

Katja Saikkonen

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitaminen

Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

Syksy 2017

Tekijä Otsikko	Katja Saikkonen Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitaminen
Sivumäärä Aika	50 sivua + 9 liitettä Syksy 2017
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla YAMK
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja	Antti Niemi, Lehtori TtT
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia aiemmin julkaistua tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveydenhoidosta. Tutkimuskysymyksinä olivat</p> <p>1) Minkälaisia erityispiirteitä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa? ja 2) Minkälaiset hoitotyön menetelmät edistävät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä? Tavoitteena oli lisätä päihdehoitotyön työntekijöiden tietämystä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidosta ja kehittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoa siten, että heidän mielenterveyshäiriöt otettaisiin paremmin huomioon.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin systemoitua kirjallisuuskatsausta. Aineistonkeruu suoritettiin alkuvuodesta 2017. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia tietokantoja: MedlineOvid, Medic, Cinahl ja Cochrane. Hakutermeinä käytettiin mm. "dual diagnosis", "mental health" ja "substance abuse". Aineiston valintaperusteet oli määritelty erikseen sisäänotto- ja pois-sulku kriteerein. Katsaukseen valikoituneen aineiston laatua on arvioitu käyttäen JBI-laadunarviointikriteereitä. Aineistoon valikoitui yhteensä 18 tieteellistä artikkelia ja tutkimusta vuosilta 2007-2016. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä.</p> <p>Tulosten mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidon erityispiirteitä ovat hoitoprosessin monimuotoisuus sekä taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä ovat asiakkaan kohtaaminen, rinnalla kulkeminen, kognitiivinen käyttäytymisterapia, lääkehoito, turvallisuuden tunteen luominen, vertaistuki ja integroitu hoito.</p> <p>Tulosten johtopäätöksiä voidaan esittää, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat voivat hyötyä enemmän integroiduista hoitopalveluista. Päihde- ja mielenterveysongelmat liittyvät läheisesti toisiinsa ja kaksoisdiagnoosisairaus on yleistä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitosuhteen luomiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Toimiva hoitosuhde lisää asiakkaiden hoitomotivaatiota. Kognitiivisten taitojen harjaannuttamisella on yhteys mielenterveys- ja päihdeongelmista toipumiseen. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelevien tulee hallita taidot asiakkaiden kognitiivisten taitojen harjaannuttamiseen. Turvallisuuden tunne vaikuttaa mielenterveysongelmista toipumiseen. Vertaistuellalla on merkittävä rooli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien toipumisprosessissa. Hoitoyhteisöjen tulee mahdollistaa vertaistuen toteutuminen. Yhteishoidolla ja 12-askelien ohjelmilla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden toipumiseen.</p>	
Avainsanat	kaksoisdiagnoosi, mielenterveys, päihde, hoito

Author Title	Katja Saikkonen Treating the mental health of patients with dual diagnosis
Number of Pages Date	50 pages + 9 appendices Autumn 2017
Degree	Master of Health Care and Social Sciences
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise
Instructor	Antti Niemi, Lecturer, PhD
<p>The aim of this thesis was to examine the previously published information on the mental health of dual diagnosis clients. The research questions were 1) What kind of special features are in the mental health of dual diagnosis clients? and 2) What kind of nursing methods promote the mental health of dual diagnosis clients? The aim was to increase the awareness of practitioners in substance abuse work on the mental health of dual diagnosis clients and to develop the treatment of dual diagnosis clients to better reflect their mental health problems.</p> <p>A systematic literature review was used as a research method. The data collection was carried out in early 2017. The following databases were used for the data search: MedlineOvid, Medic, Cinahl and Cochrane. The search terms used were: "dual diagnosis", "mental health" and "substance abuse". The selection criteria for the material were separately defined by the input and exclusion criteria. The quality of the selected material has been evaluated using the JBI Quality Assessment Criteria. A total of 18 scientific articles and researches were selected for the data from 2007-2016. The study was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the findings, the special features of mental health care for dual diagnosis clients are the diversity of the treatment process and the challenges posed by the disease to the planning and implementation of care. Methods for nursing that promote mental health for dual diagnosis clients include client encounter, staying by their side, cognitive behavioral therapy, medicine care, creating a sense of security, peer support, and integrated care.</p> <p>As a result, it can be argued that dual diagnosis clients can benefit from more integrated care services. Drug abuse and mental health problems go hand in hand, and dual diagnosis is common. Particular attention needs to be paid to the encounter between dual diagnosis clients and the treatment relationship. A good care relationship increases the care motivation. Practice of cognitive skills has a connection to mental health and substance abuse problems. Workers with dual diagnosis clients should have the skills to teach cognitive skills. The feeling of safety affects mental health problems in recovery. Peer support plays an important role in the mental health and substance abuse problems of dual diagnosis clients. Treatment communities should allow peer support. Community management and 12-step programs have been exploring positive effects on the recovery of dual diagnosis clients.</p>	
Keywords	dual diagnosis, mental health, substance abuse, treatment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Päihdetyö	3
2.2	Mielenterveystyö	3
2.3	Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito	4
2.4	Aikaisemmat tutkimukset kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta	6
3	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	8
4	Tutkimuskysymykset	8
5	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	9
5.1	Systemoitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina	9
5.2	Tutkimusaineiston sisäänotto- ja poissulku kriteerit	10
5.3	Hakutermit ja tietokannat	11
5.4	Aineiston keruu	13
5.5	Aineiston laadun arviointi	16
5.6	Katsaukseen valikoitunut aineisto	16
5.7	Aineiston analyysimenetelmä	19
6	Tulokset	21
6.1	Erityispiirteet kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa	21
6.1.1	Hoitoprosessin monimuotoisuus	22
6.1.2	Taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen	23
6.2	Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä	25
6.2.1	Asiakkaan kohtaaminen	25
6.2.2	Rinnalla kulkeminen	26
6.2.3	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	27
6.2.4	Lääkehoito	28
6.2.5	Turvallisuuden tunteen luominen	28
6.2.6	Vertaistuki	30
6.2.7	Integroitu hoito	30
6.3	Tulosten yhteenveto	32
7	Pohdinta	34

7.1	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus	34
7.2	Tutkimustulosten tarkastelu	37
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	43
	Lähteet	45

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun taulukko

Liite 2. Tutkimusten yhteenveto

Liite 3. JBI laadunarviointitaulukko kokeelliselle tutkimukselle

Liite 4. JBI laadunarviointitaulukko narratiiviselle tekstille

Liite 5. JBI laadunarviointitaulukko järjestelmälliselle katsaukselle

Liite 6. JBI laadunarviointitaulukko kuvailevalle tutkimukselle

Liite 7. JBI laadunarviointilomake kohortti tutkimukselle

Liite 8. Laadunarviointitaulukko

Liite 9: Sisällönanalyysitaulukko

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysalan (myöhemmin myös sote) uudistuksen myötä päihdehoito tulee olemaan integroituna viidelle sote-alueelle perus- ja lähipalveluihin lähelle väestöä. Kun sote-alueet kantavat kokonaisvastuun asiakkaan hoidosta, saadaan palveluja sujuvammaksi. Yhteneväinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä antaa mahdollisuuden perus- ja erityistason terveydenhuollon saumattomaan yhteistyöhön. (Kuoppasalmi ym. 2014, 544.) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta on tarkoitus järjestää palvelut niin, että ne olisivat helposti saatavilla samasta yksiköstä (Päihdepalvelut, STM, 2016).

Esitys palveluiden integraatiosta on yhteneväinen Käypähoito suositusten mukaisesta päihde- ja mielenterveysongelmien hoidosta. Käypähoito suosituksissa (2012) esitetään, että päihdehoitopaikoissa tulisi olla riittävät mahdollisuudet psykososiaaliseen hoitoon tai psykiatriseen konsultaatioon. Mielenterveyden häiriöt esiintyvät usein päihdeongelman kanssa saman aikaisesti, joten ne tulisi hoitaa yhtä aikaa.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toinen toisilleen altistavia tekijöitä. Päihderiippuvuudesta aiheutuneita mielenterveyshäiriöitä ovat mm. mieliala-, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt. (Laitila, Järvinen: 2009, 7.) Asiakkaista, joilla on mielenterveydellisiä ongelmia, lähes puolella on päihderiippuvuus ja päihdeasiakkaista noin 80%:lla on samanaikainen mielenterveydellinen häiriö. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät asiakkaat käyttävät päihteitä valtaväestöä huomattavasti enemmän. (Järvenkylä, Romu, Kiviniemi, Syrjämäki, Ahonen, Lehtonen: 2009, 7.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyön laadun ja näyttöön perustuvan työn kehittämiseksi hoitotieteen ylemmän ammattikorkeakoulun opetuksessa ja tutkimustyössä on tärkeää nostaa esille mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikainen esiintyvyys. Hoitotyöntekijöiden kautta voidaan saada merkittävää parannusta aikaan asiakastyössä. (Holmberg, 2008: 23.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia aiemmin julkaistua tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta. Opinnäytetyön tulosten pohjalta saadaan näyttöön perustuvaa tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidosta. Tietoa voidaan hyödyntää päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisessä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidon ja palvelujen järjestämisestä määrittelee mm. mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) ja päihdehuoltolaki (41/1986), jotka velvoittavat kuntia järjestämään mielenterveys- ja päihdehoitoa päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Terveystieteidenhuoltolaki (1360/2010) edellyttää, että kunnat järjestävät asukkailleen tarpeellisen päihdehoidon, jonka tarkoituksena on vahvistaa ihmisten päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa päihdeiden käytöstä johtuvia terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Sosiaali- ja terveydenhuoltolain (1301/2014) tarkoituksena on ylläpitää, edistää ja taata päihde- ja mielenterveyspalvelut kaikille niitä tarvitseville.

Sosiaali- ja terveydenhuoltolakia ollaan laajasti uusimassa julkisen hallinnon säästölinjausten vuoksi. Tulevassa sote uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen vastuu siirtyy maakunnille vuodesta 2019 lähtien. Sosiaali- ja terveyspalveluja integroidaan laajasti ja peruspalveluja aiotaan vahvistaa. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ovat yksi niistä erityisryhmistä, jotka käyttävät erityisen paljon sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaista rahoitusjärjestelmää aiotaan yksinkertaistaa ja tarkoituksena on lisätä asiakkaiden valinnan vapautta palveluiden suhteen. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015, 2016: 23-26.)

Mielenterveys- ja päihdetyön palvelut tulevat myös muuttumaan palvelurakennemuutoksen myötä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota tarvitaan mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteensovittamiseen. Palvelurakennemuutos antaa mahdollisuuden suunnitella koko mielenterveys- ja päihdetyön palvelurakenteen uudella tavalla asiakkaiden tarpeiden mukaisesti asiakaslähtöisemmäksi, vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tullaan tarvitsemaan moniammatillista henkilöstöä toimimaan integroiduissa monimuotoisissa palveluissa. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015 2016: 23-26.)

2.1 Päihdetyö

Päihderiippuvuusongelmia varten on kunnittain järjestetty niihin erikoistuneita hoitopalveluita. Kunnissa voi olla erilaisia käytäntöjä ja palveluja päihderiippuvuuksien hoitoon, mutta yhteneväistä niille on päihdeongelmien ja riippuvuuden hoitoon erikoistunut osaaminen. Usein asiakas hakeutuu itse päihdehoitoon, mutta asiakas voi tulla myös ohjattuna jostakin muusta sosiaali- tai terveydenhuollon yksiköstä. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki, Salo-Chydenius: 2015, 316.)

Asiakkaan hoitomuodon valintaan vaikuttaa asiakkaan yksilöllinen hoidon tarve, riippuvuusongelma ja elämäntilanne. Päihdehoito ja kuntoutus voi olla joko avo- tai laitoshoidona toteutettua. Päihdehoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon asiakkaan riippuvuusongelman vaikeusaste, fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä sosiaalinen tilanne. Vähimmillään päihdehoito voi olla tilanteen kartoitusta ja neuvontaa. Päihdehoitoon hakeutuminen voi kuitenkin käynnistää myös pitkänkin kuntoutusprosessin, johon kuuluu tilannearvion lisäksi avo- tai laitosisvieroitusta, kuntouttavaa hoitoa sekä sen jälkeen tapahtuvaa jatkohoito- tai seurantakäyntejä. (Partanen ym. 2015: 317.)

Perinteiset päihderiippuvaisille tarkoitetut hoitomenetelmät eivät yleensä sovellu vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiville. Vertaistukiryhmät ovat hyvä raittiutta tukeva voimavara, varsinkin jos ryhmän painopiste on mielenterveyshäiriöissä. Hoidon järjestäminen kaksoisdiagnoosiasiakkaille on haastavaa. Terveyden- ja mielenterveydenhoidon isoimmat haasteet liittyvät psyykkisesti sairaiden päihderiippuvuuksiin. Päihderiippuvuudet ovat yleisiä psyykkisesti sairailta ihmisillä. Päihdeongelma pahentaa psyykkistä voimaa ja se taas pahentaa entisestään päihteiden ongelmakäyttöä. (Jokela, Komu: 2009. 29-30.)

