

Mielenterveys ja päihteet –yksi ihminen, yksi hoito

*Veli Järvenkylä
Jarmo Romu
Päivi Kiviniemi
Merja Syrjämäki
Juha Ahonen
Maija-Liisa Lehtonen*

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu
4/2009

Mielenterveys ja päihteet – yksi ihminen, yksi hoito

Veli Järvenkylä
Jarmo Romu
Päivi Kiviniemi
Merja Syrjämäki
Juha Ahonen
Maija-Liisa Lehtonen

Tampereen yliopistollinen sairaala
Toimialue 5

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
PL 2000
33521 TAMPERE

ISSN 1238-2639 painettu
ISSN 1797-1225 verkkojulkaisu

ISBN 978-951-667-148-5 nidos
ISBN 979-951-667-149-2 verkkojulkaisu

KUVAILUSIVU

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN JULKAISUSARJA
THE PUBLICATION SERIES OF PIRKANMAA HOSPITAL DISTRICT

Julkaisun nimi: Mielenterveys ja pähteet – yksi ihminen, yksi hoito	
Kirjoittaja/kirjoittajat: Veli Järvenkylä, Jarmo Romu, Päivi Kiviniemi, Merja Syrjämäki, Juha Ahonen, Maija-Liisa Lehtonen	
Julkaisun numero: 4/2009	Kokonaissivumäärä: 32 s + liitteet
ISSN 1238-2639 (painettu) ISSN 1797-1225 (verkkojulkaisu)	ISBN 978-951-667-148-5 ISBN 978-951-667-149-2
Julkaisupaikka: Tampere	Julkaisija: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Julkaisun luokitus: <input type="checkbox"/> Alueelliset hoito-ohjelmat ja menettelytapaohjeet <input checked="" type="checkbox"/> Kehittämishankkeiden loppuraportit <input type="checkbox"/> Selvitykset ja tutkimukset <input type="checkbox"/> Muut	
Tiivistelmä: <p>Hankkeen tavoitteena oli 1) parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa kuntien omina palveluina ja siirtää hoidon toteuttamisen painopistettä perusterveyden-, sosiaali- ja päihdehuollon piiriin, 2) lisätä kunnan henkilöstön päihdepsykiatrista tieto-taitoa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja 3) selkiinnyttää kunnan ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä, hoitoon ohjaamisen kriteereitä ja hoidon jatkuvuutta.</p> <p>Hankkeen toiminta perustui aiempien kehittämissuunnitelmien tuottamiin asiantuntijakontakteihin ja laajaan verkostoitumiseen. Yhteistyötä tehtiin muiden hankkeiden, kuntien ja palveluiden tuottajien kanssa. Hanke tuotti konkreettisia ehdotuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämiseksi hoitoketuissa.</p> <p>Hankkeen projektityöntekijä teki suoraa potilastyötä 1) päihdepsykiatrisina konsultaatioina ja 2) palveluohjauksena. Kuntien henkilöstön tieto-taidon lisäämiseksi hanke tuotti koulutusta kahdeksaan koulutustilaisuuteen.</p> <p>Hankkeen tuottamien konsultaatioiden tavoitteena oli lisätä päihdepsykiatrista osaamista avohoidon yksiköissä ja psykiatrisilla osastoilla. Konsultaatioissa projektityöntekijä tapasi potilaat yhdessä potilaan oman työntekijän kanssa ja tapaamisessa arvioitiin potilaan hoidon tarvetta. Hankkeessa tehtiin 201 konsultaatiota, joista noin 60 % tapahtui Pitkäniemen sairaalan akuutti-psykiatrisen osastoilla: 1/3 potilaista ohjautui päihdepalveluihin, 1/3 ohjautui psykiatrisiin palveluihin ja 1/3 ohjautui päihdepsykiatrisiin palveluihin. Konsultaation myötä potilaat ohjautuivat paremmin tarpeenmukaisiin hoitopaikkoihin.</p> <p>Hankkeessa kehitettiin työväline konsultaatioihin ja yleisempäänkin käyttöön päihdeongelmaisten potilaiden tunnistamiseksi, ongelman vaikeusasteen määrittelemiseksi ja hoidon tarpeen määrittelemiseksi. Konsultaatioita jatketaan mahdollisuuksien mukaan Pitkäniemen sairaalan päihdepsykiatrisen osastolta (APS5). Myös Pitkäniemen sairaalan poliklinikan rajapintatoiminnassa on hankkeen aikana panostettu potilaiden hoidon tarpeen arviointiin. Työtapa sairaalan ja avohoidon rajapinnassa kehitetään edelleen, erityisesti pyritään tarjoamaan avohoidon toimintayksiköille nopeat konsultaatiot potilaan kriisitilanteissa. Konsultaatioiden ja arviointilomakkeen avulla päihteiden käytön osuutta psykiatristen potilaiden sairastamisen yhteydessä arvioidaan herkemmin ja systemaattisemmin.</p> <p>Palveluohjausta kokeiltiin kuudelle erityisen vaikeaksi koetulle potilaalle. Palveluohjauksella potilaita kannateltiin tehostetuin toimin pysymään hoitoketjussa. Räättälöimällä palveluja yksiköt kehittivät omaa ja koko hoitoketjun toimintaa</p> <p>Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ei vastaa kirjoittajien esittämistä mielipiteistä, eikä julkaisu muodosta PSHP:n virallista kantaa.</p>	
Ydintermejä indeksointia varten: kaksoisdiagnoosi, mielenterveysongelma, päihdeongelma, päihdepsykiatria	
Hinta: (sis. alv 8%) 12 €	
Julkaisu tulostettavissa osoitteesta: http://www.pshp.fi/julkaisusarja	Julkaisu ostettavissa Juvener Kirjakaupasta:
Julkaisu tilattavissa http://www.juvenes.fi/verkkokauppa/ http://granum.uta.fi/granum	Yliopiston Kirjakauppa Kalevantie 4, 33014 Tampereen Yliopisto puh. 020 760 0392
Julkaisu indeksoituna osoitteesta: http://helecon.lib.hkkk.fi/MEDIC/	

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	7
2. HANKKEEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	8
2.1. KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN HOITO KUNNASSA	9
2.1.1 Verkostoituminen ja muu yhteistyö.....	9
2.1.2 Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluohjauskokeilu	10
2.2 KUNNAN HENKILÖSTÖN PÄIHDEPSYKIATRINEN OSAAMINEN.....	12
2.3 KUNTIEN PALVELUIDEN JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEISTYÖ	13
2.3.1 Päihdepsykiatriset konsultaatiot	13
2.3.2 Lomakekokeilu hoidon tarpeen arvioinnissa.....	19
3. HANKKEEN ARVIOINTI.....	23
4. TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS.....	25
4.1 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut lähemmäksi kuntia	25
4.2 Uusia työkaluja hoitoon ja yhteistyötä palvelujärjestelmän kehittämiseksi	26
5. POHDINTA.....	26
6. KEHITTÄMISEHDOTUKSET	28
LÄHTEET	31
LIITTEET	32
Liite 1. Hankkeen projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenet	33
Liite 2. Palveluohjaussuhteen kontaktit kahden viikon ajalta	34
Liite 3. Konsultaatiopotilaiden diagnoosit	35
Liite 4. Konsultoineet osastot ja potilaalle suunniteltu jatkohoito.	37
Liite 5. Konsultaatiopotilaiden päihdekäyttö ja psykiatriset häiriöt	38
Liite 6. Lomake hoidon tarpeen arviointiin	39
Liite 7. Hankkeen päätösseminaarin ohjelma	41

1. JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosipotilaksi nimitetään potilaita, joilla on samanaikaisesti kliinisesti merkittävä psykiatrinen häiriö ja hoitoa vaativa päihdeongelma. Vaikeimmissa tapauksissa potilailla on psykoositasoinen sairaus tai erityisen hankala persoonallisuushäiriö sekä huumeongelma. Tilanteeseen liittyy usein seurannaisilmiöitä kuten rikollisuutta, somaattisia sairauksia, ongelmia perheissä ja muissa sosiaalisissa suhteissa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että psykiatrisen hoidon piirissä olevista potilaista lähes puolella on samanaikainen päihdeongelma ja päihdepotilaista jopa yli 80 %:lla on samanaikainen psykiatrinen sairaus. Psykiatriset potilaat käyttävät päihteitä huomattavasti valtaväestöä enemmän. Pitkänien sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla hoidetaan vuosittain 600 – 700 eri potilasta, joille on annettu ICD-10-luokituksen mukainen päihde-ehtoinen diagnoosi (ykkös-, kakkos- jne. diagnoosina). Tämä kattaa 40 % kaikista akuuttipsykiatrian potilaista.

Psykiatristen potilaiden ja päihdepotilaiden komorbiditeetti jää usein tunnistamatta, mikä saattaa viivästyttää asianmukaisen hoidon aloitusta. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon pitäisi sisältyä sekä mielenterveydenhäiriön että päihdeongelman hoitoa, niin että hoidot tukisivat toisiaan. Erityisen tärkeää on tunnistaa nuorten ja varhaisaikuisuudessa olevien potilaiden joukosta ne, joilla päihteiden käytön taustalla on vakava psyykkinen sairaus kuten skitsofrenia. Heidät on syytä viivyttämättä ohjata asianmukaisiin tutkimuksiin ja hoitoon.

Kaksoisdiagnoosipotilaita siirrellään helposti toimijalta toiselle ilman kokonaisuuden suunnittelua. He käyttävät toistuvasti päivystyspalveluita suurkäyttäjiksi asti. Hoitoketjut ovat kehittymättömiä ja potilaiden arvioidaan ohjautuvan joko päihde- tai mielenterveyspalveluihin sattumanvaraisesti (1).

Avohoito on pääosin kuntien omaa toimintaa. Hoidon suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus eivät aina toteudu, minkä vuoksi kaksoisdiagnoosipotilas jää herkästi ilman tarvitsemaansa pitkäjänteistä hoitoa. Tästä ei kärsi vain potilas, vaan myös tämän perhe ja muikin ympäristö: rikokset, väkivalta, syrjäytyminen, itsetuhoisuus, psykoottisuus ja tapaturmat ovat arkipäivää erityisesti hoidon ulkopuolella oleville kaksoisdiagnoosipotilaille.

Mielenterveys- ja päihdetyön kustannuksissa suurimmat säästöt hoitotasosta tinkimättä on mahdollista saavuttaa kohdentamalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito tarkoituksenmukaisella tavalla (2). Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelujärjestelmä on monimutkainen ja työnjako epäselvä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja kuntoutumisen suunnittelu edellyttää hoitovastuun määrittämistä ja kriisitilanteiden ennakoimista. Kehittämistarpeiksi nousevat toimijoiden yhteistyö ja päihdepsykiatrisen erityisosaamisen lisääminen.

Valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki korostaa peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Vuoden 2009 kansallisessa mielenterveys- ja päihdeohjelmassa (3) esitetään päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhdistämistä.

Hoitojärjestelmässä tulisi löytää yhteiset pelisäännöt ja työnjako, jotta hoitoon tehtävät investoinnit eivät mene hukkaan. Vaativimpien ja kustannuksia paljon sitovien potilaiden kulkua hoitojärjestelmässä on seurattava ja ohjattava asianmukaisesti.

2. HANKKEEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kehittämisellä on aktiivinen lähihistoria. Professori Jouko Lönnqvist selvitti päihdepsykiatristen hoitojen järjestelyjä Pirkanmaalla ja Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) miljoonapiirissä vuonna 2004 (4). Selvityksessä todettiin muun muassa, että sairaanhoitopiiriin päihdepsykiatristen palveluiden tulisi rakentua yhteisesti hyväksytyyn päihdestrategian varaan, strategisen ohjauksen tulisi perustua alueen yhteiselle näkemykselle ja sille tarvittaisiin keskitetty rakenne. Päihdepotilaiden pidempikestoisen hoidon ja kuntoutuksen katsottiin ensisijaisesti olevan kuntien peruspalveluiden vastuulla. Selvityksen jälkeen sairaanhoitopiiriin nimeämä alueellinen työryhmä valmisteli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin päihdepsykiatristen hoitojen strategian (5). Työryhmän valmistelun pohjalta organisoitiin TAYS:n päihdepsykiatrinen osasto (APS5) Pitkäniemen sairaalaan.

Aiemmin PSHP: n päihdepsykiatristen potilaiden hoitoa on kehitetty Ketjun rasvausprojektissa, joka toteutettiin kahdessa osassa lääninhallituksen myöntämän hankerahoituksen tuella (6,7).

Myös Tampereen kaupungin päihdepoliittisessa suunnitelmassa 2005 - 2008 ja Tampereen kaupungin Mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelmassa vuosille 2002 - 2012 on linjattu päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoidon järjestämistä.

Uuden hankkeen kohderyhmäksi valittiin vaikeat kaksoisdiagnoosipotilaat, koska näiden potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti ja hoidon järjestämiseen on alettu kiinnittää kasvavaa huomiota. Stakesin HILMO -rekisterin mukaan tämän potilasryhmän sairaalahoitajaksojen määrä on noussut tasaisesti ja melko jyrkästi erityisesti 1990-luvulla (8,9).

Länsi-Suomen lääninhallitus myönsi Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämishankkeelle 45 000 € hankeavustusta. Edellytyksenä hankerahoitukselle oli parantaa perusterveydenhuollon, päihdehuollon, sosiaali- ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä ja tehdä yhteistyötä muiden alueen päihde/mielenterveys-hankkeiden kanssa. Hankeavustuspäätöksen mukaisesti yhteistyötä tehtiin Päihde- ja mielenterveysasiakkaan kohtaaminen terveyskeskuksessa –hankkeen ja Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö-hankkeen kanssa (10).

Hankkeen tavoitteet olivat:

1. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito kunnan omina palveluina paranee, painopiste hoidon toteuttamisessa siirtyy perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja päihdehuollon piiriin.
2. Kunnan henkilöstön päihdepsykiatrinen osaaminen kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta lisääntyy.

3. Kuntien palveluiden ja erikoissairaanhoidon yhteistyö ja hoidon jatkuvuus paranee sekä hoitoon ohjaamisen kriteerit selkiytyvät.

Hankkeeseen palkattiin päätoimiseksi projektityöntekijäksi kokenut päihdetyöhön syventynyt sairaanhoitaja Veli Järvenkylä. Hankkeen toteutuksen taustatukena oli TAYS:n päihdepsykiatriaan perehtyneitä asiantuntijoita muun muassa päihdepsykiatrian osastolta ja poliklinikalta. Kehittämishanke toteutettiin 1.9.2006 – 30.9.2008.

Hankkeen toteutusta suunniteltiin ja arvioitiin alueellisesti edustavassa projektiryhmässä, joka kokoontui yhdeksän kertaa. Ohjausryhmä kokoontui kuusi kertaa seuraamaan hankkeen etenemistä ja teki hankkeelle toimintalinjauksia. (Liite 1).

TAYS:n aikuispsykiatrian vastuualueelta koottu hanketyöryhmä koordinoi kuukausittain hankkeen käytännön toteuttamista. Työryhmän jäseninä olivat oh Jarmo Romu ja ol Merja Syrjämäki päihdepsykiatriselta osastolta APS5, ayl Maija-Liisa Lehtonen, ayl Päivi Kiviniemi sekä mielenterveystyön kehittämissyksikön (PMT) koordinoitipäällikkö Juha Ahonen.

