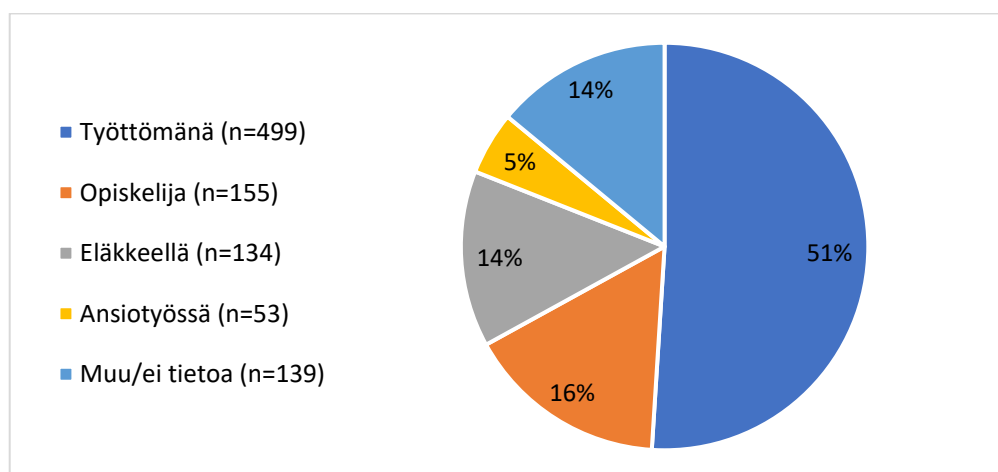
Alle 30-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiukkaat asuivat tyypillisimmin vuokralla tai tukiasunnossa. Yli puolet palveluissa asioineista nuorista asui vuokra-asunnossa joko pää- tai alivuokralaisena. Toiseksi yleisin asumismuoto oli tukiasunto, jolla tarkoitetaan asuntoa, joka on tarkoitettu asunnottomille tai asunnottomuusuhan alla oleville täysi-ikäisille ihmisille. (Kuvio 3.) Tukiasuminen voi olla myös osa kunnan päihdehuoltoa, eli asuntoja voidaan tarjota myös päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille.



KUVIO 3. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asumistilanne ($n=980$)

Tässä aineistossa ei ole mahdollista selvittää tarkemmin millaisesta tukiasumisen muodosta on kyse, mutta kaikista nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaista reilu kymmenesosa asui tukiasunnossa. Kolmanneksi yleisimmin nuoret asuivat vanhempien, sukulaisten tai tuttavien luona, mikä oli ilmoitettu asumismuodoksi joka kymmenennen asioinnin kohdalla. Kokonaan vailla asuntoa oli vajaa kymmenesosa nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaista. (Kuvio 3.)

Vain 5 % nuorista oli ansiotyössä. Näiden havaintojen perusteella vaikuttaa siltä, että nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat todennäköisesti pienituloisia ja taloudelliselle tuelle voi olla tarvetta. Huolestuttavaa on, että alle 30-vuotiaista kaksoisdiagnoosiasiakkaista useampi kuin joka kymmenes oli eläkkeellä, minkä voidaan nähdä kertovan vakavasta toimintakyvyn heikkenemisestä nuorella iällä. Reilulla kymmenesosalla asioinneista pääasiallinen toiminta ei joko ollut tiedossa tai se oli jokin muu, kuten esimerkiksi lasten hoitaminen kotona. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden pääasiallinen toiminta (n=980)

Yli neljä viidestä nuoresta kaksoisdiagnoosiasiakkaasta oli naimattomia ja noin kymmenesosa eli avoliitossa (Taulukko 1). Jätän siviilisäädyn tarkastelun jatkoanalyysin ulkopuolelle, koska siviilisäätö ei ole oleellinen muuttuja asiakasprofiilien muodostamisessa. Alle 18-vuotiaita lapsia koskevaan kysymykseen saatiin vastaus vain 364 asioinnin osalta, eli kato oli tässä kysymyksessä noin 63 %. Suurimmalla osalla kysymykseen vastanneista nuorista ei ollut alaikäisiä lapsia, mutta suuren kadon vuoksi tuloksia ei voi yleistää koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmään, ja jätän sen tästä syystä jatkoanalyysin ulkopuolelle. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden taustatiedot koottuna

	n	%
Sukupuoli (n=971)		
Mies	575	59
Nainen	396	41
	971	100
Ikä (n=980)		
Alle 18	36	4
18–19	58	6
20–24	345	35
25–29	541	55
	980	100
Siviilisääty (n=980)		
Naimaton	764	78
Avoliitossa	119	12
Avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	40	4
Muu/ei tietoa	57	6
	980	100
Asiakkaan alle 18-vuotiaat lapset (n=980)		
On alle 18-vuotiaita lapsia	72	7
Ei ole alle 18-vuotiaita lapsia	292	30
Ei tietoa	616	63
	980	100
Asiakkaan asumistilanne (n=980)		
Vuokra-asunto (pää- tai alivuokralainen)	567	58
Oma asunto	32	3
Tukiasunto	103	11
Vanhempien, sukulaisten tai tuttavien luona	98	10
Kokonaan vailla asuntoa	73	7
Lastenkoti, lastensuojelulaitos yms.	31	3
Muu/ei tietoa	76	8
	980	100
Asiakkaan pääasiallinen toiminta (n=980)		
Työtön	499	51
Opiskelija	155	16
Eläkeläinen	134	14
Ansiotyössä	53	5
Muu/ei tietoa	139	14
	980	100

Tiivistettynä sosiaali- ja terveystalveissa asioivat nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat todennäköisimmin 25–29-vuotiaita, miehiä, naimattomia ja asuvat vuokra-asunnossa. Vaikka miehiä on aineistossa enemmistö, on naisten osuus kuitenkin huomattava verrattuna koko Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistoon. Koko aineistossa (n=10 851) on miesten teke-miä asiointeja noin 70 % ja naisten noin 29 %, kun nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä (n=980) miesten osuus on noin 59 % ja naisten noin 41 %. Havainto mukailee

aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien sukupuolijakauma on pelkkiä päihdeasiakkaita tasaisempi (esim. Fabricius ym. 2008, 106–107; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 206; Kuussaari ym. 2020, 510–511).

5.2 Päihteiden käyttö

Nuorten käyttämiä päihteitä selvitettiin siten, että kyselylomakkeelle tuli merkitä kaikki ne päihteet, joita nuori oli käyttänyt viimeisen 12 kuukauden aikana. Asiakasryhmän käyttämien päihteiden kirjo on runsas, ja yhteensä käytettyjä päihteitä ilmoitettiin 19 aina alkoholin korvikkeista metamfetamiiniin ja muuntohuumeisiin. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden eniten käyttämiä päihteitä olivat alkoholi (70 %), kannabis (51 %), lääkkeet (37 %), opioidit (35 %), amfetamiini (30 %), buprenorfiini (26 %) sekä ekstaasi (7 %). Esimerkiksi alkoholia oli viimeisen vuoden aikana ilmoittanut käyttäneensä lähes kolme neljäsosaa asiakkaista, kannabista yli puolet ja lääkkeitä yli kolmasosa. (Taulukko 2.) Käytettyjä päihteitä koskevaan jatkoanalyysiin valitsin kuusi eniten käytettyä päihdettä, eli alkoholin, kannabiksen, lääkkeet, opioidit, amfetamiinin ja buprenorfiinin.

Pelkästään alkoholia viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuus oli kuitenkin pieni, sillä vain 15 % asioinnin kohdalla asiakas ilmoitti käyttäneensä päihteenä pelkästään alkoholia. Huomionarvoista on myös se, että pelkästään huumeita viimeisen vuoden aikana käyttäneiden määrä oli kaksi kertaa pelkästään alkoholia käyttäneitä suurempi, kun lähes kolmannes nuorista oli käyttänyt pelkästään huumeita. Pelkkien huumeiden käyttö vaihtelee ikäryhmittäin tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,001$). Kolme neljäsosaa asioinneista oli sellaisia, jossa nuori on käyttänyt eri päihteitä samaan aikaan joskus elämänsä aikana ja yli puolella oli yhteiskäyttöä viimeisen 12 kuukauden ajalta. Reilu kymmenesosa ei ollut käyttänyt eri päihteitä yhtä aikaa. (Taulukko 2.)

Selkeä enemmistö nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaita oli siis käyttänyt useita päihteitä samaan aikaan, ja samanaikainen käyttö vaihtelee tilastollisesti merkitsevästi iän mukaan ($p=0,012$). Koko Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistossa eri päihteiden yhteiskäyttö oli harvinaisempaa, kun sekä miehistä että naisista yli puolet oli käyttänyt pelkästään alkoholia (Kuussaari ym. 2020, 509). Yhteiskäyttö vaikuttaa siis olevan ominaista nuorille palveluissa asioiville kaksoisdiagnoosiasiakkaille.

TAULUKKO 2. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö koottuna

	n	%
Käytetyimmät päihteet viimeisen 12kk aikana (n=980)¹		
Alkoholi	682	70
Kannabis	495	51
Lääkkeet	367	37
Opioidi	399	35
Amfetamiini	289	30
Buprenorfiini	255	26
Vain alkoholia (viim. 12 kk aikana)	146	15
Vain huumeita (viim. 12 kk aikana)	298	30
Kovia huumeita	594	61
Pistänyt	477	49
Käyttänyt useita päihteitä samaan aikaan (n=980)		
Kyllä, viimeisen 12 kk aikana	597	61
Kyllä joskus, muttei viimeisen 12 kk aikana	132	14
Ei	110	11
Ei tietoa	141	14
	980	100
Päihteet, joita käytetty samaan aikaan (n=980)¹		
Alkoholia ja kannabista	343	35
Alkoholia ja lääkkeitä	306	31
Läkkeitä ja huumeita	273	28
Muuta huumausainetta ja alkoholia	222	23
Kahta tai useampaa huumausainetta	245	25
Läkkeitä, alkoholia ja huumeita	267	27

¹ Yksi asiakas on voinut käyttää montaa eri päihdettä tai päihdeyhdistelmää viimeisen 12 kk aikana.

Yksi asiakas on voinut käyttää useita eri päihdeyhdistelmiä. Nuori on voinut esimerkiksi ilmoittaa käyttäneensä yhdellä kerralla lääkkeitä sekä alkoholia ja jollain toisella kerralla alkoholia sekä kannabista. Yleisin samanaikaisesti käytetty päihdeyhdistelmä oli tässä aineistossa alkoholi ja kannabis, toiseksi yleisin lääkkeet sekä alkoholi ja kolmanneksi yleisin lääkkeet ja huumeet. Sekä lääkkeitä, alkoholia että huumausaineita oli käyttänyt samaan aikaan yli neljäsosa ja kahta tai useampaa huumausainetta joka neljäs. (Taulukko 2.) Läkkeiden, alkoholin ja huumeiden samanaikaisen käytön on katsottu kertovan vakavasta päihdeongelmasta, syrjäytymisestä sekä huono-osaisuudesta (Hakkarainen ym. 2019, 190), joten on erittäin huolestuttavaa, että yli neljäsosalla nuorten päihde-ehdoisista asioinneista on kokemusta tästä päihdeyhdistelmästä.

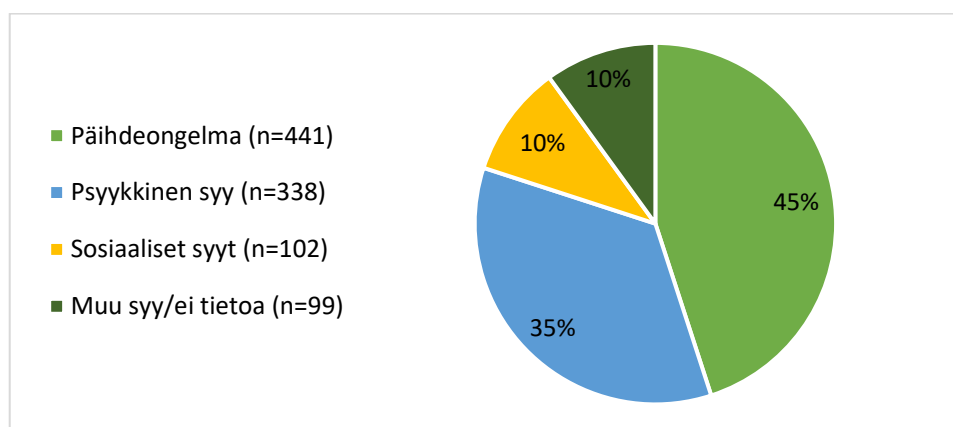
Pistokäyttöä koskevaan kysymykseen saatiin vastaus 754 asioinnin osalta, eli kysymyksen kato on lähes 25 %. Pistokäyttö voi siis olla nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden keskuudessa yleisempää mitä tämän aineiston perusteella voidaan päätellä, mutta jo näillä tiedoilla lähes joka toinen nuori oli käyttänyt huumeita pistämällä. (Taulukko 2.) Jätän pistokäytön kadosta huolimatta mukaan jatkoanalyysiin, koska se toimii hyvänä päihteiden käytön vakaavuuden indikaattorina. Kovia huumeita koskeva muuttuja on valmiiseen aineistoon lisätty summamuuttuja, johon kuuluu useita eri huumeita sekä huumeiden pistokäyttö. Alle 30-vuotiaista kaksoisdiagnoosiasiakkaista yli 60 % oli käyttänyt kovia huumeita (ks. taulukko 2), eli asiakas oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt tai kokeillut esimerkiksi sieniä, LSD:tä tai pistänyt joskus elämänsä aikana huumeita.

Tiivistetysti voidaan todeta, että nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö näyttäytyy monimuotoisena ja sitä kuvastaa huumeiden sekä useiden päihteiden samanaikainen käyttö. Suurin osa asiakkaista oli käyttänyt useita päihteitä samaan aikaan samalla, kun pelkästään alkoholia käyttäneiden osuus oli huomattavasti pelkästään huumeita käyttäneitä pienempi. Jos palveluissa asioiva nuori kaksoisdiagnoosiasiakas käyttää siis vain yhtä päihdettä, käyttää hän tämän tutkimuksen valossa todennäköisemmin jotain huumausainetta kuin alkoholia. Yleisimpiä nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden käyttämiä päihteitä olivat alkoholi, kannabis ja lääkkeet, ja alkoholia sekä kannabista käytetään myös usein yhtä aikaa, kun lähes puolet oli käyttänyt niitä yhdessä. Toisaalta myös amfetamiinin ja opioidien käyttö on yleistä, kun vuoden aikana molempia päihteitä oli käyttänyt noin kolmannes palveluissa asioineista nuorista. On kuitenkin tärkeää muistaa, että nuorissa on myös pelkästään alkoholia käyttävien asiakkaiden ryhmä, jota ei sovi sivuuttaa. Lisäksi on tärkeää tiedostaa se, että ilmoitetut päihteiden käyttöä koskevat tiedot sisältävät hyvin todennäköisesti myös yhteen kertaan rajoittuvia kokeiluja. Lisäksi on huomattava, että ikäryhmien välillä on suurta vaihtelua päihteiden käytössä, ja tätä aihetta käsittelen tarkemmin luvussa 6.

5.3 Asiakkaiden palvelutarpeet ja asiointien jakautuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

Vajaa puolet nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaista asioi sosiaali- ja terveyspalveluissa ensisijaisesti päihdeongelman takia. Noin kolmannes haki apua psyykkisiin ja kymmenesosa sosiaalisiin ongelmiin. Noin kymmenesosalla ensisijainen syy ei ollut tiedossa tai syy oli jokin muu, kuten somaattinen sairaus, vieroitusoireet tai tapaturma. Päihdeongelma nousi hieman

psykkisiä syitä yleisemmäksi palvelutarpeeksi nuorilla kaksoisdiagnoosiasiakkaila. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ensisijaiset palvelutarpeet (n=980)

Sosiaaliin syihin, jotka olivat ensisijainen palvelutarve joka kymmenennellä, kuuluu muun muassa toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Ensisijaiset palvelutarpeet eroavat ikäryhmien ($p=0,000$) ja sukupuolten ($p=0,002$) välillä tilastollisesti merkitsevästi. Näitä eroja käsittelemme tarkemmin kunkin asiakasprofiilin yhteydessä (ks. Luku 6).

Jotta saisin paremman käsityksen nuorten palvelutarpeista, päätin tarkastella myös niitä palveluja, joita nuoret olivat saaneet asioidessaan sosiaali- ja terveystaluuissa (ks. Taulukko 3). Tulkitsen annettujen palvelujen kuvaavan niitä palvelutarpeita, jotka eivät ole ensisijaisia tai jotka on tunnistettu vasta nuoren asioinnin aikana. Yleisimmän alle 30-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat saaneet apua elämänhallinnan haasteisiin, toiseksi yleisimmän terapeuttista keskustelutukea sekä yhtä usein apua päihdetilanteen selvittelyyn. Neljänneksi nousee psykiatrinen tutkimus ja hoito, ja viidentenä muu kuin korvaushoitoon liittyvä lääkitys, eli esimerkiksi psykiatristen sairauksien lääkitys. (Taulukko 3).

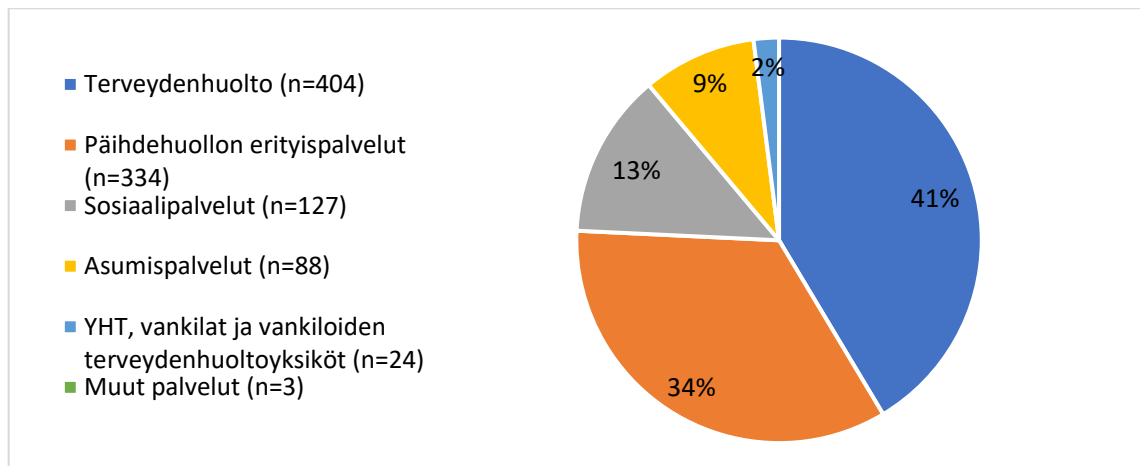
Vaikka päihdeongelma onkin ollut suurimmalla osalla ensisijainen syy hakeutua palveluihin (ks. Kuvio 5), ilmenee annettuja palveluja tarkasteltaessa, että palvelutarpeet ovat hyvin monimuotoisia painottuen elämänhallintaan, terapeuttiseen keskusteluun ja päihdetilanteen selvittelyyn. Joka viides alle 30-vuotiaan kaksoisdiagnoosiasiakkaan asiointi liittyi opioidiriippuvuuden korvaushoitoon ja lähes yhtä moni asioi toimeentuloturva-asioihin liittyen. Huomionarvoista on, että muualle on ohjattu vain 4 % asioinneista, eli joko nuoret löytävät hyvin oikeisiin palveluihin tai sitten heitä ei ohjata eteenpäin. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Asiakkaille yleisimmin annetut palvelut (%)

Palvelu ¹	Koko aineisto (n=980) %
Avustaminen elämänhallintaan liittyen	39
Terapeuttinen keskustelu	34
Päihdetilanteen selvittely	34
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	33
Lääkehoito, muu kuin opioidiriippuvuuden	30
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	25
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	20
Toimeentuloturva-asian hoitaminen	17
Somaattinen tutkimus ja hoito	13
Pitkäaikainen laitostuntoutus	10
Katkaisuhoito	6
Ohjattu muualle	4

¹ Yksi asiakas on voinut saada montaa eri palvelua.

Päihde-ehtoisten asiointien jakautumista sosiaali- ja terveystalveluissa voidaan tarkastella usealla tavalla, ja tässä jaoin tarkasteltavat palvelut terveystalveluihin, sosiaalitalveluihin, päihdehuollon erityistalveluihin sekä Rikosseuraamuslaitoksen yksiköihin. Reilusti yli kolmasosa nuorten kaksoisdiagnoosisiakkaiden asioinneista kohdistui terveydenhuollon talveluihin, eli esimerkiksi terveyskeskuksiin, psykiatrian poliklinikoille, sairaaloihin sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Nuorten kaksoisdiagnoosisiakkaiden asiointien jakautuminen sosiaali- ja terveystalveluissa (n=980)

Päihdehuollon erityistalveluihin kohdistui noin kolmasosa nuorten asioinneista, eli erityistalvelut olivat toiseksi yleisin talvelu, johon nuori hakeutui. Päihdehuollon erityistalveluja ovat muun muassa A-klinikat, nuorisoasemat, terveysneuvontapisteeet ja selviämisasemat.

Sosiaalipalvelujen osuus oli noin kymmenesosa kaikista asioinneista, ja sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi kunnallista sosiaalityötä sekä lasten ja nuorten laitoksia. (Kuvio 6.) Käytettyjen palvelujen tarkastelu auttaa muun muassa hahmottamaan sitä, mihin palvelusektorin osaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinnit kohdistuvat, eli missä työntekijöiden osaamista ja resursseja voisi olla syytä tarkastella. Vaikka käytetyt palvelut tuottavat paljon tärkeää tietoa asiakasryhmän asiointien jakautumisesta palvelujärjestelmässä, en sisällytä käytettyjä palvelutyyppejä jatkoanalyysiin, koska sen tutkiminen ei edistä tutkimuskysymykseeni vastaamista.

6 NUORTEN KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAIDEN ASIAKASPROFIILIT

Tässä luvussa siirryn käsittelemään tutkimukseni pääkysymystä, eli muodostamaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofileja. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa (luku 5) muodostin muuttujakokonaisuudet (ks. Taulukko 4), joiden perusteella lähdin tarkastelemaan nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevaa aineistoa ikäryhmittäin.

TAULUKKO 4. Tarkasteltavat muuttujakokonaisuudet

1.) Taustatiedot	2.) Päihteiden käyttö	3.) Palvelutarpeet
<ul style="list-style-type: none">➤ Ikä➤ Sukupuoli (ei alle 20 v.)➤ Asumismuoto➤ Pääasiallinen toiminta	<ul style="list-style-type: none">➤ Käytetyt päihteet➤ Kovien huumeiden käyttö➤ Pistokäyttö➤ Päihteiden yhteiskäyttö	<ul style="list-style-type: none">➤ Ensisijaiset palvelutarpeet➤ Annetut palvelut

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tehdyn ristiintaulukoinnin ja muuttujien khiin neliö - testien perusteella valitsin siis nuoria kaksoisdiagnoosiasiakkaita profiloivaksi tekijäksi asiakkaan iän. Tarkasteltavia asiakasryhmiä muodostui täten neljä: alle 18-vuotiaat (n=36), 18–19-vuotiaat (n=58), 20–24-vuotiaat (n=345) ja 25–29-vuotiaat (n=541). Ikä valikoitui profiloivaksi tekijäksi, koska ikäryhmittäin muodostettuja asiakasprofileja on helppo hyödyntää käytännön työssä ja lisäksi havaitsin, että ikäryhmien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja useiden muuttujien kohdalla. Näistä muuttujista en valinnut jatkoanalyysiin kaikkia, vaan analyysin toiseen vaiheeseen valitut, tilastollisesti ikäryhmittäin merkitsevästi eroavat muuttujat on esitetty taulukossa 5. Valitsin tässä taulukossa esitetyt muuttujat mukaan jatkoanalyysiin paitsi tilastollisen merkitsevyyden vuoksi niin myös siksi, että näen näillä muuttujilla olevan runsaasti asiakasprofiilien muodostamista tukevaa selitysvoimaa.