2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöllä käsitetään usein pelkästään mielenterveyden häiriöiden hoitamista, vaikka mielenterveystyö on hyvin laaja-alaista työtä. Mielenterveystyö kattaa sairauksien ennaltaehkäisyn, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, hoidon ja kuntoutuksen sekä itsemurhien ehkäisyn. Mielenterveyden hoito ja kuntoutus pitää sisällään psyykkisen, sosiaalisen ja lääkkeellisen hoidon. Hoito tapahtuu joko sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa tai psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Noppari, Kiiltomäki,

Pesonen: 2007. 121-124.) Yleensä sairaalahoitajakso on mahdollisimman lyhyt, sillä varsinainen psyykkinen työ vaatii aikaa ja se sen hoitaminen tapahtuu avohoidossa ja terapiassa (Hietaharju, Nuutila: 2010. 103).

Päihde- ja mielenterveystyössä potilaan kohtaaminen on ensiarvoisen tärkeää. Jokainen potilas ansaitsee tulla kohdatuksi ihmisarvoa kunnioittaen. Psykiatrisen hoitotyön ydin on hoitosuhteessa eli potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Luottamuksuhteen luominen potilaaseen antaa potilaalle mahdollisuuden avautua tunteista, teoista ja ajatuksista. Hoitava kohtaaminen on ammatillista ja hoidollista suhtautumista mielenterveys- ja päihdeongelmaiseen ihmiseen. (Hietaharju, Nuutila: 2010. 80- 84.) Mielenterveystyössä toimivan hoitajan perustaitoihin kuuluu hoidollinen keskustelutaito, motivoiva haastattelu ja psykoedukaatio. Vuorovaikutuksellisia taitoja on tärkeää ylläpitää ja kehittää hoitotyössä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta: 2014. 212.)

2.3 Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan sitä, että asiakkaalla esiintyy samanaikaisesti sekä päihde että mielenterveyden häiriöitä. Noin joka toisella päihteiden ongelmakäyttäjistä esiintyy myös mielenterveyden häiriöitä. (Holmberg 2014.) Samat mielenterveyden häiriöt voivat esiintyä sekä päihteiden käytön seurauksena että erillisinä mielenterveyden häiriöinä. Päihderiippuvaisilla mielenterveyden häiriöt ovat muuta väestöä yleisempiä. Kaksoisdiagnoosiasiakkailta päihderiippuvuus voi olla seurausta mielenterveyden häiriöstä tai toisinpäin. Päihderiippuvuus ja mielenterveyden häiriöt voivat molemmat olla primaari diagnooseina tai molemmat häiriöt voivat olla samojen taustatekijöiden aiheuttamia. (Kuoppasalmi, Heinälä, Lönnqvist: 2014, 506-507.)

Päihtymystilassa ja päihteiden vieroitusvaiheessa esiintyy usein myös mielenterveydelisiä häiriöitä, kuten masennusta, ahdistusta tai psykoottisia oireita. Noin kuukauden kuluessa päihteiden käytön lopettamisesta mielenterveyden häiriöt normalisoituvat. Mikäli mielenterveyden häiriötila edelleen jatkuu päihteidenkäytön lopettamisesta huolimatta, voi olla kyseessä diagnoosia vaativa mielenterveyden häiriö. (Kuoppasalmi ym. 2014, 507.)

Asiakkaan tarvitsema hoito riippuu siitä, onko ensisijaisena mielenterveydellinen häiriö, päihteiden aiheuttama häiriö vai päihtymyksen ja vieroituksen aiheuttamat oireet. Var-

sinkin vakavissa mielenterveydellisissä häiriöissä, esimerkiksi psykoottisuus, on hoidon oltava integroitua. Eli samanaikaisesti hoidetaan sekä mielenterveyden että päihteen aiheuttamaa häiriötä, unohtamatta asiakkaalla mahdollisesti olevia somaattisia sairauksia, kuten infektioita. (Partanen ym. 2015, 346.)

Päihdevieroituksessa keskeisimpinä hoitokeinoina ovat asiakkaan voinnin seuranta ja arviointi, lääkehoito ja hyvä perushoito. Pidemmässä hoitosuhteissa korostuu asiakkaan motivointi muutokseen. Päihteisiin liittyvien mielenterveydellisten häiriöiden hoidossa korostuu yhteistyö moniammatillisessa yhteistyöverkostossa. (Partanen ym. 2015, 196.)

Tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidetaan eri yksiköissä. Mielenterveyspalvelut kuuluvat terveystaloihin, kun taas päihdepalvelut kuuluvat sosiaalipuolelle. Palvelujärjestelmä on hajanainen ja se vaikeuttaa asiakkaiden kokonaishoidon hahmottamista ja hallintaa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta: 2014. 97.)

Aalto (2007) tuo esiin Duodecimin katsauksessaan, että nykyisellään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitomalli ei palvele tarkoitustaan. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon sitoutuminen on heikompaa ja ennuste on huonompi verrattuna heihin, joilla on vain yksi häiriö. Kunnasta riippuen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito järjestetään joko jaksottaisesti, eli ensin hoidetaan akuutimpana ilmenevää häiriötä ja kun on saavutettu hoitotasapaino, siirrytään hoitamaan toista häiriötä, tai vaihtoehtoisesti rinnakkaisen hoitomallin mukaisesti molempia häiriötä samanaikaisesti, mutta eri paikassa.

Suomessa ei ole vakiintunutta hoitomallia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden molempien häiriöiden hoitamiseen samanaikaisesti samassa paikassa. Helsingissä toimii ainoana HUS/HYKS päihdepsykiatrian poliklinikka sekä osasto, jossa tutkitaan ja hoidetaan lähetteellä tulevat kaksoisdiagnoosiasiakkaat, joilla on vakava mielenterveydenhäiriö sekä samanaikainen päihdeongelma. (HYKS Psykiatriakeskus 2016).

Päihdehoitotyössä sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa päihde ja mielenterveyden häiriöiden liittyminen toisiinsa. Mielenterveyshäiriöiden hoitaminen kuuluu osaksi päihdehoitotyötä. Huumausaineiden käyttäjillä on yleisempää samanaikaisesti esiintyvät mielenterveydelliset häiriöt kuin alkoholin käyttäjillä. (Partanen ym. 2015, 346.) Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden eniten käyttämät päihteet ovat tupakka ja alkoholi. Usein päihteidenkäyttö on kuitenkin sekakäyttöä, johon kuuluu alkoholin lisäksi huumausai-

neiden ja lääkkeiden samanaikaista käyttöä. (Holmberg: 2008, 17.) Yleisimmät päihteiden kanssa samanaikaisesti esiintyvät mielenterveydenhäiriöt ovat masennus-, ahdistus- ja persoonallisuushäiriöt. Päihteiden käyttöön liittyvistä mielenterveyden häiriöistä on tärkeää keskustella myös työryhmässä, jotta hoito sujuu yhteneväisesti. Näyttöön perustuvasta tiedon käyttämisestä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitotyössä on apua. Käypähoito suosituksesta (2015) voi lukea tietoa esimerkiksi epävakaa persoonallisuuden häiriöiden hoitamisesta. (Partanen ym. 2015, 346.)

2.4 Aikaisemmat tutkimukset kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidosta

Päihdehoitotyöstä on tehty Suomessa vain vähän tutkimuksia. Hoitotieteen alan väitöskirjoja on julkaistu Suomessa yli 200, mutta päihdehoitoon vain muutamia. Sosiaalityön, sosiaalipsykologian ja päihdelääketieteen alan tutkimuksia voidaan hyödyntää päihdehoitotyössäkin. Tutkimusaiheena päihdehoitotyö on kuitenkin kansanterveydellisistäkin syistä Suomessa tärkeää. (Partanen ym. 2015.)

Hoxmark ja Wynn (2010) ovat tutkineet kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelevien hoitajien kokemuksia siitä, mitä he pitävät tärkeimpinä asioina asiakkaiden hoidossa. Tutkimus toteutettiin kahdessa eri yliopistollisen keskussairaalan osastolla Pohjois-Norjassa, jossa hoidettiin integroidusti sekä päihde että mielenterveyden häiriöisiä asiakkaita. Ensimmäisellä osastolla hoidettiin kaksoisdiagnoosiasiakkaita terapeutisessa yhteisössä. Asiakkaiden primäärisenä ongelmana oli vakava päihderiippuvuus, mutta ei niin merkittävä mielenterveydellinen häiriö. Osaston keskimääräiset hoitoajat olivat noin 18 kuukautta. Toisella osastolla hoidettiin kaksoisdiagnoosiasiakkaita, joilla oli merkittävä mielenterveydellinen häiriö. Osaston keskimääräinen hoitoaika asiakkailla oli noin 6 kuukautta.

Tutkimukseen osallistui useampia vuosia osastolla työskennelleitä hoitajia. Terapeuttisen yhteisön osastolta haastateltiin 2 hoitajaa, kun taas kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osastolta haastateltiin 3 hoitajaa. Hoitajat saivat luettavakseen asiakas ”case”-tarinan ja heiltä kysyttiin, miten lähtisivät tapausta lähestymään. Haastatteluissa oli kaksi kysymystä koskien uuden asiakkaan kohtaamista ja minkä hoitaja koki tärkeimmäksi case-tapauksen asiakkaan hoidon kannalta. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhurilla ja litteroitiin. Litteroidut vastaukset luokiteltiin eri kategorioihin. Tutkimustulosten analysointi perustui fenomenologiseen menetelmään.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että molempien osastojen hoitajat pitivät keskeisenä asiana hyvän terapeuttisen suhteen luomisen asiakkaan kanssa. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osastolla työskentelevät hoitajat olivat valmiita rakentamaan läheisen hoitosuhteen asiakkaisiin ja kuvasivat hoitosuhteen olevan keskeisin asia asiakkaiden hoidossa. Terapeuttisen yhteisön osastolla hoitajat kokivat tärkeimpänä vertaistuen ja osastolla toteutettavan hoito-ohjelman olevan tärkeintä asiakkaiden hoidossa. Tutkittavien mielipiteet erosivat siinä, kuinka merkittävänä he pitivät terapeuttisen hoitosuhteen luomisen asiakkaaseen hoitosuhteen aikana.

Laitila (2010) on tutkinut väitöskirjassaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuutta hoitoon asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää asiakaslähtoisempää mielenterveys- ja päihdetyötä tukemalla palveluiden käyttäjien osallisuutta. Tutkimuksessa haastateltiin asiakkaita (n=27) ja työntekijöitä (n=11). Haastatteluiden pohjalta muodostettiin kuvausmallit asiakkaiden osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä käyttäen fenomenografista lähestymistapaa aineiston analysointiin.

Tutkimuksen mukaan asiakkaan osallisuus näkyy palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Osallisuus ilmeni tutkimuksessa kolmella eri tavalla. Osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Tutkittavien mielestä asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai sitä tapaa, miten työskentelyn tavoitteet asetetaan. Asiakkaat kokivat, että mielenterveys- ja päihdetyöhön ei kuulu asiakaslähtöisyys vaan se on pelkkää retoriikkaa. Työntekijät kokivat, että asiakaslähtöisyys vaikutti positiivisesti hoitosuhteeseen. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella eri tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana.

3 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia aiemmin julkaistua tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveydenhoidosta. Tarkoituksena on selvittää, minkälaisia erityispiirteitä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa ja minkälaiset hoitotyön menetelmät edistävät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä. Tavoitteena on lisätä päihdehoitotyön työntekijöiden tietämystä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidosta ja kehittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoa siten, että heidän mielenterveyshäiriöt otettaisiin paremmin huomioon.

Tämän opinnäytetyön avulla saadaan tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta ja tietoa voidaan käyttää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon kehittämiseen.

4 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten muotoilun apuna käytin PICO-asetelmaa. PICO-asetelmaa voidaan käyttää työkaluna systemaattisen katsauksen teossa. Se auttaa muotoilemaan ja selkiyttämään tutkimuskysymyksen ja valitsemaan hakutuloksesta tutkimukseen mukaan otettavat artikkelit. Kirjallisuushaussa PICO:n avulla voidaan muuttaa tutkimuskysymykset hakutermeiksi ja se auttaa kehittämään ja hienosäätämään hakustrategiat.

PICO:n osat:

P= Kohderyhmä/Potilas/Probleema (Patient, problem): Terveysongelma ja potilasryhmä, jota tutkitaan.

I= Interventio (intervention): Tutkittava interventio/metelmä, jolla terveysongelmaan pyritään vaikuttamaan.

C= Vertailumenetelmä (comparison): Vaihtoehtoinen menetelmä, johon tutkittavaa menetelmää verrataan.

O= Terveystulos (outcome): Menetelmän tuottamat terveystulokset, joita halutaan selvittää. (PICO: Tutkimuskysymys 2015)

P= Kaksoisdiagnoosiasiakkaat

I= Mielenterveyshäiriö(n hoitaminen)

C= Päihdehoito

O= Mielenterveyden edistäminen

Tutkimuskysymykset:

- Minkälaisia erityispiirteitä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa?
- Minkälaiset hoitotyön menetelmät edistävät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä?