2.1. KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIEN HOITO KUNNASSA

2.1.1 Verkostoituminen ja muu yhteistyö

Psykiatrinen avo- ja osastohoito ovat eriytyneet toisistaan, samoin psykiatria ja päihdehuolto. Tämän vuoksi päihdehuollossa ja psykiatriassa on alettu kehittää uudenlaisia yhteistyötapoja. Hanke teki tiivistä yhteistyötä Pitkämäen sairaalan päihdepsykiatrisen osaston APS5:n sekä rajapintatyöryhmän kanssa. Psykiatrisen osasto- ja avohoidon väliin kehitettiin uudenlaista, liikkuvampaa ja joustavampaa työmallia. Tavoitteena oli osastohoidon vaihtoehdoksi kehittää potilaiden hoidon tarpeen arviointia sekä polikliinisiä hoito- ja tutkimusjaksoja, joissa verkostotyöotteella parannettiin hoidon jatkuvuutta. Potilaiden omaisverkostoon kiinnitettiin erityistä huomiota. Hankkeessa etsittiin psykiatrian ja päihdehuollon yhteistä integroitua hoitotapaa eri toimijoiden kanssa.

Ylä-Pirkanmaan alueella ja Hämeenkyrössä toimivat omat seutupäihdetyöhankkeet, joiden tavoitteena oli selkiyttää kuntien yhteistyökäytäntöjä ja työnjakoa sekä laatia kuntakohtaisia toimintamalleja myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyöhankkeen tavoitteena oli kehittää seudullista jalkautuvan päihdetyön mallia. Alueeseen kuuluivat Virrat, Kuru, Mänttä, Vilppula, Ruovesi, Orivesi ja Juupajoki. Hankkeen työntekijä, Minna-Kaisa Järvinen, toimi jäsenenä myös 2dg-hankkeen projektityöryhmässä samoin sairaanhoitaja Virpi Harjula Hämeenkyrön mielenterveys-päihdetyöhankkeesta. Kuntien hankkeissa laadittiin päihdetyön toimintamalleja, joihin liittyen 2dg-hankkeesta järjestettiin kuntakohtaiset keskustelutilaisuudet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. Tilaisuuksiin osallistuivat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset toimijat. Toimintamalleissa oli kuntakohtaisia eroja. Joissakin kunnissa, esimerkiksi Orivedellä, mielenterveystoimisto ja päihdetyö toimivat saman katon alla, mikä on mahdollistanut toimivan yhteistyön. Joissakin kunnissa toimintamallit olivat prosessimalleja, joissa tarkasteltiin muun muassa katkaisuhuoltokäytäntöjä. Eräissä kunnissa esimerkiksi Virroilla toimintamalli oli osa kuntastrategiaa, jossa painottuivat kehittämisalueet, tavoitteet, vastuutahot sekä seuranta- ja arviointivastuut. Mäntässä ja Virroilla kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallin luominen otettiin kuntien erityiseksi kehittämisalueeksi.

Hankkeessa järjestettiin kaksoisdiagnoosipotilaille kuntouttavia palveluja tarjoavien toimijoiden tapaaminen Pitkänien sairaalassa 28.5.2008. Tarkoituksena oli keskustella yhteistyötavoista sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoketjun kehittämisestä. Tilaisuuteen osallistuivat kaksoisdiagnoosipotilaille kuntoutusta tai asumispalveluja Pirkanmaalla tarjoavien ns. kolmannen sektorin palveluiden edustajat: Sopimusvuori ry, Sininauhaliitto, Suomen mielenterveysseura, A-kiltojen liitto, A-klinikkasäätiö sekä yksityiset hoitokodit Villa Hockey, Pirkanmaan pienkoti ja Vuohenojan Ykköshoiva. Lisäksi mukana oli edustus Tampereen kaupungin päihdepalveluiden asiakasohjauksesta ja avomielen-terveyspalveluista sekä Pitkänien sairaalasta ja Tampereen yliopistosta. Tilaisuuteen osallistui 25 henkilöä ja se todettiin hyödylliseksi keskustelufoorumiksi ja yhteistyöverkostoksi 2dg-potilaita hoitaville tahoille. Syntyneitä yhteistyötä päätettiin jatkaa, vastuutahoksi sovittiin TAYS:n päihdepsykiatrian osasto APS5.

Yhdessä osaston APS5:n kanssa hankkeessa järjestettiin yhteistyötapaamisia Kaivannon sairaalan, A-klinikka-säätiön Matalan, K-klinikan ja TAYS:n psykiatrian toimialueen eri yksiköiden kanssa. Hanke teki yhteistyötä myös Tampereen avomielen-terveyspalvelujen kotityöryhmien ja Sopimusvuori ry:n kanssa ja osallistui valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeen taustaryhmään.

Vuodesta 2002 alkaen on alueella toiminut opioidihoitojen kehittämistyöryhmä, jossa on edustus korvaushoitoja toteuttavista yksiköistä Tampereelta, Vammalasta ja Valkeakoskelta. Veli Järvenkylä on toiminut työryhmän puheenjohtajana vuodesta 2006 lähtien ja osallistui myös 2dg-hankkeessa aktiivisesti työryhmän työhön. Työryhmässä on saatettu alkuun Pirkanmaan alueen korvaushoidon hoitoketjun kuvaus, jolla linjataan alueen kuntiin yhtenäisempiä hoitokäytäntöjä ja joka toimii käsikirjana hoidossa.

2.1.2 Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluohjauskokeilu

Palveluohjaus on sosiaalityön menetelmä, jonka tarkoituksena on määrittellä asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niihin parhaiten sopivat palvelut ja tuki. Toisaalta palveluohjaus on tapa rakentaa potilaalle yksilöllinen palvelukokonaisuus, joka tukee hänen selviytymistään. Keskeistä tässä prosessissa on palvelujen keskitetty koordinointi ja jatkuva seuranta yhdessä asiakkaan kanssa (11).

Hankkeessa oli tarkoitus kokeilla palveluohjausta kymmenelle erityisen vaikeaksi koetulle kaksoisdiagnoosipotilaalle. Kokeilua markkinoitiin Pitkänien sairaalaan, psykiatriseen avohoitoon sekä päihde- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Kokeiluun valikoitui kuusi potilasta: kaksi potilasta päihdepsykiatriselta osastolta APS5, kaksi muilta Pitkänien sairaalan osastoilta, yksi potilas Tampereen psykiatrisesta kotityöryhmästä ja yksi Hatanpään päivystysasemalta. Kysyntää olisi ollut huomattavasti enemmän. Palveluohjausta kokeiltiin lokakuusta 2006 syyskuuhun 2008. Sovitusti vähintään puolen vuoden ajan oli mukana neljä potilasta, yksi potilas kolme kuukautta ja yksi kuukauden. Palveluohjaajana toimi projektityöntekijä sh Veli Järvenkylä.

Palveluohjaukseen otetuilla potilailla 2-dg-kriteerit täyttyivät selvästi, heillä oli vakava psykiatrinen häiriö yhdistyneenä vaikeaan päihderiippuvuuteen. Potilaat olivat vaikeasta syrjäytymisestäään huolimatta nuoria, viisi heistä oli alle 30-vuotiaita. Keski-ikä

palveluohjaussopimusta tehtäessä oli 26,8 vuotta (vaihteluväli 22 – 37 vuotta). Kaikilla potilailla oli taustalla laitoshoitajaksoja, sekapäihdekäyttöä, sosiaalisia ongelmia kuten asunnottomuutta ja velkaantumista, osalla rikollisuutta ja vankilatausta. Kenelläkään ei ollut kokemusta työelämästä. Potilaat ajautuivat helposti erilaisiin kriiseihin. Päihdekäytön seurauksena potilaiden psyykkisen sairauden hoito ei ollut avohoidossa toteutunut asianmukaisesti, sairaalahoitoja oli ollut muun muassa myrkytystilojen ja psykoosien vuoksi.

Kaikille potilaille oli kokeiltu monenlaisia palveluja sekä psykiatriassa että päihdehuollossa. Potilailla oli keskimäärin 11 aiempaa laitoshoitajaksoa. Yksi potilas oli palveluohjaussopimusta edeltäneen kolmen vuoden aikana ollut yhteensä 2,5 vuotta erilaisissa laitoshoidoissa. Kenelläkään palveluohjauspotilaalla ei ollut pysyvää avohoitokontaktia. Palveluohjaukseen tullessa potilaille ei ollut sopivaa palvelua tarjolla tai hoitoyksiköt kieltäytyivät tarjoamasta heille hoitoa.

Potilaat haastateltiin ennen kokeilun alkua. Potilailta pyydettiin suostumus palveluohjaukseen ja tehtiin yksilöity palveluohjaussopimus. Palveluohjaussopimus tehtiin 3 - 6 kuukaudeksi ja se uusittiin tarvittaessa. Hoidon tarpeen määrittämiseksi ja potilaan tilan seuraamiseksi psykiatrinen oireilu arvioitiin palveluohjauksen alussa SCL-90-lomakkeen avulla. Tavoitteena oli rakentaa potilaille pysyvämpää hoitoverkostoa. Palveluohjaaja liikkui ja teki kiinteää yhteistyötä kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen ja omaisten kanssa. Neljän potilaan vanhemmat olivat erittäin aktiivisesti mukana potilaan hoidossa, kahdella potilaalla ei ollut lainkaan omaisia.

Palveluohjauspotilaille kokeiltiin monia palveluja. Tämä edellytti palveluohjaajalta useita neuvotteluja ja hyvin tiivistä mukanaoloa kokeiluissa. Päihdepuolen avohoidossa potilaita ohjattiin muun muassa Alma-projektin, A-klinikan Nuorisoaseman ja Matalan palveluihin. Psykiatrisista palveluista kokeiltiin mielenterveystoimistoa, kotityöryhmää ja nuorten aikuisten psykiatrista päiväsaalaa sekä psykiatrisia kuntoutuskoteja. Palveluohjauspotilaita hoidettiin myös Pitkäniemen poliklinikan rajapintatyöryhmässä ja osastolla APS5 sekä myös muilla osastoilla Pitkäniemen ja Kaivannon sairaaloissa sekä Tampereen ja Mainiemen kuntoutumiskeskuksissa. Potilaat kävivät palveluohjaajan vastaanotolla keskustelemassa ja osa sai samalla pitkävaikutteisen injektio-lääkityksensä. Tavoite kymmenestä palveluohjauspotilaasta osoittautui ylimitoitetuksi, koska potilaat työllistivät ennakoitua enemmän. Esimerkki yhden palveluohjaussuhteen kontakteista kahden viikon ajalta on kuvattu liitteessä 2.

Kokeilussa oli mukana kuusi vaikeasti ongelmasta potilasta, joten tuloksista voi vetää enintään suuntaa antavia päätelmiä. Palveluohjaustoiminta vaati pitkäjänteistä työtä, potilaat kiinnittyivät palveluohjaukseen vähitellen. Neljällä potilaalla kuudesta oli säännöllinen kontakti palveluohjaajaan. Palveluohjauksen avulla osa potilaista sai säännöllisesti lääkkeensä ja pystyttiin välttämään pitkät sairaalahoitajakset, joita jokaisella oli useita takanaan. Erityisen tärkeänä potilaat kokivat sen, että pääsivät itse vaikuttamaan hoitonsa sisältöön. Kaikki palveluohjauksessa mukana olleet potilaat ottivat oma-aloitteisesti yhteyttä palveluohjaajaan kriisitilanteissa. Prosessin aikana potilaat toivat esiin toiveitaan psykiatrisen hoidon tai katkaisuhoidon suhteen. Potilaat olivat tyytyväisiä hoitokokeiluihin, mutta vain kahdelle potilaalle saatiin luotua pysyvä avohoitokontakti, toiselle A-klinikkasäätiön Matalaan ja toiselle Tampereen psykiatriseen kotityöryhmään.

Vanhemmat ja hoitoyksiköt olivat aktiivisesti mukana potilaiden palveluohjausprosessissa. Puhelinkonsultaatiot auttoivat selviytymään ongelmatilanteista. Omaisten palaute toiminnasta oli myönteinen, erityisesti kokemus hoidon jatkuvuudesta sai kiitosta. Vanhemmat kokivat saaneensa tukea itselleen ja pystyneensä paremmin tukemaan aikuisen lapsensa kuntoutumista.

Palveluohjaukseen valikoituneiden potilaiden haasteellisuutta kuvaa muun muassa se, että yksi teki itsemurhan noin kuukauden kuluttua palveluohjauksen alkamisen jälkeen ja yksi oli mukana kolme kuukautta, mutta sen jälkeen häntä ei mistään enää tavoitettu.

Potilaiden hoitolinjoista ei aina ollut helppo päästä yhteisymmärrykseen. Psykiatrinen diagnoosi aiheutti keskustelua päihdeyksiköissä siitä, miten potilas selviytyy hoitoyhteisössä. Potilaan vuosia kestänyt päihteidenkäyttö puolestaan vaikeutti psykiatriseen hoitoon pääsyä.

Palveluohjauskokeilun myötä saatiin luoduksi joustavia yhteistyömuotoja palveluiden välille. Palveluohjauksen edellytyksenä oli sopimus hoitavien yksiköiden välillä, monet yksiköt halusivat sairaalan takaavan nopean pääsyn takaisin osastolle kriisitilanteissa. Tämän vuoksi luotiin joustava järjestelmä, jossa potilas saatiin tarvittaessa ilman lähetettä samana päivänä osastohoitoon. Tämä käytäntö tuki palveluohjauksen onnistumista ja silti osastohoitopäivät vähenivät.

Palveluohjauspotilaiden hoidon koordinointi, kriisitilanteet ja hoitavien verkostojen luominen oli yhden työntekijän toimintana kuormittavaa. Palveluohjauksessa pyrittiin turvaamaan potilaille hoidollinen jatkuvuus. Psykiatriset kotityöryhmät ja matalan kynnyksen palvelut, nopea puhelinkonsultaatio omaisille ja potilaille sekä palveluiden joustavuus helpottivat potilaiden sitoutumista hoitoihin. Työntekijän tapaamisen järjestäminen kriisiluonteisesti oli erityisen tärkeää.

Kokonaisuutena palveluohjauskokeilun tulokset olivat rohkaisevia. Potilaiden "ajelehtiminen" erilaisten palveluiden välillä väheni, kun hoidosta vastaava taho oli selkeästi sovittu. Kokonaisvastuu vaikeahoitoisten kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon koordinoinnista voisi olla päihdepsykiatriaan erikoistuneella yksiköllä, yhtenä vaihtoehtona "kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluohjauspoliklinikka". Tämän tyyppisestä toiminnasta on Suomessakin kokemusta muun muassa Helsingissä. Tarvittava lisäpanostus olisi todennäköisesti pitkällä aikavälillä taloudellisesti kannattavaa. Inhimillisesti katsoen potilaiden elämänlaatu paranisi.

2.2 KUNNAN HENKILÖSTÖN PÄIHDEPSYKIATRINEN OSAAMINEN

Hanke järjesti Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyöhankkeen kanssa yhteistyössä kaksoisdiagnoosikoulutukset 6.2.2007 Orivedellä ja 20.2.2007 Virroilla. Tilaisuuksiin osallistui yhteensä 68 henkilöä.

Osana Sairaanhoidotalon ja A-klinikkasäätiön vuoden kestävästä alueellista koulutusohjelmaa hankkeen projektipäällikkö kutsuttiin luennoimaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta ja keskustelemaan Lahden kaupungin valmisteilla olevasta

päihdestrategiasta. Tilaisuus pidettiin 4.9.2007 Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Osallistujia oli 39.

Sopimusvuoren kaksoisdiagnoosikoulutus Sopimusvuori ry:n henkilökunnalle pidettiin Sopimusvuoren auditoriossa 20.2.2008. Osallistujia oli 28.