TAULUKKO 5. Muuttujien yhteys ikäryhmittäiseen tarkasteluun (muuttujien p-arvot)

Muuttuja-kokonaisuus	Muuttuja	p-arvo	
Taustatiedot	Sukupuoli	0,012	
	Asuminen	0,000	
	Toiminta	0,000	
Palvelutarpeet	Ensisijainen palvelutarve	0,000	
	Annetut palvelut	Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	0,001
		Päihdetilanteen selvittely	0,003
		Psykiatrinen tutkimus ja hoito	0,001
		Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	0,002
		Opioidiriippuvuuden korvaushoito	0,000
		Toimeentuloturva-asioiden selvittely	0,016
		Somaattinen tutkimus ja hoito	0,028
		Pitkäaikainen laituskuntoutus	0,002
		Päihteiden käyttö	Käytetyt päihteet
Kannabis	0,000		
Buprenorfiini	0,001		
Opioidi	0,000		
Vain alkoholia	0,016		
Vain huumeita	0,001		
Kovia huumeita	0,000		
Pistänyt	0,000		
Eri päihteitä samaan aikaan	0,009		
Päihdeyhdistelmät	Lääkkeet ja huumeet		0,011
	Kaksi tai useampi huume		0,019

Taulukossa 5 on siis esitetty kaikki ne muuttujat, joiden havaitsin analyysin ensimmäisessä vaiheessa (luku 5) eroavan tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä ja jotka päätin tämän takia sekä aikaisempaan tutkimukseen pohjautuvan tietämykseni perusteella sisällyttää jatkoanalyysiin. Esimerkiksi asumismuoto erosi ikäryhmien välillä tilastollisesti erittäin merkitsevästi, samoin kuin pääasiallinen toiminta ja opioidien käyttö. Tämä tarkoittaa sitä, että asumismuodossa, pääasiallisessa toiminnassa ja opioidien käytössä havaitut ikäryhmittäiset erot eivät johdu sattumasta, vaan näiden erojen voidaan nähdä olevan todellisia. Eri ikäiset nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat siis esimerkiksi asuivat eri tavoin ja käyttivät opioideja eri tavoin iästä riippuen.

Jotkin muuttujat erosivat tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä, mutta jätin ne siitä huolimatta jatkoanalyysin ulkopuolelle. Nämä muuttujat on esitetty taulukossa 6, joskaan

kaikkien muuttujien kohdalla khiin neliö -testin ehdot eivät täyttyneet. Esimerkiksi siviilisäädyn en koe edesauttavan tutkimuskysymykseeni vastaamista, minkä takia jätin sen pois jatkoanalyysistä. Muuttujan tilastollinen merkitsevyys on myös melko itsestään selvä tulos, sillä esimerkiksi alle 20-vuotiaat ovat harvoin avioliitossa, eronneita tai leskiä. Alaikäisiä lapsia koskevassa kysymyksessä kato oli yli 60 % eivätkä khiin neliö -testin ehdot täyttyneet uudelleenluokittelunkaan avulla, minkä takia hylkäsin tämän muuttujan jatkoanalyysistä. Lastensuojelu ja perhetyö annettuna palveluna eroaa myös tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä, mutta myöskään tässä khiin neliö -testin ehdot eivät täyttyneet, jolloin tulos voi olla epäluotettava. Tämä vuoksi jätin lastensuojelua ja perhetyötä kuvaavan muuttujan jatkoanalyysin ulkopuolelle. Asiointien jakautumista eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarkastelin luvussa 5 koko aineiston osalta, mutta en koe sen edesauttavan tutkimuskysymykseeni vastaamista, minkä takia jätän sen jatkoanalyysin ulkopuolelle. Samasta syystä en tarkastele myöskään asiointien jakautumista avo- ja laitospalveluissa, vaikka muuttuja eroaakin tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Muuttujat, jotka eroavat ikäryhmittäin tilastollisesti merkitsevästi, mutta joita en sisällyttänyt jatkoanalyysiin

Muuttuja	p-arvo
Siviilisäätty	0,000
Onko asiakkaalla alaikäisiä lapsia	0,000 ²
Lastensuojelu ja perhetyö annettuna palveluna	0,000 ²
Asiointien jakautuminen palveluissa ¹	0,000
Asiointien jakautuminen avo- ja laitospalveluissa	0,000

¹ Terveyspalvelut, päihdehuollon erityispalvelut, sosiaalipalvelut jne.

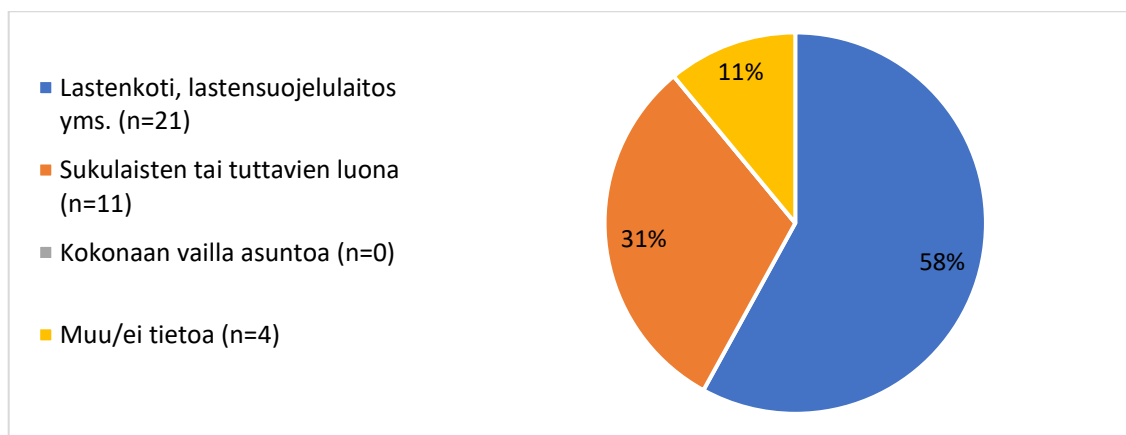
² Khiin neliö -testin ehdot eivät täyty.

Toisaalta valitsin analyysin toiseen vaiheeseen mukaan muuttujia, jotka eivät eronneet ikäryhmien välillä tilastollisesti merkitsevästi, mutta joiden koin aikaisemman tutkimuksen valossa olevan oleellisia asiakasprofiloinnin kannalta. Tällaisia muuttujia ovat annettuihin palveluihin kuuluva terapeutin keskustelu sekä muu kuin korvaushoitoon liittyvä lääkehoito, käytettyjen päihteiden osalta amfetamiini ja lääkkeet, sekä käytettyjen päihdeyhdistelmien osalta kannabis ja alkoholi, lääkkeet ja alkoholi, muu huume ja alkoholi sekä lääkkeiden, alkoholin ja huumeiden yhteiskäyttö. Nämä muuttujat ovat siis sellaisia, jotka eivät eroa tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä, mutta joilla näen olevan asiakasprofiileja kuvaavaa arvoa. On myös mielenkiintoista, että näillä muuttujilla ei ole eroja ikäryhmien välillä, vaan esimerkiksi alkoholin ja kannabiksen yhteiskäyttö ei riipu nuoren iästä.

Alle 20-vuotiaiden kohdalla en esittele sukupuolten välisiä eroja yksityiskohtaisesti, koska ryhmäkoot jäävät niin pieniksi, että ne voisivat vaarantaa asiakkaan yksityisyyden eivätkä pienet ryhmät olisi myöskään tilastollisen luotettavuuden näkökulmasta mielekkäitä (esim. Heikkilä 2014, 104). Yli 20-vuotiaiden nuorten kohdalla sen sijaan teen myös sukupuolitaista tarkastelua, koska ryhmäkoot ovat suuria ja sukupuolten välillä ilmenee tilastollisesti merkitseviä eroja, joiden näkyväksi tekeminen kuvaa asiakasryhmää entistä paremmin.

6.1 Opintoja, alkoholin käyttöä ja sosiaalisen tuen tarpeita: alle 18-vuotiaat

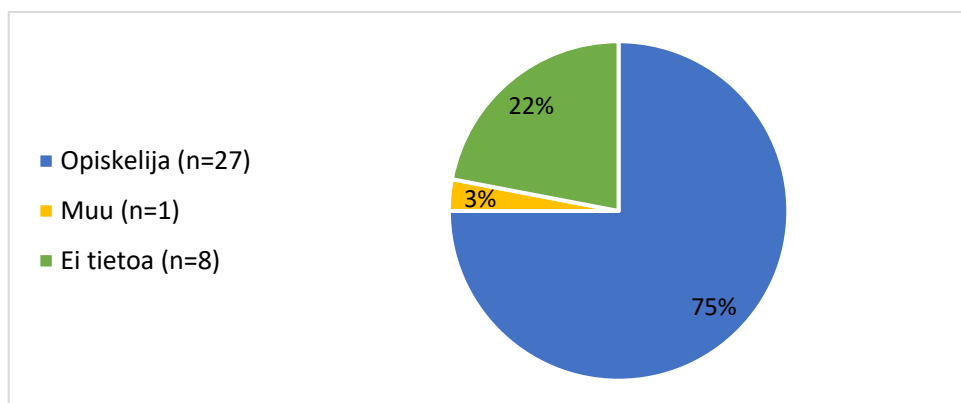
Alaikäiset, alle 18-vuotiaat (n=36) muodostivat pienen vähemmistön kaikista kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista (ks. Kuvio 1, s. 44), mutta heidän päihde- ja mielenterveysongelmiinsa tulee tästä huolimatta suhtautua vakavasti. Alaikäisisissä oli suhteessa enemmän naisia kuin muissa ikäryhmissä, kun 61 % heistä oli naisia verrattuna siihen, että koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa naisten osuus oli 41 %. Alaikäiset asuivat tyypillisimmin lastensuojelulain mukaisissa asumismuodoissa, kun reilusti yli puolet heistä asui esimerkiksi lastensuojelulaitoksessa tai lastenkodissa. Näiden havaintojen perusteella ainakin yli puolet alaikäisistä palveluissa asioivista kaksoisdiagnoosiasiakkaista oli siis lastensuojelun asiakkaana ja huostaanotettuna. Todellisuudessa lastensuojelun piirissä olevien alaikäisten osuus voi olla havaittua suurempi, kun asumismuodon perusteella nähdään vain kodin ulkopuolelle sijoitetut alaikäiset. (Kuvio 7). Sijoitettujen suuri osuus kuvastaa osaltaan päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien alaikäinen kohtaamien ongelmien vakavuutta, mutta toisaalta se myös kertoo siitä, että sosiaalityö tavoittaa apua tarvitsevia nuoria.



KUVIO 7. Asumistilanne: alle 18-vuotiaat (n=36)

Noin kolmannes alaikäisistä asui vanhempiensa, sukulaistensa tai tuttaviansa luona, mikä oli enemmän kuin muissa ikäryhmissä, mutta selittynee asiakkaiden iällä. Kokonaan vailla asuntoa ei ollut yksikään alaikäinen, mutta tällä aineistolla ei voida selvittää sitä, kuinka moni nuori asui ystäviensä tai tuttaviansa luona siksi, ettei omaa asuntoa löytynyt. On siis mahdollista, että alaikäistenkin keskuudessa on omaa asuntoa vailla olevia nuoria, mutta he eivät ole kokonaan vailla asuntoa, mikä on erittäin positiivista. (Kuvio 7.)

Pääasialliselta toiminnaltaan alaikäiset olivat yleisimmin opiskelijoita, kun kolme neljäsosaa ikäryhmästä opiskeli (Kuvio 8). Tässä alaikäiset eroavat selvästi muusta aineistosta, sillä koko aineistossa opiskelijoita oli vain vajaa viidesosa (ks. Kuvio 4, s. 46). Alaikäisten suhteellisen suuri opiskelijoiden määrä selittynee sillä, että alaikäisiin lukeutuu oppivelvollisuuden piiriin kuuluvia nuoria sekä toisen asteen opiskelijoita. Noin viidesosa ikäryhmän asiainneista oli sellaisia, ettei asiakkaan pääasiallisesta toiminnasta ollut tietoa (Kuvio 8), jolloin herää kysymys, mitä viidesosa alaikäisistä kaksoisdiagnoosiasiakkaista tekee. Tähän ei kuitenkaan ole mahdollista vastata tällä aineistolla.



KUVIO 8. Pääasiallinen toiminta: alle 18-vuotiaat (n=36)

Alaikäisten päihteiden käyttö oli vahvasti alkoholi- ja kannabispainotteista, kun lähes jokainen alaikäinen oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana ja kannabista käyttäneiden osuus oli lähes kaksi kolmasosaa. Alkoholipainotteisuus näkyy myös siinä, että pelkästään alkoholia oli käyttänyt yli neljäsosa alaikäisistä, kun koko aineistossa pelkästään alkoholia käyttäneiden osuus oli vain vähän yli kymmenesosa. Sen sijaan lääkkeiden, amfetamiinin ja opioidien käyttö oli alaikäisillä selvästi koko aineistoa harvinaisempaa. Tästä huolimatta esimerkiksi lääkkeitä oli käyttänyt neljäsosa alaikäisistä ja amfetamiiniakin lähes joka viides. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Päihteiden käyttö: alaikäiset (n=36) verrattuna koko aineistoon

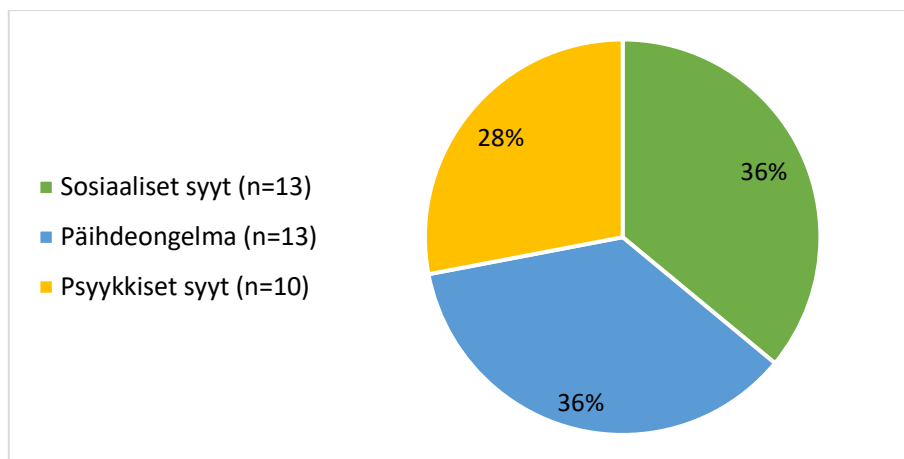
		Alle 18-vuotiaat (n=36)		Koko aineisto (n=980)	
		n	%	n	%
	Vain alkoholia	10	28	146	15
	Vain huumeita	2	6	298	30
	Kovia huumeita	9	25	594	61
	Pistänyt	1	3	477	49
	Yhteiskäyttö	20	56	729	75
Käytetyimmät päihteet	Alkoholi	34	94	682	70
	Kannabis	23	64	495	51
	Lääkkeet	9	25	367	37
	Amfetamiini	7	19	289	30
	Opioidit	1	3	339	35
	Buprenorfiini	0	0	255	26
Käytetyt päihde- yhdistelmät	Kannabis ja alkoholi	17	47	343	35
	Lääkkeet ja alkoholi	5	14	306	31
	Lääkkeet ja huumeet	2	6	273	28
	Muu huume ja alkoholi	5	14	222	23
	Kaksi tai useampi huumeaine	2	6	245	25
	Lääkkeet, alkoholi ja huumeet	5	14	267	27

Yli puolet alaikäisistä oli käyttänyt eri päihteitä samaan aikaan joskus elämänsä aikana, mutta yhteiskäyttö oli harvinaisempaa kuin koko aineistossa. Yleisin alaikäisten käyttämä päihdeyhdistelmä oli alkoholi ja kannabis, jota käytettiin tässä ikäryhmässä huomattavasti useammin kuin koko aineistossa keskimäärin (47 % vs. 35 %). Tätä päihdeyhdistelmää seurasivat alkoholi ja lääkkeet, muut huumeaineet ja alkoholi sekä kaikkien kolmen, eli lääkkeiden, alkoholin ja huumeaineiden yhteiskäyttö. Muut päihdeyhdistelmät, kuin alkoholi ja kannabis, olivat alaikäisillä harvinaisempia kuin koko aineistossa. (Taulukko 7.) Tästä huolimatta lääkkeiden, alkoholin ja huumeiden yhteiskäyttöä ilmoitettiin useamman kuin joka kymmenennen alaikäisen asioinnin kohdalla, mikä on huolestuttava havainto (vrt. Hakkarainen ym. 2019, 90). Kovien huumeiden käytöstä ilmoitettiin joka neljännen asioinnin kohdalla, mikä oli vähemmän kuin koko aineistossa, mutta silti paljon. Huumeiden pistokäyttö oli alaikäisillä sen sijaan erittäin harvinaista, joskin lähes puolet alaikäisten asioinneista oli sellaisia, ettei pistokäytöstä ollut tietoa. (Taulukko 7.) Pistokäyttö voi siis olla alaikäisillä yleisempää mitä tämä aineisto antaa ymmärtää.

Vaikka pelkästään alkoholia käyttäneiden osuus oli alaikäisillä koko aineistoa suurempi ja muiden huumeiden kuin kannabiksen käyttö harvinaisempaa, on alaikäisten joukossa myös niitä, joilla esiintyy vakavaa huumeiden käyttöä sekä useiden päihteiden samanaikaista

käyttöä. Huumeiden, alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö voi kertoa syrjäytymisestä sekä vakavasta päihdeongelmasta (Hakkarainen ym. 2019, 90), eli tähän havaintoon tulisi suhtautua vakavasti. Positiivinen havainto on kuitenkin se, että alle 18-vuotiaiden päihteiden käyttö näyttää olevan kokonaisuudessaan muuta aineistoa lievempää, jolloin siihen tulisi myös puuttua ennen käytön luisumista alkoholista ja kannabiksesta muihin huumeisiin.

Alaikäisten ensisijaiset syyt hakeutua palveluihin olivat sosiaalisiin syihin tai päihdeongelmaan liittyviä, ja näiden kahden syyn vuoksi tapahtui yhteensä noin kolme neljäsosaa ikäryhmän asioinneista (Kuvio 9). Sosiaaliset syyt liittyvät esimerkiksi asumiseen tai toimeentuloon, ja alaikäisillä nämä palvelutarpeet olivat yleisempiä kuin koko aineistossa keskimäärin, jossa sosiaalisten syiden vuoksi tapahtui vain noin kymmenesosa asioinneista (ks. Kuvio 5, s. 51). Kolmanneksi yleisin palvelutarve liittyi alaikäisillä psyykkisiin syihin, joiden vuoksi palveluihin hakeutui reilu neljäsosa alle 18-vuotiaista (Kuvio 9). Koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa psyykkisten syiden vuoksi tapahtui 35 % asioinneista (ks. Kuvio 5, s. 51), eli alaikäisillä oli muuhun aineistoon verrattuna vähemmän psyykkisistä syistä johtuvia ensisijaisia palvelutarpeita.



KUVIO 9. Ensisijaiset palvelutarpeet: alle 18-vuotiaat (n=36)

Annetut palvelut kuvastavat asiakkaiden palvelutarpeita hieman yksityiskohtaisemmin kuin ensisijaiset palveluun hakeutumisen syyt. Muun muassa yli puolet alaikäisten asioinneista oli sellaisia, että heidän päihdetilannettaan selvitettiin yhdessä ammattilaisen kanssa (Taulukko 8). Vaikka nuorista reilu kolmasosa hakeutui palveluihin ensisijaisesti päihdeongelman takia (ks. Kuvio 9), on joka toisen nuoren kanssa kuitenkin siis käyty läpi

päihdeidenkäyttöön liittyviä asioita. Päihdetilanteen selvittelyä on myös tehty alaikäisten kanssa reilusti useammin kuin koko aineistossa. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Annetut palvelut: alle 18-vuotiaat (n=36), %-osuudet

Palvelu ¹	Alle 18-vuotiaat	Koko aineisto
	(n=36) %	(n=980) %
Päihdetilanteen selvittely	53	34
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	44	39
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	44	33
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	36	25
Terapeuttinen keskustelu	33	34
Pitkäaikainen laituskuntoutus	28	10
Somaattinen tutkimus ja hoito	25	13
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden)	14	30
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen	6	17

¹ Asiakas on voinut saada montaa eri palvelua.

Toiseksi yleisimmät annetut palvelut ovat elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa avustaminen sekä psykiatrinen tutkimus ja hoito. Kun alaikäisten saamia palveluja verrataan koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistoon, ovat he saaneet suhteessa muita ikäryhmiä useammin monia eri palveluja, kuten psykiatrista sekä somaattista tutkimusta ja hoitoa, tukea elämänhallinnassa sekä pitkäaikaista laituskuntoutusta. (Taulukko 8). Pitkäaikaisessa laituskuntoutuksessa olevien suuri osuus voi tosin selittyä lastensuojeluasiakkuudella, jos lastensuojelulaitoksessa asuminen katsotaan laituskuntoutukseksi. Näyttää kuitenkin siltä, että alaikäiset saavat useita eri palveluja yhdellä asiointikerralla.

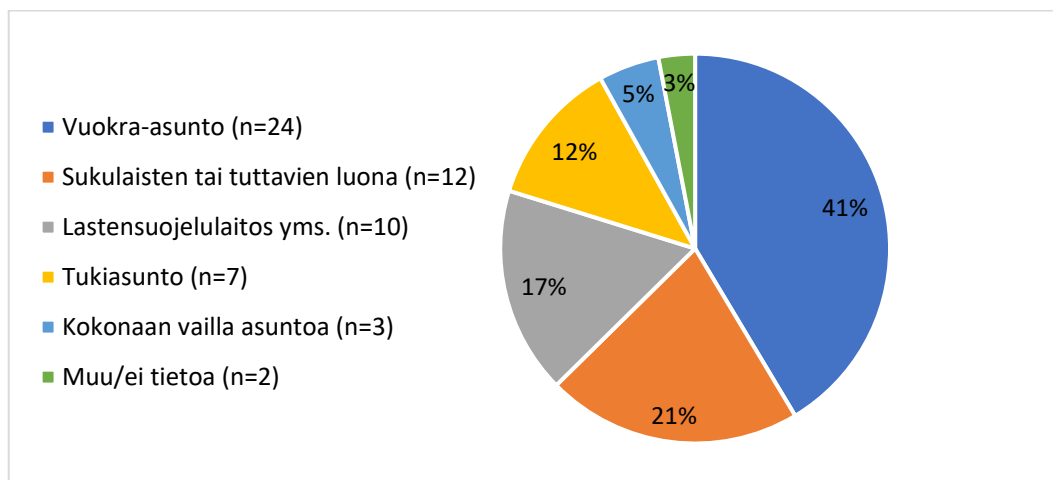
Ensisijaisiksi palvelutarpeiksi alaikäisillä kaksoisdiagnoosiasiakkailta nousivat siis sosiaaliset syyt sekä päihdeongelma, mutta annettuja palveluja tarkasteltaessa korostuu myös suuri tarve psyykkiselle tuelle ja psykiatrisille palveluille. Lähes joka toinen alaikäinen on tarvinnut psykiatrista tutkimusta tai hoitoa ja joka kolmannen kanssa on käyty terapeuttista keskustelua, eli alaikäisten päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten kanssa on syytä tarkastella päihteisiin ja sosiaaliin haasteisiin liittyvien kysymysten lisäksi myös psyykkistä hyvinvointia.