5 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

5.1 Systemoitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina

Hoitotyön tavoitteena on asiakkaiden mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoitotyö, joka voidaan mahdollistaa näyttöön perustuvalla toiminnalla. Asiakkaiden hoitomenetelmien valinnan tukena käytetään parasta mahdollista tutkimusnäyttöä. (JBI 2016.) Hyvä ja laadukas hoitotyö ei voi perustua perinne- tai kokemustietoon. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten avulla hoitotyöntekijöiden on helpompi löytää näyttöön perustuvaa tietoa työnsä ja päätöstenteon tueksi. (Pekkala: 2000, 58-59.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan systemoidun kirjallisuuskatsauksen avulla, joka noudattaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen piirteitä. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta puhutaan, kun tutkijoita on kaksi tai useampia. Tässä opinnäytetyössä on vain yksi tekijä, joten tämä opinnäytetyö toteutetaan systemoituna kirjallisuuskatsauksena. Systemoitu kirjallisuuskatsaus noudattaa systemaattisen katsauksen piirteitä. (Lehtiö, Johansson: 2016, 35.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa syventää tietoa aiheesta, jota on jo aikaisemmin tutkittu. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta eli se on tutkimustiedon tutkimista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on teoreettista tutkimusta, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkijalla voi olla useita kymmeniä tutkimuksia, joiden tieto hänen tulee koota ja tiivistää. Tiedon tiivistämisen keinona voi käyttää sisällön analyysin avulla tehtyä luokittelurunkoa. (Tuomi, Sarajärvi: 2009, 123.)

Systemaattiseen katsaukseen on valikoitu tarkoin harkitusti, arvioiden ja analysoiden tutkimustietoa, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Tiedonhakumenetelmät ja työtavat tulee kuvata raportissa selkeästi, jotta tiedonhaku olisi uudelleen toistettavissa ja virheiden mahdollisuus minimaalinen. Raportissa tulee ilmetä tiedonhausta seuraavat asiat: käytetyt hakustrategiat, tutkimusten valinta- ja poissulkuperusteet, laadun arviointikriteerit, tiedonkeruu ja yhdistäminen. Systemaattisen katsauksen laatu on suoraan verrannollinen alkuperäistutkimusten laatuun. (Pekkala: 2000, 59.)

Kirjallisuuskatsauksia on eri tyyliä, koska niitä voidaan tehdä eri tarkoituksiin. Katsaustyyppit voidaan karkeasti luokitella kolmeen eri päätyyppiin: 1. Kuvailevat eri narratiiviset katsaukset, 2. systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja 3. määrällinen tai laadullinen meta-analyysi, riippuen tutkimuksista. (Suhonen, Axelin, Stolt: 2016, 8.)

5.2 Tutkimusaineiston sisäänotto- ja poissulku kriteerit

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen haun tuloksena voi tulla valtava määrä hakutuloja, joista useampi voi olla epäolennainen kirjallisuuskatsauksen kannalta. Kaikki haun tuottamat tulokset tulee kuitenkin käydä läpi. Hakutulosten läpikäymistä helpottaa tarkoin suunnitellut tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Pudas-Tähkä, Axelin: 2007, 51.)

Kirjallisuuskatsauksen aineistona on yleensä ensisijaisesti alkuperäistutkimukset. Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset hyväksytään myös, koska tutkimuksessa selvitetään hoitomenetelmien vaikuttavuutta. Katsausten tavoitteena on löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. (Niela-Vilén, Hamari: 2016, 23-25.) Joskin systemoidussa tutkimuksessa mahdollisuus tähän on pienempi, koska tutkijoita on vain yksi.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusten kieli on rajattu suomen ja englannin kielisiin tutkimuksiin tutkijan kielitaidon vuoksi. Aineistojen haussa ja analysoinnissa on tärkeää pitää mielessä tutkimuskysymys. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit voivat kohdistua PICO-asetelman mihin tahansa osaan. Tässä katsauksessa rajataan tutkimukset kohdejoukkoon (kaksoisdiagnoosiasiakas) ja interventioon (mielenterveyshäiri-

ön hoitaminen). Aineistosta tarkastellaan tutkimuskysymysten näkökulmasta ensin otsikot, sitten abstraktit ja lopuksi koko tekstin.

Taulukko 1. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> •Tutkimuksessa on tutkittu 2dg asiakkaita •Tutkimuksessa on tutkittu 2dg asiakkaiden mielenterveyttä •Tutkimuksesta käy ilmi millä tavoin tai minkälaisesta hoidosta 2dg asiakkaat ovat hyötäneet •Kokotekstiversio tutkimuksesta saatavilla •Suomen tai englannin kielinen tutkimus •Tutkimus julkaistu vuosina 2007-2017 •JBI laadunarviointipisteet 5 tai enemmän 	<ul style="list-style-type: none"> •Tutkimuksessa ei ole tutkittu 2dg asiakkaita •Tutkimuksessa ei ole tutkittu 2dg asiakkaiden mielenterveyttä •Tutkimuksesta ei käy ilmi miten 2dg asiakkaat hyötävät hoidosta •Kokotekstiversiota ei ole saatavilla •Jonkin muun kielinen tutkimus •Tutkimus julkaistu ennen vuotta 2007 •JBI laadunarviointipisteet alle 5

5.3 Hakutermit ja tietokannat

Hakutermejä laatiessa käytettiin apuna PICO-asetelmaa. Käytetyt hakutermit on lueteltu alla olevassa taulukossa. (Isojärvi: 2001.)

Taulukko 2. Hakutermit PICO-asetelman avulla

PICON OSA	P= Kaksoisdiagnoosi asiakas	I= Mielenterveyshäiriön hoitaminen	C= Päihdehoito
Asiasanat ja meSH termit ↓ OR	kaksoisdiagnoosi	mielenterveyshäiriö	päihde
	dual diagnosis	mental health	substance abuse
	co-occurring disorders	mental illness	drug
	diagnosis dual	mental disorders	alcohol
		mental health nursing	treatment
		psychiatry	
	AND	AND	

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tehtiin testihakuja, jotta saatiin selville minkälaisilla hakustrategioilla aiheeseen liittyviä tutkimuksia löytyy. Cinahl:sta haettiin hakutermeillä dual diagnosis AND mental health AND substance abuse treatment ja tulokseksi tuli 65 artikkelia. Tämän jälkeen rajattiin kokotekstiversiot mukaan ja aikarajaksi vuodet 2010-2016, jolloin tulokseksi tuli 4 artikkelia. Otsikoita silmäillen ei mikään soveltunut käytettäväksi katsaukseen. Testihaku toistettiin Cinahl:n hakutermeillä dual diagnosis AND mental health ja rajattiin kokotekstiversiot, vuodet 2006-2016 ja tutkimukset, tulokseksi tuli 84 artikkelia, joista silmäillen muutama soveltui jatkotarkastelua varten.

Testihakuja tehtiin myös suomalaiseseen Medic tietokantaan. Hakutermeinä käytettiin kaksoisdiagnoosi AND mielenterveyshäiriö AND päihdehoito, jolloin ei tullut yhtään tulosta. Hakutekijöitä vähennettiin ja haettiin termeillä: kaksoisdiagnoosi AND mielenterveyshäiriö, jolloin tulokseksi tuli 9 artikkelia. Vuosiksi rajattiin 2006-2016 ja katsausartikkelit, jolloin tulokseksi tuli 4 artikkelia. Tuloksista kaksi soveltui jatkotarkastelua varten.

Tässä tutkimuksessa kirjallisuushakuja päätettiin tehdä sähköisistä tietokannoista niiden kustannustehokkuuden vuoksi. Jos sähköinen haku ei olisi tuottanut tarvittavaa määrää tuloksia, olisi aineiston hakua voitu jatkaa myös manuaalisesti (Niela-Vilén, Hamari: 2016, 25.) Alla olevassa taulukossa on kuvattuna tutkimuksessa käytetyt tietokannat (Lipguides 2017.)

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat

MEDLINE OVID	Lääke- ja terveystieteiden laaja kansainvälinen viitetietokanta.
MEDIC	Suomalainen terveystieteiden viitetietokanta.
CINAHL	Kansainvälinen kattava hoito- ja terveystieteiden artikkeli- ja viitetietokanta, paljon myös kokotekstiartikkeleita.
COCHRANE	Systemaattisia katsauksia eri hoitomenetelmien vaikuttavuudesta.

5.4 Aineiston keruu

Hakuprosessi on tärkeää kuvata auki, jotta tulokset olisivat uudelleen toistettavissa. Hakuprosessilla saadut tulokset on kuvattu katsauksessa taulukon avulla havainnollistaen (Liite 1) ja sanallisesti auki kirjoittaen. Tutkimuksen luotettavuuden ja toistettavuuden kannalta on tärkeä tieto, miten saatuihin tuloksiin on päädytty.

Tiedonhaussa käytettiin seuraavia tietokantoja: MEDLINE OVID, MEDIC CINAHL ja COCHRANE. Tiedonhaku toteutui 14.1-7.3.2017 välisenä aikana. Tiedonhaussa saatiin apua 28.2.2017 informaattikolta asiasanojen käyttöön. "Diagnosis, dual" asiasanaa on sovittu käytettäväksi psykiatriassa kaksoisdiagnooseissa asiasananä. Muilla samaa asiaa tarkoittavilla asiasanoilla voi jäädä oleellisia artikkeleita pois hausta, esimerkiksi co-occurring disorders, joka ei tuottanut yhtään osumaa.

Ensimmäisen varsinainen aineisto haku tehtiin Medline Ovid tietokantaan hakutermeillä "dual diagnosis" AND "mental disorders" AND "drug". Haku tuotti yhteensä 71 osumaa, joista 22 oli samanlaisia artikkeleita eli varsinaisia artikkeleita oli 49. Otsikon perusteella valikoitui 17 artikkelia, joista kahdesta ei ollut kokotekstiä saatavilla ja ne hylättiin sen vuoksi. Tiivistelmän perusteella valikoitui 5 artikkelia kokoteksti tarkasteluun. Kokotekstin perusteella valikoitui 1 artikkeli lopulliseen katsaukseen.

Medline Ovidiin tehtiin haku myös hakutermeillä " dual diagnosis" AND "mental health" AND "substance abuse". Haku rajattiin kokotekstiversioihin ja vuosiin 2007-2017. Haku tuotti 117 artikkelia, jolloin rajattiin tuloksia "original articles" toiminnolla. Tulokseksi saatiin 97 artikkelia, joista usea oli samanlainen ja 5 oli tullut tulokseksi edellisestä hausta. Otsikon perusteella valikoitui 13 artikkelia. Kahdesta artikkelista ei ollut kokoteksti versiota saatavilla, joten tiivistelmän perusteella valikoitui 2 artikkelia kokoteksti tarkasteluun ja samat artikkelit valikoituivat lopulliseen katsaukseen.

Medline Ovidista tehtiin haku hakutermillä "diagnosis dual", rajattiin hakua kokoteksti versioihin ja vuosiin 2007-2017. Haku tuotti 338 tulosta. Hakua rajattiin vielä toiminnolla Point of care: treatment and therapy ja tulokseksi tuli 22 artikkelia. Otsikon perusteella valikoitui 5 artikkelia, joista 3 oli samoja aiemmista hauista ja 2 siirtyi tiivistelmän perusteella tarkasteltavaksi. Tiivistelmän perusteella ei valikoitunut yhtään artikkelia lopulliseen katsaukseen.

Medicistä tehtiin haku hakutermillä "kaksoisdiagnoosi" AND "mielenterveyshäiriö" AND "päihde", rajattiin haku kokoteksti versioihin ja vuosiin 2007-2017. Tulokseksi tuli 8 artikkelia, joista otsikoiden perusteella valikoitui 4 ja tiivistelmän sekä kokotekstin perusteella 1. Laadunarvioinnin jälkeen artikkeli otettiin mukaan lopulliseen katsaukseen.

Cinahl tietokannasta haettiin hakutermeillä "dual diagnosis" AND "mental health" AND "substance abuse", rajattiin haku kokoteksti versioihin ja vuosiin 2007-2017. Tuloksena oli 41 artikkelia, joista otsikon perusteella valikoitui 11 artikkelia, tiivistelmän perusteella 4 ja koko tekstin perusteella 1 artikkeli valikoitui lopulliseen katsaukseen.

Cinahlista haettiin myös hakutermeillä "dual diagnosis" AND "mental disorders" AND "drug", rajattiin haku kokotekstiverisioihin ja vuosiin 2007-2017, full text, kieleksi valittiin englanti. Haun tuloksena oli 29 artikkelia, joista otsikon perusteella valikoitui 13, tiivistelmän perusteella 7 ja kokotekstin perusteella 5 artikkelia valikoitui lopulliseen katsaukseen.

Cinahlista haettiin vielä hakutermeillä "dual diagnosis" AND "mental disorders" AND "alcohol", rajattiin haku kokoteksti versioihin ja vuosiin 2007-2017. Haun tuloksena oli 26 artikkelia, joista 6 oli edellisestä hausta. Otsikon perusteella valikoitui 5 artikkelia, tiivistelmän perusteella ei yhtään. Tästä hausta ei valikoitunut yhtään artikkelia lopulliseen katsaukseen.