Rajapintatoiminta psykiatriassa –koulutussarjassa Pitkäniemen sairaalassa esiteltiin hanketta ja päihdepsykiatrian erityiskysymyksiä kahdesti: 6.11.2006 ja 23.4.2007. Osallistujia oli 80.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämishankkeen päätösseminaari järjestettiin 24.9.2008 Finn-Medi 5:n auditoriossa. Osallistujia oli 200.

Yhteistyössä opioidihoitojen kehittämistyöryhmän kanssa järjestettiin alueellinen koulutus opioidiriippuvaisten korvaushoidon järjestämisestä 26.11.2008 FinnMedi 5:n auditoriossa. Koulutuksen nosti esiin korvaushoidon erityiskysymyksiä kuten uuden korvaushoitoasetuksen ja alueellisen korvaushoitoketjun käsikirjan. Osallistujia oli 139.

2.3 KUNTIEN PALVELUIDEN JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEISTYÖ

2.3.1 Päihdepsykiatriset konsultaatiot

Konsultaatioita tehtiin hankkeessa 201, joista pääosa Pitkäniemen sairaalan akuuttipsykiatrian osastoilla tai sairaalahoitoon pyrkiville potilaille. Lukuisia puhelinkonsultaatioita ei tilastoitu erikseen. Kaikkiin konsultaatiopyyntöihin hanke ei pystynyt vastaamaan. Nuorten konsultaatiokysyntä kasvoi hankkeen loppupuolella, mikä kertonee siitä, että myös nuorisopsykiatriassa päihdeasioiden konsultoinnille on tarvetta.

Konsultaatioiden aiheet olivat 1) potilaiden päihdekäytön kartoitus 2) päihdehoidon tarpeen arviointi 3) päihdepsykiatrisen hoitosuunnitelman laadinta 4) potilaiden hoitomotivaation arviointi 5) psykiatrisen oireilun ja päihdekäytön yhteyden arviointi. Konsultaatioissa lisättiin yksiköiden omaa tieto-taitoa pyytämällä konsultaatiotilanteeseen mukaan yksikön oma työntekijä. Samalla rohkaistiin henkilökuntaa kartoittamaan aktiivisemmin myös itse potilaiden päihdeasioita.

Konsultaatioissa keskeisintä oli arvioida potilaan päihdekäytön yhteyttä hänen mielenterveyden ongelmiinsa. Tavoitteena oli poimia sairaalan potilasvirrasta päihdepsykiatrista erityisosaamista vaativat potilaat. Päihdepsykiatrisen hoidon tarpeen arviointiin kehitettiin lomake. Sen toivottiin samalla helpottavan päihdeasioiden esiin ottamista. Lomake toimi vuoden ajan myös konsultaatiopyyntöjen lähetteenä.

Pääosan konsultaatioista teki hankkeen projektityöntekijä Veli Järvenkylä, osan konsultaatioista toteutti päihdepsykiatrisen osaston (APS5) liikkuvan päivätiimin työntekijä. Konsultaatioissa toimi lisäksi apuna päihdepsykiatrian asiantuntijoina ayl Päivi Kiviniemi sekä osasto APS5:n moniammatillinen työryhmä. Konsultaatiot toteutettiin useimmiten seuraavana päivänä konsultaatiopyynnöstä.

Konsultaatioissa lähes kaikkien (95 %) potilaiden päihdekäytön arvioitiin olevan haitallista. Potilailla oli päihderiippuvuus ja/tai päihdekäytön arvioitiin olevan ainakin osasyynä hoitoon hakeutumiseen ja psykiatriseen oireiluun.

Konsultaatiopotilaat

Potilaat tulivat hoitoon useimmiten mielialahäiriöiden tai psykoosien vuoksi. Pääosa (70 %) potilaista koki tarvitsevansa ensisijaisesti apua psykiatriin ongelmiin. Psykiatrinen avohoitokontakti oli kuitenkin ainoastaan 46 potilaalla (38,2 %). Psykiatrisista ongelmista itsemurha- ja tapaturma-alttius korostuivat. Itsemurhayritysten vuoksi hoitoon tulleiden lukumäärä oli neljannes potilaista. Päihdediagnoosit liittyivät pääosin alkoholiin ja päihteiden sekakäyttöön. Kannabiksen käyttö näytti hankkeessa olevan yhteydessä psykooseihin ja alkoholin käyttö masennukseen.

Potilailla oli aiemmin ollut lähinnä satunnaisia käyntejä eri palveluissa. Ilman hoitokontaktia oli 33 potilasta (27,5 %). Vain 25 potilaalla oli hoitokontakti päihdepalveluihin. Pääosin samat 25 potilasta tunnistivat myös itse päihdehoitotarpeensa. Potilaiden kokema päihdehoitotarve näyttikin olevan yhteydessä heidän ennestään aktiivisiin hoitokontakteihinsa.

Vaikka potilaat hoitoon tullessaan hakivat ensisijaisesti psykiatrisia palveluja, heidän päihdehoitomyönteisyytensä kasvoi konsultaatioiden seurauksena. Erityisesti pyrittiin arvioimaan, onko potilaan päihteidenkäytöllä ja psykiatrisilla oireilla syy-yhteys. Potilaat kokivat uutena tämän tyypisen tarkastelun. Tätä työtettä pyrittiin konsultaatioissa korostamaan. Konsultaatiot auttoivat huomattavasti tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valinnassa. Potilaiden näkemys hoidontarpeestaan selkiytyi konsultaatioissa. Potilaita saatiin ohjattua tarpeen mukaan myös päihdehoitoihin.

Hoitomenetelmät

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa korostetaan samanaikaisesti päihde- ja psykiatrisia ongelmia huomioivaa, yhdessä hoitoyksikössä tapahtuvaa integroitua hoitoa. Integroituja palveluja tarjoavia päihdepsykiatrisia yksiköitä ei juurikaan ole tarjolla. Suurin osa konsultaatiopotilaiden hoidosta toteutui päihdepalveluiden ja mielenterveyspalveluiden yhteistyönä, erilaiset sosiaalihuollon ja myös kriminaalihuollon palvelut olivat myös usein tarpeen. Pitäisikö puhua enemmänkin integroidusta työotteesta, yhteistyöstä kuin integroitua hoitoa toteuttavista yksiköistä? (12).

Hankkeessa integroituja hoitoja tarjoaviksi, päihdepsykiatrisiksi palveluiksi luokiteltiin Pitkämäen ja Kaivannon sairaalan päihdepsykiatriset osastot sekä avohoidossa TAYS:n päihdepsykiatrisen poliklinikka, Alma-projekti, Tampereen avomielenterveyspalvelujen kotityöryhmä ja hankkeen oma palveluohjaustoiminta. Toisaalta myös esimerkiksi A-klinikkasäätiön palveluissa on myös psykiatripalveluja ja näihin yksiköihin ohjautuu myös esimerkiksi psykoosista kärsiviä huumeidenkäyttäjiä. Potilaan hakeutuminen hoitopaikkaan tapahtuu osittain hänen akuutin ongelmansa perusteella, eikä se kerro kaikkea potilaan ongelmista. Yksiköissä tehtävä hoitosuunnitelma tulisi rakentaa tarpeenmukaiseksi potilaan kokonaistilanteen kannalta.

Konsultaatioissa hanketyöntekijän käytössä oli päihdepsykiatrisen työryhmän palvelut, joten epäselvissä tilanteissa potilaita ohjautui hoidonsuunnitteluun tai tutkimuksiin osastolle APS5. Oli tärkeää, että potilaat kokivat pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Usein raittiuteen kannusti esimerkiksi tieto siitä, että potilas pääsee toivomaansa psykiatriseen tutkimukseen oltuaan sovitun ajanjakson raittiina.

Päihdeongelmien tunnistaminen vaihtelevaa

Hankkeen kokemusten perusteella psykiatrisissa yksiköissä kyetään vain rajallisesti tunnistamaan potilaiden päihdeongelmia. Päihdepalveluista ei ole riittävästi tietoa ja psykiatristen oireiden yhteys päihteiden käyttämiseen jää usein arvioimatta. Päihdeongelman tunnistamisen jälkeen ei ole sovittua yhtenäistä toimintamallia. Hoidon tarpeen arvioiminen ja hoitoon ohjaaminen vaatii osaamista, johon tulisi panostaa jo hoidon alkuvaiheessa päivystyksissä ja poliklinikoilla. Konsultaatioissa käytettyä integroitua työtettä voidaan kokeilla ja soveltaa kaikissa hoidon tarvetta arvioivissa toimipisteissä.

Tässä raportissa kuvataan 144 konsultaatiota, jotka toteutettiin 1.9.2006 – 6.11.2007. Eri potilaita oli 120, joista 50:lle (42 %) oli asetettu yksi diagnoosi. Kaksi tai useampi diagnoosia oli 65 potilaalla (52 %). Kaksi diagnoosia oli 41 potilaalla, kolme diagnoosia 18 potilaalla, neljä diagnoosia viidellä potilaalla ja viisi diagnoosia kahdella potilaalla. Sairaalan tulohaastattelussa, jossa arvioidaan sairaalahoidon tarve, konsultaatiopotilaille oli annettu yhteensä 245 diagnoosia. Näistä 131 (53,5 %) oli päihdediagnooseja ja 109 (44,5 %) muita psykiatrisia diagnooseja (Liite 3). Näillä konsultaatiopotilailla oli pelkästään päihdediagnooseja 43 (29,9 %) potilaalla, pelkästään psykiatrisia diagnooseja 39 (27,1 %) potilaalla ja molempia 38 (37%) potilaalla.

Taulukko 2. Konsultaatiopotilaiden päihdediagnoosit sairaalan tulohaastattelussa (sairaalahoidon tarpeen arvio)

Päihde	Riippuvuus tai jatkuva käyttö		Haitallinen käyttö		Päihteiden aiheuttama psykoosi tai käyttäytymishäiriö
	n	%	n	n	n
Alkoholi	49	37,4	17	14	18
Sekapäihdekäyttö	32	24,4	19	6	7
Opioidi	15	11,5	13	1	-
Bentsodiatsepiinit	15	11,5	12	3	-
Amfetamiini	10	7,6	8	-	2
Kannabis	8	6,1	-	3	5
Muut	2	1,5	-	1	1
Yhteensä	131*)	100,0	69	28	33

*) mukana kaikki potilaan käyttämät päihteet, joillakin potilailla (n = 120) useampia kuin yksi päihde

Taulukko 3. Konsultaatioissa tarkennetut päihdediagnoosit verrattuna tulohaastatteluun

Päihde	Konsultaatiossa arvioitu pääpäihde		Tullessa arvioitu pääpäihde	
	n	% *)	n	% **)
Alkoholi	51	42,5	49	34,0
Opioidit	18	15,0	15	10,4
Kannabis	16	13,3	8	5,5
Sekapäihdekäyttö	11	9,2	32	22,2
Amfetamiini	10	8,3	10	6,9
Bentsodiatsepiinit	8	6,7	15	10,4
Muut	--		2	1,4

*) sarakkeen %-osuus laskettu konsultaatiopotilaiden määrästä (n = 120)

***) sarakkeen %-osuus laskettu konsultaatioiden määrästä (n = 144)

Päihdekäytön todettiin olevan haitallista 114 (95 %, n = 120) potilaalle; potilaalla oli joko päihderiippuvuus tai päihdekäytön arvioitiin olevan osasyynä hoitoon hakeutumiseen. Kuuden konsultaatiopotilaan päihdekäyttöä ei pidetty haitallisena. Konsultaatioissa potilaiden päihteiden käyttö tarkentui. Alkoholi oli sekä konsultaatioiden että tulotilanteen perusteella eniten käytetty päihde. Sekapäihdekäyttäjillä jokin päihde nousi ykköspäihdeksi. Eniten korostui kannabiksen käyttö.

Taulukko 4. Konsultaatiopotilaiden (n = 120) diagnoosit sairaalan tulohaastattelussa (sairaalahoitoon tarpeen arvio)

Häiriöryhmä		Psykiatrinen diagnoosi		Lisäksi päihdediagnoosi	
		n	%	n	%
Psykoottiset häiriöt	F20 - F29	37	34,3	21	56,7
Mielialahäiriöt	F30 - F39	39	36,1	24	61,5
Persoonallisuushäiriöt	F60 - F69	18	16,7	13	72,2
Neuroottiset häiriöt	F40 - F48	10	9,3	7	87,5
Aktiivisuuden häiriöt	F90 - F98	3	2,8	2	66,6
Syömishäiriöt	F50 - F59	1	0,9	-	

Psykoositasoinen häiriö oli 80 (55,5 %) konsultaatiopotilaalla: ei-elimellinen psykoosi (n = 37), psykoositasoinen mielialahäiriö (n = 10) tai päihteiden aiheuttama psykoosi/ sekavuustila (n = 33). Yleisin yksittäinen diagnoosi määrittämätön psykoottinen häiriö (F29) oli 16 (13,3%) potilaalla. Useimmilla heistä häiriön arveltiin aiheutuneen päihteiden käytöstä, vain kuudella näistä potilaista oli myös päihdediagnoosi. Päihteiden käytön kartoittaminen olikin tässä ryhmässä yleinen konsultaatiopyynnön syy. Mielialahäiriöitä oli diagnosoitu 39 potilaalla (36,1%). Heistä enemmistöllä eli 34:llä oli masennusta. Kaksisuuntainen mielialahäiriö oli viidellä potilaalla ja persoonallisuushäiriö oli 18 potilaalla,

jotka ovat yllättävän pieniä määriä näiden häiriöiden ja päihdehäiriöiden suurta komorbiditeettia ajatellen. Tämä liittyy osittain siihen, että tullessa potilaalle usein asetetaan vain yksi diagnoosi ja se valitaan tulo-oireen mukaan.

Taulukko 5. Konsultaatiopotilaiden (n = 120) kokema hoidon tarve tai hoitoon hakeutumisen syy

Potilaiden arvio hoitoon tulon syyistä/hoidon tarpeesta	Potilaita n	%
Viiltely, intoksikaatio, muu itsemurhayritys/ itsetuhoisuus	32	26,6
Psykoosi tai muu sekavuustila	24	20,0
Päihdehoitotarve	25	20,8
- Vieroitustarve (kannabis 3, metadoni 2, opiaatit 5, alkoholi 6, bentsodiatsepiini 4)		
- Korvaushoitopäätös (3), ohjataan korvaushoitoarvioon(2)		
Masennus	9	7,5
Pään tutkiminen	7	5,8
Ahdistuneisuus	5	4,2
Väkivaltaisuus	3	2,5
Paniikkihäiriö	3	2,5
AD/HD-tutkimus tai AD/HD-hoidon järjestäminen	3	2,5
Perhekriisi	1	0,8
Pakko-oireet	1	0,8
Mania	1	0,8
Ei hoidon tarvetta	6	5,0
Yhteensä	120	100,0

Psykiatrisen hoidon- tai tutkimustarpeen ensisijaiseksi koki 90 potilasta (70 %). Lähes 70%:lle potilaista oli myös tullessa asetettu psykiatrinen diagnoosi, joten tullessa annettu psykiatrinen diagnoosi ja potilaiden kokema psykiatrinen hoitotarve olivat saman suuntaisia. Päihdehoitotarpeen ensisijaisena koki 25 potilasta (20,8 %). Henkilökunta arvioi päihdehoitotarpeen suuremmaksi sekä sairaalan tulohaastattelussa että konsultaatioissa. Vähintäänkin haitallista päihdekäyttöä arvioitiin olevan 95 %:lla konsultaatiopotilaista. Potilaiden kokema päihdehoitotarve tullessa oli suurempi, jos hän jo käytti päihdepalveluja. Vaikka enemmistö konsultaatiopotilaista koki ensisijaiseksi hoitotarpeekseen psykiatrisen hoidon, psykiatrinen hoitokontakti oli tullessa vain 46 potilaalla (38,2 %).