Tiivistettynä alaikäiset kaksoisdiagnoosiasiakkaat olivat todennäköisimmin naisia, opiskelijoita ja sijoitettuna kodin ulkopuolelle, eli olivat lastensuojelun asiakkaana. Alaikäisten päihdeiden käyttö vaikuttaa muuta aineistoa lievemältä, joskin silti vakavalta. Lähes jokainen

alaikäinen oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana alkoholia, mikä on enemmän kuin aineistossa keskimäärin. Myös kannabiksen käyttö oli alaikäisillä yleistä, ja alaikäiset käyttivätkin useammin alkoholia ja kannabista yhdessä kuin muut ikäryhmät. Noin neljännes alaikäisistä oli käyttänyt päihteenään pelkästään alkoholia, kun taas pelkkien huumeiden käyttö oli harvinaista. Kovia huumeita oli käyttänyt joka neljäs alaikäinen, mutta huumeiden pistokäyttö oli hyvin harvinaista. Ensisijaiset palvelutarpeet liittyivät sosiaalisiin syihin sekä päihdeongelmaan, ja yleisimpiä annettuja palveluja olivat nuoren päihdetilanteen selvittely, elämäntilanteen hallintaan liittyvissä ongelmissa avustaminen sekä psykiatrinen hoito ja tutkimus.

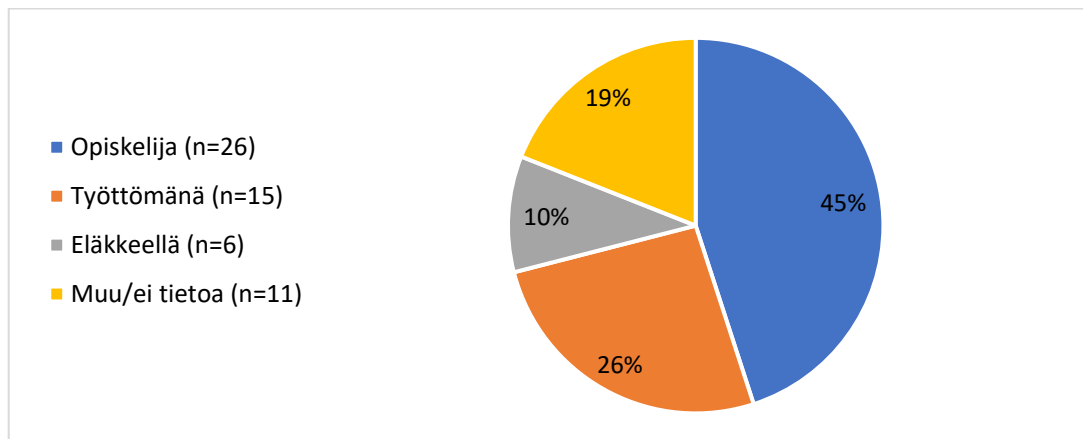
6.2 Opintoja, päihteiden runsasta yhteiskäyttöä ja psyykkisen tuen tarpeita: 18–19-vuotiaat

Toinen tarkastelun kohteena oleva asiakasryhmä olivat juuri täysi-ikäistyneet, eli 18–19-vuotiaat nuoret (n=56). Alaikäisten tavoin myös 18–19-vuotiaiden sukupuolijakauma erosi koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistosta siten, että he olivat useammin naisia kuin miehiä. 18–19-vuotiaista 54 % oli naisia, kun koko aineistossa naisten osuus oli 41 % (Kuvio 2, s. 45). Ikäryhmän nuoret asuivat yleisimmin vuokralla tai vanhempiensa, sukulaistensa taikka tuttaviensa luona. Vajaa viidesosa asui lastensuojelulain mukaisissa asumismuodoissa, mikä johtunee siitä, että ikäryhmään kuuluu juuri täysi-ikäistyneitä nuoria, jolloin alaikäisenä lastensuojelulaitoksissa tai muussa vastaavassa asuneet eivät ole vielä muuttaneet omilleen tai ovat siirtyneet jälkihuollon asiakkaiksi. Vuokra-asuminen oli tässä ikäryhmässä yleistä, joskin vielä harvinaisempaa kuin koko aineistossa. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Asumistilanne: 18–19-vuotiaat (n=58)

Pääasiallisen toiminnan osalta lähes puolet 18–19-vuotiaista nuorista opiskeli, työttömänä oli joka neljäs ja eläkkeellä joka kymmenes ikäryhmästä (Kuvio 11). Vaikka eläkkeellä on lukumääräisesti vain kuusi nuorta, on se siitä huolimatta paljon. Eläkkeellä olevien määrä herättää myös kysymyksiä siitä, kuinka nuorten päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien toimintakykyä onnistutaan tukemaan. Toki on mahdollista, että eläkkeelle siirtyminen johtuu täysin muista syistä kuin päihdeistä tai mielenterveysongelmista, ja tällaisia syitä voisivat olla esimerkiksi hermoston tai tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Tällä aineistolla ei kuitenkaan pystytä selvittämään sitä, miksi nuoret päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät siirtyvät eläkkeelle tai miksi eläkkeelle muista syistä siirtyneet nuoret kärsivät päihde- ja mielenterveysongelmista.



KUVIO 11. Pääasiallinen toiminta: 18–19-vuotiaat (n=58)

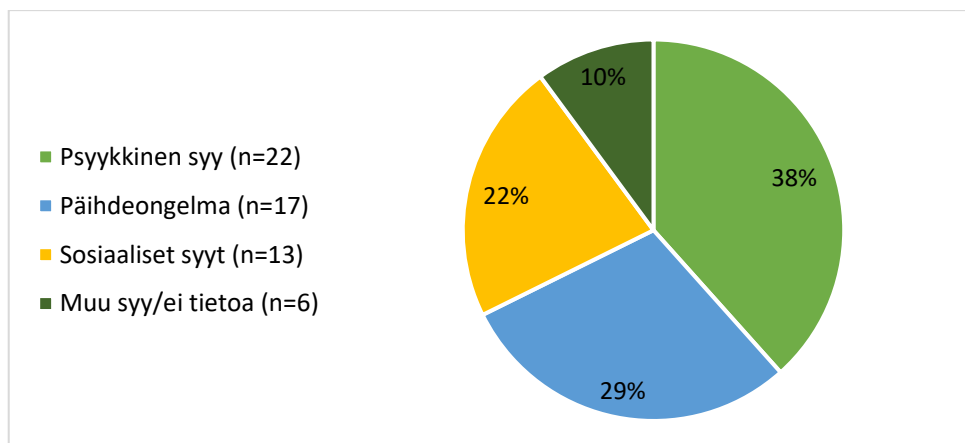
18–19-vuotiaiden päihteiden käyttöä kuvastaa runsas yhteiskäyttö, kun jopa neljä viidestä ikäryhmän nuoresta oli käyttänyt vähintään kahta eri päihdettä samaan aikaan viimeisen vuoden aika. Tämä on selvästi enemmän kuin koko aineistossa. Huomionarvoista on myös se, että 18–19-vuotiailla pelkän alkoholin käyttö oli huomattavasti harvinaisempaa kuin koko aineistossa, mikä vahvistaa käsitystä päihteiden runsaasta yhteiskäytöstä. Toisaalta pelkkien huumeiden käyttö oli 18–19-vuotiailla kolme kertaa yleisempää kuin pelkän alkoholin käyttö, mikä antaisi viitteitä siitä, että ikäryhmän nuoret käyttävät joko alkoholia ja muita päihteitä yhtä aikaa tai sitten he käyttävät pelkästään huumeita. Pistokäyttö ja kovien huumeiden käyttäminen olivat ikäryhmässä harvinaisempia kuin aineistossa keskimäärin, mutta tästä huolimatta kovia huumeita oli käyttänyt 43 % ikäryhmästä ja pistämällä huumeita oli käyttänyt useampi kuin joka neljäs. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Päihteiden käyttö: 18–19-vuotiaat (n=58) verrattuna koko aineistoon

		18–19-vuotiaat (n=58)		Koko aineisto (n=980)	
		n	%	n	%
	Vain alkoholia	5	9	146	15
	Vain huumeita	16	28	298	30
	Kovia huumeita	25	43	594	61
	Pistänyt	16	28	477	49
	Yhteiskäyttö	47	83	729	75
Käytetyimmät päihteet	Alkoholi	42	72	682	70
	Kannabis	42	72	495	51
	Lääkkeet	19	33	367	37
	Amfetamiini	13	22	289	30
	Opioidit	12	21	339	35
	Buprenorfiini	10	17	255	26
Käytetyt päihde- yhdistelmät	Kannabis ja alkoholi	25	43	343	35
	Lääkkeet ja alkoholi	18	31	306	31
	Lääkkeet ja huumeet	14	24	273	28
	Muu huume ja alkoholi	8	14	222	23
	Kaksi tai useampi huumeaine	12	21	245	25
	Lääkkeet, alkoholi ja huumeet	11	19	267	27

Runsas yhteiskäytön lisäksi 18–19-vuotiaiden päihteidenkäytössä on poikkeavaa se, että kannabiksen käyttö oli asiakasryhmässä yhtä yleistä kuin alkoholin käyttö. Koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa alkoholia oli käytetty selvästi enemmän kuin kannabista, eli kannabiksen kulutus vaikuttaa olevan 18–19-vuotiailla poikkeavan suurta. Lääkkeitä oli käyttänyt päihtymistarkoituksessa joka neljäs 18–19-vuotias ja amfetamiinia, opioideja sekä buprenorfiinia kutakin noin joka viides ikäryhmästä. Vaikka kannabis onkin ikäryhmän yleisimmin käyttämä huumeaine, ei huumeiden käyttö siis rajaudu pelkästään siihen. On kuitenkin syytä huomata, että lääkkeiden, amfetamiinin, opioidien ja buprenorfiinin käyttö oli ikäryhmässä harvinaisempaa kuin koko aineistossa. (Taulukko 9.)

18–19-vuotiaiden ensisijaiset palvelutarpeet painottuivat psyykkisiin syihin, sillä yli kolmasosa ikäryhmän asioinneista tapahtui ensisijaisesti psyykkisten syiden takia. Tämä on hiekan enemmän kuin aineistossa keskimäärin (38 % vs. 35 %). Toiseksi yleisin palvelutarve liittyi päihdeongelmaan, jonka vuoksi palveluihin hakeutui reilu neljäsosa 18–19-vuotiaista. Sosiaaliset syyt tulivat tässä ikäryhmässä vasta kolmantena, kun joka viides asiointi tapahtui ensisijaisesti sosiaalisiin syihin liittyen. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Ensisijaiset palvelutarpeet: 18–19-vuotiaat (n=58)

Yleisimmin 18–19-vuotiaat saivat palveluissa asioidessaan tukea elämänhallintaan liittyviin ongelmiin. Vajaa puolet asioinneista koski psykiatrasta tutkimusta sekä hoitoa ja lähes yhtä suuri osuus asioinneista liittyi terapeuttiseen keskusteluun. Selvästi yleisimpänä ensisijaisena palvelutarpeena näyttäytynyt psyykkisen tuen tarve ilmenee siis myös nuorille annetuissa palveluissa. Päihteiden käyttöön liittyvää selvittelyä oli tehty lähes joka toisen nuoren kanssa, ja reilu kolmasosa tarvitsi avustusta joidenkin muiden sosiaalisten ongelmien kuin toimeentuloturvan tai asumisen kanssa. (Taulukko 10.) Annetut palvelut noudattavat tässä ikäryhmässä hyvin ensisijaisia palveluihin hakeutumisen syitä, eli 18–19-vuotiailla korostuivat psyykkisen tuen tarpeet sekä tarve päihdeongelman selvittelyyn.

TAULUKKO 10. Annetut palvelut: 18–19-vuotiaat (n=58), %-osuudet

Palvelu ¹	18–19-vuotiaat (n=58)	Koko aineisto (n=980)
	%	%
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	57	39
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	45	33
Päihdetilanteen selvittely	43	34
Terapeutin keskustelu	43	34
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	35	25
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden)	29	30
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen	22	17
Somaattinen tutkimus ja hoito	19	13
Pitkäaikainen laitostuntoutus	14	10

¹ Asiakas on voinut saada montaa eri palvelua.

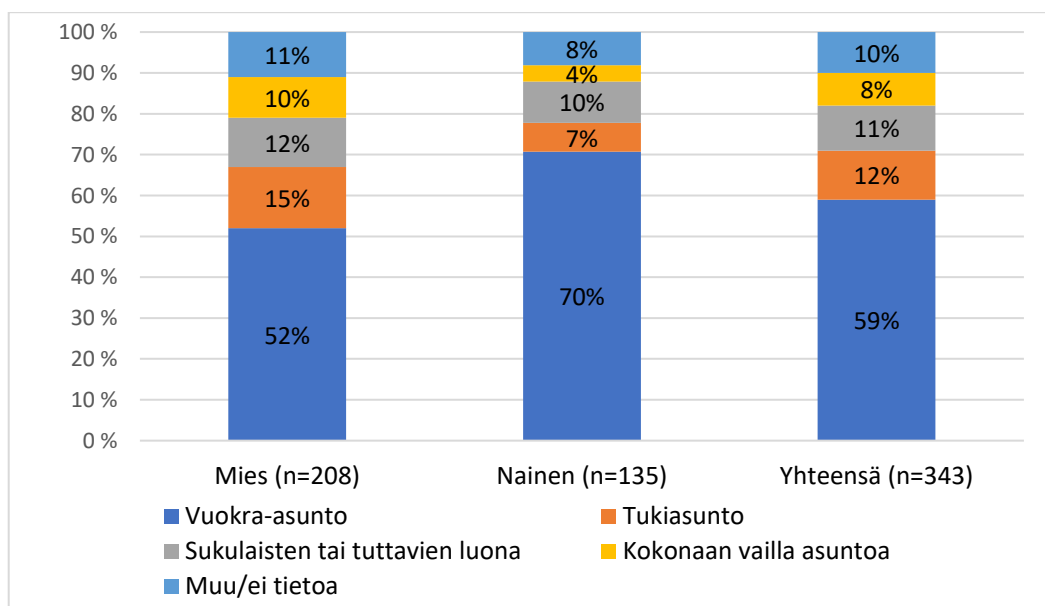
Tiivistettynä 18–19-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat siis todennäköisimmin naisia, opiskelijoita ja asuvat vuokralla. Eläkkeellä oli joka kymmenes 18–19-vuotias, mikä on huolestuttava tulos ottaen huomioon asiakkaiden nuoren iän, vaikka lukumääräisesti eläkkeellä

olikin alle kymmenen nuorta. 18–19-vuotiaiden päihteiden käyttöä leimaa runsas yhteiskäyttö sekä kannabiksen suhteellisen suuri kulutus. Yleisimmin ikäryhmän nuoret hakeutuivat palveluihin psyykkisten syiden takia, ja myös annetuissa palveluissa korostuvat psyykkiseen tukeen ja psykiatriseen hoitoon liittyvät palvelut.

6.3 Työttömyyttä, opintoja ja huumeiden käytön lisääntymistä: 20–24-vuotiaat

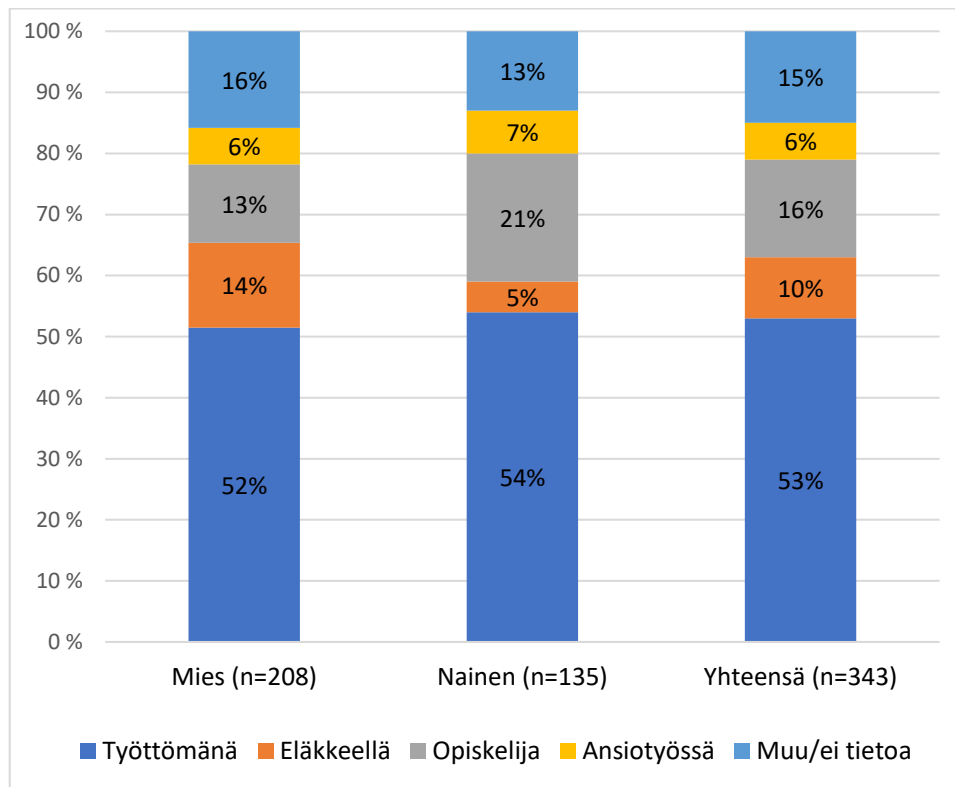
20–24-vuotiaat (n=345) muodostavat reilun kolmanneksen koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistosta (ks. Kuvio 1, s. 44), ja tästä ikäryhmästä miehiä oli noin 61 %, mikä on hieman enemmän kuin aineistossa keskimäärin. Koska tämä asiakasryhmä on kooltaan suuri, teen ikäryhmässä myös sukupuolittaista tarkastelua muuttujakokonaisuuksittain.

Yleisimmin 20–24-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat asuivat vuokralla, tukiasunnossa tai sukulaisten taikka tuttavien luona. Vajaa kymmenesosa ikäryhmästä oli kokonaan vailla asuntoa. Sukupuolten välillä on tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,008$) asumistilanteessa siten, että naisista lähes kolme neljäsosaa asui vuokralla, kun miehistä vain noin puolet. Miehet puolestaan asuivat yli kaksi kertaa useammin tukiasunnossa kuin naiset (15 % vs. 7 %) ja miehet olivat myös yli kaksi kertaa useammin kokonaan vailla asuntoa (10 % vs. 4 %). (Kuvio 13.) Näyttää siis siltä, että 20–24-vuotiailla päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä miehillä on ikäryhmän naisia useammin haasteita asumisessa.



KUVIO 13. Asumistilanne sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet

Yli puolet 20–24-vuotiaista oli työttömänä ja reilu kymmenesosa opiskeli. Eläkkeellä oli joka kymmenes ikäryhmästä ja ansiotyössä vajaa kymmenesosa. Työttömänä ja eläkkeellä oleminen oli siis todennäköisempää kuin ansiotyössä oleminen. 20–24-vuotiaiden asiakasryhmässä sukupuolten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,049$) pääasiallisessa toiminnassa. Naiset olivat selvästi miehiä useammin opiskelemaisissa (21 % vs. 13 %), kun taas miehet olivat puolestaan lähes kolme kertaa naisia useammin eläkkeellä (14 % vs. 5 %). (Kuvio 14.) 20–24-vuotiailla miehillä vaikuttaa siis olevan asumisen lisäksi haasteita myös toimintakyvyn ylläpidossa, kun he olivat lähes kolme kertaa useammin eläkkeellä ikäryhmän naisiin verrattuna. Tämä on asia, johon on syytä kiinnittää huomiota 20–24-vuotiaiden miesten palveluissa.