Cinahlista tehtiin hakuja vielä hakutermeillä "co-occurring disorders" AND "mental health" AND "treatment" ja käytettiin rajauksena kokotekstiä ja vuosia 2007-2017. Tästä hausta oli tuloksena yksi artikkeli, joka ei soveltunut katsaukseen. Lisäksi Cinahlista tuotti kaksi artikkelia hakutermeillä "co-occurring disorders" AND "psychiatry" AND "treatment" samoilla rajauksilla kuin edellisessä. Artikkelit eivät kuitenkaan soveltuneet katsaukseen. Yhtään tuloksia ei saatu käyttäen hakutermejä "co-occurring disorders" AND "mental illness" AND "treatment" tai "co-occurring disorders" AND "mental disorders" AND "treatment" tai hakusanoja "co-occurring disorders" AND "mental health nursing" AND "treatment".

Käynti informaation luona auttoi muokkaamaan hakusanoja meSH termeiksi. "Diagnosis, dual" on yleisesti sovittu käytettäväksi hakuterminä, kun käytetään mielenterveys-

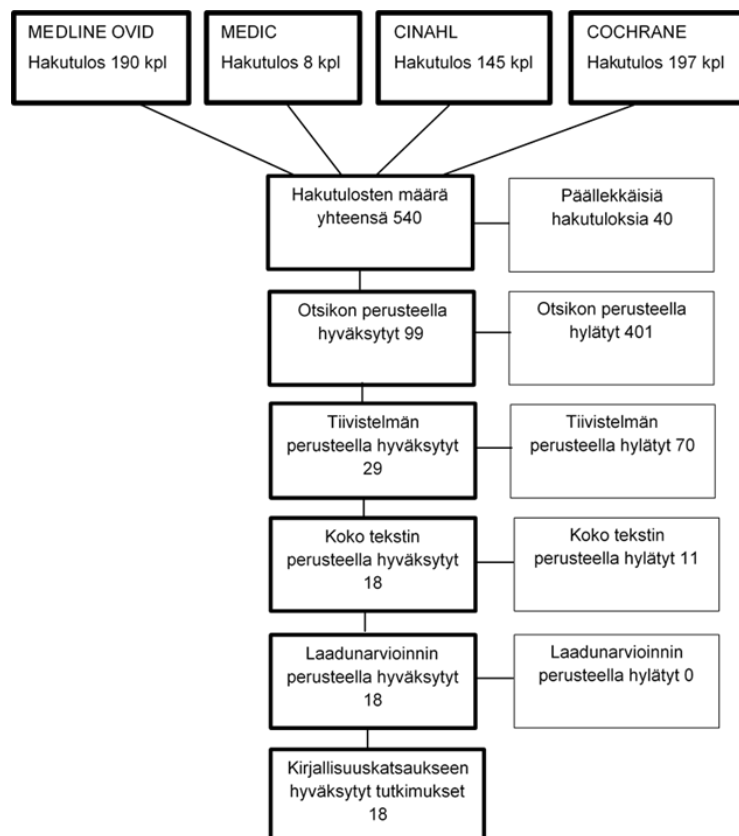
ja päihdeasiakkaasta nimitystä kaksoisdiagnoosiasiakas. Käyttäen ”co-occurring” disorders termiä, voi jäädä useita katsaukseen soveltuvia artikkeleita hausta pois.

Informaatikon käynnin jälkeen tehtiin haku Cinahliin hakutermillä ”(MM ”Diagnosis, Dual (Psychiatry)”) AND ”treatment” ja rajattiin haku kokotekstiin sekä vuosiin 2007-2017. Haun tuloksena saatiin 46 artikkelia, joista 3 oli samaa aiemmista hauista. Otsikon perusteella valikoitui 7, tiivistelmän perusteella 1 artikkeli, joka valikoitui myös kokotekstin perusteella lopulliseen katsaukseen.

Cochraneen tehtiin haku hakutermeillä ”diagnosis, dual” ja rajattiin haku vuosiin 2007-2017. Tuloksena oli 197 artikkelia, joista 1 oli sama kuin edellisissä hauissa. 29 artikkelia valikoitui otsikon perusteella ja niistä 9 tiivistelmän perusteella. 7 artikkelia valikoitui lopulliseen katsaukseen.

Kaiken kaikkiaan hakujen perusteella tulokseksi tuli 540 hakutulosta, joista lopulliseen katsaukseen valikoitui 18 tutkimusta/artikkelia. Alla olevassa kuviossa 1 on kuvattu hakuprosessi.

Kuvio 1. Hakuprosessin kuvaus



5.5 Aineiston laadun arviointi

Tutkimusnäyttöjä käytäntöön hyödynnettäessä tulee huomioida tutkimusten näytön vahvuus. Vahvin näyttö on järjestelmällisillä katsauksilla ja luotettaviksi arvioituilla hoitosuosituksilla. (JBI: 2016.) Tutkimusten arviointia voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Jokainen katsaukseen valikoitunut artikkeli tai tutkimus tulee arvioida erikseen. Tutkimusten laadunarvioinnin tarkoituksena on arvioida tiedon kattavuutta, tulosten edustavuutta ja havaita, miten hyvin valikoitujen tutkimusten tieto vastaa tutkimuskysymyksiä. Laadunarviointi lisää myös katsauksen luotettavuutta. Tutkimusten arviointi tehdään tutkimustyyppistä riippuen käyttäen sille soveltuvaa menetelmää. (Niela-Vilén, Hamari: 2016, 29.) Jokainen tutkimus on arvioitu JBI kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti käyttäen kullekin tutkimukselle/artikkelille soveltuvaa lomaketta (Liitteet 3-6). Katsaukseen mukaan valikoituneet tutkimukset täyttivät laaditut sisäänottokriteerit. JBI laadunarviointilomakkeella arvioituna kaikki mukaan hyväksytyt tutkimukset saivat pisteitä 5 tai enemmän. Laadunarvioinnin tulokset ja pisteet on kuvattu taulukkomuotoon (Liite 7).

5.6 Katsaukseen valikoitunut aineisto

Aineiston laadunarvioinnin jälkeen tutkimukseen valikoitui 18 tutkimusta/artikkelia. Tutkimukset olivat kvantitatiivisia (n=14) (Courbasson, Sorkin, Dullerud: 2007.), (Eack, Hogarty, Bangalore, Keshavan, Cornelius: 2016.), (Gouzoulis-Mayfrank, König, Koebke, Schnell, Scmitz- Buhl, Daumann: 2015.), (Harpaz-Rotem, Rosenheck, Desai: 2011.), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.), (Magura ym. 2008.), (Morse, McMaster, Kodad, Robledo: 2014.), (Mueser ym. 2012.), (Petersen ym. 2007.), (Prodromou, Kyritsi, Koukia: 2014.), (Rogers, Lubman, Allen: 2008.) (Worley, Tate, Brown: 2012.), (Young, Barrett, Engelhardt, Moore: 2013.) kvalitatiivisia (n=1) (Hellem, Lundberg, Renshaw: 2015.) ja tieteellisiä artikkeleita (n=3). (Drake, Mueser, Brunette: 2007.), (Lahti, Rakkolainen, Koski-Jännes: 2013.), (Serling, Chi, Hinman: 2011.) Aineosto oli julkaistu vuosina 2007-2016. Aineosto oli pääosin englanninkielistä lukuun ottamatta yhtä artikkelia, joka oli suomenkielinen (Lahti ym. 2013.). 10 tutkimusta eli suurin osa oli amerikkalaisia (Drake ym. 2007.), (Eack ym. 2016.), (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Hellem ym. 2015), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.), (Magura: 2008.), (Morse ym. 2014.), (Mueser ym. 2012.), (Sterling ym. 2011.) (Worley ym. 2012.), (Young ym. 2013.), 1 tutkimus oli kanadalainen (Courbasson ym. 2007.), 1 saksalainen

(Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.), 1 suomalainen (Lahti ym. 2013.), 1 tanskalainen (Petersen ym. 2007.), 1 kyproslainen (Prodromou ym. 2014.) ja 1 australialainen (Rogers ym. 2008.).

COCHRANE tietokannasta katsaukseen valikoitui 7 kokeellista tutkimusta (Courbasson ym. 2007.), (Eack ym. 2016.), (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.) (Mueser ym. 2012.), (Petersen ym. 2007.), MEDLINE OVIDista 1 artikkeli (Drake ym. 2007.), 1 kirjallisuuskatsaus (Hellem ym. 2015.) ja 1 kuvaileva tutkimus (Morse ym. 2014.), MEDICistä valikoitui 1 suomenkielinen artikkeli (Lahti ym. 2013.). CINAHLista valikoitui mukaan 1 kohortti tutkimus (Young ym. 2012.), 5 kokeellista tutkimusta (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Magura ym. 2008.), (Prodromou ym. 2014.), (Rogers ym. 2008.), (Worley ym. 2012.) ja 1 artikkeli (Sterling ym. 2011.).

Kokeellisella tutkimuksella tarkoitetaan sitä, että tutkija haluaa selvittää jonkin asian tai toimenpiteen vaikutusta tutkittavaan. Tyypillisiä kokeellisia tutkimuksia ovat esimerkiksi altistukset jollekin lääkeaineelle. Kokeellisessa tutkimuksessa tutkittavat on jaettu altistettavaan ja ei altistettuun ryhmään ja ryhmiä verrataan keskenään altistuksen jälkeen. (Terveysportti 2016.) Katsaukseen valikoitui yhteensä 12 kokeellista tutkimusta kahdesta tietokannasta (Courbasson ym. 2007.), (Eack ym. 2016.), (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.), (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.), (Magura ym. 2008.), (Mueser ym. 2012.), (Petersen ym. 2007.), (Prodromou ym. 2014.), (Rogers ym. 2008.), (Worley ym. 2012.)

Kohortti tutkimuksella tarkoitetaan tutkittavan eli kohortin altistumista jollekin tekijälle, joka ei ole tutkijan kontrolloitavissa. Tutkija kerää kohorteista tietoa erilaisin menetelmin, esimerkiksi havainnoimalla, kyselylomakkeella tai mittauksin. Kohorttitutkimuksissa seuranta-ajat ovat usein pitkiä. (Terveysportti 2016.) Katsaukseen valikoitui yksi kohortti tutkimus, jossa tutkittiin kognitiivisen yhteisöhoidon vaikuttavuutta kaksoisdiagnoosiasiakkaille 6 kuukauden seurantajaksolla (Young ym. 2013.).

Kuvailevalla tutkimuksella halutaan kuvata jonkin ilmiön, tapahtuman tai tilanteen esiintyvyyttä, kehitystä tai muita tunnuspiirteitä. Kuvaileva tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, millainen tai miten. Kuvailevaa tutkimusta voidaan käyttää esimerkiksi uusia toimintamallia kehitettäessä tai väestötutkimuksessa. (Kuvaileva-tutkimus 2017.) Katsaukseen valikoitui 1 kuvaileva tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia miten unihygienia vaikuttaa päihteiden käyttöön ja mielenterveyteen 12 kk seuranta-ajalla (Morse ym. 2014.).

Kaikissa tutkimuksissa oli tutkittu kaksoisdiagnoosiasiakkaita. Useissa tutkimuksissa (n=4) oli tutkittu kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutusta kuntoutumiseen tai hoitoon sitoutumiseen (Eack ym. 2016.), (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.). Muissakin tutkimuksessa oli interventio menetelmään yhdistetty kognitiivista terapiaa. Terapeuttisen suhteen (n=1) (Rogers ym. 2008.) ja perhesuhteiden (n=1) vaikutusta kuntoutumiseen oli myös tutkittu (Mueser ym. 2012.). Integroidun hoidon eli päihde- ja mielenterveysongelman samanaikaista hoitoa oli käsitelty useissa tutkimuksissa ja artikkeleissa (n=4) (Drake ym. 2007.), (Hellem ym. 2015.), (Sterling ym. 2011.), (Lahti ym. 2013.). Useissa tutkimuksissa oli yhdistetty päihdehoitoon mielenterveyden hoitamisen elementtejä tai toisinpäin. Yhteisöhoitoon vaikuttavuudesta oli tutkimuksia (n=3). Yhteisöhoitoa oli tutkittu niin avo- kuin laitosolosuhteissa (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Petersen ym. 2007.), (Young ym. 2013.). Vertaistukea mm. 12.-askeleen ohjelmissa oli tutkittu (n=2) suhteessa kuntoutumiseen (Magura ym. 2008.), (Worley ym. 2012.). Lisäksi oli tutkittu vaihtoehtoisia hoitomuotoja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla, kuten akupunktio (n=1) (Courbasson ym. 2007.) ja unihygienia (n=1) (Morse ym. 2014.). Lisäksi oli tutkimus, joka tutki kaksoisdiagnoosiasiakkaan kuntoutumisen ennustetta (n=1) (Prodromou ym. 2014.).