Kaksoisdiagnoosipotilaat käyttävät runsaasti erilaisia palveluja. Tämä todettiin myös hankkeen konsultaatiopotilaista, joiden hoitokontaktit olivat olleet toistuvia ja satunnaisia käyntejä eri palveluissa. Ilman hoitokontaktia oli 33 potilasta (27,5 %). Hoitokontakteja oli 22 eri palvelutahoon.

Taulukko 6. Konsultaatiopotilaiden (n = 120) hoito/palvelukontaktit sairaalaan arvioon tullessa

Mielenterveyspalvelut		Päihdepalvelut		Terveyskeskus/muut	
MTT/ Tampere	24	Matala	10	Opioidien	
MTT/ muut kunnat	10	A-klinikka	7	ylläpitohoito	2
Nuorisopsykiatrian		K-klinikka	1	Muu tk-hoitokontakti	9
poliklinikka	4	A-kilta	2	Kotisairaanhoido	1
Nuorisopsykiatrian		Pelastusarmeija	1		
osasto	1	Päiväperho	1		
Yksityinen psykiatri/		Vipunen	1	Alma-projekti	2
psykologi	4	Mikkeli-yhteisö	1	Kuusikko	1
Sopimusvuoren		Mainiemi	1	Nuorisokoti	1
kuntoutuskoti	2				
Kaivannon sairaala	1				
Yhteensä	46	Yhteensä	25	Yhteensä	16

Konsultaatiopotilaista 25 (20,8%) potilaan hoito jatkui tavallisella psykiatrisella osastolla. Pitkänien pähdepsykiatrian osastolle APS5 siirtyi 37 (30,8 %) ja Kaivannon sairaalan pähdepsykiatriseen hoitoon 9 potilasta. Päihdehuollon laitoksessa hoito jatkui 27 (22,5 %) potilaalla. Konsultaatioista suoraan avohoitoon siirtyi 22 potilasta (18,3%); psykiatriin avopalveluihin 13 potilasta ja päihdehuollon avopalveluihin 9 potilasta. Konsultaatiopotilaiden jatkohoitoon ohjautuminen selviää tarkemmin liitteestä 4. Potilaiden ohjautuminen 33 eri palveluun kertoo hyvin potilaiden moniongelmaisuudesta.

Pitkänien sairaalan akuuttipsykiatrian osastoilla oli yhteensä 67 eri konsultaatiopotilasta. Akuuttipsykiatrian osastoilla hoito jatkui 16 potilaan kohdalla, pähdepsykiatriselle osastolle APS5 siirtyi 17 potilasta. Puolet osastoilla olleista konsultaatiopotilaista siirtyi konsultaation jälkeen sairaalasta muihin palveluihin. Sairaalan polikliinisessa seurannassa (1 - 2 vrk:n hoito osastolla) tai välittömästi päivystyksen tulohaastattelussa olleista potilaista pyydettiin 34 konsultaatiota. Heistä 20 potilasta siirtyi Pitkänien osastoille, 14 ohjautui muihin palveluihin.

Konsultaatiopotilaiden jatkohoitopaikat

Pitkänien sairaalaan osastohoitoon ohjatuista/ osastolla jatkaneista 53 konsultaatiopotilaista ohjattiin osastohoidon jälkeen päihdehuollon avopalveluihin 36 potilasta, suurin osa A-klinikalle tai Matalaan. Psykiatriin avohoidon palveluihin järjestettiin hoito 29 potilaalle: mielenterveystoimistoihin 20, päiväsaaraloihin kolme potilasta ja Pitkänien sairaalan rajapintatyöryhmään siirtyi kuusi potilasta. Pähdepsykiatrisen hoidon suunnitteluun osastolle APS5 ohjattiin 8 potilasta. Näiden lisäksi potilaita ohjattiin Alma-projektiin, TAYS:n pähdepsykiatrian poliklinikalle tai 2dg-hankkeen palveluohjaukseen. Monelle hoito siis rakentui kahden tai kolmen yksikön yhteistyönä. Potilaiden hoitoihin ohjautuminen ei vastannut suoraan potilaiden omaa toivetta psykiatrisen hoidon tarpeesta. Potilaiden näkemys hoitotarpeestaan tarkentui konsultaatiotilanteissa. Neljä

konsultaatiopotilasta kuoli hankkeen aikana. Kuolinsyynä oli itsemurha tai tahaton lääkkeen/huumeen yliannostus.

Päihdehoitomyönteisyys kasvoi ja potilaita ohjautuikin myös päihdehoitoihin. Kolmasosa hoitosuunnitelmista sisälsi psykiatrisia hoitopalveluita (60 suunnitelmaa), kolmasosa päihdepalveluita (63) ja kolmasosa päihdepsykiatrisia palveluita (69). Tämä tarkoittaa siis sitä, että usealle potilaalle tehtiin hoitosuunnitelma sekä psykiatrian että päihdehoidon osalta. Konsultaatioissa potilaille tehtiin pitkän aikavälin hoitosuunnitelmia. Hoitosuunnitelmissa integroitiin psykiatriset hoidot ja päihdepalvelut sekä tarvittaessa avohoito ja laitoshoidojaksot yksilölliseksi hoitoketjuksi. Esimerkki: potilas oli osastolla APS7, josta hän siirtyi konsultaation jälkeen jatkohoitoon Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikalle ja tuettuun asuntoon A-Killan Kotikartanoon tavoitteenaan tukiasunnosta käsin suorittaa yhdyskuntapalvelu. Suunnitelmassa yhdistyivät psykiatrisen hoidon, päihdehuollon ja kriminaalihuollon palvelut.

Monidiagnoosipotilaat

Eniten psykiatrisia diagnooseja oli kannabiksen, alkoholin ja sekapäihdekäytön yhteydessä. Yli puolella näiden aineiden käyttäjistä oli myös psykiatrinen diagnoosi. Alkoholin käyttäjillä oli pääasiassa mielialahäiriöitä, etenkin masennusdiagnooseja. Päihteiden sekakäyttäjillä mikään psykiatrinen häiriö ei erityisesti korostunut. Konsultaatiopotilaiden päihteiden käytön yhtäaikaisuus psykiatristen häiriöiden kanssa ilmenee liitteestä 5.

Kannabiksen aiheuttamia psykooseja oli tullessa diagnosoitu 5 konsultaatiopotilaalla. Konsultaatioissa paljastuneilla kannabiksen käyttäjillä oli myös psykoottisiin häiriöihin painottuva psykiatrinen tulodiagnoosi. Alkoholin aiheuttamia käyttäytymishäiriöitä tai psykoottisia oireita (delirium tremens) todettiin tullessa 18 konsultaatiopotilaalla ja yhtäaikaisia muita psykiatrisia diagnooseja oli paljon. Opiaattien, amfetamiinin ja bentsodiatsepiinien käyttäjillä yhtäaikaisia muita psykiatrisia diagnooseja oli vähän. Opiaattien käyttäjistä vain kahdella oli lisäksi psykiatrinen diagnoosi. Päihdekäyttö oli ainoana diagnoosina tulohaastattelussa konsultaatiopotilaista 43 potilaalla: alkoholi 13, opiaatit 13, bentsodiatsepiinit 10 ja amfetamiini 7 potilaalla.

2.3.2 Lomakekokeilu hoidon tarpeen arvioinnissa

Psykiatrisia oireita ja päihdekäyttöä arvioivia mittareita on kehitetty lukuisia. Niiden käyttö vaatii usein aikaa ja erityisosaamista. Tarvittaisiin yksinkertaisempia, mutta luotettavia työvälineitä. Pohjanmaalla potilaiden päihdeongelmaa, psykiatrista oireilua ja toimintakykyä arvioidaan ns. kuutiomallin avulla. Eri osa-alueet pisteytetään. Pisteiden perusteella voidaan määrittää hoidon tarvetta. Mittari on yksinkertainen, käytännön toimivuus odottaa lisäkokeilua (13).

Myös tässä hankkeessa oli tehtävänä kehittää yksinkertainen arviointiasteikko, työväline potilaiden ohjaamiseksi tarpeenmukaiseen hoitopaikkaan. Lomaketta kehitettiin TAYS:n psykiatrian toimialueen päihdeyhdyshenkilöverkostossa sekä hankkeen projekti- ja ohjausryhmissä. Lomakkeen keskusteluluonnetta, dialektisuutta haluttiin korostaa. Lisäksi

tavoitteena oli saavuttaa helppokäyttöinen lomake, joka samalla palvelisi hankkeen konsultaatiotoimintaa.

Päihteiden käytön ja psyykkisen sairauden syy-seuraus -selvittely

Luodussa lomakkeessa (Liite 6) kartoitetaan potilaan päihdekäyttö, psykiatriset, sosiaaliset ja somaattiset perustiedot. Lisäksi arvioidaan olemassa olevat tukiverkostot ja aiemmat hoitokontaktit sekä kootaan tiedot lähiomaisista. Myös potilaat itse arvioivat ensisijaisen hoidon tarpeensa. Lomakkeen avulla pyrittiin arvioimaan päihteiden käytön osuutta sairaalassa oloon tai mielenterveyden häiriöön. Esimerkiksi vaikuttaako potilaan ahdistuneisuus tai mieliala tämän alkoholin kulutukseen tai vaikuttaako päihteen vaikutuksen alaisena oleminen potilaan psykiatriseen oireiluun esim. lisäämällä pelkotiloja, psykoosioireita, itsetuhoisia ajatuksia tms. Myös ihmissuhdevaikeudet tai työttömyys saattavat aiheuttaa päihteiden kulutuksen kasvua ja päinvastoin. Potilaat itse kokivat näiden seikkojen selittävän paljon omaa psykiatrista oireiluaan.

Hoidon suunnittelun haasteellisuus

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tarve on yksilöllinen ja potilas saattaa tarvita psykiatrian ja päihdehuollon palveluita joko laitos- tai avohoidossa. Hoitoa haetaan oireiden mukaan psykiatrian, perusterveydenhuollon tai päihdehuollon yksiköstä. Hoidon tarpeen arvioiminen edellyttää paitsi psykiatristen ja päihdekäytöstä aiheutuneiden oireiden tunnistamista myös palveluiden tuntemusta. Hoitoyhteistyön rakentaminen potilaan ja tämän lähiverkoston kanssa on usein haastavaa. Hoidon suunnittelussa kerätyt tiedot potilaan tilanteesta jäävät helposti puutteellisiksi.

Päihdehuollon ja muiden sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulisi muodostaa toimiva kokonaisuus. Hoitoon ohjaamisessa voisi olla hyvä käyttää ainakin jossain määrin yhtenäistä menettelyä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tarpeen arviointiin erikoistuneita yksiköitä on kunnissa vähän. Kaksoisdiagnoosipotilaita ajautuu siksi helposti palveluiden ulkopuolelle.

Lomakkeeseen kerätyillä tiedoilla ja käydyllä keskustelulla päihteiden käytöstä ajateltiin olevan vaikutusta potilaiden hoidon suunnitteluun. Haastattelun perusteella arvioitiin, riittääkö päihdekäytön huomioiminen osana hoitoa vai onko tarve tarkempaan päihdekartoitukseen, tutkimiseen tai päihdehoidon järjestämiseen psykiatrisen hoidon lisäksi. Ongelmatilanteissa lomake toimi lähetteenä 2dg-hankkeen konsultaatioihin tai hoidon suunnitteluun osastolle APS5. Lomaketta käytettiin hankkeessa ja Pitkaniemen akuuttipsykiatriassa työvälineenä laajemminkin ja lomaketta kokeiltiin myös muun muassa Virtain terveyskeskuksessa ja Sopimusvuori ry:n Ruukin kuntoutuskodissa.

Psykiatristen oireiden takana olevat päihdeongelmat jäivät joissakin tilanteissa aika vähälle huomiolle huolimatta lomakkeeseen kerätyistä tiedoista. Tulotilanteessa syntynyt ensivaikutelma esimerkiksi tulodiagnoosi vaikutti potilaiden hoitojen sisältöön enemmän kuin se, että potilaat saattoivat käyttää jotain päihdettä lähes päivittäin. Englantilaisessa tutkimuksessa mielenterveyspalveluissa hoidetuista kaksoisdiagnoosipotilaista vain joka viides potilas sai hoitoa päihdeongelmaan, vaikka 44%lla oli alkoholiriippuvuus ja 30 %:lla

huumeriippuvuus. Päihdepalveluissa joka viidennelle tarjottiin psykiatrista apua, vaikka mielenterveydenhäiriöitä esiintyi 75 %:lla (14).

Lomakkeen pilotointi

Lomakkeen käyttöä ja toimivuutta testattiin viiden päivän ajan Pitkäniemen sairaalassa 21. – 25.1.2008. Lomake pyydettiin täyttämään kaikista sairaalahoidossa olevista alle 35-vuotiaista potilaista. Kokeilussa oli mukana akuuttipsykiatrian vastuuyksiköstä 6 ja nuorisopsykiatriasta 2 osastoa. Henkilökunta täytti lomakkeen potilaiden kanssa ja arvioi samalla sen toimivuutta. Kokeilun tavoitteena oli myös lisätä henkilökunnan päihdepsykiatrista osaamista, jonka vuoksi mahdollisimman monen työntekijän toivottiin käyttävän lomaketta. Lomakkeet täytettiin nimettöminä ja tiedot analysoitiin Exel-ohjelmalla. Tuloksena saatiin poikkileikkaus psykiatrisessa sairaalassa olevien alle 35-vuotiaiden potilaiden päihdekäytöstä, psykiatrisesta oireilusta ja potilaiden kokemasta hoitotarpeesta viiden päivän ajalta. Lisäksi saatiin tietoa psykiatristen osastojen henkilökunnan päihdeosaamisesta ja potilaiden päihdekäytön tunnistamisesta.

Täytettyjä lomakkeita palautettiin 47, aikuisosastoilta 37, näistä 8 päihdepsykiatrian osastolta APS5 ja nuoriso-osastoilta 10. Otoksessa oli miehiä 27, naisia 20. Potilaiden keski-ikä oli otoksessa 24,5 vuotta, nuorisopsykiatriassa 15,5 vuotta. Potilaiden päihdekäyttö ennen sairaalaan tuloa oli odotettua suurempaa. Tässä aineistossa joka kolmas tavallisella akuuttipsykiatrisella aikuisosastolla oleva potilas käytti sekaisin eri päihteitä. Eniten käytetty päihde oli alkoholi, mutta huomattavan paljon käytettiin myös muita päihteitä. Päihdeongelmaisiksi arvioidut potilaat olivat aloittaneet alkoholin käytön selvästi nuorempina kuin muut potilaat. Tämä tukee väitettä, että alkoholin varhainen aloittamisikä on yhteydessä myöhempään päihdeongelmaan. Nuorisopsykiatrisilla osastoilla oli 10 potilasta, joista 7 ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Nuorisopsykiatrian potilaiden alkoholin käytön aloittamisikä oli 13,3 vuotta, nuorin oli aloittanut 11-vuotiaana.