KUVIO 14. Pääasiallinen toiminta sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet

20–24-vuotiaiden päihteiden käyttöä kuvastaa alkoholin, kannabiksen, lääkkeiden ja opioidien käyttö. Alkoholin ja kannabiksen käyttö oli ikäryhmässä hieman yleisempää kuin aineistossa keskimäärin, mutta tämän lisäksi ikäryhmässä käytetään myös lääkkeitä ja buprenorfiinia hieman enemmän kuin koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa. 20–24-vuotiaiden päihteiden käytön painopiste vaikuttaa siis olevan siirtymässä alle 20-vuotiaille tyypillisestä alkoholi- ja kannabispainotteisesta käytöstä muihin huumeisiin,

kuten lääkkeisiin ja opioideihin. Tästä havainnosta huolimatta alkoholin ja kannabiksen käyttö oli edelleen yleistä, kun viimeisen vuoden aikana lähes kolme neljäsosaa 20–24-vuotiaista oli käyttänyt alkoholia ja yli puolet kannabista. Lääkeitä oli käyttänyt päihtymistarkoituksessa yli kolmasosa ikäryhmästä, opioideja joka kolmas ja amfetamiinia lähes kolmasosa. Vakavasta päihteiden käytöstä kertovaa lääkkeitä, huumeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä ilmoitettiin joka neljännen asioinnin kohdalla. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Päihteiden käyttö: 20–24-vuotiaat (n=345) verrattuna koko aineistoon

		20–24-vuotiaat (n=345)		Koko aineisto (n=980)	
		n	%	n	%
	Vain alkoholia	41	12	146	15
	Vain huumeita	93	27	298	30
	Kovia huumeita	211	61	594	61
	Pistänyt	160	47	477	49
	Yhteiskäyttö	262	77	729	75
Käytetyimmät päihteet	Alkoholi	252	73	682	70
	Kannabis	189	55	495	51
	Lääkkeet	131	38	367	37
	Amfetamiini	101	29	289	30
	Opioidit	119	35	339	35
	Buprenorfiini	97	28	255	26
Käytetyt päih- deyhdistelmät	Kannabis ja alkoholi	125	36	343	35
	Lääkkeet ja alkoholi	103	30	306	31
	Lääkkeet ja huumeet	93	27	273	28
	Muu huume ja alkoholi	85	25	222	23
	Kaksi tai useampi huumeaine	82	24	245	25
	Lääkkeet, alkoholi ja huumeet	90	26	267	27

20–24-vuotiaiden päihteiden käytössä on tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä. Naisten huumeiden käyttö näyttöytyi tässä ikäryhmässä kovempaan kuin miesten, sillä naiset käyttivät ikäryhmän miehiä useammin kovia huumeita ($p=0,015$) ja he myös käyttivät miehiä useammin huumeita pistämällä ($p=0,002$). Toisaalta naiset käyttivät lähes kaksi kertaa miehiä useammin pelkästään alkoholia ($p=0,019$), eli ikäryhmän naisista erottui sekä kovia huumeita käyttävien joukko että pelkkää alkoholia käyttävien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden alaryhmä. Tästä huolimatta naisten päihteiden käyttö on usean muuttujan kohdalla vakavampaa kuin miehillä, ja myös muun muassa opioidien ($p=0,002$) ja buprenorfiinin ($p=0,001$) käyttö oli naisilla yleisempää. Ikäryhmän miehet käyttivät puolestaan naisia useammin kannabista ($p=0,004$) sekä alkoholia ja kannabista yhtä aikaa ($p=0,030$). Alkoholi ja kannabis

oli myös selvästi yleisin päihdeyhdistelmä miehillä, kun taas naiset käyttivät eri päihdeyhdistelmiä huomattavasti tasaisemmin. Naisilla hieman muita päihdeyhdistelmiä yleisemmäksi nousee lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Päihteiden käyttö sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343)

		Mies (n=208)		Nainen (n=135)		Yhteensä (n=343)	
		n	%	n	%	n	%
	Vain alkoholia*	18	9	23	17	41	12
	Vain huumeita	56	27	36	27	92	27
	Kovia huumeita*	116	56	93	69	209	61
	Pistänyt**	84	41	75	56	159	47
	Yhteiskäyttö	158	77	102	76	260	77
Käytetyt päihteet	Alkoholi	152	73	99	73	251	73
	Kannabis**	127	61	61	45	188	55
	Lääkkeet	79	38	52	39	131	38
	Amfetamiini	56	27	45	33	101	29
	Opioidit**	58	28	60	44	118	34
	Buprenorfiini**	45	22	52	39	97	28
Käytetyt päihde- yhdistelmät	Kannabis ja alkoholi*	84	40	39	29	123	36
	Lääkkeet ja alkoholi	63	30	40	30	103	30
	Lääkkeet ja huumeet	50	24	43	32	93	27
	Muu huume ja alkoholi	51	25	33	24	84	25
	Kaksi tai useampi huumeaine	44	21	37	27	81	24
	Lääkkeet, alkoholi ja huumeet	49	24	41	30	90	26

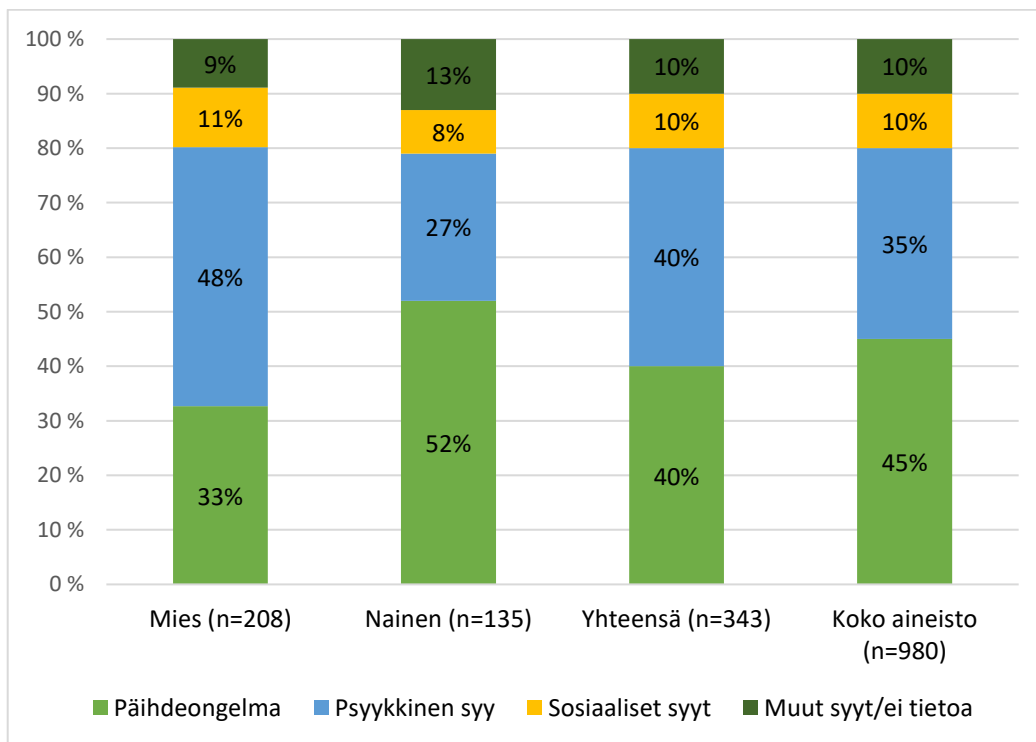
*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

20–24-vuotiaat hakeutuivat palveluihin ensisijaisesti päihdeongelman ja psyykkisten syiden takia, jotka kattoivat yhdessä noin neljä viidesosaa ensisijaisista palvelutarpeista. Psyykkiset syyt olivat tässä ikäryhmässä yleisempiä kuin koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa (40 % vs. 35 %), eli 20–24-vuotiaat vaikuttavat tarvitsevan suhteessa useammin psyykkistä tukea. Sukupuolten välillä on tilastollisesti merkitsevä ero ensisijaisissa palveluihin hakeutumisen syissä (p=0,000). Miehet hakeutuivat palveluihin psyykkisten syiden takia huomattavasti useammin kuin naiset (48 % vs. 27 %), eli miehet hakivat apua psyykkisiin ongelmiin lähes kaksi kertaa naisia useammin. Myös sosiaalisten syiden takia asioiminen oli miehillä yleisempää kuin naisilla (11 % vs. 8 %), kun taas naiset hakeutuivat palveluihin selvästi miehiä useammin päihdeongelman takia (52 % vs. 33 %). (Kuvio 15.)

Se, miksi naisten ensisijainen palvelutarve on huomattavasti miehiä useammin päihdeongelma, selittynee osittain naisten miehiä rankemmalla päihteiden käytöllä. Naiset pistivät ja käyttivät kovia huumeita tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin miehet, ja myös opioidien käyttö oli naisilla tilastollisesti merkitsevästi miehiä yleisempää (ks. Taulukko 12). On siis ymmärrettävää, että myös ensisijaiset palvelutarpeet liittyivät naisilla päihdeongelmaan miehiä useammin. 20–24-vuotiaat miehet tarvitsivat tukea psyykkisissä ongelmissa selvästi enemmän kuin koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden aineistossa keskimäärin (48 % vs. 35 %). (Kuvio 15.) Se, miksi tämän ikäryhmän miehet tarvitsivat muuta aineistoa useammin psyykkistä tukea, olisi tärkeää selvittää jatkotutkimuksissa. On mahdollista, että psyykkisen tuen tarve heijastuu jollain tavoin miesten aikaisemmin havaittuihin haasteisiin asumisessa sekä siihen, että miehet olivat naisia useammin eläkkeellä.



KUVIO 15. Ensisijaiset palvelutarpeet sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet

Kun tutkitaan ikäryhmän palvelutarpeita tarkemmin heidän saamiensa palvelujen kautta, havaitaan, että elämänhallinnan tukeminen nousee koko ikäryhmän yleisimmäksi saamaksi palveluksi. Toiseksi yleisin 20–24-vuotiaiden saama palvelu oli psykiatrinen tutkimus ja hoito, ja kolmanneksi yleisimmiksi he saivat terapeuttista keskustelutukea. Päihdetilanteen selvittely oli vasta neljänneksi yleisin annetuista palveluista, kun reilun kolmasosan kanssa oli selvitty päihdetilannetta. (Taulukko 13.) Annettuja palveluja tarkastelemalla saadaan siis selville,

että ensisijaisten palvelutarpeiden taustalla on myös tässä ikäryhmässä monimuotoinen palvelutarpeiden kirjo.

TAULUKKO 13. Annetut palvelut: 20–24-vuotiaat (n=345), %-osuudet

Palvelu ¹	20–24-vuotiaat	Koko aineisto
	(n=345) %	(n=980) %
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	44	39
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	38	33
Terapeuttinen keskustelu	38	34
Päihdetilanteen selvittely	37	34
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden)	32	30
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	29	25
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen	21	17
Somaattinen tutkimus ja hoito	14	13
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	13	20
Pitkäaikainen laituskuntoutus	9	10

¹ Asiakas on voinut saada montaa eri palvelua.

Sukupuolittain tarkasteltuna miehet olivat saaneet naisia huomattavasti useammin psykiatrista tutkimusta ja hoitoa (47 % vs. 24 %), lääkehoitoa esimerkiksi psykiatrisiin tai somaattisiin sairauksiin (38 % vs. 22 %) sekä apua toimeentuloturva-asioiden selvittelyssä (25 % vs. 14 %). Miesten palvelutarpeet olivat siis naisia useammin psykiatrisia ja toimeentuloturvaan liittyviä. Naiset olivat puolestaan saaneet miehiä useammin apua päihdetilanteen selvittelyssä (41 % vs. 33 %) ja he olivat myös lähes kaksi kertaa miehiä useammin korvaushoidossa (19 % vs. 10 %). (Taulukko 14.)

Vaikka naiset olivat hakeneet miehiä useammin apua päihdeongelmaan liittyen (ks. Kuvio 15), oli heilläkin runsaasti elämänhallintaan liittyviä tuen tarpeita ja noin neljäsosa oli tarvinnut psykiatrista tutkimusta tai hoitoa (Taulukko 14). Lisäksi on tärkeää havaita, että vaikka miehet hakivat naisia useammin apua psyykkisiin ongelmiin (ks. Kuvio 15), olivat naiset kuitenkin saaneet palveluissa terapeuttista keskustelutukea hieman miehiä useammin (Taulukko 14). Naisillakin oli siis tarvetta psyykkiseen sekä sosiaaliseen tukeen, mutta ilmeisesti päihdeongelma oli heillä se akuutein syy hakeutua sosiaali- ja terveystalouteen. Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että ikäryhmän tuen tarpeet ovat ensisijaisesti elämänhallintaan liittyviä, mutta miehillä elämänhallinnan ongelmat liittyisivät enemmän psyykkisiin syihin ja naisilla päihdeongelmaan.

TAULUKKO 14. Annetut palvelut sukupuolittain: 20–24-vuotiaat (n=343), %-osuudet

Palvelu	Mies	Nainen	Yhteensä
	(n=208)	(n=135)	(n=343)
	%	%	%
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	45	41	43
Psykiatrinen tutkimus ja hoito***	47	24	38
Terapeuttinen keskustelu	37	39	38
Päihdetilanteen selvittely	33	41	36
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuus)**	38	22	32
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	30	28	29
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen*	25	14	20
Somaattinen tutkimus ja hoito	15	10	13
Opioidiriippuvuuden korvaushoito*	10	19	13
Pitkäaikainen laitostuntoutus	10	8	9

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

Tiivistettynä 20–24-vuotiaat päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät naiset olivat ikäryhmän miehiä useammin opiskelemassa ja asuivat useammin vuokralla. 20–24-vuotiailla naisilla korostui opioidien ja kovien huumeiden käyttö sekä huumeiden pistokäyttö, eli päihdeprofiili näyttää miehiä vakavammalta. Naisten ensisijaiset palvelutarpeet liittyivät päihdeongelmaan, ja he olivat saaneet yleisimmin tukea päihdetilanteen selvittelyssä sekä elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa. Päihdetilanteen selvittely ja opioidikorvaushoito olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä.

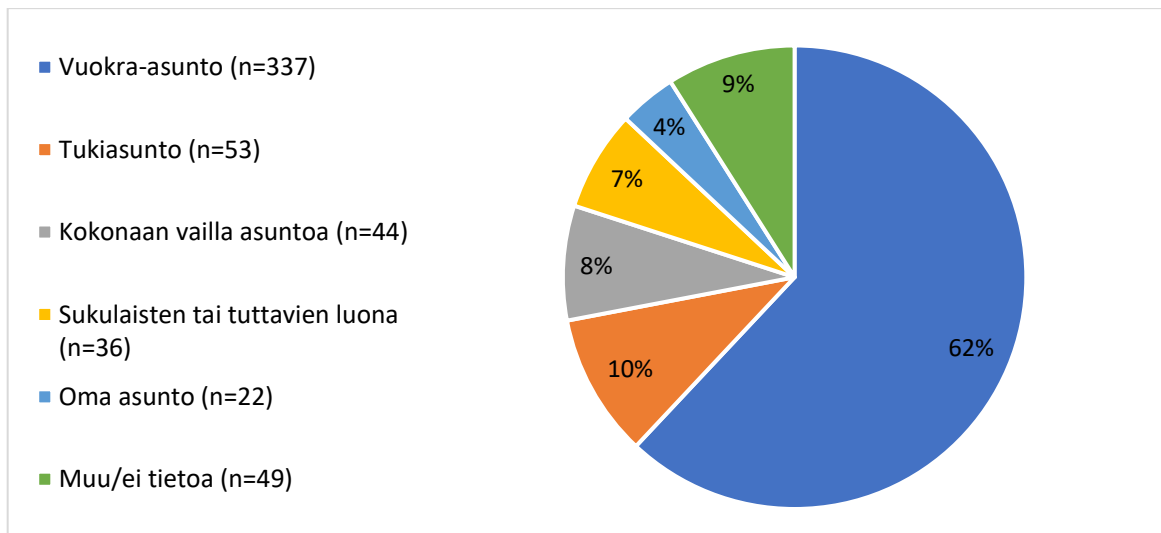
Ikäryhmän miehet asuivat naisia harvemmin vuokralla. Sen sijaan tukiasuminen ja asunottomuus oli miehillä naisia yleisempää, eli ikäryhmän miehillä näyttää olevan naisia useammin haasteita asumisessa. Ikäryhmän miehet olivat myös kolme kertaa naisia useammin eläkkeellä. Miesten päihteidenkäyttöprofiili näyttäytyy lievempänä kuin ikäryhmän naisilla. Miesten päihteiden käyttö painottuu alkoholiin ja kannabikseen, joita miehet myös käyttivät usein yhtä aikaa. Sen sijaan lääkkeiden, amfetamiinin, opioidien ja buprenorfiinin käyttö oli harvinaisempaa kuin naisilla. 20–24-vuotiaiden miesten palvelutarpeet painottuivat vahvasti psyykkisiin ongelmiin, kun puolet miehistä oli asioinut sosiaali- ja terveyspalveluissa ensisijaisesti psyykkisten syiden takia. Annettujen palvelujen tarkastelu paljastaa, että ikäryhmän miehistä lähes joka toinen oli saanut psykiatrasta hoitoa, mikä on noin kaksi kertaa enemmän kuin ikäryhmän naisilla. Tarve elämänhallinnan tukemiselle oli miehillä lähes yhtä yleistä kuin psykiatrisen tuen tarve.

Tiivistettynä 20–24-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat useimmin miehiä, työttömiä ja asuvat yleisimmin vuokralla tai tukiasunnoissa, ja suuret sukupuolierot ovat ikäryhmälle ominaisia. Asunnottomuutta esiintyy lähes kymmenesosalla ikäryhmästä. Opiskelijoiden osuus on alle 20-vuotiaisiin verrattuna vähäinen. Päihteiden käyttö on liukumassa alkoholin ja kannabiksen käytöstä muihin huumausaineisiin, kun ikäryhmän nuoret käyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin pelkästään huumausaineita kuin pelkästään alkoholia, ja kovien huumeiden käyttö sekä päihteiden yhteiskäyttö oli yleistä. 20–24-vuotiaiden ensisijaiset palvelutarpeet keskittyivät päihdeongelmaan ja psyykkisiin syihin, joskin annettuja palveluja tarkasteltaessa käy ilmi, että elämänhallinnan ongelmat sekä sosiaaliset haasteet olivat ikäryhmässä myös hyvin yleisiä. 20–24-vuotiaat tarvitsevat siis tämän tutkimuksen valossa eniten apua psyykkisiin haasteisiin ja päihdeongelmaan, ja tarkemmin tarpeet näyttäytyvät erilaisina tuen tarpeina elämänhallinnan ongelmissa ja keskustelutarpeena.

6.4 Työttömyyttä ja huumausaineiden käyttöä: 25–29-vuotiaat

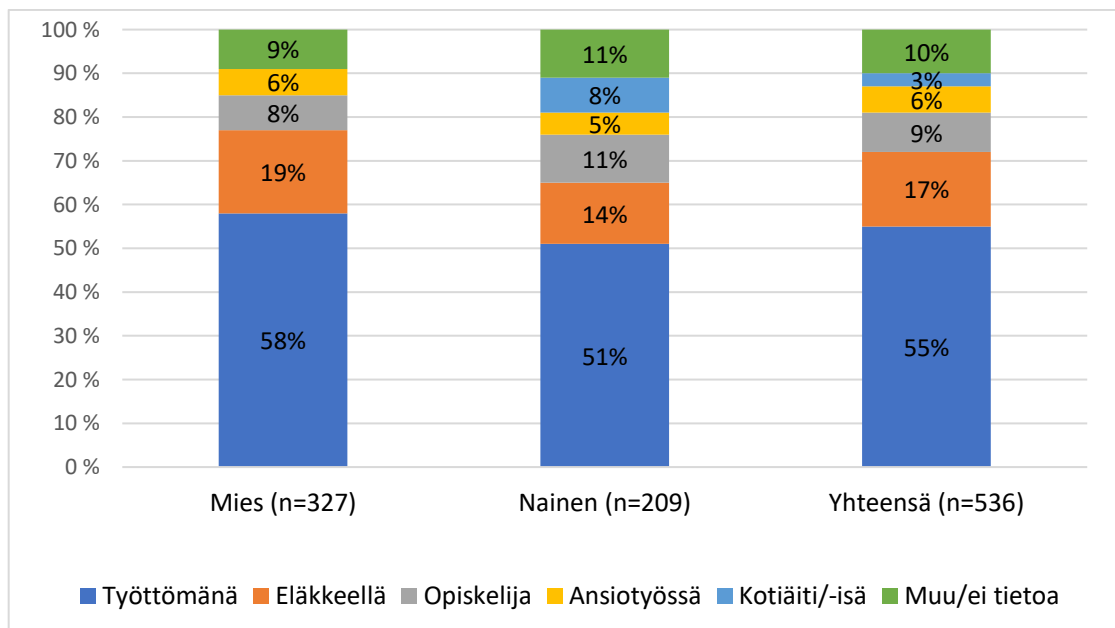
Viimeisenä tarkastelen 25–29-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmää (n=541), joka edustaa yli puolta kaikista nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asioinneista. Ikäryhmästä 61 % oli miehiä, mikä on hieman enemmän kuin aineistossa keskimäärin. Koska asiakasryhmä on kooltaan suuri, teen tässä asiakasryhmässä sukupuolittaista tarkastelua jokaisessa muuttujakokonaisuudessa.

Yli puolet 25–29-vuotiaista kaksoisdiagnoosiasiakkaista asui vuokralla ja kymmenesosa tukiasunnoissa. Hieman alle kymmenesosa oli kokonaan vailla asuntoa, ja tässä ikäryhmässä asunnottomuus oli jopa yleisempää kuin sukulaisten ja tuttavien luona tai omassa asunnossa asuminen. 25–29-vuotias kaksoisdiagnoosiasiakas oli siis todennäköisemmin asunnottomana kuin asui sukulaisten tai tuttavien luona taikka omistusasunnossa, mikä on huolestuttava havainto. (Kuvio 16.) Sukupuolten välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa asumismuodoissa ($p=0,274$).



KUVIO 16. Asumistilanne: 25–29-vuotiaat (n=541)

Pääasialliselta toiminnaltaan 25–29-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat olivat pääasiassa joko työttömänä tai eläkkeellä. Opiskelemassa oli enää vajaa kymmenesosa, eli opiskelu on ikäryhmässä harvinaisempaa kuin aineistossa keskimäärin (9 % vs. 16 %). Runsaan työttömyyden lisäksi huolestuttavaa on eläkkeelle siirtyneiden suhteellisen suuri osuus, kun puhumme kuitenkin alle 30-vuotiaista nuorista aikuisista. Sukupuolten välillä on tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,000$) pääasiallisessa toiminnassa siten, että 25–29-vuotiaat miehet olivat saman ikäisiä naisia todennäköisemmin työttömänä tai eläkkeellä ja naiset miehiä todennäköisemmin opiskelemassa tai kotona hoitamassa lapsia. (Kuvio 17.)



KUVIO 17. Pääasiallinen toiminta sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet

25–29-vuotiaiden päihteiden käyttöä kuvastaa huumausainepainotteisuus. Ikäryhmän nuoret käyttivät alkoholia sekä kannabista vähemmän ja opioideja, amfetamiinia sekä muita päihteitä enemmän kuin muut ikäryhmät. Kannabista oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana enää alle puolet ikäryhmästä, mikä on selvästi vähemmän kuin aineistossa keskimäärin. Myös alkoholin käyttö oli huomattavasti harvinaisempaa kuin koko aineistossa, ja 25–29-vuotiaat käyttivätkin kaksi kertaa useammin pelkästään huumeita kuin pelkästään alkoholia. Pelkkien huumeiden käyttö oli myös yleisempää kuin koko aineistossa keskimäärin. Kovia huumeita oli käyttänyt lähes kaksi kolmasosaa ikäryhmästä, ja 25–29-vuotiaat käyttivätkin kaikista asiakasryhmistä useimmin kovia huumausaineita. Myös pistokäyttö oli muuta aineistoa yleisempää (56 % vs. 49 %). (Taulukko 15.) Näiden tulosten mukaan 25–29-vuotiaiden päihteiden käyttö on siirtynyt alkoholi- ja kannabispainotteisesta käytöstä muiden huumeiden käyttöön.

TAULUKKO 15. Päihteiden käyttö: 25–29-vuotiaat (n=541) verrattuna koko aineistoon

		25–29-vuotiaat (n=541)		Koko aineisto (n=980)	
		n	%	n	%
	Vain alkoholia	90	17	146	15
	Vain huumeita	187	35	298	30
	Kovia huumeita	349	65	594	61
	Pistänyt	300	56	477	49
	Yhteiskäyttö	400	75	729	75
Käytetyimmät päihteet	Alkoholi	354	65	682	70
	Kannabis	241	45	495	51
	Lääkkeet	208	38	367	37
	Amfetamiini	168	31	289	30
	Opioidit	207	38	339	35
	Buprenorfiini	148	27	255	26
Käytetyt päihde- yhdistelmät	Kannabis ja alkoholi	176	33	343	35
	Lääkkeet ja alkoholi	180	33	306	31
	Lääkkeet ja huumeet	164	30	273	28
	Muu huume ja alkoholi	124	23	222	23
	Kaksi tai useampi huumausaine	149	28	245	25
	Lääkkeet, alkoholi ja huumeet	161	30	267	27

Eri päihteitä oli käyttänyt yhtä aikaa joskus elämässään kolme neljäsosaa ikäryhmästä, mikä on toiseksi vähiten koko aineistossa. 25–29-vuotiailla yhteiskäyttö oli kuitenkin muista ikäryhmistä poiketen monipuolista siten, ettei mikään yksittäinen päihdeyhdistelmä noussut yleisimmäksi, vaan eri päihdeyhdistelmiä oli käytetty hyvin tasaisesti. Esimerkiksi alkoholi

ja kannabis, joka oli nuoremmissa ikäryhmissä yleisin päihdeyhdistelmä, oli 25–29-vuotiailla yhtä yleinen kuin lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö. Lähes kolmasosa ikäryhmästä oli myös käyttänyt lääkkeitä, alkoholia ja huumeita yhtä aikaa, mikä on enemmän kuin koko aineistossa keskimäärin. (Taulukko 15.)