Tutkimuksissa oli käytetty useita menetelmiä päällekkäin, kuten perheinterventiota ja yhteisöhoitoa (Mueser ym. 2012.) tai kognitiivista terapiaa ja yhteisöhoitoa (Eack ym. 2016.), (Gouzoulis-Mayfrank 2015.), (Hunter ym. 2012.), (Kushner ym. 2009.). Yhdessä tutkimuksessa oli kehitetty 12-askeleen ohjelma kaksoisdiagnoosiasiakkaille (DTR) ja oli tutkittu sen tehokkuutta verraten tavanomaisiin AA/NA ryhmiin (Magura ym. 2008.).

Yhdessä kuvailevassa tutkimuksessa oli tutkittu unihygienian vaikutusta asiakkaiden päihteiden käyttöön ja mielenterveyteen (Morse ym. 2014.). Tutkimukseen osallistujia (n=28) oli niukasti tulosten yleistettävyyden kannalta. Tutkijat olivat huomioineet sen pohdinnassaan. Unihygienia tutkimuksessa oli käytetty vain yhtä mittaria, mittaamaan unihygienian vaikutusta päihteiden käyttöön ja mielenterveyteen. Mittarina oli käytetty ASI mittaria, jolla kartoitettiin asiakkaiden päihteiden ja lääkkeiden käyttöä, työllisyysasetta, kriminallista tilannetta, sosiaalista- ja psyykkistä tilannetta ennen ja jälkeen tutkimuksen. ASI mittaria oli käytetty useassa muussakin tutkimuksessa sen monipuolisuuden vuoksi (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Hunter ym. 2012.), (Morse ym. 2014.). Tutkimuksessa, jossa oli tutkittu kognitiivisen terapian vaikutusta kaksoisdiagnoosiasiakkai-

siin, oli käytetty ASI mittarista vain päihteiden käyttöä mittaavaa osiota ja täydennetty tiedonkeruuta muilla mittareilla (Hunter ym. 2012.). Useissa tutkimuksissa oli käytetty monia mittareita, jotta saatiin tutkittavista mahdollisimman kattavaa tietoa.

Tutkimuksessa, jossa oli seurattu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon sitoutumista ja tutkittu heidän ennustettaan, ei ollut mainittu mittarien käytöstä (Prodromou ym. 2014.). Tutkimuksessa oli kerrottu, että asiakkailta on kerätty tietoa mm. päihteiden käytöstä ja psyykkisestä tilanteesta haastattelujen avulla, mutta tarkempaa kuvausta ei tutkimuksesta löytynyt.

Tutkimuksissa esiintyi useita erilaisia mittareita mittaamaan päihteiden käyttöä ja psyykkistä vointia, kuten BSI (Brief Symptom Inventory), joka on laaja 53 kohdan mittari, jolla mitataan psyykkistä tilannetta (Kushner ym. 2009.), (Young ym. 2013.), WAI_S (Working Alliance Inventory Short Form) on 12-kohdan mittari, jolla mitataan terapeutista suhdetta terapeutin ja potilaan välillä (Rogers ym. 2008.), SF-12 (Short Form Health Survey) 12-kohdan lyhyt mittari, jolla mitataan fyysistä ja psyykkistä tilannetta (Harpaz-Rotem ym. 2011.), (Mueser ym. 2012.). Tutkimuksissa käytetyt mittarit on lueteltu tutkimuksittain tutkimusten yhteenvetotaulukossa (Liite 2).

5.7 Aineiston analyysimenetelmä

Sisällön analyysillä on mahdollista tehdä havaintoja erilaisista aineistoista, kuten kirjeistä, haastatteluista, raporteista tai artikkeleista ja analysoida niitä systemaattisesti. Aineistojen sisältöjä kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Sisällön analyysiä on käytetty esimerkiksi hoitotieteellisissä väitöskirjoissa täydentävänä tai lisämenetelmänä. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen. 2003: 23,40.)

Useimmissa opinnäytetyönä tehdyissä katsauksissa tekijä järjestelee ja luokittelee aineistoa etsien siitä yhtäläisyyksiä ja eroja. Tämän tarkoituksena on muodostaa aineistosta synteesi eli ymmärrystä lisäävä yhteenveto. Analyysiä ja synteisiä tehdään molempia yhtäaikaaisesti. (Niela-Vilén, Hamari: 30.)

Aineiston analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa tutkimusten tärkein sisältö kuvataan auki esimerkiksi taulukkomuotoisena. Taulukosta tulee käydä ilmi tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, maa, tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmä, kohdejoukko, otos,

tulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Taulukon tarkoituksena on luoda kokonaiskuva tutkimuksessa käytetystä aineistosta. (Niela-Vilén, Hamari: 30-31.)

Kun tutkimusten sisältö on kirjattu taulukkoon, aloitetaan aineiston syvempi analyysi. Sisällön analyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivinen sisällön analyysi perustuu päättelyyn, jota ohjaa tutkimuskysymykset. Induktiivisessa sisällön analyysissä päätekijänä on aineiston sisältö, josta luokitellaan sanoja niiden teoreettisten merkitysten perusteella. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi yhtä sanaa. Induktiivista lähestymistapaa käytetään silloin, kun aiheesta ei juurikaan vielä tiedetä mitään tai tieto on hajanaista. Aineiston analyysi etenee vaiheittain, jolloin ensimmäiseksi aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen: 2015,167.)

Tutkimusaineistolta kysytään tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä ja tunnistetaan ne teemat, jotka liittyvät olennaisesti tutkimusongelmaan. Kun aineistosta on löytynyt kaikki se tieto, joka on olennaista, pelkistetään ne yksittäisiksi ilmaisuiksi. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään teemojen mukaisesti alakategorioihin. Alakategorioille annetaan niitä kuvaava nimi, tutkimuskysymys huomioiden. Alakategoriat yhdistetään edelleen yläkategorioihin. Lopuksi nimetään yläkategorioille yksi yhteinen, niitä kuvaava otsikko. Eri kategorioiden avulla vastataan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi, Sarajärvi: 2009,101.)

Aineiston analyysin viimeisessä vaiheessa raportoidaan edellä mainitut vaiheet mahdollisimman tarkasti. Tulokset voidaan raportoida esimerkiksi sisällön analyysillä muodostettujen kategorioiden mukaisesti. Raportissa tulee ottaa huomioon kriittisyys ja tulosten hyödynnettävyys esimerkiksi hoitotyöhön. (Niela-Vilén, Hamari: 2016, 32.)

Tämän katsauksen aineisto on analysoitu käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Sisällön analyysiä ohjasivat tutkimuskysymykset: Minkälaisia erityispiirteitä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa? Minkälaiset hoitotyön menetelmät edistävät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä?

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi alkoi tutkimusten lukemisella. Kaikki tutkimukset luettiin kertaalleen läpi, jotta kokonaiskuva valikoituneesta aineistosta hahmottuisi eli saatiin muodostettua synteesi aineistosta. Englanninkielisten tutkimusten suomentaminen ja sanastoon perehtyminen kuului myös tähän vaiheeseen. Toi-

seen kertaan lukiessa aineistoon tehtiin alleviivauksia ja muistiinpanoja. Kolmanteen kertaan lukiessa irrotettiin tutkimuksista/artikkeleista lauseita ja asiakokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Lauseet suomennettiin mahdollisimman suorasti kääntäen ja kirjattiin erilliselle paperille. Lauseet lajiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Tarpeen mukaan palattiin vielä useampaan kertaan tutkimuksiin ja tarkistettiin, että kaikki oleellinen tieto on tutkimuksista poimittu.

Kun tutkimukset oli käyty läpi ja tutkimuskysymysten kannalta oleellinen tieto oli saatu taltioitua, aloitettiin lauseiden luokittelu. Lauseet luokiteltiin asiakokonaisuuksien mukaisesti ja lauseet pelkistettiin. Pelkistetyistä lauseista ja sanoista etsittiin yhtäläisyyksiä ja annettiin niille kuvaava otsikko eli alaluokka. Alaluokat ryhmiteltiin edelleen pääluokaksi. Pääluokkien avulla on tarkoitus vastata tutkimuskysymyksiin. Liitteessä on koottu sisällönanalyysi taulukko muotoon (Liite 9).

6 Tulokset

Tässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa tulokset esitetään sisällön analyysin kautta muodostuneiden pääluokkien mukaan. Pääluokkia kokoavaksi yhteiseksi otsikoksi muodostuivat tutkimuskysymykset.

6.1 Erityispiirteet kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden erityispiirteitä mielenterveyden hoidossa. Tutkimuskysymyksen avulla haluttiin selvittää, minkälaisia erityispiirteitä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa. Tulosten avulla haluttiin saada tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa huomioon otettavista erityispiirteistä, joita voi käyttää apuna mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä. Erityispiirteisiin liittyen aineistosta nousi esille kaksi pääluokka: hoitoprosessin monimuotoisuus sekä taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

6.1.1 Hoitoprosessin monimuotoisuus

Hoitoprosessin monimuotoisuuden alaluokiksi muodostuivat: molempien sairauksien samanaikainen hoitaminen, hoitoon sitoutumattomuus, kustannustehoton hoitojärjestelmä ja hoitohenkilöstön tiedon puute.

Molempien sairauksien samanaikainen hoitaminen

Aineistosta nousi esiin, että kaksoisdiagnoosiasiakkaat hyötyvät hoidosta enemmän, kun palvelut ovat integroitu, verraten siihen, että molempia oireita hoidetaan erikseen. Palvelut ovat kuitenkin vain harvoin suunnattu kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Mielenterveysongelmia hoidettaessa tulee ottaa huomioon myös päihdeongelma ja päihdehoidossa tulee ottaa huomioon myös mielenterveysongelma. Aineistossa olikin esitetty, että kaikki hoito-ohjelmat, jotka ovat suunnattu vakavista mielenterveysongelmista kärsiville, tulisi olla suunnattu kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Päihdehoitopaikkoihin on myös tarve sisällyttää molempien sairauksien hoitaminen. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Hunter ym. 2007, Prodromou ym. 2014, Sterling ym. 2011.)

Hoitoon sitoutumattomuus

Kaksoisdiagnoosiasiakkailta hoitoon sitoutuminen on vähäisempää kuin muilla asiakkailla. Kaksoisdiagnoosiasiakkailta on muita suurempi todennäköisyys olla tulematta heille tarjottuun hoitoon tai jättää hoito kesken. Hoidon tulisi olla pitkäkestoista ja jatkuvaa. Hoitoon sitoutumattomuuteen vaikuttaa osin se, että perinteiset hoitomallit, kuten rinnakkainen hoitomalli, eivät ole soveltuvia kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Vain osa asiakkaista pystyy käymään kahdessa tai useammassa hoidossa samanaikaisesti. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Sterling ym. 2011.)

Kustannustehoton hoitojärjestelmä

Kaksoisdiagnoosiasiakkailta on vaikea hoitoprosessi ja runsasta palveluiden käyttöä, mikä lisää kustannuksia. Samanaikaisesti esiintyvät mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikeuttavat hoitoprosessia ja useasti johtavat huonompiin tuloksiin, runsaaseen palve-

luiden käyttöön ja kustannuksiin ajan myötä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat joutuvat olemaan vastuussa ja koordinoimaan heidän omaa hoitoaan, vaikka eivät olisi kykeneviä siihen sairautensa vuoksi. Organisaatioiden ja palveluntarjoajien välinen sidos voi olla puutteellinen, jolloin asiakkaiden kokonaishoidosta kantama vastuu on suuri. Asiakkaila voi olla kognitiivisia ja/tai toiminnallisia rajoitteita liittyen kaksoisdiagnoosiin. Sairauden aiheuttamien rajoitteiden vuoksi asiakkaiden voi olla vaikea seurata yhtä tai useampaa hoito-ohjelmaa. (Ks. esim. Sterling ym. 2011.)

Hoitohenkilöstön tiedon puute

Aineistosta tehdyn analyysin perusteella kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on tiedon puutteita kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta. Yleisesti kiitettynä tarvitaan ajattelutavan muutosta yksöisdiagnoosiajattelusta kaksoisdiagnoosiajatteluun. Tämä edellyttää useiden ihmisten muutosta ajattelussa, tietoudessa ja käytöksessä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat joutuvat kohtaamaan ennakkoluuloja niin yhteiskunnan kuin hoitohenkilökunnan taholta. Myös mielenterveys- ja päihdeongelmaa samanaikaisesti sairastavien perheet voivat suhtautua tiedon puutteen vuoksi ennakkoluuloisesti läheisiinsä ja asiakkaila voi olla tiettyjä ennakkoluuloja myös itseään kohtaan. Aineistosta nousi esiin, että ennakkoluuloilta välttymiseksi kaikilla mielenterveys-työtä tekevillä tulisi olla perustiedot kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelystä. Lisäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelevien tulisi kehittää erityisosaamistaan terapeutiksiin menetelmiin. Tietoa kaksoisdiagnoosista ja terapeuttisista menetelmistä tarvitaan, koska masennusoireet itsessään voivat haitata terapeutin suhteen muodostumista. (Ks. esim. Rogers ym. 2008, Sterling ym. 2011, Drake ym. 2008.)