Potilaiden päihteidenkäyttö oletettua yleisempää

Otoksessa 17 potilaalla päihteiden käytön arvioitiin olevan riippuvuustasoista, heistä 8 oli hoidossa päihdepsykiatrian osastolla APS5. Tämän osaston potilaat käyttivät useita päihteitä päivittäin. Muilla aikuispsykiatrian osastoilla päihteistä riippuvaiseksi arvioitiin 9 potilasta eli joka kolmas otoksen potilas. Nuorisopsykiatrian potilailla ei vielä todettu varsinaista päihderiippuvuutta. Lähes kaikki otoksen potilaat käyttivät alkoholia, vain aikuisosastolla yksi potilas oli täysin raitis. Potilaiden ilmoituksen mukaan alkoholin käyttöpäiviä oli keskimäärin 4 päivänä, enimmillään 20 päivänä kuukaudessa. Alkoholia käytettiin keskimäärin 5,5 annosta/käyttöpäivä. Koko otoksessa alkoholin käytön aloittamisikä oli keskimäärin 14,1 vuotta, vaihteluväli 7-18 vuotta.

Aikuispsykiatrisilla osastoilla hoidettavana olleista potilaista huomattavan moni käytti kannabista, lähes 60 % otoksen aikuispotilaista (n=37). Tavallisilla psykoosiosastoilla APS2, APS4, APS7 kannabista käytti tai oli kokeillut 77,8 % otoksen potilaista. Kannabista käytettiin kuukaudessa keskimäärin 7 päivää, mutta esimerkiksi osastolla APS6 oli kaksi noin joka kolmas päivä kannabista käyttävää potilasta. Noin kolmasosa aikuispotilaista käytti kovia huumausaineita kuten amfetamiinia ja opiaatteja. Suonensisäisesti amfetamiinia

käytti 12 potilasta, opiaatteja 9 potilasta. Pääosa kovia huumeita käyttäneistä oli hoidossa päihdepsykiatrian osastolla APS5.

Päihdekäyttömielessä ongelmallisin aine oli bentsodiatsepiinit, joita käytetään psykiatrisessa sairaalassa osana potilaiden lääkettä. Tämän vuoksi bentsodiatsepiinien käyttöpäiviä ei laskettu mukaan päihderiippuvuuteen. Puolella potilaista oli käytössä bentsodiatsepiineja, osa käytöstä oli selvästi päihdehakuista, kolmella potilaalla muun muassa suonensisäistä käyttöä.

Päihdeongelman tunnistaminen ja hoidontarpeen arviointi

Henkilökunnan arvioiden mukaan otoksen potilaiden sairaalaan tulokset olivat psykiatrisia, vain APS5:llä tulokset arvioitiin päihdeongelma. Erityisesti osastolla APS5 korostui päihdepotilaiden moniongelmaisuus. Heillä oli muita potilaita enemmän erilaisia hoitotarpeita; somaattisia, sosiaalisia ja psykiatrisia. Muilla psykiatrisilla osastoilla otokseen tulleet potilaat itse arvioivat tarvitsevansa apua ensisijaisesti psykiatrisiin ongelmiinsa, erityisesti masennukseen. Mutta myös tavallisilla psykiatrisilla osastoilla neljä potilasta arvioi itse olevansa päihderiippuvainen ja tarvitsevansa päihdehoitoa, lisäksi viisi potilasta arvioi päihdekäyttönsä olevan haitallista.

Henkilökunta arvioi neljän potilaan kohdalla erityisen päihdepsykiatrisen konsultaation tai päihdehoidon tarpeelliseksi. Viiden potilaan ei arvioitu tarvitsevan erityistä päihdehoitoa/konsultaatiota, vaikka heilläkin päihdekäyttö ilmoitettujen tietojen perusteella täytti riippuvuuskaiteerit. Esimerkkinä 27-vuotias nainen, joka käytti kannabista 20 päivänä kuukaudessa ja lisäksi alkoholia kuutena päivänä kuukaudessa. Potilaan katsottiin tarvitsevan ennen kaikkea hoitoa masennukseensa. Potilaalle ei myöskään tulotilanteessa ollut asetettu päihdediagnoosia.

Päihderiippuvaisilla potilailla oli selvästi enemmän aiempia laitosjaksoja kuin muilla potilailla. Osaston APS5 potilailla oli 25 vuoden keski-ikästään huolimatta ollut keskimäärin 10,3 aikaisempaa laitosjaksoa joko psykiatriassa tai päihdehuollon laitoksessa. Paljon aikaisempia laitosjaksoja oli ollut myös osaston APS4 potilailla. Tämä tukee havaintoa kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluiden suurkulutuksesta. Tunnetusti nämä potilaat sitoutuvat huonosti hoitoonsa, mutta kertooko tämä myös palvelujärjestelmän toiminnallisista aukoista? Ovatko potilaat saaneet oikeanlaista apua oikea-aikaisesti? Tavallisilla psykiatrisilla osastolla hoitosuunnitelmissa ei erityisen hyvin näkynyt päihdeongelman huomiointi. Myöskään huumeeseuloja ei osastoilla säännöllisesti oteta edes sairaalaan tulotilanteessa.

Taulukko 8. Otetut huumeeseulat lomakekokeiluun osallistuneilta

HUUMESEULAT	Potilaita	Testattu	Kannabis+	Amfetamiini+	Opiaatti+	Bentsodiatsepiini+
APS5	8	8	1	1	8	6
Muut osastot	29	9	2	0	0	3
Nuorisopsykiatria	10	1	0	0	0	1
Yhteensä	47	18	3	1	8	10

Lomakkeen käyttökokeilussa henkilökuntaa pyydettiin arvioimaan, miten heidän osastollaan huomioidaan potilaan päihdeongelmat ja myös lomakkeen toimivuutta työssään asteikolla 1 – 5 (1= erittäin vähän, 5= erittäin paljon). Vastauksissa oli hajontaa sekä osastojen sisällä että osastojen välillä. Esimerkiksi nuorisopsykiatrian osastoilla ei koettu olevan päihdeongelmaisia potilaita, kun taas akuuttipsykiatrian osastoilla APS4 ja APS7 näitä koettiin olevan paljon tai erittäin paljon. Pääosin lomaketta pidettiin toimivana ja keskustelua helpottavana työvälineenä. Potilaiden hoidon tarpeen arvioimisessa sen ei katsottu juurikaan auttavan. Lomakkeen koettiin sopivan erityisesti päihdekäytön kartoittamiseen. Etuna pidettiin sitä, että päihteet oli lueteltu, jolloin kokemattomampikin osasi ne kysyä. Selkeytensä vuoksi se oli nopea täyttää ja toimi hyvin puheeksi ottamisen välineenä. Kielteisissä palautteissa arvioitiin lomakkeen täyttämisen vievän aikaa ja olevan osittain vaikeaselkoinen. Nuorisopsykiatrian osastoilla arvioitiin lomakkeen kysymysten sopivan huonosti nuorille.

Lomakkeen kehittämiseksi saatiin hyviä ehdotuksia. Bentsodiatsepiinien käyttö hoitoon kuuluvana lääkityksenä ja päihdekäyttönä tulee kysyä erikseen. Päihdekäyttöosiossa voisi kysyä ensimmäistä käyttökertaa ja säännöllisen käytön aloitusvuotta. Nuorten kohdalla päihteiden käytön lisäksi tulee kartoittaa myös kokeilut. Vaikka lomakkeeseen pyrittiin ottamaan vain tärkeimmät kysymykset, toivottiin myös kysymysten määrän vähentämistä, jotta täyttäminen sujuisi nopeammin.

Osastojen kokemukset omasta osaamisestaan erosivat toisistaan aika paljon. Miltei kaikki vastaajat ilmoittivat, että heidän osastoillaan on tapana arvioida päihdekäytön osuutta potilaan mielenterveyteen, erityisesti yleissairaalapsykiatrian osastolla (YSP1), nuorisopsykiatrian osastolla 1 (NPS1) sekä akuuttipsykiatrian osastoilla APS4, APS5 ja APS7. Osastolla APS6 päihdekäytön arviointia arvioitiin tehtävän vähiten. Osastoilla APS2 ja APS6 koettiin tarvetta saada päihdeasioista lisätietoa ja koulutusta.

3. HANKKEEN ARVIOINTI

Alkuperäisen hankesuunnitelman mukaan hankkeeseen oli tarkoitus palkata kaksi täysipäiväistä projektityöntekijää. Myönnetyllä hankeavustuksella saatiin palkattua yksi työntekijä, mutta siitä huolimatta alkuperäiset tavoitteet haluttiin säilyttää. Hankkeen kokonaisarviointi tehtiin suunnitellusti suhteessa asetettujen tavoitteiden (kursivoituna) saavuttamiseen.

1. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito kunnan omina palveluina toteutettuna paranee, painopiste hoidon toteuttamisessa siirtyy perusterveyden-, sosiaali- ja päihdehuollon piiriin.

Itsearviointi: tavoite toteutui osittain.

Kuntia ohjattiin koulutuksissa ja konsultaatioissa luomaan päihdeyhdyshenkilöiden verkostoja. Ylä-Pirkanmaan kuntien päihdetyön toimintamalleja rakennettiin tiiviissä

yhteistyössä seutupäihdetyöhankkeen kanssa. Useissa kunnissa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito valittiin uudeksi kehittämisalueeksi. Tiivis yhteistyö Hämeenkyrön päihde- ja mielenterveysasiakkaan kohtaaminen terveyskeskuksessa – hankkeen kanssa toi synergiaetua ja säilytti tuntuman pienen kunnan tarpeisiin ja todellisuuteen.

Palveluohjauskokeilu jäi potilasmäärältään aiottua pienemmäksi. Palveluohjaukseen siivilöityi kaikkein ongelmallisimpia potilaita, joten palveluohjaus työllisti projektityöntekijää huomattavasti arvioitua enemmän. Saatujen kokemusten perusteella toimintatapaa kannattaa edelleen soveltaen käyttää.

Hankkeessa perustettiin säännöllisesti kokoontuvia 2-dg-työryhmiä. Kunnissa laadittiin ja päivitettiin samanaikaisesti päihde- ja mielenterveystyön kehittämisohjelmia, joissa huomioitiin hankkeen esiin tuomat mahdollisuudet 2-dg-potilaiden hoidossa. Opioidihoidon kehittämistyöryhmän kanssa kehitettiin alueellista "Pirkanmaan korvaushoidon manuaalia".

2. Kunnan henkilöstön päihdepsykiatrinen tieto-taito kaksoisdiagnoosipotilaista lisääntyy.

Itsearviointi: tavoite toteutui osittain.

Hanke toteutti koulutusta kahdeksassa eri koulutustilaisuudessa, joissa käsiteltiin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyviä erityiskysymyksiä ja kuntien välisiä yhteistyömahdollisuuksia. Palaute koulutuksista oli positiivista ja tuotti lisäkoulutustoitteita. Hankkeen järjestämään korkean tason päätösseminaariin osallistui yli 200 henkilöä. (Liite 7).

Konsultatiivinen ja koulutuksellinen osuus painottui hankkeessa, joten tapauspohjainen työhajautuksellinen toiminta erikoissairaanhoidon lähettävälle taholle ei toteutunut suunnitellusti vähäisten resurssien vuoksi.

3. Kunnan peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö, hoitoon ohjaamisen kriteerit (yhteisen arviointilomakkeen kehittäminen) ja hoidon jatkuvuus selkiintyvät.

Itsearviointi: tavoite toteutui täysin.

Hankkeessa kehitetty lomake kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tarpeen arviointiin on työväline myös kuntien peruspalveluiden käyttöön. Lomaketta kehitettiin Pitkänien sairaalassa ja käytettiin perusterveydenhuollossa ja kuntoutusyksiköissä. Lomake koettiin hyväksi keskustelun pohjaksi sekä tiedonkeruun ja hoidon suunnittelun välineeksi. Lomakkeesta saadut kokemukset ovat pääosin positiivisia; samalla luotiin toimiva pohja sen jatkokehittelylle ja soveltamiselle eri yksiköissä.

Hankkeessa tehtiin kaikkiaan 201 konsultaatiota, joista noin 60 % Pitkänien sairaalan eri osastoilla. Konsultaatioiden seurauksena 1/3 potilaista ohjautui päihdepalveluihin, 1/3

ohjautui psykiatriisiin palveluihin ja 1/3 ohjautui päihdepsykiatriisiin palveluihin. Psykiatrian puolella herättiin esimerkiksi huomaamaan jälleen kannabiksen yhteys psykoosioireisiin.

Konsultaatioita annettiin myös perusterveydenhuoltoon paikan päälle ja kriisiluonteisesti puhelinkonsultaatioina. Joidenkin potilaiden kohdalla nähtiin tarpeelliseksi tarkempi hoidonsuunnittelu ja heidät ohjattiin TAYS:n päihdepoliklinikalle tai päihdepsykiatrian osastolle APS5. Konsultaatiot olivat hankkeen aikana PSHP:n jäsenkunnille maksuttomia. Uutena ryhmänä puhelinkonsultaatioissa olivat nuoret alaikäiset päihdeongelmaiset. Yhteydenottoja tuli runsaasti terveyskeskuksista ja nuorten asumispalveluista.

Kunnat olivat tyytyväisiä myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon sisäiseen konsultointiin, sen avulla potilaiden päihdekäyttö ja diagnoosit tarkentuivat ja jatkohoitojärjestelyt helpottuivat. Konsultoinnin myötä myös potilaiden näkemys omasta hoidontarpeestaan jäsenyi, potilaiden hoitomotivaatio ja sitoutuminen paranivat, päihdeosaaminen lisääntyi osastoilla, potilaiden hoitosuunnitelmat tarkentuivat.

Kolmannen sektorin toimijoita kutsuttiin mukaan kuntouttavan hoidon kehittämiseen. Keskustelua käytiin keinoista, joilla erikoissairaanhoidon voisi parhaiten tukea kuntouttavia yksiköitä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoprosessissa. Kehittämisideoita olivat mm. sovitut diagnostiset tutkimusjaksot, intervallihoidojaksot ja nopeampien kriisihoitojen tarjoaminen hoitoketjussa mukana pysyville, kuntoutumiseen motivoituneille potilaille.

4. TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS

4.1 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut lähemmäksi kuntia

Konsultaatiomahdollisuudet, palveluiden liikkuvuus ja yhteistyön jatkaminen hoitoyksiköiden kesken pyritään järjestämään TAYS:n päihdepsykiatrisen osaston (APS5) konsultatiivisen päivätoiminnan ja Pitkänien sairaalan poliklinikan rajapintatoiminnan (RAPI) avulla. Projektityöntekijä Veli Järvenkylä on siirtynyt rajapintatyöryhmään Pitkänien poliklinikan sairaanhoitajaksi.

Rajapintatyöryhmästä konsultaatioita tullaan tarjoamaan yhä useammin jo päivystyksenä Pitkänien sairaalaan tulotilanteessa tai nopealla ajanvarauksella 1 - 2 päivän aikana läheteestä. Samoin konsultaatioita tarjotaan polikliinisissa 1 - 2 vrk:n selvittelyissä osastolla oleville potilaille. Jalkautuva konsultaatiotoiminta aikuisten psykiatrisilla osastoilla palvelee kaikkien Pirkanmaan kuntien potilaita ja nämäkin konsultaatiot pyritään toteuttamaan hoidon alussa. Konsultaatiota on mahdollista saada myös Pitkänien sairaalaan tuleville vanhuspotilaille. Vanhusten ongelmallinen päihteidenkäyttö on lisääntynyt.

Konsultaatioita tarjotaan avohoitoon kriisiluonteisesti puhelinkonsultaatioina ja rajoitetusti myös perusterveydenhuoltoon paikan päälle. Toiminta lisää samalla päihdepsykiatrista osaamista konsultaatioissa mukana olevan henkilöstön osalta.