Sukupuoli on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä kannabiksen käyttöön ($p=0,000$) sekä alkoholin ja kannabiksen yhteiskäyttöön ($p=0,000$) siten, että miehet käyttivät selvästi naisia useammin kannabista ja myös alkoholia ja kannabista yhtä aikaa. Alkoholi ja kannabis oli lisäksi miesten yleisimmin käyttämä päihdeyhdistelmä, kun naiset käyttivät yleisimmin alkoholia ja lääkkeitä. (Taulukko 16.) Tässä ikäryhmässä naisten päihteen käyttö ei näyttäydä tilastollisesti merkitsevästi miehiä vakavampana, toisin kuin 20–24-vuotiailla.

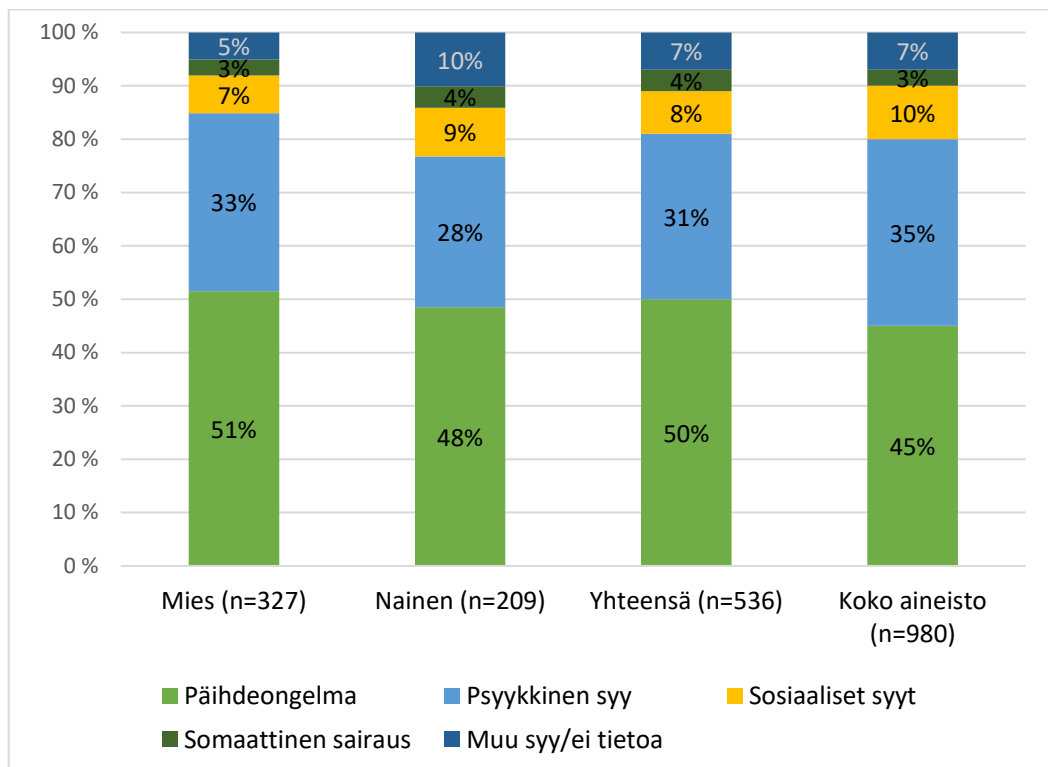
TAULUKKO 16. Päihteen käyttö sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536)

		Mies (n=327)		Nainen (n=209)		Yhteensä (n=536)	
		n	%	n	%	n	%
	Vain alkoholia	60	18	30	14	90	17
	Vain huumeita	103	32	83	40	186	35
	Kovia huumeita	204	62	140	67	344	64
	Pistänyt	173	53	122	59	295	56
	Yhteiskäyttö	250	77	145	72	395	75
Käytetyt päihteen	Alkoholi	224	69	126	60	350	65
	Kannabis***	166	51	72	34	238	44
	Läkkeet	125	38	80	38	205	38
	Amfetamiini	106	32	58	28	164	31
	Opioidit	119	36	84	40	203	38
	Buprenorfiini	83	25	62	30	145	27
Käytetyt päihde- yhdistelmät	Kannabis ja alkoholi***	126	39	48	23	174	33
	Läkkeet ja alkoholi	107	33	71	34	178	33
	Läkkeet ja huumeet	105	32	57	27	162	30
	Muu huume ja alkoholi	74	23	47	23	121	23
	Kaksi tai useampi huumeaine	86	26	60	29	146	27
	Läkkeet, alkoholi ja huumeet	100	31	59	28	159	30

*** $p<0,001$

Ikäryhmän nuoret hakeutuivat palveluihin ensisijaisesti päihdeongelman takia, kun yli puolet heistä oli asioinut palveluissa päihdeongelman vuoksi. Tämä on enemmän kuin muissa ikäryhmissä. Sen sijaan sosiaalisten ja psyykkisten syiden vuoksi he hakivat apua hieman harvemmin kuin muut ikäryhmät, kun sosiaalisten syiden takia palveluihin hakeutui vajaa kymmenesosa ja psyykkisten syiden takia hieman vajaa kolmasosa. Sukupuolten välillä on

tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,006$) ensisijaisissa palvelutarpeissa siten, että miehet hakivat naisia useammin apua päihdeongelmaan ja psyykkisiin ongelmiin, kun taas naiset hakeutuivat palveluihin miehiä useammin sosiaalisten syiden takia. Lisäksi naisten asioinneista kymmenesosa liittyi muihin syihin, kuten raskauteen, synnytykseen tai tapaturmiin, kun miesten asioinneista vain 5 % aiheutui muista syistä. (Kuvio 18.)



KUVIO 18. Ensisijaiset palvelutarpeet sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet

Kun 25–29-vuotiaiden palvelutarpeita tarkastellaan saatujen palvelujen avulla, keskittyivät ikäryhmän tuentarpeet elämänhallinnan ongelmiin, terapeuttiseen keskusteluun sekä muuhun kuin korvaushoittoon liittyvään lääkehoitoon. Vasta neljäntenä tuli päihdetilanteen selvittely, vaikka päihdeongelma oli yleisin ensisijainen palvelutarve tässä ikäryhmässä (ks. Kuvio 18). Näyttää siis siltä, että päihdeongelman vuoksi palveluihin hakeutuvat 25–29-vuotiaat tarvitsevat tukea elämänhallinnassa ja psyykkisten voimavarojen ylläpidossa, mutta toisaalta ikäryhmässä on myös tarvetta korvaushoidolle ja päihdetilanteen selvittelylle. (Taulukko 17.)

Ikäryhmän nuoret olivat muuta aineistoa useammin korvaushoidossa (28 % vs. 20 %), mutta muita palveluja he saivat suhteessa vähemmän kuin muut ikäryhmät (Taulukko 17). Tämä

voisi selittyä sillä, että 25–29-vuotiaat saivat vähemmän eri palveluja asiointia kohden, kun taas nuoremmat saivat suhteessa useampaa palvelua yhtä asiointia kohden.

TAULUKKO 17. Annetut palvelut: 25–29-vuotiaat (n=541), %-osuudet

Palvelu ¹	25–29-vuotiaat	Koko aineisto
	(n=541)	(n=980)
	%	%
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	34	39
Terapeuttinen keskustelu	31	34
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden)	30	30
Päihdetilanteen selvittely	29	34
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	28	20
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	27	33
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	20	25
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen	14	17
Somaattinen tutkimus ja hoito	11	13

¹ Asiakas on voinut saada useampaa kuin yhtä palvelua.

Sukupuolten välillä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja annetuissa palveluissa. Tässä asiakasprofiilissa miesten ja naisten palvelutarpeet olivat siis samankaltaisia annettujen palvelujen näkökulmasta katsottuna (ks. Taulukko 18), vaikka ensisijaiset palvelutarpeet erosivatkin sukupuolten välillä (ks. Kuvio 18).

TAULUKKO 18. Annetut palvelut sukupuolittain: 25–29-vuotiaat (n=536), %-osuudet

Palvelu ¹	Mies	Nainen	Yhteensä
	(n=327)	(n=209)	(n=536)
	%	%	%
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	36	32	34
Terapeuttinen keskustelu	32	30	32
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden)	32	27	30
Päihdetilanteen selvittely	28	32	29
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	26	30	27
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	27	28	27
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	21	19	20
Toimeentuloturva-asioiden hoitaminen	16	12	14
Somaattinen tutkimus ja hoito	12	10	11

¹ Asiakas on voinut saada useampaa kuin yhtä palvelua.

Yhteenvetona 25–29-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat siis todennäköisimmin miehiä, työttömänä tai eläkkeellä ja asuvat vuokra- tai tukiasunnossa. Asunnottomuus on ikäryhmässä yleisempää kuin sukulaisten tai tuttavien luona taikka omassa asunnossa

asuminen. 25–29-vuotiaiden päihteiden käyttö näyttäytyy kaikista ikäryhmistä vakavimpana, kun kovien huumeiden käyttö sekä pistokäyttö oli yleisempää ja alkoholin ja kannabiksen käyttö harvinaisempaa kuin muissa ikäryhmissä. Myös se, että ikäryhmä käytti hyvin tasaisesti eri päihdeyhdistelmiä kuvastaa sitä, että päihteiden käyttö on ikäryhmässä vakavalla tasolla. On kuitenkin huomattava, että vaikka huumausaineiden ja päihteiden yhteiskäyttö oli yleistä, niin pelkästään alkoholia käyttäneiden osuus oli lähes viidesosa. Pelkästään alkoholia käyttäviä oli siis enemmän vain alaikäisissä. Vaikuttaa siltä, että 25–29-vuotiaat ovat jakautuneet päihteiden käytön osalta vahvasti pelkästään alkoholia käyttäviin, pelkästään huumeita käyttäviin sekä alkoholia ja huumeita yhtä aikaa käyttäviin.

Ensisijaisen palvelutarpeet liittyivät tässä ikäryhmässä päihdeongelmaan, jonka vuoksi tapahtui yli puolet asioinneista. Kuitenkin annettuja palveluja tutkittaessa kävi ilmi, että yleisimmin ikäryhmän nuorille oli annettu tukea elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa sekä käyty terapeutista keskustelua. Tässä ikäryhmässä ensisijaisten palvelutarpeiden takaa löytyi yksityiskohtaisempia palvelutarpeita, joissa korostuu terapeutisuus ja psyykkisen tuen tarve, mutta toisaalta myös tarve opioidiriippuvuuden korvaushoitoon ja päihdetilanteessa auttamiseen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa esittelen keskeisimmät tutkimustuloksieni koskien alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiileja ja arvioin tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen. Pohdin myös tulosten käytännön merkitystä, jatkotutkimustarpeita sekä tutkimukseni luotettavuutta. Asiakasprofilointia voidaan toteuttaa lukuisin eri tavoin (esim. Ylitalo-Katajisto ym. 2018a; 2018b; Liukko ym. 2018, 1–2; Luke ym. 1996), ja tässä tutkimuksessa päädyin tarkastelemaan asiakkaita ikäryhmittäin, koska tällaista tutkimusta ei ollut Suomessa aikaisemmin tehty. Jos profilointi olisi toteutettu toisella tavalla, olisivat myös tulokset erilaisia.

7.1 Keskeisimmät tutkimustulokset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa asiakasprofiileja alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasryhmästä, jotta saisimme kuvan siitä, keitä nämä nuoret ovat ja millaisia palveluja he tarvitsevat. Tutkimustuloksena muodostui neljä asiakasprofiilia, joiden perusteena oli asiakkaan ikä. Asiakasprofiilit ja niiden keskeiset piirteet on esitetty taulukossa 19. Seuraavaksi käsittelemme tarkemmin yksittäisiä asiakasprofiileja erityispiirteineen sekä pohdin tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen.

Alaikäisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilia kuvastaa naissukupuoli, lastensuojelun asiakkuus ja opiskelu. Naisten miehiä suurempi osuus tässä ikäryhmässä on ristiriidassa aikaisempien kaksoisdiagnoosiasiakkaita käsittelevien tutkimusten kanssa (esim. Bergman ym. 2014, 422; Fabricius ym. 2008, 106–107), joissa miesten osuus aineistosta on ollut naisia suurempi. Toisaalta suomalaisessa päihdetutkimuksessa on havaittu, että 15–16-vuotiailla tytöillä on ikäryhmän poikia useammin muun muassa päihteiden yhteiskäyttöä (Karjalainen ym. 2019, 317). Tämä suomalaisten alaikäisten päihteiden käyttöä koskeva havainto antaa siis viitteitä siitä, että alaikäisten tyttöjen päihteiden käyttö saattaa olla poikien päihteiden käyttöä vakavampaa, mikä voisi selittää tyttöjen suhteellisen suurta osuutta tässä asiakasprofiilissa. Vaikka alaikäisten asiakasprofiili onkin pieni ($n=36$), niin tämän aikaisemman tutkimuksen valossa voidaan varovaisesti olettaa, että alaikäiset päihteiden vuoksi palveluissa asioivat kaksoisdiagnoosiasiakkaat todella olisivat useammin tyttöjä kuin poikia. Tämä on kuitenkin asia, joka tulee varmistaa jatkotutkimuksissa suuremmalla aineistolla.

TAULUKKO 19. Alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilit

		Alle 18-vuotiaat (n=36)	18–19-vuotiaat (n=58)	20–24-vuotiaat (n=345)	25–29-vuotiaat (n=541)
Taustatiedot	Sukupuoli	Nainen	Nainen	Mies	Mies
	Asuminen	Lastenkoti yms. Sukulaisten tai tuttavan luona	Vuokralla Sukulaisten tai tuttavan luona Lastenkoti yms.	Vuokralla Tukiasunnossa Kokonaan vailla asuntoa <i>Sukupuolten välillä eroja asumisessa</i>	Vuokralla Tukiasunnossa Kokonaan vailla asuntoa
	Pääasiallinen toiminta	Opiskelemassa	Opiskelemassa Työttömänä Eläkkeellä	Työttömänä Opiskelemassa Eläkkeellä <i>Sukupuolten välillä eroja toiminnassa</i>	Työttömänä Eläkkeellä Opiskelemassa
Päihhteiden käyttö		Vain alkoholia käyttävien osuus suuri	Runsas päihhteiden yhteiskäyttö	Kovien huumeiden käyttö lisääntynyt	Vain huumeita käyttävien osuus suuri
		Alkoholi ja kannabis	Alkoholi- ja kannabi- sainpaineinen käyttö	Alkoholi ja kannabis	Kovia huumeita käyttävien osuus suuri
		Pistokäyttö harvinaista		Lääkkeet ja opioideit <i>Sukupuolten välillä eroja päihhteiden käytössä</i>	Pistokäyttö yleistä Eri päihhteiden tasainen yhteis- käyttö
Palvelutarpeet	Ensisijaiset palvelu- tarpeet	Sosiaaliset syyt Päihdeongelma	Psykkiset syyt Päihdeongelma	Päihdeongelma Psykkiset syyt	Päihdeongelma Psykkiset syyt
	Annetut palvelut	Päihdetilanteen selvittely Elämänhallinnan tukeminen Psykiatrinen tutki- mus ja hoito Avustaminen muissa sosiaali- sissa ongelmissa	Elämänhallinnan tukeminen Psykiatrinen tutki- mus ja hoito Terapeuttinen keskustelu Päihdetilanteen selvittely	Elämänhallinnan tukeminen Terapeuttinen kes- kustelu Päihdetilanteen selvittely Lääkehoito (ei kor- vaushoito)	Elämänhallinnan tukeminen Terapeuttinen kes- kustelu Lääkehoito (ei kor- vaushoito) Päihdetilanteen selvittely Korvaushoito <i>Sukupuolten välillä eroja palvelu- tarpeissa</i>

Suurin osa alaikäisistä kaksoisdiagnoosiasiakkaista on lastensuojelun piirissä, mikä voi osaltaan selittää nuorten kohtaamien ongelmien vakavuutta. Lastensuojelulain mukaan lapsi on otettava huostaan, jos hän vaarantaa vakavasti terveyttään ja kehitystään esimerkiksi käyttämällä päihteitä (Lastensuojelulaki 417/2007, 40.2 §). Tämä aineiston perusteella ei voida tietää sitä, onko nuoren päihteidenkäyttö alkanut ennen vai jälkeen huostaanoton, mutta voidaan olettaa, että huostaanoton taustalla lienee päihteiden käyttöä joko lapsella itsellään tai tämän perheessä. Huostaanotettujen lasten hyvinvointiin on joka tapauksessa syytä kiinnittää erityistä huomiota varsinkin, kun kyse on päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivistä lapsista.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että huostaanotolla on selvä yhteys nuoren myöhempään hyvinvointiin sekä myös yhteyksiä ennenaikaiseen kuolleisuuteen (ks. Ristikari ym. 2016, 102). Esimerkiksi Mirjam Kallandin ja kumppaneiden (2001, 207) tutkimuksessa havaittiin, että sijoitettuna olleilla lapsilla on muita korkeampi päihde- ja itsemurhakuolleisuus. Myös Marko Manninen ja muut (2015, 1) saivat samankaltaisia tuloksia, kun heidän tutkimuksensa mukaan koulukodissa kasvaneilla nuorilla oli kontrolliryhmään verrattuna 24-kertainen riski kuolla päihteidenkäytön seurauksena ja 7-kertainen riski kuolla itsemurhaan. Huostaanotetut kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat siis sellainen ryhmä, joiden elämäntilanteeseen, päihteiden käyttöön ja mielenterveyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota (vrt. Ristikari ym. 2016, 63).

Lastensuojelun läsnäolon lisäksi suurin osa alaikäisistä on opiskelijoita, mikä selittyy sillä, että ikäryhmään kuuluu oppivelvollisuuden piiriin kuuluvia lapsia sekä toisen asteen opiskelijoita. Joka tapauksessa oppilaitokset ovat vahvasti läsnä alaikäisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden elämässä, jolloin oppilaitokset myös paikantuvat sellaisiksi toimijoiksi, joissa voitaisiin pyrkiä tehostamaan nuorten päihde- ja mielenterveysongelmiin puuttumista. Etenkin nyt, kun oppivelvollisuusikä nousi 18 ikävuoteen (ks. Oppivelvollisuuslaki 1214/2020, 2 §), ovat oppilaitokset ja niiden henkilökunta pidempään läsnä kaikkien alaikäisten nuorten elämässä. Tätä voisi olla syytä hyödyntää myös nuorten parissa tehtävässä päihde- ja mielenterveystyössä varhaisen puuttumisen sekä ennaltaehkäisyä näkökulmasta.

Alaikäisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tunnistamisessa ja heidän palvelukokonaisuuksiinsa suunniteltaessa on syytä kiinnittää huomiota siihen, että alaikäiset kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat usein naisia, opiskelijoita sekä lastensuojelun asiakkaana. Päihteiden käytön

osalta on syytä kiinnittää huomiota alkoholin runsaaseen käyttöön sekä siihen, että alkoholia ja kannabista käytetään usein yhtä aikaa. Nämä päihteet ovat myös sellaisia, joiden terveysvaikutuksista ja mahdollisista sosiaalisista seurauksista voisi olla syytä kertoa ikäryhmälle korostetusti.

Asiakasprofiilin suhteellisen runsas sosiaalisen tuen tarve voi kuvastaa paitsi nuoren päihteiden käytöstä tai mielenterveyden haasteista johtuvia ongelmia, myös niitä ongelmia nuoren elämässä, jotka ovat voineet altistaa päihde- ja mielenterveysongelmien kehittymiselle. Alaikäisten sosiaaliseen tukeen on täten syytä panostaa. Jos alaikäisellä havaitaan esimerkiksi elämänhallinnan tai mielenterveyden haasteita kuten masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta, olisi hyvä keskustella nuoren kanssa ja ottaa puheeksi myös päihteiden käyttö. Koska vaikuttaa siltä, että iän lisääntyessä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteidenkäyttöprofiili muuttuu vakavammaksi, eläkkeellä olevien nuorten osuus kasvaa ja asunnottomuus lisääntyy, pidän tärkeänä, että nuorten päihde- ja mielenterveysongelmiin kiinnitetään huomiota mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (vrt. Bergman ym. 2014, 426; Grella ym. 2001, 390–391; Lachmann ym. 2012, 59).

18–19-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilia kuvastaa naissukupuoli, vuokra-asuminen, opiskelu sekä päihteiden runsas yhteiskäyttö. Tähän ikävaiheeseen kuuluu runsaasti erilaisia siirtymiä nuoruudesta aikuisuuteen kuten täysi-ikäistyminen, ensimmäiseen omaan kotiin muuttaminen, opinnoista työelämään siirtyminen sekä mahdollinen parisuhteen solmiminen (ks. esim. Aurélie 2012, 27–29; vrt. Pirkola ym. 2007, 6). Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että osa nuorista voi tarvita runsaasti tukea näiden siirtävävaiheiden aikana (esim. Kalland ym. 2001, 208; Ristikari ym. 2016, 5), ja myös oma tutkimukseni vahvistaa tätä käsitystä nuorten tarvitsemasta tuesta. 18–19-vuotiaista kaksoisdiagnoosiasiakkaista jo neljäsosa oli työttömänä ja kymmenesosa eläkkeellä, minkä näen kuvastavan vaikeuksia opinnoista työelämään siirtymisessä.

Toki tähän ikävaiheeseen, kuten muihin ikävaiheisiin, kuuluu myös paikallaan olemista, sillä töitä ei välttämättä ole aina tarjolla tai nuori voi haluta pitää välivuoden ennen työelämään tai jatko-opintoihin siirtymistä. On myös esitetty (ks. esim. Aurélie 2012, 36–38), että yhteiskunnallisilla tekijöillä on suuri vaikutus siihen, millaisia odotuksia nuori kohtaa täysi-ikäistytyään: kuuluuko aikuisuuteen siirtymiseen enää tänä päivänä työllistyminen, avio- liitto ja lapset, vai onko käsite aikuisuudesta muuttumassa. Voiko työttömyyden enää nähdä

olevan ”ongelma”, vai onko kyse normaalista elämänvaiheesta? Nämä ovat nähdäkseni tärkeitä teemoja, jotka ovat läsnä etenkin 18–24-vuotiaiden nuorten elämässä heidän hyvinvointinsa näkökulmasta. Vaikka aikuistumiseen kuuluu monia normaaleina pidettyjä siirtymiä ja haasteita, esiintyy 18–19-vuotiaiden päihdepalveluissa asioivien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ryhmässä kuitenkin suhteellisen runsaasti tukiasumista ja asunnottomuutta varsinkin verrattuna alle 18-vuotiaisiin. Tämän voi nähdä kuvastavan haasteita omaan asuntoon siirtymisessä ja täten kuvastavan myös huono-osaisuutta. Kokonaisuudessaan voidaan siis todeta, että 18–19-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden joukossa on nuoria, joilla on haasteita muun muassa työelämään ja omaan asuntoon siirtymisessä ja jotka tarvitsevat tukea näissä siirtymävaiheissa.

Asiakasprofiilin päihteiden käyttöä kuvastaa runsas yhteiskäyttö, kun neljä viidestä oli käyttänyt eri päihteitä samaan aikaan. Tämä on selvästi enemmän kuin muissa asiakasryhmissä. Mielenkiintoisena havaintona nousi esiin myös kannabiksen runsas käyttö, kun ikäryhmässä käytettiin kannabista yhtä usein kuin alkoholia. Kaikissa muissa ikäryhmissä alkoholia oli käytetty useammin kuin mitään muuta yksittäistä päihdettä. Tulkitsen 18–19-vuotiaiden päihteidenkäyttöprofiilia siten, että runsas useiden päihteiden samanaikainen käyttö liittyy jollain tavalla täysi-ikäisyyden mukanaan tuomiin ensimmäisiin baarikokemuksiin sekä kokeilunhaluun ja oletan, että ikäryhmän ilmoitettuun päihteiden käyttöön lukeutuu runsaasti myös ensimmäisiä sekä muutamaan kertaan rajoittuvia päihdekokeiluja. Nämä tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että tässä iässä päihdekokeilujen määrä kasvaa, mihin voi olla syytä kiinnittää huomiota nuorten päihdeongelmien ehkäisyssä.