6.1.2 Taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen

Taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen alaluokiksi muodostuivat: kaksoisdiagnoosin yleisyys, oireet ruokkivat toisiaan ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ennuste on huono.

Kaksoisdiagnoosin yleisyys

Aineistosta kävi ilmi, että kaksoisdiagnoosi on yleistä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien keskuudessa. Harvemmin esiintyy vain mielenterveys- tai päihdeongelma, vaan ne kulkevat ns. käsikädessä. Päihteitä käyttävillä esiintyy usein mielenterveysongelmia, joista yleisimpinä ovat ahdistus-, paniikki- ja mielialaoireet. Yleistä on myös se, että päihteitä käyttävillä esiintyy useampi kuin yksi mielenterveydellinen ongelma. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Sterlin ym. 2011.)

Oireet ruokkivat toisiaan

Kaksoisdiagnoosille on tyypillistä, että oireet pahentavat toisiaan. Asiakkaat saattavat jäädä syystä tai toisesta pois hoidon piiristä, jolloin lääkkeiden käyttö ja muu heille tarjottu hoito keskeytyy. Mielenterveysongelmat voivat huonontua, mikäli asianmukaista hoitoa ei ole mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Huonontunutta psyykkistä oloa asiakkaat lääkitsevät päihteillä. Päihteiden käyttö taas pahentaa psyykkistä vointia, kuten masennusoireita. Yksilöt, joilla on vakavampia mielenterveydellisiä ongelmia, on myös suhteessa enemmän päihteiden käyttöä. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Lahti ym. 2013, Sterling ym. 2011.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ennuste on huono

Hoitamattomana kaksoisdiagnoosi voi johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Yksilöt, joilla on samanaikaisesti mielenterveysongelmia ja huumeiden käyttöä, on huonompi ennuste. Molempien sairauksien eli sekä mielenterveys- että päihdeongelmien hoitaminen on tärkeää. Aineistosta kuitenkin kävi ilmi, että kaksoisdiagnoosille on tyypillistä alttius oireiden pahenemiseen ja uusiutumiseen. Huolimatta siitä, että kaksoisdiagnoosiasiakkaille olisi tarjolla integroitua mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoa, voivat oireet pahentua ja uusiutua. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Prodromou ym. 2014.)

6.2 Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen toinen tutkimuskysymys käsitteli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä. Tutkimuskysymyksen avulla haluttiin saada selville hoitotyön keinoja, joilla mielenterveyttä voidaan edistää kaksoisdiagnoosiasiakkailla. Tulosten avulla haluttiin saada tietoa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. Mielenterveyttä edistäviin hoitotyön menetelmiin liittyen aineistosta nousi esille seitsemän pääluokkaa: asiakkaan kohtaaminen, rinnalla kulkeminen, kognitiivinen käyttäytymisterapia, lääkehoito, turvallisuuden tunteen luominen, vertaistuki ja integroitu hoito.

6.2.1 Asiakkaan kohtaaminen

Asiakkaan kohtaamisen alaluokiksi muodostuivat: toimiva hoitosuhde, hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen ja motivoiva haastattelu.

Toimiva hoitosuhde

Parempia hoitotuloksia saavutetaan, kun yhteistyö asiakkaan kanssa on tasavertainen. Suoran ohjaamisen ja opettamisen sijasta tulisi hoitajan olla asiakkaan kanssa tasavertaisessa asemassa. Vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde asiakkaan kanssa täytyy olla kunnossa, koska se on edellytyksenä toimivalle hoitosuhteelle. Toimivassa hoitosuhteessa asiakkaan muutosmotivaatio voi alkaa kasvaa. Motivoivan haastattelun vaikutavuus perustuu myös toimivaan hoitosuhteeseen. Hoitajan ja asiakkaan välinen luottamussuhde on erityisen tärkeää. Kun luottamussuhde on saavutettu, voi hoitosuhde olla toimiva. Aineistosta saadun tiedon mukaan, positiiviset kokemukset terapeuttisesta suhteesta olivat yhteydessä masennusoireisiin. Masennusoireet lievittyivät toimivan hoitosuhteen myötä, mutta suoranaista vaikutusta päihteiden käyttöön tällä ei ollut. (Ks. esim. Lahti ym. 2013, Rogers ym. 2008.)

Hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen

On merkittävää, millä tavoin hoitaja kohtaa asiakkaan. Hoitajan empaattisuus vähentää asiakkaiden vastusta työntekijää kohtaan, joka puolestaan vaikuttaa pitkään positiivisesti hoitotuloksiin. Empaattisuuden lisäksi hoitajan on osattava keskittyä kuuntelemaan asiakasta. Kuuntelun avulla voidaan ymmärtää asiakkaan ristiriitoja ja päästään työskentelemään asiakkaan ongelmien ratkaisemiseksi. (Ks. esim. Lahti ym. 2013)

Motivoiva haastattelu

Motivoivassa haastattelussa keskeisintä on vuorovaikutustyyli, jolla asiakas kohdataan. Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus perustuu yhteistyöhön ja asiakas saa hyväksytyksi tulemisen kokemuksen. Hoitajan tarkoituksena on asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen ja asiakkaan sisäisen motivaation herättely. Motivoiva haastattelu on tehokas hoitotyön menetelmä, sillä jo pienimuotoisetkin motivoivan haastattelun interventiot näyttävät tuottavan tulosta asiakkaiden päihteiden käytön vähenemiseen ja psyykkiseen oireiluun. Aineistosta kävi ilmi, että muihin interventioihin verrattuna motivoiva haastattelu on vaikuttavampi tapa motivoida asiakkaita päihteiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen. (Ks. esim. Lahti ym. 2013.)

6.2.2 Rinnalla kulkeminen

Rinnalla kulkemisen alaluokiksi muodostuivat: aito vuorovaikutus ja toivon ylläpitäminen.

Aito vuorovaikutus

Hoitosuhteessa asiakkaan kanssa on vältettävä vastakkainasettelua. Aidossa vuorovaikutussuhteessa hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisia. Jokainen asiakas toipuu omaa yksilöllistä polkua pitkin ja kuntoutumista tapahtuu usealla eri osa-alueella. Vuorovaikutussuhteessa yksilöllisyyttä korostetaan potilasta tukevalla ja voimaannuttavalla palautteella sekä tiedon ja hoitovaihtoehtojen tarjoamisella. Aidossa vuorovaikutuksessa päätöksenteko on jaettava. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Lahti ym. 2013.)

Toivon ylläpitäminen

Toivon ylläpitäminen on välttämätöntä asiakkaiden kuntoutumisen kannalta. Hoitajan on uskottava kaksoisdiagnoosiasiakkaan toipumiseen, jotta voisi ylläpitää asiakkaan uskoa itseensä. Hoitajan on tultava tietoiseksi omasta roolistaan toipumisessa, kehittää taitoja ja tukea asiakasta auttaakseen toipumisessa. Odotukset asiakkaan toipumisesta tulee kuitenkin olla realistisia. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon periaatteena voidaan aineiston perusteella pitää toiveikkuutta ja realistisia odotuksia asiakkaiden toipumisesta. (Ks. esim. Drake ym. 2007.)

6.2.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivisen käyttäytymisterapian alaluokaksi muodostui kognitiivisten taitojen opettelu.

Kognitiivisten taitojen opettelu

Aineiston perusteella kognitiivisten taitojen opettelusta on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla hyötyä. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavien kohdalla voidaan addiktiivista käyttäytymismallia muuttaa kognitiivisen terapian avulla. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokasta etenkin niille asiakkaille, joiden paniikkioireet johtuvat päihteiden käytöstä. Kognitiivisten taitojen opettelua voidaan toteuttaa myös avohoidon keinoin. Kuten eräässä tutkimuksessa, jossa tarjottiin kaksoisdiagnoosiasiakkaille ryhmämuotoista integroitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa. (Hunter ym. 2012.) Asiakkailla oli samanaikaista masennusta ja päihteiden käyttöä, ja molempien sairauksien oireet lievittyivät tutkimusjakson aikana. Mielenterveys- ja päihdeongelmia voidaan lievittää myös kognitiivista terapiaa ja motivoivaa haastattelua yhdistämällä. Kognitiivisten taitojen opettelussa voidaan harjoitella esimerkiksi retkahduksenehkäisy tekniikoita. Siitä voi olla ainakin lyhytaikaisia tuloksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden voinnin kohenemiseen. (Ks. esim. Eack ym. 2016, Kushner ym. 2009, Hunter ym. 2012, Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015, Hellem ym. 2015.)

6.2.4 Lääkehoito

Lääkehoidon alaluokaksi muodostui: erilaiset näkemykset lääkehoitoon

Erilaiset näkemykset lääkehoitoon

Aineistosta saatujen tietojen valossa näkemykset kaksoisdiagnoosiasiakkaiden lääkkeellisestä hoidosta ovat ristiriitaiset. Farmakologinen hoito mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa on nähty tärkeäksi hoidon kulmakiveksi. Jotkin mielenterveysongelmaa hoitavat lääkkeet voivat vaikuttaa päihteidenkäytön vähenemiseen. Kuitenkin yhdessä tutkimuksessa, masennuslääkkeistä ei ollut todistettavaa hyötyä hoidettaessa metamfetamiinista johtuvia vieroitusoireita, riippuvuutta ja samanaikaisia mielialahäiriöitä. (Hellem ym. 2015.) Sen sijaan ravintolisän hyödyistä oli näyttöä metamfetamiinin käyttäjille, joilla oli masennusta tai kaksisuuntaistamielialahäiriötä. Psykkiset oireet helpottuivat ravintolisän saannin myötä. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Hellem ym. 2015.)

6.2.5 Turvallisuuden tunteen luominen

Turvallisuuden tunteen luomisen alaluokiksi muodostuivat: rentoutusmenetelmät, asunnottomuuden ehkäisy ja läheisten huomiointi.

Rentoutusmenetelmät

Aineiston mukaan rentoutumisella on yhteyttä mielenterveys- ja päihdeongelmien lievittymiseen. Rentoutumiseen on käytössä useita menetelmiä. Eräessä tutkimuksessa kaksoisdiagnoosiasiakkaat osallistuivat yölliseen unihygieniar ryhmään, joka sisälsi rentoutusharjoitteita iltaisin. (Morse ym. 2014.) Rentoutusharjoitteet ja unihygienian opettelu auttoivat asiakkaita rentoutumaan ja nukkumaan paremmin. Sitä kautta myös psyykkisessä voinnissa ja päihteiden käytössä havaittiin tapahtuvan myönteisiä muutoksia.

Viiden pisteen korva-akupunktiolla on niin ikään huomattu olevan myönteisiä vaikutuksia mielenterveys- ja päihdeongelmien lievittymiseen. Akupunktio vähentää retkahdusriskiä, vaikuttaa tunteiden säätelyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Akupunktion avulla voidaan parantaa tunteiden hallintaa, jolloin rauhallisuus lisääntyy, vihan ja ärtymyksen

sieto kohenee. Itsevarmuuden lisääntymisen myötä myös sisäisen turvallisuuden tunne paranee. (Ks. esim. Courbasson ym. 2007, Morse ym. 2014.)

Asunnottomuuden ehkäisy

Asunnottomuus luo turvattomuuden tunnetta, joka vaikeuttaa mielenterveys- ja päihdeongelmista toipumista. ”Asunto ensin” –lähestymistapa tarjoaa monelle mielenterveys- ja päihdekuntoutujalle tilaisuutta paeta asunnottomuutta, jolloin heillä on mahdollisuus tulla motivoituneemmaksi muista tavoitteista. Jo varhaisessa toipumisvaiheessa on syytä puuttua asiakkaiden asunnottomuuteen. Laitosmuotoinen kuntoutus luo pohjaa turvallisuuden tunteelle ja sitä kautta on väylänä toipumiselle. Laitoshoidosta on aineiston mukaan ollut hyötyä mielenterveyden kohentumiselle kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Ihmisillä, jotka ovat asunnottomia, on verraten enemmän mielenterveydellisiä ongelmia, kuin heillä, joilla on vakaa asumismuoto. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Harpaz-Rotem ym. 2011.)

Läheisten huomiointi

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista ja käsittää myös asiakkaiden perhe ja läheiset. Aineiston tutkimusten mukaan asiakkaat, joiden perhe oli otettu mukaan hoitoon, osoittivat parempaa voinnin yleiskohenemistä ja heillä oli vähemmän psyykkistä oirehdintaa, kun heillä, joiden perhettä ei otettu huomioon hoidossa. Erityisesti perheiden interventio, joka oli suunnattu kaksoisdiagnoosiasiakkaille, osoittautui tehokkaammaksi kuin pelkkä perheiden psykoedukaatio. Perhe interventio yhdistettynä yksilölliseen motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan edesauttaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden toimintakykyä paremmin kuin tavanomainen hoito. (Ks. esim. Mueser ym. 2012.)

6.2.6 Vertaistuki

Vertaistuen alaluokiksi muodostuivat AA/NA- ryhmät ja yhteisöhoito.