4.2 Uusia työkaluja hoitoon ja yhteistyötä palvelujärjestelmän kehittämiseksi

Hankkeessa kehitettyä lomaketta potilaiden tunnistamiseksi, ongelman vaikeusasteen määrittelemiseksi ja hoidon tarpeen arvioimiseksi tullaan edelleen kehittämään. Päihdepsykiatristen asioiden puheeksi ottaminen on helpottunut tämän lomakkeen avulla. Konsultaatiotoiminnan myötä psykiatrisen ja päihdehoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu kehittyvät, jolloin esimerkiksi psykiatriseen hoitoon tulevat 2-dg-potilaat ohjautuvat paremmin tarkoituksenmukaisiin hoitopaikkoihin. Konsultaatioiden ja lomakkeen tuella päihdeidenkäytön osuutta psykiatristen potilaiden sairastamiseen arvioidaan herkemmin ja systemaattisemmin.

Palveluohjauksen keinoin erityisen vaikeahoitoisiksi koettuja 2-dg-potilaita kannateltiin tehostetuin toimin pysymään hoitoketjussa ja hoidon suunnitelmallisuus parani. Hankkeen kokemusten perusteella voidaan mieltää, ketkä eniten hyötyisivät tehostetusta palveluohjauksesta ja millaiset kriteerit palveluohjaukselle olisi asetettava. Lisäksi jää mietittäväksi kenen toimesta tämä vaativa palvelu toteutetaan.

Yhteistyö ja palveluiden joustavuus lisääntyivät kuntien psykiatrisen hoidon ja päihdepalvelujen toimijoiden välillä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellista työnjakoa päihdepsykiatristen potilaiden hoidossa selvennetään edelleen, erityisesti kuntien perusterveydenhuollon, päihdehuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kesken. TAYS:n päihdepsykiatrisen prosessimallin päivittäminen tehdään yhteistyössä eri toimijoiden kesken ja samalla rakennetaan alueellista kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoketjua. PSHP järjestää aiheeseen liittyviä alueellisia koulutustilaisuuksia ajankohtaisista teemoista säännöllisin välein.

TAYS:n psykiatrian toimialueella sijaitseva mielenterveystyön kehittämissyksikkö (PMT) levittää perustyonään hankkeen tuottamaa tuoretta tietoa ja toimivia käytäntöjä alueen kuntiin ja vahvistaa osaltaan erikoissairaanhoidon ja kuntien peruspalvelujen mielenterveys- ja päihdetyön yhteistoiminnallisuutta.

5. POHDINTA

Tampereen kokoisessa kaupungissa päihdehuollon ja psykiatrian palveluita on paljon, jopa niin että palvelukokonaisuuden hallinta vaatii omaa erityisosaamistaan. Pienissä kunnissa palvelutarjonta on suppeampaa. Toisaalta pienissä kunnissa tehdään yhteistyötä huomattavasti useammin ja joustavammin yli hallintorajojen. Tulevassa palvelurakennemuutuksessa pienet kunnat tuottavat terveys- ja sosiaalipalvelunsa isommissa organisaatioissa yhteistyössä naapurikuntien kanssa tai kuntaliitosten kautta. Palveluiden kirjo saattaa monipuolistua ja toisaalta muuttua vaikeammin hallittavaksi, verkostoituminen on silloin erityisen tärkeää.

TAYS:n psykiatrian toimialueen vuoden 2007 kuntakohtaisissa tilastoissa päihdediagnoosi oli annettu kaikkiaan 988 eri potilaalle, mikä on noin 40 % kaikista aikuispotilaista.

Tamperelaisia päihdediagnoosin saaneita potilaita oli 624, joka on myös 40 % kaikista tamperelaisista potilaista. Päihdediagnoosien suhteellinen osuus oli samaa luokkaa sekä Tampereen että pienten ympäristökuntien potilailla. Myös sekapäihdediagnooseja on kaiken kokoisissa kunnissa suhteessa saman verran, mutta suonensisäisesti käytettävien huumeiden tarjonnan keskittyminen Tampereelle nostaa tamperelaisten osuutta huumeiden käytössä. Muutoin potilaiden päihdekäyttäytyminen näyttää olevan suurin piirtein samankaltaista kunnasta riippumatta.

Kaupunkialueella kaksoisdiagnoosipotilaiden arvioidaan olevan moniongelmaisista nuoria, usein kovien huumeiden käyttäjiä. Pienissä kunnissa kaksoisdiagnoosipotilaiden arvioidaan olevan alkoholisoituneita, masentuneita aikuismiehiä. Pienissä kunnissa arvioidaan yleisesti, että moniongelmaisista kaksoisdiagnoosipotilaita tai huumeiden käyttäjiä ei olisi juuri lainkaan.

Hankkeen projektityöntekijän käymät keskustelut Ylä-Pirkanmaan kuntien työntekijöiden kanssa osoittivat, että päihdetyöntekijät kyllä tunnustivat omasta kunnastaan kaksoisdiagnoosipotilaita ja huumeidenkäyttäjiä. Hoitomahdollisuudet ovat kuitenkin rajallisia ja hajanaisia. Psykiatristen oireiden takana olevat päihdeongelmat näyttävät usein jäävän kovin vähälle huomiolle. Tällöin kyse voi olla jonkinlaisesta "havaitsemissokeudesta" tai torjuvasta ja kielteisestä asennoitumisesta. "Havaitsemissokeus" näkyi myös tässä hankkeessa osastoille tehdyssä poikkileikkauskyselyssä. Ongelma näkyy erityisesti sekä pienten että suurten kuntien peruspalveluissa. Asiaa selvitettiin myös Ketjun rasvausprojektissa 11 eri hoitoyksikön ja 139 eri työntekijän kyselytutkimuksella vuonna 2003. Päihdeongelmaan erikoistuneet yksiköt/työntekijät tunnustivat eri tavalla potilaiden ongelmia kuin peruspalveluissa työskentelevät. Ketjun rasvausprojektissa todettiin peruspalveluiden henkilöstön myös kokevan päihdepalvelujärjestelmän monimutkaisena ja puutetta omassa osaamisessaan (6).

2dg-hankkeessa pyrittiin tarkastelemaan palveluja näkökulmasta, jossa erikoissairaanhoidon tehtävänä on tukea peruspalveluita. Perinteisessä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tämäntapainen ajattelutapa on edelleen osittain vieras. Potilaan tarvitsemaa hoitoa tulee entistä enemmän suunnitella laajempina kokonaisprosessina. Kaksoisdiagnoosipotilaat tipahtavat liian helposti pois palveluista päihdeongelmansa vuoksi. Hoitoketjujen saumattoman toimivuuden kannalta on aktiivisesti panostettava verkostoitumiseen ja pyrittävä löytämään uusia yhteistyömuotoja. Päihdehuollossa tämä työtapa nähdään aivan välttämättömänä ja se on hyvin käytössäkin. Psykiatrisessa laitos- ja avohoidossa verkostoitumiskehitys näyttäisi olevan hitaampaa.

Hankkeen aikana päihdepalveluiden ja päihdepsykiatrisen osaston välistä yhteistyötä on entisestään tiivistetty. Sekä osastolla APS5 että päihdepalveluissa on pyritty panostamaan erityisesti liikkuvuuteen ja joustaviin hoitokäytäntöihin. Tulokset ovat olleet hyviä, palaute on myös ollut kannustavaa.

Hankkeen alueellinen projektiryhmä pyrki laatimaan Pirkanmaalle alueellisen päihdepsykiatrisen potilaan prosessikuvauksen, mutta resurssien niukkuudesta ja työn laajuudesta johtuen työ ei valmistunut hankkeen aikana. Työskentelyn aikana palattiin peruskysymyksen siinä, kuka vastaa mistäkin alueesta? Esimerkiksi Pirkanmaalla psykiatrisen erikoissairaanhoidon on hajautettu erillisiksi hallinnollisiksi alueiksi, joissa avohoidosta vastaavat pääosin kunnat ja laitoshoidosta sairaanhoitopiiri. Potilaiden palvelut

ovat toisistaan eriytyneet ja hajallaan. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoja kehitettäessä on myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon uudistuttava, lisättävä joustavuutta, verkostoiduttava ja lisättävä matalan kynnyksen palveluita. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoprosessia pitäisi voida tarkastella kokonaisvaltaisesti ja tehdä päätöksiä yli organisaatorajojen.

Voidaan todeta, että päihdeongelmia ei psykiatrisessa hoidossa edelleenkään huomioida riittävästi. Hoidossa pitäydytään usein tulotilanteessa asetetussa diagnoosissa ja sillä näyttää olevan huomattava vaikutus hoidon sisältöön. Aiemmin päihdeongelman esiintulo psykiatrisissa palveluissa johti usein hoidon katkeamiseen ja potilaan siirtämiseen kokonaan päihdepalveluihin. Samoin psykiatrisen sairaalahoidon indikaationa ei pidetä päihdeongelmaa. Tämä voi ohjata työntekijät, potilaat ja omaiset valikoimaan esille psykiatrisia ongelmia. Tavoitteena tulisi olla, että kaikkia ongelmia voi tuoda esiin ja hoito suunnitellaan sitten vastaamaan tarpeita eikä päädytä kategorisesti kääntymään toiseen palveluun. Kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsevat sekä päihdehuollon että psykiatrian palveluja oikea-aikaisesti yhdistellen.

6. KEHITTÄMISEHDOTUKSET

1) Kehitetään hoidon tarpeen arviointia - panostusta päivystyspalveluihin

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoja kehitettäessä sekä peruspalveluiden että psykiatrisen erikoissairaanhoidon on yhdessä kuntien peruspalveluiden kanssa entisestään tehostettava verkostoitumista ja kehitettävä palveluiden liikkuvuutta ja joustavuutta sekä suunniteltava matalan kynnyksen palveluita.

Tässä raportissa esitetyt tilastot osoittavat, että psykiatrisilla sairaalaosastoilla olevilla potilailla on paljon päihdeongelmia. Sairaalahoitoon tulleet potilaat itse arvioivat tarvitsevansa psykiatrisia palveluita. Hankkeessa suoritettujen konsultaatioiden yhteydessä potilailla osoittautui usein olevan tarvetta myös päihdehoitoihin. Psykiatristen oireiden takana tai ohessa olevat päihdeongelmat ovat usein tunnistamatta tai jäävät liian vähälle huomiolle. Psykiatristen potilaiden päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon tulisi panostaa nykyistä enemmän. Hoitoon ohjaavissa terveydenhuollon päivystyspisteissä ja sairaaloiden potilasvastaanotoissa on osaamisvajetta päihdepsykiatrian suhteen. Voisiko hoidon tarpeen arviointia keskittää kunnissa tiettyyn toimintayksikköön tai toimipisteestä toiseen liikkuville, konsultoiville työntekijöille?

2) Parannetaan hoidon suunnittelua - tehostetaan yhteistyötä ja verkostoitumista

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon suunnittelun tulisi olla pitkäjänteistä. Hoidon suunnittelussa tulisi ennakoida kuntoutuksen aikaisia kriisitilanteita ja samalla laskea hoitoon pääsemisen kynnyksiä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitosuunnitelmissa tulisi löytää yksilöllinen menettely kriisitilanteiden varalta. Hoitoon pääsyn kynnykset eivät saisi olla liian korkeita, jotta hoitoketju ei katkeaisi. Hankalissa tilanteissa hoitojärjestelyistä tulisi voida sopia suoraan psykiatristen osastojen ja kuntouttavien toimijoiden kesken. Pitkäniemen sairaalassa saatiin hankkeen aikana luotua joustava järjestelmä, jossa ennestään tuttu

potilas voitiin ottaa hoitoon jo samana päivänä myös ilman lähetettä. Monissa tapauksissa tarkoin harkitut ja hyvin ajoitetut intervallityyppiset hoidot tukevat potilaan selviytymistä avohoidossa vähentäen laitoshoitopäiviä.

Hoitoa suunnittelevan tahon tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä paitsi potilaiden ja hänen omaistensa kanssa myös muun hoitoon osallistuvan verkoston kanssa. Sekä peruspalveluita että kaksoisdiagnoosipotilaiden avohoitoa, asumispalveluita ja kuntoutusta voidaan tarvittaessa tukea myös erikoissairaanhoidosta järjestämällä työnohjausta, konsultaatiota ja koulutusta sekä rakentamalla alueellisia 2-dg-hoidon kehittämisverkostoja, jotka kokoontuvat säännöllisesti arvioimaan hoitoketjujen toimivuutta. Sairaalan ja avohoidon väliin voidaan rakentaa liikkuvaa suoraan potilaisiin kohdistuvaa konsultointia ja hoitoa muun muassa kehittämällä kaksoisdiagnoosipotilaiden polikliinisiä palveluita: psykiatrisia diagnostisia tutkimuksia, hoidon tarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua.

3) Panostetaan peruspalveluihin ja jalkautuvaan työhön

Peruspalveluiden (perusterveydenhuolto ja päihdehuolto) osaamista tulisi vahvistaa. Liikkuva päihdetyöntekijä voisi jalkautua asiakkaiden ja työntekijöiden luokse. Ylä-Pirkanmaan hankkeessa usean kunnan yhteisen työntekijän toimenkuvaksi muodostettiin suora asiakastyö kuntien alueella. Työntekijä voisi ottaa vastuuta toiminnan kehittämisestä ja koordinoinnista tunnistamalla kehittämistarpeita. Toimenkuvaan voisi kuulua myös kehittämistyön ja toimintamallien seuranta ja arviointi sekä työntekijöiden päihdeosaamisen kartoitus ja koulutusten suunnittelu.

4) Määritetään hoidosta vastaavat tahot - parannetaan palveluiden jatkuvuutta ja joustavuutta

Päihdeongelmaisilla potilailla on muita potilaita enemmän hoitotarpeita; sosiaalisia, somaattisia ja psykiatrisia. Vaikeimpien kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla hoitovastuuseen ja hoidon kehittämiseen liittyviä kysymyksiä tulisi tarkastella nykyistä avoimemmin.

Potilaiden hoidon koordinoimisen ja hoitolinjojen suunnittelu voisi olla hyvä keskittää erikoissairaanhoidon päihdepsykiatriaan erikoistuneelle 2-dg-poliklinikalle. Tällainen toiminta voisi järjestyä isoissa kunnissa kunnan oman erikoissairaanhoidon toimintana tai keskitetysti sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä esim. päihdepsykiatrian poliklinikan, Pitkäniemen poliklinikan ja päihdepsykiatrian osaston yhteistoimintana. Hoitoketjut tulisi rakentaa toimiviksi, jotta alueellinen työnjako toteutuisi joustavasti.

Määrittämällä hoitovastuu ja koordinoimalla hoitoa palveluohjausmallin mukaisesti kohennetaan potilaiden elämänlaatua ja voidaan välttää pitkiä sairaalahoitoja. Vaikeimpien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito tehostuisi ja säästettäisiin todennäköisesti kustannuksissa. Palveluohjauskokeilusta saatiin kokemusta siitä, että on tärkeää turvata potilaalle hoidon jatkuvuus ja pysyvä hoitokontakti. Psykiatriset kotityöryhmät ja matalan kynnyksen palvelut, puhelinyhteistyö omaisten ja potilaiden kanssa sekä palveluiden joustava käyttö edistivät myös potilaiden sitoutumista hoitoihin.

5) Psykiatristen ja päihdeongelmien huomiointi ja tutkimus - kehitetään uudenlaisia työotteita ja puretaan vanhoja asenteita

Hankkeen konsultaatioiden yhteydessä potilaiden päihdehoidontarve nousi esiin. Osastojen henkilöstö rohkaistui enemmän ottamaan esiin päihdeasioita. Muutos perustui paitsi potilaiden kuuntelemiseen, myös ns. integroituun hoito-otteeseen, jossa tarkastellaan potilaiden psykiatrisen oireilun ja päihdeidenkäytön mahdollista yhteyttä. Tämänkaltaista työotetta tulisi kehittää ja lisätä. Tähän tarkoitukseen hankkeessa kehitettyä lomaketta on tarkoitus jatkotyöstää ja ottaa soveltavasti käyttöön erilaisissa toimipisteissä.