Ikäryhmän palvelutarpeet liittyivät ensisijaisesti psyykkisiin ongelmiin sekä päihdeongelmaan. 18–19-vuotiaat ovat saaneet kaikista ikäryhmistä eniten tukea elämänhallintaan, terapeutista keskustelutukea, psykiatrasta tutkimusta ja hoitoa sekä tukea toimeentuloturva-asioiden selvittelyssä, mikä voi viestiä siitä, että suuri osa ikäryhmästä kohtaa laajoja psyykkiseen hyvinvointiin ja toimeentuloon liittyviä haasteita. Nämä havainnot tukevat johtopäätöstäni siitä, että tämä ikäryhmä tarvitsee tukea nuoruudesta aikuisuuteen siirtymisessä.

Edellä esittämäni ajatus varhaisaikuisuuteen liittyvistä siirtymävaiheista pätee myös 20–24-vuotiaiden ikäryhmään. 20–24-vuotiaiden asiakasprofiilia kuvaa nuoremmissa ikäryhmistä poiketen miessukupuoli, vuokra-asuminen sekä työttömyys. Työttömien määrä on kasvanut tässä ikäryhmässä siten, että jo yli puolet nuorista oli työttömänä ja vain vajaa viidesosa

opiskeli. Asunnottomuus on tässä asiakasprofiilissa suhteellisen yleistä, kun lähes joka kymmenes nuori oli kokonaan vailla asuntoa. Ikäryhmää kuvastaa siis nuorempiin ikäryhmiin verrattuna heikompi taloudellinen tilanne ja suuremmat asumisen haasteet.

Erityisen mielenkiintoinen tulos tässä asiakasprofiilissa ovat sukupuolten väliset erot, jotka ilmenevät jokaisessa tarkastelemassani muuttujakokonaisuudessa. Ikäryhmän miehet olivat naisia useammin eläkkeellä, asuivat useammin tukiasunnossa ja olivat useammin kokonaan vailla asuntoa, eli miesten sosioekonominen asema sekä toimintakyky vaikuttavat olevan ikäryhmän naisia heikompia. Päihteiden käytön osalta ikäryhmän naisten tilanne näyttäytyi puolestaan miehiä vakavampana. Naisilla kovien huumeiden käyttö, huumeiden pistokäyttö sekä opioidien ja buprenorfiinin käyttö oli miehiä yleisempää, kun taas miesten päihteiden käyttö painottui naisia useammin kannabikseen sekä alkoholin ja kannabiksen yhteiskäyttöön.

20–24-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeet painottuivat muista ikäryhmistä poiketen vahvasti psyykkisiin ongelmiin, mutta suuret sukupuolierot kuvastavat tätä ikäryhmää myös palvelutarpeissa. Erityisesti ikäryhmän miehet vaikuttavat kärsivän toimintakyvyn laskusta ja asunnottomuudesta, ja he myös hakivat kaksi kertaa naisia useammin apua psyykkisiin ongelmiin. Ikäryhmän naiset hakeutuivat palveluihin puolestaan miehiä useammin päihdeongelmien vuoksi, ja he olivat myös miehiä useammin korvaushoidossa.

Kokonaisuudessaan 20–24-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla tulee siis kiinnittää erityistä huomiota elämänhallinnan ja toimintakyvyn tukemiseen sekä siihen, että ikäryhmän miehillä ja naisilla voi olla hyvin erilaisia tuen tarpeita. Ikäryhmän miesten toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen olisi syytä kiinnittää erityistä huomiota mahdollisesti jo nuoremmalla iällä, eli pyrkiä ennaltaehkäisemään toimintakyvyn laskua, joka näyttäytyy asumisen ja toimeentulon haasteina sekä eläkkeelle siirtymisenä jo alle 25-vuotiaana. Ikäryhmän naisten kohdalla tulee puolestaan kiinnittää erityistä huomiota päihteiden vakavaan käyttöön sekä sen mukanaan tuomiin palvelutarpeisiin, sekä mahdollisesti pyrkiä ennaltaehkäisemään päihteiden käytön luisumista koviin huumeisiin, erityisesti opioideihin. Jatkotutkimuksissa olisi syytä tarkastella tarkemmin tätä ikäryhmää ja selvittää, miksi miehet kokevat naisia enemmän psyykkisiä, toimeentuloon ja asumiseen liittyviä haasteita ja kuinka näitä voitaisiin ennaltaehkäistä. Naisten osalta olisi tärkeää selvittää, mistä opioidien ja muiden kovien huumeiden runsas käyttö johtuu ja kuinka käytön

siirtymistä koviin huumeisiin voitaisiin ennaltaehkäistä. Voiko olla, että haasteet aikuisuuteen siirtymisessä näkyvät nuorten elämäntilanteessa erityisesti tässä iässä?

Viimeisenä asiakasprofiilina ovat 25–29-vuotiaat kaksoisdiagnoosiasiakkaat, joiden profiilia kuvastaa miessukupuoli, vuokra-asuminen sekä vakava päihteiden käyttö. Erona 20–24-vuotiaisiin on, että sukupuolten välillä ei ole tässä ikäryhmässä yhtä selkeitä tilastollisia eroja, vaan naisten ja miesten tilanteet vaikuttavat keskenään samankaltaisemmilta. Huolestuttava havainto on, että 25–29-vuotiaiden kokonaistilanne vaikuttaa muita asiakasryhmiä huonommalta, kun työttömyys ja eläkkeellä olo on heillä yleisintä ja päihteiden käyttö on siirtynyt alkoholi- ja kannabispainotteisesta käytöstä muihin huumausaineisiin. Yli kolmasosa ikäryhmästä oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana pelkästään huumeita, ja sekä kovien huumeiden käyttö että pistokäyttö ovat ikäryhmässä yleisempiä kuin muissa asiakasprofiileissa. Ikäryhmä käyttää myös vähiten alkoholia sekä kannabista ja eniten muita päihteitä sekä päihdeyhdistelmiä. On ilmeistä, että 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä päihteiden käyttö on vakavampaa kuin nuoremmilla, ja ikäryhmän nuoret kohtaavat päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi myös vakavia sosiaalisia ongelmia, kuten matalan tulotason, työttömyyttä, toimintakyvyn laskua ja asunnottomuutta.

25–29-vuotiaiden palvelutarpeet ovat muista asiakasryhmistä poiketen ensisijaisesti päihdeongelmaan liittyviä ja korvaushoidossa olevien osuus on kaikista ikäryhmistä suurin. Kun tämän asiakasprofiilin palvelukokonaisuuksia suunnitellaan, olisi syytä kiinnittää huomiota etenkin nuorten vakavaan huumeiden käyttöön sekä toimintakyvyn ylläpitoon, mutta myös siihen, että ikäryhmä kohtaa päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi laajan kirjon erilaisia sosiaalisia ongelmia, kuten työttömyyttä ja asunnottomuutta.

Tiivistetysti voidaan todeta, että iän lisääntyessä alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihde-ehtoiset asiointimäärät näyttävät kasvavan, työttömyys ja eläkkeellä olevien määrä sekä asunnottomuus lisääntyy ja nuorten päihteiden käyttö vaikuttaa siirtyvän alkoholin ja kannabiksen käytöstä kovien huumeiden käyttöön, mikä heijastuu myös nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeisiin. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteiden käyttö vaikuttaa olevan myös kokonaisuudessaan vakavalla tasolla, kun esimerkiksi päihteiden yhteiskäyttö on nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden keskuudessa lähes neljä kertaa yleisempää verrattuna muuhun 15–29-vuotiaaseen väestöön (Hakkarainen ym. 2018, 91). Tutkimukseni vahvistaa siis aikaisempia havaintoja siitä, että nuorten

kaksoisdiagnoosiasiakkaiden päihteidenkäyttö on kokonaisuudessaan vakavaa (esim. Grella ym. 2001, 390–391), mutta on muistettava, että asiakasryhmään kuuluu myös lievää päihteiden käyttöä sekä pelkästään alkoholia käyttäviä nuoria. Lisäksi tutkimukseni vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia varhain aloitetun alkoholin ja kannabiksen käytön seurauksista. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että teini-iässä aloitettu alkoholin ja kannabiksen yhteiskäyttö ennustaa lääkkeiden sekä huumeiden käyttöä nuorena aikuisena (Moss ym. 2014, 55), ja tämä sama ilmiö näyttää esiintyvän myös omassa tutkimuksessani. Nuorimmat ikäryhmät käyttivät vanhempia ikäryhmiä useammin alkoholia ja kannabista yhdessä sekä erikseen, kun taas vanhemmat ikäryhmät käyttivät nuoria enemmän lääkkeitä sekä muita huumeita kuin kannabista. Jatkotutkimuksissa olisikin syytä selvittää, onko varhain aloitetulla alkoholin ja kannabiksen yhteiskäytöllä yhteys myöhempään huumeiden käyttöön myös Suomessa, sillä omat tutkimustulokseni antaisivat viitteitä, että näin olisi. Toisaalta erot ikäryhmien päihteiden käytössä voivat liittyä myös esimerkiksi kulttuurillisiin tekijöihin, eli tätä aihetta olisi syytä tutkia jatkossa tarkemmin.

Koska nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiointimäärät kasvavat ja päihteiden käyttö muuttuu vakavammaksi iän lisääntyessä, näyttää siltä, ettei palvelujärjestelmämme kykene tukemaan samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria. Osalla palveluissa asioivista kaksoisdiagnoosiasiakkaista sosioekonominen asema vaikuttaa heikkenevän ja päihteiden käyttö syvenevän iän lisääntyessä, mutta tällä aineistolla ei voida selvittää sitä, odottavatko nuoret ongelmien syvenemistä ennen avun hakemista vai hakeutuvatko he palveluihin, mutta eivät saa riittävää tukea. Se, miksi tällaisia trendejä ilmenee tässä asiakasryhmässä, olisi syytä selvittää jatkotutkimuksissa. Onko niin, ettei nuori saa palveluista tarvitsemaansa apua, ovatko käytetyt hoitomuodot tehottomia vai johtuvatko nämä havainnot jostain muusta tekijästä?

Tässä aineistossa suurin osa nuorista kaksoisdiagnoosiasiakkaista on työelämän ulkopuolella ja päihteiden käyttö on vakavaa, mutta todellisuus on, että harva nuori siirtyy ensimmäisestä päihdekokeilusta suoraan päihteiden ongelmalliseen käyttöön ja työelämän ulkopuolelle. Tämän tutkimuksen tulokset herättävät kysymyksen siitä, miksi nuoret eivät asioi palveluissa silloin, kun päihteiden käyttö ei ole vielä kehittynyt ongelmaksi. Jatkotutkimuksissa olisikin syytä selvittää sitä, missä ovat ne nuoret, joiden päihteiden käyttö ei ole vielä näin vakavalla tasolla, mutta joiden tilanne on vaarassa heikentyä tulevaisuudessa. Kuinka näitä nuoria saataisiin kontaktoitua sekä tuettua niin, ettei kokonaistilanne pääsisi heikentymään.

On oletettavaa, että mielenterveysongelmista kärsiviä päihteiden kohtuu- ja riskikäyttäjiä on opiskelemassa ja työelämässä, mutta joko he eivät koe tilannettaan sellaiseksi, että he tarvitsivat yhteiskunnan palveluja, he eivät tiedä, että palveluihin voi hakeutua jo ennen ongelmien kehittymistä tai sitten sosiaali- ja terveyspalveluissa ei tunnisteta nuorten päihteiden riskikäyttöä tai lievää päihdeongelmaa. Juuri julkaistu Nuorisobarometri 2020 antaa viitteitä siitä, että nuoret eivät yksinkertaisesti tiedä saatavilla olevista palveluista (Berg & Myllyniemi 2021, 29), ja samankaltaisia tuloksia on saatu myös aluehallintovirastojen toteuttamassa peruspalveluarvioinnissa (Patio 2020, 3, 6). Toisaalta molemmissa julkaisuissa on esitetty, että nuorten mielenterveyspalvelut ovat kokonaisuudessaan heikolla tasolla valtakunnallisesti (Berg & Myllyniemi 2021, 30; Patio 2020, 1). Palveluista tiedottaminen ja mielenterveyspalvelujen riittävä resursointi on kriittistä nuorten päihde- ja mielenterveysongelmien kokonaisuuden kannalta, sillä hoitamattomat mielenterveyden ongelmat voivat altistaa päihteiden käytölle.

Ei ole kuitenkaan syytä menettää toivoa nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden suhteen, vaan päinvastoin heihin tulisi panostaa. Vaikka päihteiden käyttö näyttää koko nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasryhmässä vakavalta, on aikaisemmassa tutkimuksessa havaittu, että nuoret toipuvat vakavasta kliinisestä profiilistaan huolimatta yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin muut päihteitä käyttävät nuoret (Bergman ym. 2014, 426). Aikaisemmissa, kaiken ikäisiä kaksoisdiagnoosiasiakkaita koskevissa tutkimuksissa hoitovasteen on havaittu olevan vertailuryhmiä heikompi (Brunette ym. 2014, 417; Chan ym. 2006, 22; Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016, 203), mutta Bergmanin ja kumppaneiden (2014) tutkimus antaa viitteitä siitä, että nuori ikä voisi edesauttaa kaksoisdiagnoosista toipumista tilanteissa, joissa yhdistetään päihdehoitoa ja psykiatrisia hoitomenetelmiä. Tämä osoittaa, että kaksoisdiagnoosin integroituun hoitoon tulisi panostaa erityisesti nuoruudessa. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitovasteen tutkiminen on myös teema, jota tulisi ehdottomasti tarkastella myös Suomessa.

7.2 Tutkimuksen arviointi

Kaikissa tutkimuksissa, myös pro gradu -tutkielmassa, on syytä arvioida tutkimuksen luotettavuutta sekä pätevyyttä. Ensinnäkin on ensisijaisen tärkeää, että tutkija selostaa tutkimusprosessinsa etenemistä lukijalle koko prosessin ajan, sillä tutkimusprosessin avoimuus mahdollistaa myös tutkimuksen kriittisen tarkastelun sekä toistettavuuden. Koska käytin

valmista aineistoa, keskityn pohtimaan aineiston soveltuvuutta tutkimuskysymykseeni vastaamiseen enkä niinkään perehdy tutkimusaineiston keruuta koskeviin kysymyksiin. Valmiin aineiston käyttöön liittyy omat rajoituksensa, koska tutkimusta suunniteltaessa on myös pohdittava sitä, mihin kysymyksiin valmis aineisto kykenee vastaamaan. Oma päätutkimuskysymykseni oli ”*millaisia asiakasprofileja alle 30-vuotiaiden kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasryhmästä on löydettävissä*”, ja tähän kysymykseen valmis Päihdetapauslaskenta-aineisto sopi loistavasti.

Tarja Heikkilä on käsitellyt hyvän tutkimuksen perusvaatimuksia teoksessaan *Tilastollinen tutkimus* (2014). Keskeistä on, että tutkimus tehdään rehellisesti, puolueettomasti ja niin, ettei tutkimuksen kohteena oleville aiheudu haittaa tutkimuksesta (Heikkilä 2014, 27). Nämä ovat asioita, joiden toteutumiseen kiinnitin huomiota tutkimukseni kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen validiteettiin pyrin vaikuttamaan tutkimuskysymystäni ja aineistoa valitessani. Pyrin muotoilemaan tutkimustehtäväni niin, että Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistolla on todellisuudessa mahdollista vastata kysymykseen, jolloin aineisto siis kuvaa sitä mitä pitääkin. (vrt. emt., 27–28.) Toki tulee muistaa, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofileissa on kyse abstraktista eikä eksaktisti mitattavissa olevasta asiasta, eli aineiston muuttujat eivät voi täydellisesti kuvata eivätkä mitata nuorten asiakasprofileja. Pyrin kuitenkin muodostamaan muuttujakokonaisuudet niin, että ne parhaiten kuvaavat palveluissa asioivia kaksoisdiagnoosiasiakkaita.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten tarkkuutta. Pyrin varmistamaan tutkimukseni reliabiliteetin tekemällä SPSS-ajoja huolellisesti ja tarkistamalla, että khiin-neliö -testin ehdot täyttyivät ennen kuin tein lopullisia johtopäätöksiä tuloksista. Lisäksi tutkimukseni reliabiliteettia lisää otoskoko ($n=980$), vaikka alaikäisten ja 18–19-vuotiaiden asiakasprofileit olivatkin kooltaan vanhempia ikäryhmiä pienempiä. (Heikkilä 2014, 28.) Alle 20-vuotiaiden ikäryhmien vertailu muihin ikäryhmiin tulee siis tehdä huolellisesti ja muistaa ryhmien kokoerot. Tulosten raportoinnissa kiinnitin huomiota siihen, ettei yksittäistä asiakasta ole mahdollista tunnistaa. Tämän takia luokittelin muuttujia hieman eri tavoin eri asiakasprofileja tarkastellessani, ettei asiakkaiden tietosuoja vaarannu. Kiinnitin myös erityistä huomiota siihen, ettei esimerkiksi näppäilyvirheitä pääsisi syntymään, sillä tällaiset inhimilliset virheet voivat heikentää tutkimuksen reliabiliteettia. Lisäksi olen tuloksia raportoidessani esittänyt kaikki tärkeimmät tutkimustulokset, enkä ole valikoinut esitettäviä tuloksia mielekkyyden tai muun ulkoisen tekijän takia, vaan tavoitteena on ollut kuvata kaikki

oleelliset tulokset. Toki on myös tärkeää tiedostaa, että tutkijan omat preferenssit vaikuttavat aina tutkimuksen tekoon, mutta tiedostamalla ja refleктоimalla omaa toimintaansa on mahdollista lisätä tutkimuksen puolueettomuutta ja luotettavuutta. (Heikkilä 2014, 28–29.)

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostuneet asiakasprofiilit ovat yleiskuvaus kustakin asiakasryhmästä. Tuloksia tulkitessa tulee muistaa, että käyttämäni Päihdetapauslaskenta-aineisto koostuu päihde-ehdoisista asioinneista eivätkä tulokset täten kuvaa yksittäisiä asiakkaita, vaan asiakkaiden tekemiä asiointeja. Yksi asiakas on voinut tehdä samana päivänä useita asiointeja sosiaali- ja terveystalveluissa, jolloin yhdestä asiakkaasta on voitu kirjata myös useampi kuin yksi asiointi. Tästä huolimatta on syytä olettaa, että asiointimäärät ovat suhteellisen tarkka kuvaus asiakasmäärästä, mutta eivät kuitenkaan täydellinen.

Edellä mainitun lisäksi on myös tärkeää huomata, että kyseessä on vuonna 2015 kerätty aineisto, eli tulokset kuvaavat nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tilannetta vuonna 2015. En voi tietää, onko tilanne muuttunut kuudessa vuodessa toisenlaiseksi ja jos on, niin millaiseksi, mutta kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiilien muuttuminen ajassa on ehdottomasti sellainen asia, jota olisi syytä seurata jatkossa. Asiakasprofiilien ei lähtökohtaisesti voida olettaa pysyvän täysin samanlaisina vuodesta toiseen, sillä yhteiskunnallinen ja globaali tilanne muuttuu jatkuvasti, jolloin myös yksittäisten asiakkaiden päihteiden käyttö, mielenterveyden haasteet ja palvelutarpeet voivat muuttua. Asiakasprofilointia tulisikin tehdä aktiivisesti, jotta tiedämme, ketkä asioivat yhteiskuntamme talveluissa ja kuinka voisimme kehittää talveluja paremmin heidän tarpeisiinsa vastaaviksi. Yksi mahdollisuus on, että Päihdetapauslaskenta-aineistoja hyödyntäen tehtäisiin aikasarja-analyysia nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasprofiileista, jolloin saataisiin käsitys profiilien kehitymisestä ajassa.

Lisäksi on tärkeää muistaa se, että asiakasprofiilit ovat yleiskuvaus talveluissa asioivista alle 30-vuotiaista kaksoisdiagnoosiasiakkaista ja jokaiseen asiakasprofiiliin kuuluu nuoria, joiden tilanne poikkeaa kuvatussa profiilista. Asiakasprofiloinnin tarkoituksena on löytää suuresta asiakasryhmästä pienempiä alaryhmiä, eli tarkoitus on tehdä yleistyksiä, eikä täysin yksilöllistä kuvausta jokaisesta asiakkaasta ole tarkoituksenmukaista hakea. Yleistäviin kuvauksiin liittyy kuitenkin aina se kääntöpuoli, että yksilöllisyys voi häivyttää ryhmäkuvauksen alle (ks. esim. Liukko ym. 2018, 3). Tämä on asia, johon tulee kiinnittää huomiota paitsi asiakasprofiileja muodostettaessa, myös niitä tulkitessa ja hyödynnettäessä. Asiakasprofiilit

voivat toimia työväliseinä asiakkaiden ja heidän palvelutarpeidensa tunnistamisessa sekä palvelukokonaisuuksien rakentamisessa, mutta täydellisenä totuutena niitä ei voida pitää. Jokaisen asiakkaan kohdalla on siis välttämätöntä lähteä ”nollasta” ja selvittää, kuka asiakas on, millaisista lähtökohdista hän tulee ja millaisia palvelutarpeita juuri tällä henkilöllä on. Asiakasprofiilit voivat kuitenkin lisätä työntekijöiden ja johtohenkilöstön tietämystä nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asiakasryhmästä, mikä voi edesauttaa asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamista ja palvelujen oikeasuhtaista resursointia.

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostuneita asiakasprofiileja voidaan siis hyödyntää niin nuorten parissa työskennellessä kuin palvelujärjestelmän kehittämisessä. Kun asiakkaat saavat oikea-aikaista ja heidän tarpeisiinsa vastaavia palveluja, eivät ongelmat pääse pitkitymään ja muuttumaan monimutkaisiksi, jolloin myös korjaavien ja kustannuksiltaan kalliiden palvelujen tarve vähenee. Jotta sosiaali- ja terveystalveissa olisi riittävä palveluvalikoima asiakkaiden erilaisiin palvelutarpeisiin vastaamiseksi, on meidän tiedettävä, mitä asiakkaat tarvitsevat ja millaista osaamista työntekijöiltä edellytetään.