AA/NA- ryhmät

AA- ja NA-ryhmissä käytössä olevalla 12-askeleen ohjelmalla on huomattu olevan myönteisiä vaikutuksia päihteiden käyttöön ja hoitoon sitoutumiseen. 12-askeleen ohjelma on osoittautunut tärkeäksi osaksi asiakkaiden oireiden lievittämisessä asiakkailta, jotka kärsivät päihteiden käytöstä ja vakavista masennusoireista. AA- ja NA- ryhmät ovat helposti asiakkaiden ulottuvilla ja käytössä. Aineiston perusteella kaksoisdiagnoosiasiakkaat hyötyvät AA- ja NA- ryhmistä yhtä paljon kuin pelkästään päihdeongelmista toipuvat asiakkaat. Eräässä tutkimuksessa tutkittiin nimenomaan kaksoisdiagnoosiasiakkaille suunnattua 12-askeleen ohjelmaa ja sen vaikutusta mielenterveys- ja päihdeongelmiin. (Magura ym. 2008.) Ohjelmaan osallistuneiden asiakkaiden päihdeidenkäyttö väheni ja he kiinnittyivät aiempaa paremmin psykiatriseen hoitoon. (Ks. esim. Magura ym. 2008, Sterling ym. 2011, Worley ym. 2012.)

Yhteisöhoito

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidossa vertaistuki on avainasemassa. Vertaistukiryhmillä on keskeinen rooli mielenterveys- ja päihdeongelmista toipumisessa. Ammattilaisten ohjaamat vertaistukiryhmät auttavat asiakkaita ehkäisemään päihdeiden käyttöä ja parantamaan muita hoitotuloksia. Yhteisöhoidon ja kaksoisdiagnoosiasiakkaille integroidun hoidon yhdistäminen helpottaa mielenterveysongelmien vakavuutta ja toistuvuutta. Aineiston mukaan myös yhteisöhoito, perheiden kanssa tehtävä yhteistyö ja sosiaalisten taitojen harjoittelu yhdessä kohentavat asiakkaiden vointia ja vähentävät sairaalassaolo päiviä. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Magura ym. 2008, Petersen ym. 2007, Young ym. 2013.)

6.2.7 Integroitu hoito

Integroidun hoidon alaluokiksi muodostuivat: mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikainen hoitaminen, hoidon yksilöllisyys ja hoidon joustavuus.

Mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikainen hoitaminen

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhtäaikainen hoitaminen samassa paikassa eli integroitu hoito voi parantaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitotuloksia. Aineiston mukaan integroitu hoito lisää asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon, lisää motivaatiota raittiuteen ja päihteiden käytön hallinta lisääntyy ainakin lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna. Mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikainen hoitaminen vaikuttaa positiivisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaiden toimintakykyyn ja päihteistä pidättäytymiseen. (Ks. esim. Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015, Hunter ym. 2012.)

Hoidon yksilöllisyys

Hoidon yksilöllisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tarvitsemaa ja oireiden mukaista hoitoa. Kaksoisdiagnoosiasiakkaille järjestettävien hoitomuotojen tulee tukea asiakkaita mahdollisimman hyvin ja palvelut tulee järjestää kaksoisdiagnoosiasiakkaille soveltuviksi. Oireiden mukaisessa hoidossa olevat asiakkaat ovat tyytyväisempiä hoitoon, joka taas lisää hoitoon sitoutumista. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.)

Hoidon joustavuus

Hoidon joustavuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaan tarvitsemaa tukea tarjotaan kulloinkin tilanteen vaatimalla tavalla. Hoidon tulee olla sekä yksilöllistä että joustavaa. Asiakkaalle tarjottavan tuen ja hoidon määrä ja vahvuus vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Esimerkiksi asiakkaan muutosmotivaation herätessä on tuen tarve suuri, kun taas kuntoutusprosessin edetessä tuen määrää voidaan säädellä. Laitoskuntoutuksessa tehokkuutta tuovat joustava sisään- ja uloskirjoitus, integroitu hoito, työllistyminen ja muut kuntoutumisen osa-alueet. Porrastettua lähestymistapaa voidaan laitoskuntoutuksessa käyttää erehdyksiin tai retkahduksiin ja hoidon kesto tulisi olla asiakkaan tarpeen mukaan suunniteltu. Porrastetun hoitomallin hyödyistä on näyttöä mm. masennuksen hoidossa. (Ks. esim. Drake ym. 2007, Hellem ym. 2015.)

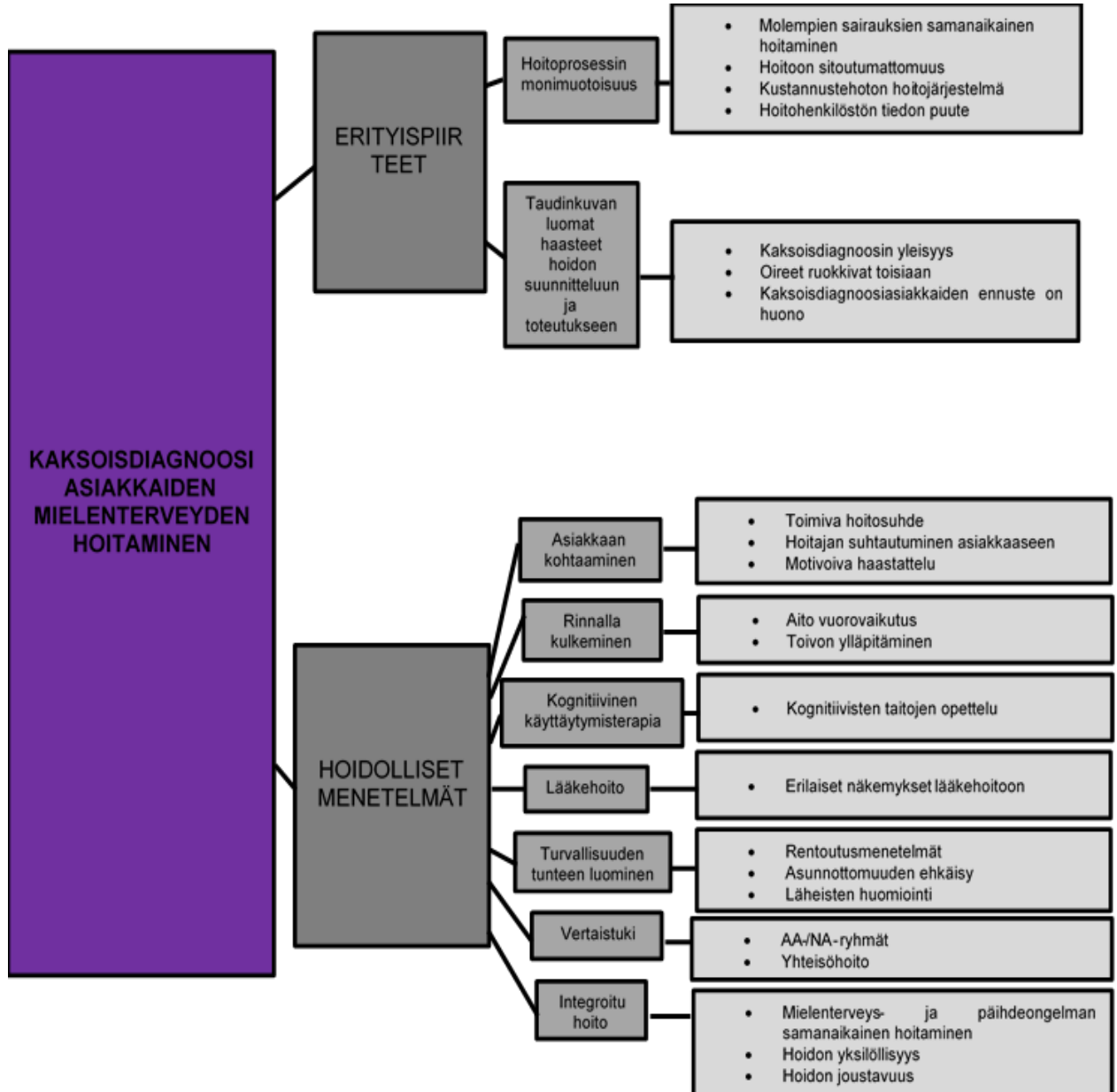
6.3 Tulosten yhteenveto

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutkia aikaisempaa tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta. Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveydenhoidon erityispiirteitä. Erityispiirteiden yläluokiksi muodostuivat hoitoprosessin monimuotoisuus sekä taudinkuvan luomat haasteet hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitoprosessin monimuotoisuudesta muodostui seuraavat alaluokat: molempien sairauksien samanaikainen hoitaminen, hoitoon sitoutumattomuus, kustannustehoton hoitojärjestelmä ja hoitohenkilöstön tiedon puute. Taudinkuvan luomista haasteista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen muodostui seuraavat alaluokat: kaksoisdiagnoosin yleisyys, oireet ruokkivat toisiaan ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ennuste on huono.

Kirjallisuuskatsauksen toinen tutkimuskysymys käsitteli hoitotyön menetelmiä, jotka edistävät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä. Mielenterveyttä edistävien hoitotyön menetelmien yläluokiksi muodostuivat asiakkaan kohtaaminen, rinnalla kulkeminen, kognitiivinen käyttäytymisterapia, lääkehoito, turvallisuuden tunteen luominen, vertaistuki ja integroitu hoito. Asiakkaan kohtaamisen alaluokiksi muodostuivat toimiva hoitosuhde, hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen ja motivoiva haastattelu. Rinnalla kulkemisen alaluokiksi muodostuivat aito vuorovaikutus ja toivon ylläpitäminen. Kognitiivisen käyttäytymisterapian alaluokaksi muodostui kognitiivisten taitojen opettelu. Lääkehoidon alaluokaksi muodostui erilaiset näkemykset lääkehoitoon. Turvallisuuden tunteen luomisesta muodostui alaluokiksi rentoutusmenetelmät, asunnottomuuden ehkäisy ja läheisten huomiointi. Vertaistuen alaluokiksi muodostuivat AA/NA-ryhmät ja yhteisöhoito. Integroidun hoidon alaluokiksi muodostuivat mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen hoitaminen, hoidon yksilöllisyys ja hoidon joustavuus.

Oheisessa kuviossa on kuvattu aineiston keskeiset tulokset tiivistettynä.

Kuvio 2. Tulosten yhteenveto



7 Pohdinta

7.1 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulee olla johdonmukainen ja selkeä. Tutkimuskysymysten asettelu tulee olla selkeästi kirjattuna, lähteiden käyttö tulee olla asiallista ja tutkimustuloksista tehdyt johtopäätökset järkeviä ja selkeästi kuvattuna. (Ääri, Leino-Kilpi: 2007, 113.) Tässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa on pyritty esittämään työn tulokset mahdollisimman selkeästi. Apuna on käytetty kuvioita, taulukoita ja liitteitä selkeyttämään kirjallista raporttia. Kirjallisuuskatsauksessa käytetty lähdeaineisto on lueteltu katsauksen lopussa Metropolian kirjallisten ohjeiden mukaisesti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta nostaa se, että tutkimuksen eri vaiheet on kirjattu mahdollisimman tarkasti. Lukijan on ymmärrettävä tutkimusraporttia lukiessa, miten saatuihin tuloksiin on päädytty. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara: 2009, 232.) Tulosten toistettavuus on systemoidun kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuuden kannalta olennaista. Hakuprosessi tulee kuvata niin tarkasti, että se voidaan toistaa uudelleen samoilla tuloksilla. Hakuprosessia on kuvattu katsauksen kirjallisessa raportissa sekä kuviossa 1 ja liitteessä 1. Hakuprosessin raportoinnissa tulee panostaa selkeyteen ja siksi on tärkeää myös suunnitella hakuprosessi hyvin. Opinnäytetyön tekijällä ei ole aikaisempaa kokemusta systemoidun kirjallisuuskatsauksen tekemisestä, mutta hakuprosessin suunnittelussa käytettiin apuna opinnäytetyö seminaareja, opinnäytetyötä ohjaavaa lehtoria sekä informaattikkoa. Informaattikko auttoi hakutermien laadinnassa. Informaattikon käyttö katsauksen hakuprosessin aikana nostaa työn luotettavuutta.

Tässä katsauksessa aineistoa haettiin neljästä eri tietokannasta: Cinahl, Medline Ovid, Medic ja Cochrane. Tietokantojen laajentaminen olisi voinut tuottaa laajempaa aineistoa. Aineistoa olisi voinut hakea mm. psykologian tietokannoista esimerkiksi PsycINFO ja PsycArticles. Tietokannoissa tehtiin kuitenkin rajaus yleisimpiin käytettyihin tietoihin ja rajatun käyttöoikeuden vuoksi edellä mainittuihin tietokantoihin ei opinnäytetyön tekijällä ollut pääsyä. Katsauksessa etsittiin aineistoa vain sähköisistä tietokannoista. Täydentävä manuaalinen haku esimerkiksi julkaistuista tieteellisistä lehdistä olisi voinut tuottaa lisää aineistoa. Tähän systemoituun katsaukseen valikoitunut aineisto oli suurilta osin kvantitatiivista. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden omat kokemukset olisi-

vat voineet korostua paremmin, jos aineisto olisi sisältänyt enemmän myös kvalitatiivisia tutkimuksia.