Sairaalaan tulleet potilaat hakivat ensisijaisesti apua psykiatrisiin ongelmiinsa ja potilaiden omia näkemyksiä tulee arvostaa. Tulee silti myös luoda potilaille ja omaisille mahdollisuus tuoda esiin myös päihdeongelmia ilman pelkoa hoidon katkeamisesta. Itsemurha- ja tapaturma-alttius nousi aineistosta esiin. Itsemurhayritysten vuoksi hoitoon tulleiden lukumäärä oli melko suuri noin neljännes potilaista. Psykoosin vuoksi Pitkänien sairaalassa osastohoidossa olevilla alle 35-vuotiailla todettiin hankkeessa runsaasti kannabiksen käyttöä. Tutkimuksissa kannabiksen käytöllä on todettu yhteys psykoosi-sairauksiin.

6) Kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittyvien termien ja määritelmien yhtenäistäminen

Alueellisesti, mieluiten valtakunnallisesti, yhtenäisen määrittelyn ja termistön käyttö kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittyen tarkentaisi ja helpottaisi heidän hoitonsa suunnittelua, kuten somaattistenkin sairauksien kohdalla. Nykyisin usein ensin määritellään, mitä kaksoisdiagnoosi kulloisessakin tilanteessa tarkoittaa ja vasta sitten aletaan puhua hoidon sisällöstä. Hyvin yleisellä tasolla kyse on kuitenkin aina tilanteesta, jossa potilaalla on sekä psyykinen sairaus/häiriö että jonkinasteinen päihdeongelma.

LÄHTEET

1. Sorsa M, Laijärvi H. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palveluiden arviointi Tampereella, EU-rahoitteisen Isadora-tutkimuksen aineiston analyysi. Tampereen kaupungin julkaisuja13/2007.
2. Vitikainen K, Forma L, Rissanen P, Raitanen J, Kilkku N & Ahonen J. Mielenterveys- ja päihdetyön kustannukset viidessä Pirkanmaan kunnassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2005.
3. Mieli 2009 –työryhmä, Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma. (www.kunnat.net)
4. Lönnqvist J. Päihdepsykiatristen hoitopalvelujen järjestämistä koskeva selvitys Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 16.2. 2004
5. Lehtonen M-L. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin päihdepsykiatrisen hoidon järjestelyä pohtineen työryhmän loppuraportti 2/ 2005
6. Järvenkylä V. Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella, 1. vaiheen loppuraportti. PSHP: n julkaisuja 2/2003.
7. Järvenkylä V. Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella: Seurantatutkimus huumepotilaiden hoitoon sitoutumisesta. PSHP: n julkaisuja 6/2004.
8. Hoitoilmoitusrekisteri Hilmo (www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo)
9. Pirkola S, Wahlbeck K. Suom Lääkäril 2004; 15-16: 1673-1677
10. Järvinen M., Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyöhanke 2005 – 2007, loppuraportti. Pikassos oy 2007.
11. Ponkala V-M. Yksilökohtainen palveluohjaus - Työntekijöiden palveluohjausmalli kovien huumeaineiden käyttäjille. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2003:2
12. Aalto M. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyshäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste (Duodecim 2007; 1293-8)
13. Kampman O. Kaksoisdiagnoosipotilaan arviointi ja hoidon porrastus (www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/2007828/Kampman)
14. Weaver T, Madden P, Charles V ym.: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. British Journal of Psychiatry 2003;183:304-13).

LIITTEET

LIITE 1: Hankkeen projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenet

LIITE 2: Palveluohjaussuhteen kontaktit kahden viikon ajalta

LIITE 3: Konsultaatiopotilaiden diagnoosit

LIITE 4: Konsultoineet osastot ja potilaalle suunniteltu jatkohoito

LIITE 5: Konsultaatiopotilaiden päihdekäyttö ja psykiatriset häiriöt

LIITE 6: Lomake hoidon tarpeen arviointiin

LIITE 7: Hankkeen päätösseminaarin ohjelma

Liite 1. Hankkeen projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenet

Projektiryhmä:

Sosiaalityöntekijä Ritva Enroth, TAYS
 Sairaanhoitaja Virpi Harjula, Hämeenkyrö
 Sairaanhoitaja Tuula Heikkinen, TAYS
 Sairaanhoitaja Veli Järvenkylä, projektityöntekijä, TAYS
 Kehittäjä-sosiaalityöntekijä Minna-Kaisa Järvinen, Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö-hanke
 Apulaisylilääkäri Päivi Kiviniemi, TAYS
 Sairaanhoitaja Tomi Mastomäki, TAYS
 Osastonhoitaja Maire Ovaskainen, Tampereen avomielenterveyspalvelut, kotityöryhmä
 Osastonhoitaja Jarmo Romu, TAYS
 Sairaanhoitaja Maija-Liisa Romu, TAYS
 Ylilääkäri Pekka Salmela, A-klinikkasäätiö
 Osastonlääkäri Merja Syrjämäki, TAYS
 Mielenterveyshoitaja Siri Tamminen, TAYS
 Osastonhoitaja Anu Vähäniemi, Kaivannon sairaala

Ohjausryhmä:

Apulaisylilääkäri Maija-Liisa Lehtonen, TAYS, ohjausryhmän puheenjohtaja
 Koordinointipäällikkö Juha Ahonen, PMT, ohjausryhmän sihteeri
 Johtava lääkäri Pekka Nokso-Koivisto, Hämeenkyrö
 Yksikköjohtaja Tarja Helenius, Tampereen kuntoutumiskeskus, A-klinikkasäätiö
 Erikoislääkäri Hannu Pekkarinen, Tampereen kaupunki
 Apulaisylilääkäri, Riitta Alaja, TAYS
 Suunnittelupäällikkö Maritta Närhi, Tampereen kaupunki
 Ylihoitaja Mirja Kuronen, TAYS
 Ylilääkäri Olli-Pekka Mehtonen, Kaivannon sairaala
 Ylilääkäri Sari Mäkinen, Orivesi
 Vastaava lääkäri Paula Viita, Hatanpään päivystysasema, Tampere,
 Erikoissuunnittelija Matti Mäkelä, Pikassos Oy
 Apulaisylilääkäri Päivi Kiviniemi, TAYS
 Osastonhoitaja Jarmo Romu, TAYS
 Sairaanhoitaja Veli Järvenkylä, hankkeen projektityöntekijä, TAYS

Liite 2. Palveluohjaussuhteen kontaktit kahden viikon ajalta

Päiväys	Kontaktityyppi (esim. puh.soitto, vast.ottokäynti, kotikäynti jne.)	Osapuoli (esim. asiakas, omainen, muu toimijataho)	Aika (t,min.) Aika yht.	Arvio vuorovaikutuksesta: haasteet/hyödyt	Arvio suunnitelmasta, tavoitteesta ja toteutuksesta
15.1.	Puhelu	Äiti	30 min	Hoidon keskeytymisestä, pot. isän luona 14.1	Tilanteen rauhoittelu, Pidetään hoitoneuvottelu
15.1.	Puhelut	Omaiset, Matala terapeutti,	20 min.	Kerrattu tilanne, pidetään sovittu HN	Ei muuteta suunnitelmaa
16.1.	Puhelu	Isä	20 min	Pot. pidätetty	Pot. pidätetty Ei muuteta suunnitelmaa
17.1.	Puhelu	Äiti	20 min.	Huoli pidätyksestä Vapautuu, isä tuo huomiseen hoidonsuunnitteluun	Tieto potilaan osallistumisesta hoidonsuunnitteluun
17.1.	Puhelu	Tre, SAS -työryhmä	10 min.	Maksusitoumus kuntoutuskotiin varmentuu	Hoitosuunnitelma varmentuu
18.1.	Verkostokokous APS5:llä	Omaiset, Matala terapeutti, Pot. ei päässyt poliisilaitokselta	1,5 h	Pidetään kiinni suunnitelmasta Pohditaan tilannetta	Tarve yhteistyöhön kasvaa
19.1.	Puhelut	Isä	10 min.	Pot. tullut isän luo, sekava, lääkehoito jäänyt	Omaisten tuki, ohjataan hakeutumaan Matalaan
22.1.	Puhelu	Äiti	20 min.	Huoli potilaan psykoottisuudesta ja käytöksestä	Ohjataan hakeutumaan Matalaan
23.1.	Puhelu	Matala	10 min	Pot. hakeutunut vast. otolle, sekava ja tokkurassa	Laaditaan strategiaa P-niemeen?
25.1.	Puhelu	Matala	20 min.	Potilas vastaanotolla Sovitaan läheteestä P-niemeen	Saadaan potilas hoidon piiriin?
25.1	Puhelu	Isä	10 min.	On potilaan kanssa kotonaan, kysyy mitä tehdä?	Sovitaan, että isä saattaa APS4:lle, lähete tehty Matalassa
25.1.	Puhelu	Ayl Kiviniemi	10 min.	Sovitaan potilaan sairaalaan tulosta	Isä saattaa sairaalaan, ei mukana lähetettä, osastolle APS4
26.1.	Käynti APS4	APS4:n osastonlääkäri, potilas, omahoitaja	20 min.	Sovitaan toimenpiteistä, ettei hoito keskeydy	Hoidon turvaaminen
		Yhteensä +Siirto 6h 10 min*) Yhteensä	4h 50min 11h		

Liite 3. Konsultaatiopotilaiden diagnoosit**PÄIHDEDIAGNOOSIT (131 kpl)**

F10.0	(akuutti päihtymystila)	1
F10.1	(alkoholin haitallinen käyttö)	12
F10.2	(alkohol. elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymishäiriö)	14
F10.22	(alkoholiriippuvuus, johon korvauslääkitys)	1
F1025	(alkoholiriippuvuus, jatkuva)	11
F1026	(tuuriuoppous)	1
F10.29	(määrittämätön alkoholin aih. riippuvuusoireyhtymä)	2
F10.3	(alk. käytön aiheuttamat vieroitusoireet)	2
F10.4	(alkoholin aih. Sekavuustila, delirium)	4
F10.5	(alk. käytön aiheuttama psykoottinen häiriö)	1
ALKOHOLI		49
F11.2	(opioidi-riippuvuus)	11
F11.21	(ei tällä hetkellä käytä, rajoittava ympäristö)	1
F11.2	(korvaus tai ylläpito-hoidossa)	1
F11.2	(jatkuva käyttö)	2
OPIOIDIT		15
F12.1	(haitallinen käyttö)	3
F122	(thc:n aih. käyttäytymishäiriö)	4
F12,5	(kannabinoidien aih. psykoottinen häiriö)	1
KANNABIS		8
F13.1	(rauh. lääkkeiden haitallinen käyttö)	4
F13.2	(rauh. Lääkkeiden aih. riippuvuusoireyhtymä)	8
F13.22	(hoito-ohjelmassa)	1
F13.25	(jatkuva käyttö)	1
F13.3	(vieroitusoireet)	1
BENTSODIATSEPIINIT		15
F15,2	(amf. aih. riippuvuusoireyhtymä)	6
F51.21	(ei tällä hetkellä käytä, rajoittava ympäristö)	2
F15.3	(amf. käytön jälkeiset vieroitusoireet)	1
F15.5	(piristeiden aiheuttama psykoottinen häiriö)	1
AMFETAMIINI		10
F16.1	(hallusinogeenien haitallinen käyttö)	1
HALLUSINOGEENIT		1
F19.1	(useiden aineiden haitallinen käyttö)	6
F192	(useiden aineiden riippuvuus)	15
		4
F1921	(ei tällä hetkellä käytä, rajoittava ympäristö)	7
F195	(useiden aineiden aiheuttama psykoottinen häiriö)	
SEKAPÄIHDE		32

Liite 3. Konsultaatiopotilaiden diagnoosit**PSYKIATRISET DIAGNOOSIT (108 kpl):**

F20	(paranoidinen sch)	2
F20.3	(erilaistumaton sch)	3
F20.32	(erilaistumaton sch, jaksottainen)	1
F20.9	(sch, määrittämätön)	1
F22.0	(pitkäjaksoiset harhaluuloisuushäiriöt)	1
F23.2	(akuutti skitsofreenistyyppinen häiriö)	5
F23.9	(määrittämätön ohimenevä psykoottinen häiriö)	2
F25.1	(skitso-aff-, masennus)	2
F25.9	(määrittämätön skitso-aff. häiriö)	3
F28	(muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö)	1
F29	(määrittämätön psykoottinen häiriö)	16
PSYKOOTTISET HÄIRIÖT		37
F31	(2-suuntainen mielialahäiriö)	2
F31.2	(2-suunt. psykoottinen, maaninen jakso)	2
F31.4	(2-suuntaisen mielialahäiriön masennusjakso)	1
F31.6	(2-suuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso)	1
F31.9	(2-suunt. määrittämätön)	2
F32.	(lievä masennustila, ei somaattista oireyhtymää)	2
F32.1	(keskivaikea masennustila)	1
F32.2	(vaikea-asteinen masennus, ei psykoottista tilaa)	5
F32.3	(vaikea-asteinen masennus, psykoottinen)	2
F32.9	(määrittämätön masennustila)	8
F33.1	(toistuva masennus, keskivaikea muoto)	2
F33.2	(toistuva masennus, vaikea, ei psykoottinen oireilu)	5
F33.3	(toistuva masennus, vaikea, psykoottinen oireilu)	1
F33.9	(toistuva masennus, määrittämätön)	4
F34.1		1
MIELIALAHÄIRIÖT		39
F40.1	(sos.tilanteiden pelko)	2
F41.9	(määrittämätön ahdistuneisuushäiriö)	6
F42.1	(pakko-oirehäiriö)	1
F43.0	(akuutti stressireaktio)	1
NEUROOTTISET HÄIRIÖT		10
F50.1	(epätyypillinen laihuushäiriö)	1
SYÖMISHÄIRIÖT		1
F60.2	(pers.häiriö, epäsosiaalinen)	1
F60.3	(tunne-elämältään epävakaata pers., impulsiivinen)	9
F60.31	(rajatila)	3
F60.9	(määrittämätön)	2
F61	(sekamuotoinen)	2
F63.0	(pelihimo)	1
PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT		18
F90.0	(aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö)	2
F93.1	(lapsuuden pelko- ja ahdistuneisuushäiriö)	1
ADHD YMS		3

Liite 4. Konsultoinneet osastot (lihavoitu) ja potilaalle suunniteltu jatkohoito.