Asiakasprofiileja voidaan myös mahdollisesti hyödyntää nuorten päihde- ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyssä. Erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota jo alaikäisenä alkaviin päihde- ja mielenterveysongelmiin, koska varhain alkaneen vakavan päihteen käytön tiedetään aikaisemman tutkimuksen valossa olevan yhteydessä paitsi nuoren myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin, myös toistuvaan ja varhain alkavaan sosiaali- ja terveystalvejen käyttöön. Tämän tutkimuksen tuloksena muodostuneet asiakasprofiilit voivat auttaa ymmärtämään varhain alkavien päihde- ja mielenterveysongelmien merkitystä ihmisen elämänsäkaareen. Varhain havaittuja päihde- ja mielenterveysongelmia ei siis tulisi vähätellä tai pistää ”nuoruuden piikkiin”, vaan niihin tulee reagoida palvelujärjestelmätasolla. Nuoret kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat monin tavoin yhteiskunnan huomiota ja palveluja tarvitseva haavoittuvassa asemassa oleva asiakasryhmä, jonka mahdollisimman varhaiseen tukeen ja riittävien palvelujen turvaamiseen on tämän ja aikaisemman tutkimuksen valossa syytä panostaa.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö: kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim*, 123(11). 1293–1298. Haettu osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/duo96517>
- ABS. (2007). *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*. Australian Bureau of Statistics. Haettu osoitteesta: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-survey-mental-health-and-wellbeing-summary-results/latest-release#data-download> Viitattu: 3.11.2020.
- Alverson, H., Alverson, M. & Drake, R. (2001). Social Patterns of Substance-Use Among People With Dual Diagnoses. *Mental Health Services Research*, 3(1). 3–14. <https://doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1023/A:1010104317348>
- Armstrong, G., Kotler, P. & Opresnik, M. (2017). *Marketing: An introduction*. Pearson. 13. painos. Global edition. Haettu osoitteesta: http://ezproxy.jyu.fi/login?url=https%3A%2F%2Fbc.vitalsource.com%2Ftenants%2Fjyvaskyla_university%2Flibraries%3Fbookmeta_vbid%3D9781292146522 Viitattu: 26.10.2020.
- Aurélie, M. (2012). *The Illusion of the Prolongation of Youth - Transition to Adulthood among Finnish and French Female University Students* (väitöskirja, Tampereen yliopisto). Tampere: Tampere University Press. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8927-3>
- Beck, A., Harris, V., Newman, L., Evans, L. J., Lewis, H. & Pegler, R. (2016). Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *Journal of Mental Health*, 25(5). 455–460. <https://doi.org.ezproxy.uef.fi/2443/10.1080/09638237.2016.1207221>
- Berg, P. & Myllyniemi, S. (toim.) (2021). *Palvelu pelaa! Nuorisobarometri 2020*. Valtion nuorisoneuvoston julkaisuja, 67. Haettu osoitteesta: <https://tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2021/03/nuorisobarometri-2020-web.pdf> Viitattu: 23.3.2021.
- Bergman, B., Greene, M., Slaymaker, V., Hoepfner, B. & Kelly, J. (2014). Young Adults With Co-occurring Disorders: Substance Use Disorder Treatment Response and Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4). 420–428. <https://doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.jsat.2013.11.005>
- Borschmann, R., dos Santos, M., Young, J., Andreoli, S., Love, A. & Kinner, S. (2020). Health, social and criminal justice factors associated with dual diagnosis among

- incarcerated adults in Brazil and Australia: a cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55. 1355–1362. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01832-w>
- Brunette, M., Mueser, K. & Drake, R. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 23(4). 471–481. DOI: 10.1080/09595230412331324590
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39(5). 759–774. DOI: 10.1111/1467-9566.12538
- Chan, Y.-F., Dennis, M. & Funk, R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1). 14–24. Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.031>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Haettu osoitteesta: <https://ebookcentral.proquest.com>
- EMCDDA. (2016). *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Haettu osoitteesta: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en Viitattu: 3.11.2020.
- Fabricius, V., Langa, M. & Wilson, K. (2008) An exploratory investigation of co-occurring substance-related and psychiatric disorders. *Journal of Substance Use*, 13(2). 99–114. DOI: 10.1080/14659890701680877
- Graham, K., Cheng, J., Bernards, S., Wells, S., Rehm, J. & Kurdyak, P. (2017). How Much Do Mental Health and Substance Use/Addiction Affect Use of General Medical Services? Extent of Use, Reason for Use, and Associated Costs. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1). 48–56. Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.1177/0706743716664884>
- Grella, C., Hser, Y.-I., Joshi, V. & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug Treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384–392. Haettu osoitteesta: <https://oce-ovid-com.ezproxy.uef.fi:2443/article/00005053-200106000-00006/HTML>
- Günther, K. & Ranta, J. (2019). Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan palvelusiirtymät: asumisyksikön työntekijöiden neuvottelut asiakkaiden muuttuvista palvelutarpeista. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.), *Oikeus päihdehuoltoon*. 219–252. Tampere: Vastapaino.

- Hakkarainen, P., Hautala, S., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kataja, K., Kuussaari, ... Tigerstedt, C. (2019). Monikasvoinen sekakäyttö: Suomen Akatemian rahoittaman MiksMix-tutkimusprojektin keskeiset tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(2). 188–196. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011836>
- Hakkarainen, P., Karjalainen, K. & Tigerstedt, C. (2018). Missä määrin ja kuinka usein alkoholia, huumeita ja lääkkeitä käytetään yhdessä? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T. Lintonen, C. Tigerstedt & Warpenius K. (toim.), *Näin Suomi juo*. 89–97. Helsinki: Juvenes Print, Suomen yliopistopaino Oy. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>
- Harrington, M., Baird, J., Lee, C., Nirenberg, T., Longabaugh, R., Mello, M. & Woolard, R. (2012). Identifying subtypes of dual alcohol and marijuana users: A methodological approach using cluster analysis. *Addictive Behaviors*, 37. 119–123. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.addbeh.2011.07.016>
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus* (9. painos). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Holzhauser, C., Byrne, T., Simmons, M., Smelson, D. & Epstein, E. (2019). Profiles of Clinical Need Among Homeless Individuals with Dual Diagnoses. *Community Mental Health Journal*, 55. 1305–1312. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1007/s10597-019-00432-6>
- Huttunen, M. (2018). *Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu osoitteesta: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194 Viitattu: 19.1.2021.
- Ikonen, R. & Helakorpi, S. (2019). *Lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskysely 2019*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281> Viitattu 17.11.2020.
- Inkeroinen, T. & Partanen, A. (2005). *Päihdepalvelujen tila*. Stakes. Työpapereita 7/2006. Helsinki: Stakesin monistamo. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194001>
- Jaakkola, J. (1994). Sosiaalisten kysymysten yhteiskunta. Teoksessa J. Jaakkola, P. Pulma, M. Satka & K. Urponen (toim.), *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. 71–162. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-6973-8>
- Juhila, K. (2006). *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.

- Jurvansuu, S. (2019). *Päihde- ja mielenterveysyhdistysten rahoitus ja siihen liittyvät haasteet*. Tietopuu, Katsauksia ja näkökulmia 3/2019. Haettu osoitteesta: https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/Jurvansuu_Tietopuu_Katsauksia_3_2019.pdf Viitattu 15.3.2021.
- Kaakinen, J., Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2003). *RAY:n rahoittaman huumeiden vastaisen työn ja matalan kynnyksen palvelujen merkitys*. Avustustoimikunnan raportteja 10. Helsinki: RAY 2003.
- Kalland, M., Pensola, T., Meriläinen, J. & Sinkkonen, J. (2001). Mortality in children registered in the Finnish child welfare registry: population-based study. *British Medical Journal*, 323(7306). 207–208. DOI:10.1136/bmj.323.7306.207
- Karjalainen, K. (2020). Huumeiden kokeilu ja käyttö väestökyselyissä. Teoksessa S. Rönkä & J. Markkula (toim.), *Huumeitilanne Suomessa 2020*. 19–26. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2020. Vantaa: PunaMusta Oy. Haettu osoitteesta: <http://urn.f/URN:ISBN:978-952-343-576-6>
- Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Raitasalo, K. (2019). Nuorten huumeiden käyttö: Tarkastelussa alaikäiset ja täysi-ikäiset nuoret. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(3). 312–321. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061220170>
- Karjalainen, K., Pekkanen, N. & Hakkarainen, P. (2020). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumausasteet: Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2020. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-441-7> Viitattu 16.11.2020.
- Kaukonen, O. (2000). *Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa* (väitöskirja, Helsingin yliopisto). Stakes, tutkimuksia 107. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70(3). 311–322. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117126>
- Kaukonen, O. (2019). Päihdehuollon kehitys ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.), *Oikeus päihdehuoltoon*. 23–47. Tampere: Vastapaino.
- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). *Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008*. Stakes. Työpapereita 38/2008. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194000>
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1). 17–31. Haettu osoitteesta: <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1037/h0080151>

- Kivipelto, M., Suhonen, M., Koivisto, J., Tiirinki, H. & Miikki, R. (2020). Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit: kartoittava kansainvälinen katsaus. Teoksessa J. Koivisto & H. Tiirinki (toim.), *Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut: väliraportti*. 10–30. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 4/2020. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-459-2> Viitattu: 8.2.2021.
- Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.). (2020). *Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut: väliraportti*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 4/2020. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-459-2> Viitattu: 8.2.2021.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2011). *Kohti asiakkuutta: Ihmistä arvostava terveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuusisto, K. & Ranta, J. (2020). Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. Teoksessa J. Moilanen, J. Annola & M. Satka (toim.), *Sosiaalityön käännteet*. 112–140. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8041-2> Viitattu: 15.3.2021.
- Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2016). Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 202–208. Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.1177/1403494815616303>
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2013). Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa. Teoksessa J. Moring, V. Bergman, E. Nordling, J. Markkula & M. Soikkeli (toim.), *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012*. 14–22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 15/2013. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2020). Huumehoito. Teoksessa S. Rönkä & J. Markkula (toim.), *Huumetilanne Suomessa 2020*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2020. 63–77. Vantaa: PunaMusta Oy. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-576-6>
- Kuussaari, K. (2006). *Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto: Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä* (väitöskirja, Turun yliopisto). Stakes, tutkimuksia 155. Vaajakoski: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

- Kuussaari, K., Karjalainen, K. & Niemelä, S. (2020). Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55. 507–516. Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01753-3>
- Kuussaari, K., Karjalainen, K., Kataja, K. & Hakkarainen, P. (2017c). Sekakäyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Duodecim*, 133. 2152–2160. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017120555274>
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Samposalo, H. & Vormaa, H. (2017a). Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82(3). 262–273. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017102350238>
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vormaa, H. & Ronkainen, J.-E. (2014). Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(3). 264–277. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014061126416>
- Kuussaari, K., Ronkainen, J.-E., Partanen, A., Kaukonen, O. & Vormaa, H. (2012). Kuntoutuksesta katkaisuun: Päihdetapauskasvatusta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(6). 640–655. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201305133465> Viitattu: 6.1.2021.
- Kuussaari, K., Tourunen, J., Knuuti, U., Lind, H. & Ämmälä, A.-J. (2017b). *Rikosseuraamusyksiköiden päihdeasiakkaiden tausta, päihteidenkäyttö ja heille annetut palvelut*. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 4/2017. Haettu osoitteesta: https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/Tietopuu_Katsauksia_4_2017.pdf Viitattu: 27.11.2020.
- Kärkkäinen, S. & Högmänder, H. (2008). *Tilastomenetelmien peruskurssi TILP150* (5. painos). Jyväskylän yliopisto, Matematiikan ja tilastotieteen laitos.
- Lachman, A., Nassen, R., Hawkrigde, S. & Emsley, R. (2012). A retrospective chart review of the clinical and psychosocial profile of psychotic adolescents with co-morbid substance use disorders presenting to acute adolescent psychiatric services at Tygerberg Hospital. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 18(2). 53–60. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v18i2.351>
- Laitinen, M. & Pohjola, A. (2010). Asiakkuus: Sosiaalityön ydinteema. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.), *Asiakkuus sosiaalityössä*. 7–18. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Lastensuojelulaki (417/2007). Haettu osoitteesta: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

- Liukko, E., Koivisto, J. & Tiirinki, H. (2018). *Pysyvät ja muuttuvat segmentit palvelujärjestelmän ja paikallisten ilmiöiden jäsentäjänä*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimuksesta tiiviisti 43. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-247-5> Viitattu: 26.10.2020.
- Luciano, A., Belstock, J., Malmberg, P. & McHugo, G. (2014). Predictors of Incarceration Among Urban Adults With Co-Occurring Severe Mental Illness and a Substance Use Disorder. *Psychiatric Services*, 65(11). 1325–1331. DOI: 10.1176/appi.ps.201300408
- Luke, D., Mowbray, C., Klump, K., Herman, S. & BootsMiller, B. (1996). Exploring the Diversity of Dual Diagnosis: Utility of Cluster Analysis for Program Planning. *The Journal of Mental Health Administration*, 23(3). 298–316. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1007/BF02522304>
- Lundgren, L., Wilkey, C., Chassler, D., Sandlund, M., Armelius, B.-Å., Armelius, K. & Brännström, J. (2014). Integrating Addiction and Mental Health Treatment within a National Addiction Treatment System: Using Multiple Statistical Methods to Analyze Client and Interviewer Assessment of Co-Occurring Mental Health Problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1). 59–79. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0005>
- Manninen, M., Pankakoski, M., Gissler, M. & Suvisaari J. (2015). Adolescents in a residential school for behavior disorders have an elevated mortality risk in young adulthood. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9(46). 1–7. DOI 10.1186/s13034-015-0078-z
- Marttunen, M. & Karlsson, L. (2013). Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.), *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy. 7–14. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-647-2>
- Morisano, D., Babor, T. F. & Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 31(1). 5–25. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.2478%2Fnsad-2014-0002>
- Mortlock, K. S., Deane, F. P. & Crowe, T. P. (2011). Screening for mental disorder comorbidity in Australian alcohol and other drug residential treatment settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4). 397–404. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.01.002>
- Moss, H. & Chen, C. & Yi, H. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally

- representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 136. 51–62. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.011>
- Mowbray, C., Ribisl, K., Solomon, M., Luke, D. & Kewson, T. (1997). Characteristics of Dual Diagnosis Patients Admitted to an Urban, Public Psychiatric Hospital: An Examination of Individual, Social, and Community Domains. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(2). 309–326. Haettu osoitteesta: <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.3109/00952999709040949>
- Murto, L. (2006). Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.), *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 92–97. Helsinki: STAKES. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194035>
- Mäkelä, N., Partanen, A., Alho, H. & Kuussaari, K. (2019). Opioidikorvaushoidossa olevien erottuminen muista päihteiden käytön takia asioivista. *Lääkärilehti*, 9(74). 545–549. Haettu osoitteesta: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/miten-opioidikorvaushoidossa-olevat-eroavat-muista-paihdeasiakkaista/> Viitattu: 2.12.2020.
- Männistö, P. (2012). Kun ei ole tervetullut minnekään: Poiskäännyttämisen ja poissulkemisen ilioitää katuperspektiivistä tarkasteltuna. Teoksessa M. Strömberg-Jakka & T. Karttunen (toim.): *Sosiaalityön haasteet: tukea ammattilaisten arkeen*. 125–139. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Mäntysaari, M. (2006). Tarkentuva tieto sosiaalityössä. Teoksessa P. Kuusela & V. Niiranen (toim.), *Realismin haaste sosiaalityöissä*. 137–162. Kuopio: Unipress.
- Mäntysaari, M. (2013). Hyvinvointivaltion ideologi Richard M. Titmussin näkemys sosiaalihuollosta. Teoksessa J. Saari, S. Taipale & S. Kainulainen (toim.): *Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita*. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki 2013. 327–344. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-195-3>
- Neale, J., Parkman, T., Day, E. & Drummond, C. (2016). Socio-demographic characteristics and stereotyping of people who frequently attend accident and emergency departments for alcohol-related reasons: Qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1). 67–74, DOI: 10.1080/09687637.2016.1185091
- Niemelä, S. (2016). Nuorten päihdeongelman tunnistaminen ja arviointi. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebelig, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu osoitteesta: <https://www.oppoportti.fi/op/opk04607>

- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus: Päihdetapauskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69(6). 608–618. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117064>
- Oppivelvollisuuslaki (1214/2020). Haettu osoitteesta: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2020/20201214?search%5Ball%5D=matkakustannusten&search%5Bkohdista%5D=koko&search%5Btype%5D=tekstihaku>
- Partanen, A. & Kuussaari, K. (2019). Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.), *Oikeus päihdehuoltoon*. 7–20. Tampere: Vastapaino.
- Patio. (2020). *Peruspalvelujen arviointi: Mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Aluehallintovirasto. Haettu osoitteesta: https://www.patio.fi/suodatus?p_p_id=patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_resource_id=doPrint&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_area=&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_material=18751&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_type=18756&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_extraCategories=396804&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_year=378045&patiobrowser_WAR_patiobrowserportlet_operator=and Viitattu: 23.3.2021.
- Pehkonen, A., Kekoni, T. & Kuusisto, K. (2019). Johdanto: On aika puhua päihdeongelmaisten asiakkaiden oikeudesta päihdehuoltoon. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.), *Oikeus päihdehuoltoon*. 315–247. Tampere: Vastapaino.
- Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2004). Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. *Terveystieteiden tutkimus*, 15–16(59). 1673–1677. Haettu osoitteesta: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.jyu.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/huumausaineisiin-liittyvien-ja-samanaikaisten-muiden-mielenterveyshairioiden-takia-toteutuneet-sairalahoidot-1987-2002/>
- Pirkola, T., Lepistö, J., Strandholm, T. & Marttunen, M. (2007). *Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito*. Kansanterveyslaitos. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193342> Viitattu: 4.11.2020.
- Ponizovsky, A., Rosca, P., Haklai, Z. & Goldberger, N. (2015). *Trends in dual diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996–2010, Israel*. *Drug and Alcohol Dependence*, 148. 203–208. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.009>

- Priester, M., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. & Seay, K. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61. 47–59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Puhakka, A., Peltosalmi, J. & Perälähti, A. (2018). *Järjestöjen sosiaali- ja terveystalvet 2017*. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki. Haettu osoitteesta: <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2018/12/soste-jarjestojen-sotepalvelut-2017-selvitys.pdf> Viitattu: 17.11.2020.
- Päihdehuoltolaki (1986/41). Haettu osoitteesta: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Ranta J., Raitakari S. & Juhila, K. (2017). Vastuuneuvottelut huumeidenkäyttäjien asunnottomuuden toiminnallisissa loukuissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82(2). 165–175. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201709058477>
- Rantala, I. (2000). Terapiatanssi. Teoksessa P. Kuusela & M. Saastamoinen (toim.), *Ruumis, minä ja yhteisö: Sosiaalisen konstruktionismin näkökulma*. 93–134. Kuopion yliopiston selvityksiä. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Rauhala, P.-L. & Virokannas, E. (2011). Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa A. Pehkonen & M. Väänänen-Fomin (toim.), *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. 235–255. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rinehart, D., Oronce, C., Durfee, M., Ranby, K., Batal, H., Hanratty, R., ... Johnson, T. (2018). Identifying Subgroups of Adult Superutilizers in an Urban Safety-Net System Using Latent Class Analysis: Implications for Clinical Practice. *Medical Care*, 56(1). e1–e9. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000628
- Riska, E. (2010). Peter Conrad: medikalisaatio. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.), *Yhteiskunta ja terveys: Klassisia teoreettisia näkökulmia*. 204–214. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Ristikari, T., Törmäkangas, L., Lappi, A., Haapakorva, P., Kiilakoski, T., Merikukka, M., ... Gissler, M. (2016). *Suomi nuorten kasvuympäristönä: 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista*. Nuorisotutkimusseura Ry. Tampere: Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-671-1> Viitattu: 10.3.2021.
- Rönkä, S. (2020). Huumeiden ongelmakäytön yleisyys. Teoksessa S. Rönkä & J. Markkula (toim.), *Huumetilanne Suomessa 2020*. 37–40. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti

- 13/2020. Vantaa: PunaMusta Oy. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-576-6>
- SAMHSA. (2019). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville. Haettu osoitteesta: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHNationalFindingsReport2018/NSDUHNationalFindingsReport2018.pdf> Viitattu: 3.11.2020.
- Samposalo, H., Kuussaari, K., Hirschovits-Herz, T., Kaukonen, O., Partanen, A. & Vormaa, H. (2018). Tarpeenmukaiset palvelut kaikille: Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. *Yhteiskuntapolitiikka*, 83(1). 50–61. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201802143393>
- Satka, M. (1994). Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa J. Jaakkola, P. Pulma, M. Satka & K. Urponen (toim.), *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaaliturvan historia*. 261–339. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-6973-8>
- Simula, H. (toim.). (2007). *Matala on syntynyt – pallo pyörii: Matalan kynnyksen kehittämishankkeen loppuraportti*. Tampereen A-klinikkatoimi. A-klinikkasäätiön monistesarja, 58.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaedellytysten kehittämistyöryhmän raportti. (2014). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita, 2014(4). Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3475-7> Viitattu: 15.3.2021.
- Sosiaalihuoltolaki (2014/1301). Haettu osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- SOTE. (2020). *Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle sote-maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi*. Haettu osoitteesta: https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/165db659-8cf1-49b4-b33d-c2cd7a4390bf/38b5aa55-7f81-4639-b836-4cdbc1858c45/MUISTIO_20200615062911.pdf Viitattu: 17.11.2020.
- Stenius, K., Kekki, T., Kuussaari, K. & Partanen, A. (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio: kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(2). 167–175. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117922>
- Stenius, K., Tammi, T., Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2015). Vaikuttaako mielen-terveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen

- kohteena. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, ... S. Wuorio (toim.), *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Miten tästä eteenpäin?* 171–182. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7> Viitattu: 8.1.2021.
- STM. (2002). *Päihdepalvelujen laatusuosituks*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002/3. ISBN 952-00-1198-6. Haettu osoitteesta: https://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuosituks.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcb4e8/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuosituks.pdf Viitattu: 17.11.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Päihdetapauslaskenta 2015 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2020-06-09). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3423>
- Thirthalli, J., Kumar, C. N. & Arunachal, G. (2012). Epidemiology of comorbid substance use and psychiatric disorders in Asia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3). 172–180. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283523c26>
- THL. (2020). *Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: Alkoholi ja huumeet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-438-7> Viitattu: 23.11.2020.
- Tuorila, H. (2000). *Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa* (väitöskirja, Tampereen yliopisto). Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-4888-X> Viitattu: 9.1.2021
- Urbanoski, K., Cairney, J., Bassani, D. & Rush, B. (2008). Perceived Unmet Need for Mental Health Care for Canadians With Co-occurring Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 59(3). 283–298. DOI: 10.1176/ps.2008.59.3.283
- Urbanoski, K., Rush, B., Wild, C., Bassani, D. & Castel, S. (2007). Use of Mental Health Care Services by Canadians With Co-occurring Substance Dependence and Mental Disorders. *Psychiatric Services*, 58(7). 962–969. DOI: 10.1176/ps.2007.58.7.962.
- Villalobos-Gallegos, L., Marín-Navarrete, R., Roncero, C. & González-Cantú, H. (2016). Latent class profile of psychiatric symptoms and treatment utilization in a sample of patients with co-occurring disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39. 286–292. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1972>

- Virokannas, E. (2017). Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint”. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82(3). 274–283. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017102350239>
- Väyrynen, S. & Lindh, J. (2013). Yhteistoimijuuden rajakohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa M. Laitinen & A. Niskala (toim.), *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. 405–426. Tampere: Vastapaino.
- Wahlbeck, C., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, ... Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3> Viitattu: 19.1.2021.
- Xie, H., McHugo, G. & Drake, R. (2009). Subtypes of Clients With Serious Mental Illness and Co-occurring Disorders: Latent-Class Trajectory Analysis. *Psychiatric Services*, 60(6). 804–811. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.804>
- Ylitalo-Katajisto, K., Tiirinki, H., Turkki, L. & Suhonen, M. (2018a). Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. *Focus Localis*, 2018, 46(2). 28–39. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019102935645>
- Ylitalo-Katajisto, K., Törmänen, O., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2018b). Profiling Frequent Attenders to Social and Health Care Services from the Perspective of Knowledge-Based Management. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1). 371–378. Haettu osoitteesta: <https://search-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/scholarly-journals/profiling-frequent-attenders-social-health-care/docview/2058342791/se-2?accountid=11774>

LIITTEET

Liite 1

KYSELYLOMAKE: FSD3423 PÄIHDETAPAUSLASKENTA 2015

QUESTIONNAIRE: FSD3423 SUBSTANCE USE RELATED CASES IN SOCIAL AND HEALTH SERVICES 2015

Tämä kyselylomake on osa yllä mainittua Yhteiskuntatieteelliseen tietoaarkistoon arkistoitua tutkimusaineistoa.

Kyselylomaketta hyödyntävien tulee viitata siihen asianmukaisesti lähdeviitteellä.

Lisätiedot: <https://www.fsd.uta.fi/>

This questionnaire forms a part of the above mentioned dataset, archived at the Finnish Social Science Data Archive.

If the questionnaire is used or referred to in any way, the source must be acknowledged by means of an appropriate bibliographic citation.

More information: <https://www.fsd.uta.fi/en/>

Detta frågeformulär utgör en del av den ovannämnda datamängden, arkiverad på Finlands samhällsvetenskapliga dataarkiv.

Om frågeformuläret är utnyttjat eller refererat till måste källan anges i form av bibliografisk referens.

Mer information: <https://www.fsd.uta.fi/sv/>



SOSIAALI JA TERVEYDENHUOLLON YKSIKÖILLE

PÄIHDETAPAUSSLASKENTA 13.10.2015

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee kahdeksannen valtakunnallisen päihdetapauslaskennan tiistaina 13.10.2015. Päihdetapauslaskenta on päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyn ja hoidon kehittämisen kannalta merkittävä tiedon lähde. Laskennasta saadaan tärkeää päihdeasiakkaita ja päihdepalvelujärjestelmää koskevaa tietoa, jota ei toistaiseksi ole mahdollista saavuttaa minkään muun tiedonkeruun avulla. Tiedonkeruu koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. THL:n tutkimuseettinen työryhmä on antanut päihdetapauslaskentaa koskevalle tutkimussuunnitelmalle puoltavan lausunnon 25.6.2015.

Päihdetapauslaskennan lomake on helposti täytettävissä internetissä. Toivomme, että lomakkeet täytettäisiin ensisijaisesti sähköisessä muodossa. Jokainen lomakkeita täyttävä voi kuitenkin itse valita täyttääkö hän tiedot paperilomakkeelle vai sähköiselle lomakkeelle. Sähköinen lomake löytyy THL:n nettisivuilta osoitteesta www.thl.fi/paihdetapauslaskenta. Sähköisen lomakkeen täyttämiseen tarvittavat käyttäjätunnus ja salasana löytyvät sekä paperilomakkeesta että ohjekirjeestä. Käyttäjätunnuksen ja salasanan voi pyytää myös suoraan THL:stä erikoistutkija Kristiina Kuussaarelta [yhteystieto poistettu]. Ohessa löytyy paperisia laskentalomakkeita sekä lomakkeen täyttöohje. Lisää laskentalomakkeita ja ohjeita voi kopioida tai tulostaa THL:n nettisivuilta (www.thl.fi/paihdetapauslaskenta). Sivuilta löytyy myös lisää tietoa nyt käynnissä olevasta ja jo tehdyistä päihdetapauslaskennoista.

Laskennan onnistumiseksi on tärkeää, että yksiköissä varataan sille riittävästi aikaa ja huomiota. Kyselyssä kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia. Lomakkeisiin ei tule merkitä mitään sellaisia tietoja, jotka paljastaisivat asiakkaan tai potilaan henkilöllisyyden. Lomakkeen täyttävät ne sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, jotka parhaiten tuntevat asiakkaat.

Täytetyt lomakkeet pyydetään palauttamaan heti laskentavuorokauden jälkeen, kuitenkin viimeistään 20.10.2015 oheisessa vastauslähetyksuoressa tai osoitteella Päihdetapauslaskenta 2015 / Tutkimustie Oy, Kalevantie 2, 33100 Tampere. Myös mahdolliset puutteellisesti täytetyt lomakkeet pyydetään palauttamaan.

Jos yksikössänne ei ollut päihdetapauksia laskentavuorokautena, pyydämme Teitä palauttamaan yhden lomakkeen toimintayksikön nimellä varustettuna ja rastittamaan lomakkeen alussa olevan kohdan "ei päihdetapauksia laskentavuorokauden aikana".

Päihdetapauslaskennan tulokset raportoidaan kotimaisissa ja kansainvälisissä tieteellisissä artikkeleissa sekä ammattilehdissä. Toivomme aktiivista osallistumista tutkimukseen. Erikoistutkija Kristiina Kuussaarelta saa tarvittaessa päihdetapauslaskentaa koskevaa lisätietoa.

Yhteistyöstä kiittäen,

Päivi Sillanaukea
Kansliapäällikkö
Sosiaali- ja terveysministeriö

Juhani Eskola
Pääjohtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

www.thl.fi

PÄIHDETAPOUSLASKENTA 13.10.2015

LOMAKKEEN TÄYTTÖOHJE

1. KENESTÄ TIEDOT KERÄTÄÄN?

Lomakkeelle merkitään tiedot 13.10.2015 kyseisen vuorokauden ajalta (klo 00.00 - 24.00) **jokaisesta palveluja käyttäneestä asiakkaasta tai potilaasta, jonka työntekijä arvioi olevan päihteiden ongelmakäyttäjää ja myös niistä henkilöistä, jotka hakevat apua päihtyneinä tai päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan, kuten esimerkiksi tapaturman vuoksi.**

Laskenta ei koske

- tapauksia, joissa yhteydenotto on tapahtunut **puhelimitse**
- satunnaisia tiedusteluja tai ajanvaraajia
- päihdeongelmaisten hoitoon tarkoitettuja nettipalveluita
- varsinaisen asiakkaan **saattajaa**, vaikka tämä olisikin päihdeasiakas, **mikäli hänelle ei erikseen anneta palvelua.**

Sen sijaan laskennassa huomioidaan kaikki

- varsinaiset asiakas- ja potilaskäynnit
- kotikäyntiasiakkaat
- palveluihin pyrkivät, joita ei syystä tai toisesta voida tuolloin juuri kyseisessä yksikössä palvella
- toimistoasiakkaat (esim. reseptin uusijat, jotka eivät tapaa käynnillään lääkärinä, mutta jotka kuitenkin saavat palvelun)
- **sosiaalitoimistoissa** myös ne asiakkaat, joille toimeentulotuki- tai palvelupäätös tehdään laskentapäivänä kirjallisesta hakemuksesta, mikäli asiakas tunnetaan ja palvelun tarpeen tiedetään johtuvan osin tai kokonaan päihteiden käytöstä.

2. SÄHKÖINEN LOMAKE ENSISIJAINEN TIEDONKERUUN VÄLINE

Toivomme, että mahdollisimman moni käyttäisi sähköistä lomaketta tietojen tallentamiseen. Lomake löytyy osoitteesta www.thl.fi/paihdetapauslaskenta. Sähköisen lomakkeen täyttämiseen tarvittava **salasana on PTL2015**. Lomakkeen ohje sisältyy sähköiseen lomakkeeseen. Sähköinen lomake avautuu laskentapäivänä. Laskentapäivän 13.10.2015 tietoja voi täyttää kuitenkin perjantaihin 16.10.2015 klo 16 saakka. Mikäli tietoja ei ole mahdollista täyttää sähköisesti, käytössä on myös paperilomake. Kaikki tutkimusmateriaali on tulostettavissa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivulta osoitteesta www.thl.fi/paihdetapauslaskenta. Tutkimusmateriaali löytyy netistä myös ruotsin kielellä.

3. KYSYMYSKOHTAISET OHJEET

Merkitse **toimintayksikön nimi ja sijaintikunta** jokaiseen lomakkeeseen. Pyydämme kiinnittämään huomiota siihen, että yksikön nimi kirjattaisiin samalla tavalla kaikkiin palautettaviin lomakkeisiin.

Kaikki toimintayksiköt vastaavat kysymyksiin 1–20 (osa A). Vain avopalveluja antavat yksiköt (esimerkiksi sosiaalitoimistot, sairaalan poliklinikat) vastaavat myös kysymyksiin 21 - 23 (osa B). Yksiköt, jotka antavat ympärivuorokautisia palveluja (esimerkiksi sairaalan vuodeosasto, asumispalveluyksikkö) vastaavat kysymykseen 24 (osa C).

Lomake täytetään pääasiassa ympyröimällä vain yksi vaihtoehto. Huomaa kuitenkin, että kohdissa **1, 9, 12, 14, 17 ja 18 ja 19** voidaan tarvittaessa merkitä useampia kohtia.

Mikäli toimintayksikössä ei laskentavuorokautena ollut päihde-ehtoisia asiointeja, palauttaa yksi lomake toimintayksikön nimellä varustettuna ja lomakkeen alussa oleva kohta rastitettuna.

www.thl.fi



A. Kaikkia yksiköitä koskevat kysymykset 1–20

1. Ympyröi **kaikki kriteerit**, joiden vuoksi asiakas on valikoitunut mukaan päihdetapauslaskentaan.
2. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
3. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Mikäli yksikkö antaa sekä avo- että laitospalveluita, valitaan se vaihtoehto jonka mukaista palvelua asiakas on 13.10.2015 saanut.
4. Ympyröi yksi vaihtoehto. Jos mikään luettelon kohdista ei suoraan vastaa toimintayksikkönne luonnetta, merkitään palveluyksikön nimi kohtaan 26.
5. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
6. Kirjoita asiakkaan kotikunnan nimi.
7. Kirjoita asiakkaan syntymävuosi neljällä numerolla (esim. 1972).
8. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
9. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Alle 18-vuotiaat lapset, jotka ovat toisella vanhemmalla, sijoitettuna tms. merkitään kohtaan 2. Tarvittaessa voit ympyröidä sekä kohdan 1 että 2.
10. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Mikäli asiakas on työssä, pyydetään rastittamaan toimiiko hän yrittäjänä, toimihenkilönä tai työntekijänä. Yrittäjiä ovat itsenäiset yrittäjät ja maanviljelijät. Toimihenkilöitä ovat kaikki toimihenkilöt ja johtavassa asemassa olevat. Työntekijöitä ovat muut työelämässä mukana olevat henkilöt. Mikäli asiakas on esim. sairauslomalla, ympyröidään silti oikea "pääasiallisen toiminnan" -kohta.
11. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
12. Ympyröi **kaikki päihteet**, joiden käytöstä on tietoa viimeisen 12 kk ajalta. Jos asiakas on viimeiset 12 kuukautta ollut päihteenoton mutta hoito jatkuu edelleen, ympyröidään ne päihteet, joiden vuoksi hän on hoidossa.
13. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Jos asiakkaalla on ollut eri päihteiden (alkoholi, lääkkeet, huumeaineet) samanaikaista käyttöä, vastaa myös kysymykseen 14. Muussa tapauksessa jatka vastaamista kysymyksestä 15.
14. Jos asiakkaalla on ollut eri päihteiden samanaikaista käyttöä valitse vaihtoehtoista kaikkia ne eri päihteiden yhdistelmät, joita asiakas on käyttänyt. Lääkkeillä tarkoitetaan tässä sellaisia lääkkeitä, joilla on päihdyttävä vaikutus (esim. reseptilääkkeinä saatavat rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet, vahvat kipulääkkeet). Korvaushoitolääkkeet (buprenorfiini, metadoni) luokitellaan lääkkeiksi silloin kun ne ovat lääkärin määräämiä ja käyttö tapahtuu hoitojärjestelmän piirissä ja huumeiksi silloin kun niille ei ole lääkärin määräystä ja käyttö tapahtuu hoitojärjestelmän ulkopuolella.
15. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
16. Ympyröi palvelujen käytön ensisijainen syy. Valitse ainoastaan yksi vaihtoehto.
17. Ympyröi **kaikki** asiakkaalle 13.10.2015 tässä toimintayksikössä annetut palvelut.
18. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Jos asiakas on käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti 13.10.2015 ja joskus aikaisemmin toimintayksikössä, ympyröidään kohdat 1 ja 2.
19. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tässä sellaista lääkärin toteamaa häiriötä, **joka ei liity päihteisiin**, kuten esimerkiksi skitsofreniaa. Päihteistä suoraan aiheutuvia häiriöitä kuten alkoholipsykoosia tai huumeriippuvuutta ei kirjata. Jos asiakkaalla on masennus sekä muu mielenterveyden häiriö ympyröidään kohdat 1 ja 2.
20. Ympyröi sopiva vaihtoehto.

B. Vain avopalveluja koskevat kysymykset 21–23

21. Ympyröi sopiva vaihtoehto.
22. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Virka-ajalla tarkoitetaan tässä aikaa klo 8.00–16.00 maanantaista perjantaihin.
23. Ympyröi sopiva vaihtoehto.

C. Laitospalveluja antavia toimintayksiköitä koskeva kysymys

24. Ympyröi sopiva vaihtoehto. Hoitoon kuuluvat viikonloppuvapaat tai muut lomamat eivät katkaise hoidossa oloa.

4. TUTKIJAN YHTEYSTIEDOT JA PAPERILOMAKKEEN PALAUTUS

Laskentaan liittyviin kysymyksiin vastaa erikoistutkija Kristiina Kuussaari [yhteystieto poistettu]. **Paperilomakkeet palautetaan heti laskentavuorokauden jälkeen, kuitenkin viimeistään 20.10.2015 vastauslähetyksessä -kirjekuoressa tai osoitteella: Päihdetapauslaskenta 2015 / Tutkimustie Oy, Kalevantie 2, 33100 Tampere**

Kyselylomake on myös täytettävissä sähköisesti osoitteessa <http://www.thl.fi/paihdetapauslaskenta>
Suosittelemme käyttämään lomakkeen sähköistä versiota, mikäli mahdollista. Salasana kyselyyn: PTL2015 (suomi) tai PTL2015sv (ruotsi)

Toimintayksikön nimi: _____

Toimintayksikön sijaintikunta: _____

- Toimintayksikössä ei päihdetapauksia laskentavuorokauden aikana. Jos toimintayksikössä ei ollut laskentavuorokauden (13.10.2015) aikana päihde-ehdoisia asiointeja, merkitse rasti ruutuun ja palauta yksi lomake.

A. KAIKKIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVAT KYSYMYKSET 1-20					
<p>1. Asiakas on mukana päihdetapauslaskennassa, koska (merkitse kaikki toteutuneet kriteerit)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Asiakas on päihteiden ongelmakäyttäjä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Asiakas hakee apua päihtyneenä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Asiakas hakee apua päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan (esim. tapaturman) vuoksi</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Muu kriteeri, mikä? _____</p> <p>2. Arvio asiakkaan päihtyneisyydestä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ei päihtynyt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Lievästi päihtynyt</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Voimakkaasti päihtynyt</p> <p>3. Onko kyseessä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Avopalvelu</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Laitospalvelu</p> <p>4. Toimintayksikkötyyppi (merkitse vain yksi vaihtoehto)</p> <p>Yleiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kotihoito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Äitiys- ja/tai lastenneuvola</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Kasvatus- ja perheneuvola</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Koulun- ja opiskeluterveydenhoito</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Lasten ja nuorten laitokset ja ammatillinen perhehoito</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Sosiaalitoimisto</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Vanhusten asumisyksikkö</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Psykiatrian poliklinikka tai osasto</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Psykiatrian asumispalveluyksikkö</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Terveyskeskuksen avopalvelu tai vuodeosasto</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Yksityinen lääkäriasema tai sairaala</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Yleissairaalan poliklinikka tai osasto</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Yhdistetty päihde- ja mielenterveyspalvelu</p> <p>Päihdehuollon erityispalvelut</p> <p><input type="checkbox"/> 14 A-klinikka</p> <p><input type="checkbox"/> 15 Nuorisosasema</p> <p><input type="checkbox"/> 16 Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste</p> <p><input type="checkbox"/> 17 Päiväkeskus</p> <p><input type="checkbox"/> 18 Katkaisuhuoltoasema</p> <p><input type="checkbox"/> 19 Päihdehuollon kuntoutuslaitos</p> <p><input type="checkbox"/> 20 Päihdehuollon asumispalveluyksikkö</p> <p><input type="checkbox"/> 21 Ensisuoja</p> <p><input type="checkbox"/> 22 Selviämisasema</p> <p>Rikosseuraamuslaitos</p> <p><input type="checkbox"/> 23 Yhdyskuntaseuraamustoimisto</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Vankila</p> <p><input type="checkbox"/> 25 Terveydenhuoltoyksikkö</p> <p>Muut kuin edellä mainitut palvelut</p> <p><input type="checkbox"/> 26 Kirkon diakonia- tai perhetyö</p> <p><input type="checkbox"/> 27 Muu, mikä? _____</p>	<p>5. Asiakkaan sukupuoli</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mies</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nainen</p> <p>6. Asiakkaan kotikunta</p> <p>_____</p> <p>7. Asiakkaan syntymävuosi</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>8. Asiakkaan siviilisäätty</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Naimaton</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Avoliitossa</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Asumuserossa tai eronnut</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Leski</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Ei tietoa</p> <p>9. Onko asiakkaalla alle 18-vuotiaita lapsia? (merkitse tarvittaessa sekä kohta 1 että kohta 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 On alle 18-v. lapsia samassa kotitaloudessa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 On alle 18-v. lapsia, mutta he asuvat pääsääntöisesti muualla</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ei ole alle 18-v. lapsia</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ei tietoa</p> <p>10. Asiakkaan pääasiallinen toiminta</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ansiotyössä <input type="checkbox"/> 2 Yrittäjä <input type="checkbox"/> 3 Työntekijä <input type="checkbox"/> 4 Toimihenkilö</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Työttömänä</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Eläkeläinen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Opiskelija</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Kotiäiti / -isä</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Muu / Ei tietoa</p> <p>11. Asiakkaan asumistilanne</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Oma asunto</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vuokra-asunto / alivuokralainen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Tukiasunto</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Asuntola tai yhteismajoitus</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Kokonaan vailla asuntoa</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Asuu vanhempiensa, sukulaisten tai tuttavien luona</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Ei tietoa</p>				

12. Käytetyt päihteet viimeisen 12 kuukauden aikana*(merkitse kaikki, joiden käytöstä on tietoa)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Alkoholi | <input type="checkbox"/> 8. Ekstaasi |
| <input type="checkbox"/> 2. Korvike | <input type="checkbox"/> 9. Kokaiini |
| <input type="checkbox"/> 3. Liuotin | <input type="checkbox"/> 10. Heroiini |
| <input type="checkbox"/> 4. Lääkeaine | <input type="checkbox"/> 11. Buprenorfiini (esim. Subutex) |
| <input type="checkbox"/> 5. Kannabis | <input type="checkbox"/> 12. Muu opioidi, mikä? |
| <input type="checkbox"/> 6. Amfetamiini | <input type="checkbox"/> 13. Muu huumausaine, mikä? |
| <input type="checkbox"/> 7. LSD | <input type="checkbox"/> 14. Ei tietoa |

13. Onko asiakkaalla ollut eri päihteiden samanaikaista käyttöä?*(samanaikaisella käytöllä tarkoitetaan kahden tai useamman aineen käyttöä yhdessä tai peräkkäin lyhyen ajan sisällä, esimerkiksi yhden päivän aikana)*

1. Kyllä, viimeisen 12 kk aikana
2. Kyllä joskus, mutta ei viimeisen 12 kk aikana
3. Ei -> siirry kysymykseen 15
4. Ei tietoa -> siirry kysymykseen 15

14. Jos kyllä, mitä päihteitä on käytetty samanaikaisesti?*(merkitse tarvittaessa useampi vaihtoehto)*

1. Lääkkeitä samanaikaisesti alkoholin kanssa
2. Lääkkeitä samanaikaisesti huumausaineiden kanssa
3. Kannabista samanaikaisesti alkoholin kanssa
4. Muita huumausaineita samanaikaisesti alkoholin kanssa
5. Kahta tai useampaa huumausainetta samanaikaisesti
6. Lääkkeitä, alkoholia ja huumausaineita samanaikaisesti

15. Onko asiakas joskus elämänsä aikana käyttänyt huumeita pistämällä?

1. Kyllä
2. Ei
3. Ei tietoa

16. Palvelujen käytön ensisijainen syy*(merkitse vain yksi vaihtoehto)*

1. Tapaturma
2. Somaattinen sairaus
3. Psykkinen syy
4. Vieroitusoireet
5. Päihdeongelma
6. Sosiaaliset syyt (talous, asuminen yms.)
7. Muu syy, mikä _____
8. Ei tietoa

17. Asiakkaalle annetut palvelut*(merkitse kaikki 13.10.2015 annetut palvelut)*

1. Toimeentuloturva-asian hoitaminen
2. Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa
3. Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa
4. Somaattinen tutkimus ja hoito
5. Psykiatrinen tutkimus ja hoito
6. Mini-interventio
7. Päihdeilanteen selvittely
8. Terapeuttinen keskustelu
9. Katkaisuhoido
10. Pitkäaikainen laitostuntoutus
11. Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden korvaushoito)
12. Opioidiriippuvuuden korvaushoito
13. Ohjattu muualle
14. Muu, mikä? _____

18. Onko asiakas käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti tässä toimintayksikössä?*(merkitse tarvittaessa sekä kohta 1 että kohta 2)*

1. Kyllä 13.10.2015
2. Kyllä, aikaisemmin
3. Ei
4. Ei tietoa

19. Onko asiakkaalla jokin muu kuin päihteisiin liittyvä lääkärin toteama mielenterveyden häiriö?*(merkitse tarvittaessa sekä kohta 1 että kohta 2)*

1. Kyllä, masennus
2. Kyllä, muu mielenterveyden häiriö
3. Ei
4. Ei tietoa

20. Onko asiakkaalla rahapeliongelmia?

1. Kyllä
2. Ei
3. Ei tietoa

B. AVOPALVELUJA ANTAVIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVAT KYSYMYKSET 21-23**21. Asiakkaan tulotapa palvelujen piiriin**

1. Ajanvaraus
2. Ilman ajanvarausta

22. Palvelujen piiriin tulo aika

1. Virka-aikana (klo 8.00 - 16.00)
2. Virka-ajan ulkopuolella

23. Palveluihin käytetty aika

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Noin 15 minuuttia | <input type="checkbox"/> 4. Noin 60 minuuttia |
| <input type="checkbox"/> 2. Noin 30 minuuttia | <input type="checkbox"/> 5. Yli 60 minuuttia |
| <input type="checkbox"/> 3. Noin 45 minuuttia | |

C. LAITOSPALVELUJA ANTAVIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVA KYSYMYKSET**24. Laitospalvelussa olon yhtäjaksoinen pituus laskentapäivänä**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-3 vuorokautta | <input type="checkbox"/> 4. 15-30 vuorokautta | <input type="checkbox"/> 7. Yli 3 kuukautta, mutta alle 6 kuukautta |
| <input type="checkbox"/> 2. 4-7 vuorokautta | <input type="checkbox"/> 5. Yli kuukauden, mutta alle 2 kuukautta | <input type="checkbox"/> 8. 6-12 kuukautta |
| <input type="checkbox"/> 3. 8-14 vuorokautta | <input type="checkbox"/> 6. 2-3 kuukautta | <input type="checkbox"/> 9. Yli vuoden |