<p>APS2</p> <p>APS2 APS2 APS2, MAINIEMI APS5, ALMA-PROJEKTI APS5, MAINIEMI, APS5 MAINIEMI PÄIVÄSAIRAALA +Antabus MTT MTT rapi avokäynnit + MTT MTT + SININAUHA MTT + A-KILTA päivätoiminta + AA A-KLINIKKA + ALMA-PROJEKTI A-KLINIKKA</p>	<p>APS6</p> <p>APS6 APS6 APS6 APS5 Päiväsairaala 1 MAINIEMI MAINIEMI VIPUNEN, MTT A-KLINIKKA</p>
<p>APS4</p> <p>APS4 APS4 hосу APS5:illä, APS4 APS4, MTT APS4, MTT APS4, Villa Hockey APS5 APS5 APS5 APS5, KANKAANPÄÄ APS5, Mikkeli-yhteisö APS5, ALMA-PROJEKTI APS5, ALMA-PROJEKTI APS5, ALMA-PROJEKTI APS5, ALMA-PROJEKTI VILLA HOCKEY + APS5 intervallit KAIVANTO KAVANTO, MTT+ALMA-PROJEKTI MAINIEMI, A-KLINIKKA MTT+A-KLINIKKA MTT + ASKEL-KURSSI A-KLINIKKA Koulukoti, EVA Hankkeen palveluohjaukseen MATALA</p>	<p>APS7</p> <p>APS5 APS5 APS5 APS5 APS7 APS7 APS7 KAIVANTO SOPIMUSVUORI kuntoutuskoti KANKAANPÄÄ MAINIEMI, Mylyhoidon työelämätuki MTT Rapi-käynnit ad18-v., MTT MATALA MTT, KOTIKARTANO + YKP MTT + apteekkisopimus NUORISOASEMA A-KLINIKKA</p>
<p>PPSA</p> <p>APS5 APS5, KAIVANTO APS5, KAIVANTO APS5, KAIVANTO APS5, MAINIEMI APS5, MAINIEMI APS5, MAINIEMI APS5, Villa Hockey MAINIEMI, APS5 kriisihosu, APS5, KAIVANTO kriisihosu, APS5, MAINIEMI kriisihosu, APS7, APS5 APS6 APS7 APS7, kriisihosu, A-KLINIKKA APS7, KANKAANPÄÄ APS7, VIPUNEN APS7, MAINIEMI APS7, MAINIEMI, APS5</p>	<p>PPSA</p> <p>MAINIEMI YKP Rapi avokäynnit + KAIVANTO Rapi avokäynnit + PPSY Rapi perheinterventiot + MTT Rapi avokäynnit, NUORISOASEMA, MTT NUORISOASEMA MTT MTT päiväosasto MYLLYHOITOKLINIKKA, NA A-KLINIKKA A-KLINIKKA A-KLINIKKA hosuun APS5:lle hosuun APS5:lle</p>
<p>PPSY</p> <p>Matala, APS5; K-Klinikka APS5, K-KLINIKKA APS5, Päiväperho APS5, Kaivanto APS5, TK (k-hoito) Matala, APS5, K-Klinikka</p>	<p>NPS2 PNPS PNPS MTT MTT Pirkkala tk Matala PSG4 Mainiemi Matala K-klinikka APS5</p> <p>NPS2 PNPS + rapikäynti motivointi Villa hockeyyn NUORISOASEMA, APS5, NUORISOASEMA palveluohjaukseen Kons.,hosuverkosto aps5 PPSY APS4 + palveluohjaukseen AA + KOTIPALVELU A-klinikka APS5, Kaivanto APS5, Mainiemi, TK (k-hoito) MTT+ KOTIPALVELU</p>

Liite 5. Konsultaatiopotilaiden päihdekäyttö ja psykiatriset häiriöt

Tullessa todettu päihdekäyttö	Potilaita	Päihteen aiheuttama psykoosi tai käyttäytymishäiriö	Tullessa asetettu muu psykiatrinen diagnoosi (ykkös-, kakkos- jne. diagnoosina)	
Kannabis	8	5	Psykoottiset häiriöt	5
			Mielialahäiriöt	2
			Persoonallisuus-häiriöt	1
Alkoholi	49	18	Psykoottiset häiriöt	5
			Mielialahäiriöt	18
			Ahdistuneisuushäiriöt	3
			Persoonallisuus-häiriöt	3
Sekapähde	32	7	Psykoottiset häiriöt	6
			Mielialahäiriöt	5
			Ahdistuneisuushäiriöt	1
			Persoonallisuus-häiriöt	4
			Tarkkaavaisuushäiriö	1
Amfetamiini	10	2	Psykoottiset häiriöt	2
			Tarkkaavaisuushäiriö	1
Opioidi	15	–	Psykoottiset häiriöt	1
			Ahdistuneisuushäiriöt	1
Bentsodiatsepiini	15	–	Mielialahäiriöt	2
			Tarkkaavaisuushäiriö	2
			Persoonallisuus-häiriöt	1
Yhteensä	129*)	32**)		

*) lisäksi kaksi muuta ainetta (yht. 131)

***)Lisäksi yksi määrittämätön huumepsykoosi

Liite 6. Lomake hoidon tarpeen arviointiin

PERUSTIEDOT: pvm ___/___/200___ Toimipiste: _____
 ● nimi: _____ ikä: ___ v.
 ● kotikunta _____ opiskelija /työssä /työtön /eläke
 ● perhe/lapset: _____ oltu yhteydessä ___/___
 ● mistä potilas saapunut (lähete): _____ tulosyy: _____
 ● missä asiakkuus, avohoitotaho: _____ oltu yhteydessä ___/___
 ● nykyinen lääkitys: _____
 ● mahdolliset diagnoosit: _____

Päihdekäyttö:	Aloitt. ikä	Käyttö vuosia	Käyttöpv/ edellinen kk	Koska viimeksi	Käyttöannos/ vrk (kts. ohje takana)
Alkoholi	v.		/kk	/ 200	/vrk
Kannabis	v.		/kk	/ 200	-----
Amfetamiini	v.		/kk	/ 200	iv-käyttöä <input type="checkbox"/> muu tapa <input type="checkbox"/>
Opiaatit, buprenorfiini	v.		/kk	/ 200	iv-käyttöä <input type="checkbox"/> muu tapa <input type="checkbox"/>
Bentsodiat-Sepiinit	v.		/kk	/ 200	iv-käyttöä <input type="checkbox"/> muu tapa <input type="checkbox"/>
Muut	v.		/kk	/ 200	iv-käyttöä <input type="checkbox"/> muu tapa <input type="checkbox"/>

● huumeeseula: ___/___/200___, tulos: _____

● aiempia hoitojaksoja psykiatriassa ___ kpl, päihdepalveluissa ___ kpl, muualla ___ kpl

Tarvitsetko apua (potilaan oma arviointi):

Mieliala Asuminen Riippuvuusongelma
 Psykoositilanteet Rikokset Haitallinen käyttö
 Pelkotilat Toimeentulo Somaattiset sairaudet
 Ahdistuneisuus Perhe/ihmissuhteet Hoidon järjestäminen

Muissa kysymyksissä, missä:

● Onnistuuko päihdekäytön huomiointi osana osastohoitoa osaston omien työntekijöiden toimesta
 kyllä ei

Onko päihdepsykiatrisen konsultaation tai päihdepsykiatrisen tutkimuksen/hoidon tarve

Huom: Täytä myös lomakkeen takana oleva kysely

Liite 6. Lomake hoidon tarpeen arviointiin, jatkuu

2-DG-POTILAIDEN HOIDON KEHITTÄMISHANKKEEN JA PÄIHDEYHDYSHENKILÖVERKOSTON KANSSA YHTEISTYÖSSÄ KEHITETTYÄ LOMAKETTA KOEKÄYTETÄÄN AKUUTTIPSYKIATRIAN VASTUUYKSIKÖSSÄ 21. - 25.1.2008

Lomake on työväline, jonka tavoitteena on ottaa puheeksi potilaiden kanssa päihteiden käyttö.

ALKOHOLIANNOKSET

ESIMERKKI:

3-olut 0,33l	Keskiolut 0,5l	Viiniä 1plo (0,75l)	Viinaa (40%) 1/2ploa (0,25l)	= 7 pulloa keskiolu tta tai 1 pullo mietoa viiniä tai ½ pulloa viinaa	MIES	7 annosta = 80 g absoluuttista alkoholia (kertakäytön riskiraja miehillä)
Siideri 0,33l	Siideri 0,5 l					= 7 pulloa keskiolutta tai 1 pullo mietoa viiniä tai ½ pulloa viinaa
Viiniä 12cl	2 annosta					
Viinaa 4 cl	A-olut 0,5l					

Lomakkeen avulla käydyin keskustelun perusteella pyritään arvioimaan päihteiden käytön osuutta sairaalassa olemiseen tai mielenterveyden häiriöön. Esimerkiksi vaikuttako potilaan ahdistuneisuus/mieliälä tämän alkoholin kulutukseen tai vaikuttaako päihteen vaikutuksen alaisena olemisen potilaan psykiatriseen oireiluun (esim. lisää/aiheuttaa pelkotiloja, psykoosioireita, itsetuhoisuutta jne.)? Samoin sosiaaliset tilanteet esim. ihmissuhdevaikeudet, työttömyys usein aiheuttavat päihteiden kulutuksen kasvua tai toisinpäin.

Kyselyn aikana muodostuva kuva potilaan päihteiden käytöstä vaikuttaa potilaan henkilökohtaiseen hoidon suunnitteluun. Riittääkö päihdekäytön huomioiminen osana hoitoa vai herääkö tarve tarkempaan päihdekartoitukseen, tutkimiseen tai erityisen päihdehoidon järjestämiseen psykiatrisen hoidon rinnalle. Näissä tilanteissa lomake toimii pyyntönä/lähetteenä päihdepsykiatriin konsultaatioihin tai hoidon suunnitteluun osastolle APS5.

Lomake täytetään kaikista sairaalassa olevista alle 35-vuotiaista potilaista (myös sairaalaan tulevista potilaista). Testausviikon loputtua lomakkeet toimitetaan Veli Järvenkylälle rak. 9, puh. 050-3278762

PALAUTE:

Arvioi asteikolla 1 – 5 (1= ei lainkaan, 5=erittäin paljon):	1	2	3	4	5
Osastolla on päihdeongelmaisia potilaita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osastolla arvioidaan päihdekäytön osuutta mielenterveyteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lomake toimi työvälineenä päihdekartoituksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lomake auttoi hoidon tarpeen arvioinnissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lomake toimi apuna keskustelussa/hoidon suunnittelussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lomakkeen täyttäminen oli vaikeaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haluan lisää tietoa/koulutusta lomakkeesta/2-diagnoosista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikä toimii lomakkeessa: _____

Miten kehittäisit lomaketta: _____

Liite 7. Hankkeen päätösseminaarin ohjelma

MIELENTERVEYS JA PÄIHTEET - YKSI IHMINEN, YKSI HOITO Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämishankkeen päätösseminaari

Aika	Ke 24.9.2008 klo 8.30 - 15.45
Paikka	Finn-Medi 5, Auditorio, Biokatu 12, Tampere (TAYS:n välittömässä läheisyydessä)
Kohderyhmä	Pirkanmaan alueella kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon parissa toimiva henkilöstö (mm. terveyskeskuksissa, mielenterveystoimistoissa, sosiaalitoimessa työskentelevät) sekä kuntien päättäjät
OHJELMA	
Klo	8.30 - 9.00 Ilmoittautuminen ja tulokahvi
	9.00 - 9.10 Johdatus päivän aiheeseen , päivän puheenjohtaja vastuualuejohtaja, vs. ylilääkäri Maija-Liisa Lehtonen, TAYS
	9.10 - 9.45 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma , Mieli 2009 -työryhmän sihteeri, ylilääkäri Timo Tuori, Stakes
	9.45 - 10.15 2-dg -potilaan tunnistaminen perusterveydenhuollon päivystyksessä , ensihoidon vastuulääkäri Elja-Pekka Erkkilä, Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi
	10.15 - 10.45 Kommenttipuheenvuoro , sairaanhoitaja Armi Heikkinen, Tampereen kaupunki, psykiatrian poliklinikka, kriisityöryhmä Mitä tunnistamisen jälkeen? Ylilääkäri Pekka Salmela, Tampereen A-klinikkatoimi
	10.45 - 11.00 Kommenttipuheenvuoro , apulaisylilääkäri Päivi Kiviniemi, TAYS, aikuispsykiatrian vastuualue
	11.00 - 11.15 Hoidollisen yhteistyösuhteen rakentamisesta , apulaisylilääkäri Riitta Alaja, TAYS, päihdepsykiatrian poliklinikka
	11.15 - 12.30 Asiakkaan puheenvuoro
	12.30 - 13.15 Lounas (omakustanteinen)
	13.15 - 13.45 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämishanke 2006-2008 , projektityöntekijä, sairaanhoitaja Veli Järvenkylä, PSHP
	13.45 - 15.25 Kahvi
	YKSI IHMINEN - YKSI HOITO -paneelikeskustelu
	Kannattaako kaksoisdiagnoosipotilaita hoitaa?
	Puheenjohtaja professori Kaija Seppä, Tampereen yliopisto
	Panelistit:
	Riitta Alaja, apulaisylilääkäri, TAYS, päihdepsykiatrian poliklinikka
	Maritta Närhi, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki
	Pekka Nokso-Koivisto, johtava lääkäri, Hämeenkyrön terveyskeskus
	Matti Mäkelä, erikoissuunnittelija, Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy
	Veli Järvenkylä, projektityöntekijä, sairaanhoitaja, PSHP
	Pekka Salmela, ylilääkäri, Tampereen A-klinikkatoimi
	Hannu Pekkarinen, erikoislääkäri, Tampereen avomielenterveyspalvelut
	15.25 - 15.45 Tilaisuuden päätös , vastuualuejohtaja, vs. ylilääkäri Maija-Liisa Lehtonen, TAYS
Järjestäjä / vastuuhenkilö	TAYS, Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämishanke / projektityöntekijä, sairaanhoitaja Veli Järvenkylä, puhelin 050-327 8762, sähköposti veli.jarvenkyla@pshp.fi
Osallistumismaksu	Ei osallistumismaksua
Ilmoittautumiset	Ke 18.9.2008 mennessä mieluiten sähköpostilla koulutuspalvelut@pshp.fi tai puhelimitse koulutussihteeri Elina Pitkäkankaalle, puhelin 311 69086
Pysäköinti ja liikenneyhteydet	TAYS:n alueen pysäköintiä koskevaa tietoa löytyy Tampereen Pysäköintitalon sivuita osoitteesta: http://www.tampereentalo.fi/pshp/asiakas-pysakointi.htm Tampereen kaupungin liikennelaitoksen bussiaikataulut löytyvät osoitteesta http://www.tampere.fi/tkl/aikataulut.html . TAYS:n ohi liikennöivät bussit 6, 7, 8, 16, 18, 19, 28 ja 29.

JAKELU

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, tieteellinen kirjasto
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, tietopalvelu
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, kirjaamo
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, tieteellinen kirjasto
Vaasan sairaanhoitopiiri, tieteellinen kirjasto

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, toimi- ja palvelualuejohtajat
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, vastualuejohtajat
Tampereen yliopistollinen sairaala, ylilääkärit
Tampereen yliopistollinen sairaala, ylihoitajat

Etelä-Suomen lääninhallitus, lääninlääkäri
Länsi-Suomen lääninhallitus, lääninlääkäri
Helsingin yliopiston kirjasto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu/terveysala, kirjasto
Pirkanmaan Maakuntakirjasto
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, terveysalan yksikkö, kirjasto
Sosiaali- ja terveysministeriö, kirjasto
STAKES, tietopalvelu
Suomen kuntaliiton kirjasto
Tampereen ammattiopisto, kirjasto
Terveystieteiden keskuskirjasto
UKK-instituutti, kirjasto
Varastokirjasto, luettelointi

Hankkeen ohjausryhmä
Hankkeen projektiryhmä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

PL 2000, 33521 TAMPERE
puh. (03) 311 611
faksi (03) 311 64042

Toimituskunta

Kehitysjohtaja Erkki Wuolijoki
Ylihoitaja Hannele Hiidenhovi
Ylilääkäri Kari J. Mattila
Asiantuntijalääkäri Hanna Tainio
Toimitussihteeri Pirjo Heikkilä, puh. 03 311 66105

ISSN 1238-2639 (painettu)
ISSN 1797-1225 (verkkójulkaisu)

ISBN 978-951-667-148-5 (nid.)
ISBN 978-951-667-149-2 (PDF)