Tutkimusten julkaisukieli on tärkeää huomioida tutkimuksia valittaessa. Jotkin tutkimukset on voitu julkaista kahdella eri kielellä ja kirjoittajien nimet voivat vaihdella. Suositeltavaa olisi huomioida myös muilla kielillä tehdyt tutkimukset, jotta olennaista tietoa ei jäisi huomioimatta (Pudas-Tähkä, Axelin: 2007, 53.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty vain suomen- ja englanninkielistä aineistoa opinnäytetyöntekijän kielitaidon vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta olisi lisännyt se, että mukaan olisi otettu kaikki aineisto, joka aiheesta on julkaistu. Toisaalta muun kielisten tutkimusten mukaan ottaminen olisi voinut lisätä virheiden mahdollisuutta katsauksessa opinnäytetyön tekijän kielitaidon vuoksi. Aineiston suomentamiseen olisi voinut käyttää kääntäjää apuna, mutta resurssien vuoksi näin ei ole tehty.

Aineistoon mukaan otetut tutkimukset oli julkaistu suurimmaksi osaksi englanninkielellä, mutta mukaan valikoitui aineistoa useasta eri maasta. Eri maiden eroavat mielenterveys- ja päihdetyön hoitojärjestelmät tuottivat osaltaan haasteita aineiston analysoinnissa. Esimerkiksi tutkimuksissa esiintynyt Case manager -omahoitajuusjärjestelmä ei ole samanlaisena käytössä Suomessa. Tässä katsauksessa Case manager -hoitomallia on verrattu Suomessa omahoitajuuden kaltaisena hoitosuhteena asiakkaaseen. Katsauksen tekijä on aineistoa analysoidessa pyrkinyt huomioimaan hoitojärjestelmien erot ja pyrkinyt analyysissä kokonaisuuksien hahmottamiseen ja merkitysten tulkintaan.

Tutkimusten laatua on tärkeää arvioida, samoin alkuperäistutkimusten kliinistä merkittävyyttä. Tutkimusten laadun arviolla on selkeä vaikutus siihen, kuinka luotettavana voidaan systemoidun katsauksen tuloksia pitää. Tutkimuksen arvioinnin apuna voi käyttää itse kehitettyä tai valmista listaa tai tarkistuslistaa. Jotta arvio olisi mahdollisimman luotettava, on tutkimuksen arvioitsijoita suositeltavaa olla kaksi. (Kontio, Johansson: 2007, 101-102.) Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen aineiston laatua on arvioitu käyttäen JBI laadunarviointikriteereitä. Laadunarviointilomakkeet on esitetty liitteissä 3-7. Jokainen katsaukseen valittu tutkimus tai artikkeli on saanut JBI laadunarviointipisteitä joko 5 tai enemmän. Liitteessä 8 on lueteltu kunkin tutkimuksen tai artikkelin saamat pisteet. Suosituksena on, että laadunarvioinnin tekee vähintään kaksi arvioitsijaa. Tässä systemoidussa katsauksessa tutkimuksen arvioitsijoita on vain yksi, joka laskee katsauksen luotettavuutta.

Sisällön analyysiä tehdessä suositellaan käytettäväksi face-validiteettia tai toisen luokittelijan käyttämistä tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Face-validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset esitetään sellaiselle henkilölle, joka tietää jo ennestään tutkittavasta ilmiöstä tai joita tutkimuksessa tarkasteltavat dokumentit koskevat. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen: 2003. 37.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei ole käytetty face-validiteettia. Opinnäytetyön tekijöitä on tässä katsauksessa vain yksi. Opinnäytetyön tekijällä on käytännön työn kautta jonkin verran kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyön tekijän omat näkemykset on kuitenkin rajattu pois ja tarkasteltu aihetta objektiivisesti. Tämän työn tuloksia on esitetty opinnäytetyön seminaareissa läpi koko opinnäytetyön tekoprosessin ajan.

Tutkimusten eettinen pohdinta käynnistyy jo aihetta valitessa. Se, mistä näkökulmasta tutkittavaa aihetta tarkastellaan, on eettinen valinta. Eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää perustelut tutkimusaiheen valinnalle. (Tuomi, Sarajärvi: 2004, 126.) Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamista on mahdollista tutkia useasta eri näkökulmasta käsin. Aihetta voi tarkastella esimerkiksi asiakkaiden kokemusten kautta tai hoitajien näkökulmasta. Näkökulman valinta vaikuttaa väistämättä tutkimustuloksiin, koska jokainen tarkastelee aihetta omista lähtökohdista. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat hyvin sensitiivisiä aihealueita, joihin liittyy paljon ennako-oletuksia ja stigmaa. Kaksoisdiagnoosi sairautena voi olla asiakkaalle vaikea aihe käsitellä, saatikka osallistua tutkittavan rooliin. Opinnäytetyön tekijä on tehnyt eettisesti harkitun ja tietoisin valinnan ottaessaan tutkimustavaksi systemoidun kirjallisuuskatsauksen. Aikaisempia julkaistuja aineistoja tarkasteltaessa opinnäytetyön tekijä pystyy paremmin säilyttämään objektiivisen näkökulman tutkittavaan aiheeseen.

Opinnäytetyön tekijä on perehtynyt tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimiin periaatteisiin ja noudattanut niitä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tehtävänä on muun muassa tehdä esityksiä ja antaa lausuntoja viranomaisille tutkimuseettisistä lainsäädäntö- ja muunlaisista kysymyksistä, toimia asiantuntijana erilaisissa tutkimuseettisissä ongelmissa, toimia aloitteellisesti tutkimusetiikan edistämiseksi ja käydä Suomessa tutkimuseettistä keskustelua. Korkeakoulujen yleisesti käyttämät tieteellisen käytännön menettelyohjeet ovat tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyväksymiä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen: 2015, 216.)

7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutkia aikaisempaa tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta. Tulosten pohjalta haluttiin saada näyttöön perustuvaa tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta, jota voidaan käyttää mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen. Teoriatieto tuki systemoidun kirjallisuuskatsauksen tuloksia.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisen erityispiirteet

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haluttiin selvittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoidon erityispiirteitä. Tämän työn tulosten mukaan, asiakkaiden hoitoprosessi on hyvin monimuotoinen. Sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa tulee hoitaa samanaikaisesti. Asiakkaat hyötyvät enemmän hoidosta, jossa molempia oireita hoidetaan samaan aikaan ja samassa paikassa. Päihdehoidossa tulee aina huomioida myös mahdollinen mielenterveysongelma ja mielenterveyden hoidossa tulee huomioida asiakkaan päihteiden käyttö. Palvelut ovat kuitenkin vain harvoin suunnattu kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Jokela ja Komu (2009) ovat myös tulleet samaan johtopäätökseen, että perinteiset hoitomenetelmät päihderiippuvuuden hoitoon eivät ole soveltuvia myös vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiville. Hoidon järjestäminen kaksoisdiagnoosiasiakkaille on haastavaa. Terveyden- ja mielenterveydenhoidon suurimmat haasteet liittyvätkin juuri psyykkisesti sairaiden päihderiippuvuuksiin. Samankaltaisia havaintoja on tuonut esiin myös Aalto (2007) katsauksessaan. Aalto tuo esiin, että nykyisellään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitomalli ei palvele tarkoitustaan. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon sitoutuminen on heikompaa ja ennuste on huonompi, kuin heillä, joilla on vain yksi diagnoosi. Jaksottaisen tai rinnakkaisen hoitomallin sijasta hoito tulisi järjestää integroiden. Tätä havaintoa tukevat useat tutkimukset aiheesta ja aineiston tulokset.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän (2009-2015) mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut tulevat muuttumaan palvelurakennemuutoksen myötä. Sosiaali- ja terveystieteiden integraatiota tarvitaan juuri mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteensovittamiseen. Päihde- tai mielenterveyshäiriötä kärsivien kohdalla tulee muistaa, että molemmat häiriöt kulkevat ns. käsikädessä.

Ongelmien tarkastelu ja hoitaminen erillisenä ei ole tuloksesta ja asiakaslähtöistä terveydenhoitoa.

Asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat tämän työn tulosten mukaan se, että perinteiset hoitomallit eivät ole soveltuvia kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Kaksoisdiagnoosiasiakkailta hoitoon sitoutuminen oli todettu olevan muita asiakkaita vähäisempää. Tämä voi osittain selittyä silläkin, että palvelut eivät tällä hetkellä tue asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaat joutuvat itse koordinoimaan omaa hoitoaan ja liikkumaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen välillä. Palveluiden uudelleen organisoinnissa tulisikin pohtia, miten palveluiden väliin putoajat saadaan huomioitua. Palveluiden käyttö on tällä asiakasryhmällä suurta ja se lisää terveydenhuollon kustannuksia. Mielenterveyspalvelut ovat perinteisesti kuuluneet terveysterveystieteisiin, kun taas päihdepalvelut kuuluvat sosiaalipuolelle. Palvelujärjestelmän ollessa hajanainen, vaikeuttaa se asiakkaiden kokonaisuuden hahmottamista ja hallintaa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta: 2014. 97.)

Tämän työn tulosten mukaan, hoitohenkilöstön tiedoissa havaittiin olevan puutteita kaksoisdiagnoosiasiakkaita hoidettaessa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten asettelusta, on myös huomattavissa tällä hetkellä vallalla oleva ajattelutapa häiriöiden hoitamisesta erillisinä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaita hoidetaan päihdepalveluissa ja on tärkeää, että päihdehoidossa ollaan tietoisia sairauksien yhteisesiintyvyydestä ja otetaan se huomioon hoidossa. Siksi onkin tärkeää tarkastella nimenomaan mielenterveydenhoitoa kaksoisdiagnoosiasiakkailta, koska perinteiset päihdehoidon menetelmät eivät ole yhtä tehokkaita asiakkailta, joilla on myös mielenterveysongelmia. Partanen ym. (2015) toteavat myös, että mielenterveyshäiriöiden hoitaminen kuuluu osaksi päihdehoitotyötä. Päihdehoitotyötä tekevän sairaanhoitajan on tärkeää osata tunnistaa päihde- ja mielenterveyshäiriöiden liittyminen toisiinsa. Tarvittaessa olisi hyvä järjestää koulutusta hoitohenkilöstölle mielenterveys- ja päihdeongelmista. Hoitotyön koulutuksessa on myös käsiteltävä mielenterveys- ja päihdeongelmia omana kokonaisuutenaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveydellisesti merkittävässä roolissa aiheuttaen työkyvyttömyyttä ja runsasta terveydenhuollon palvelujen käyttöä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on yleistä. Päihteitä käyttävillä esiintyy usein mieliala- tai ahdistuneisuusoireita. On myös yleistä, että päihteitä käyttävillä on useampi kuin yksi mielenterveydellinen häiriö. Kaksoisdiagnoosille on tyypillis-

tä, että oireet pahentavat toisiaan. Mielenterveysongelmat voivat pahentua, mikäli asianmukaista hoitoa ei ole saatavilla mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Yksilöt, joilla on vakavimpia mielenterveydellisiä ongelmia, on myös enemmän päihteiden käyttöä. Niinpä kaksoisdiagnoosin taudinkuva luo haasteita hoidon suunnittelulle ja toteutukselle. Jokela ja Komu (2009) ovat myös todenneet päihdeongelman pahentavan psyykkistä vointia, joka taas lisää entisestään päihteiden käyttöä. Havainnot päihderiippuvuuksien yleisyydestä psyykkisesti sairailta ihmisillä oli Jokelan ja Komun sekä tämän työn tulosten mukaan yhteneväiset.

Tämän työn tulosten pohjalta kävi ilmi, että kaksoisdiagnoosi sairautena on hyvin vakava, joka voi hoitamattomana johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Molempien sairauksien hoitaminen on tämän vuoksi tärkeää. Vaikka asianmukaista hoitoa olisikin kaksoisdiagnoosiasiakkaille tarjolla, voivat oireet silti pahentua ja uusiutua. Kaksoisdiagnoosin vakavuuden huomioiden on ensiarvoisen tärkeää suunnitella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat pitkään olleet muuttumattomina ja vaikka hoitojen tuloksettomuus on ollut näkyvää, ei muutosta palveluiden järjestämiseen ole tapahtunut. Kaksoisdiagnoosiasiakkaisiin liittyy tulosten mukaan tietynlaisia ennakkoluuloja niin yhteiskunnan kuin palvelujen tuottajienkin puolelta. Liekö ennakkoluuloilla vaikutusta halukkuuteen kehittää päihde- ja mielenterveyspalveluja. Useiden somaattisten sairauksien parantamiseen on käytetty paljon resursseja ja hoitomuodot ovat lyhyessä ajassa kehittyneet paljon. Kaksoisdiagnoosi on hoitamattomana yhtä kohtalokasta ja kuolemaan johtavaa kuin vakavat somaattiset sairaudet. Toivottavaa on, että mielenterveys- ja päihdepalvelut saadaan järjestettyä nykyaikaisiksi asiakkaiden tarpeista käsin mahdollisimman pian. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut tuovat pidemmällä aikavälillä kunnille säästöjä.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen toisen tutkimuskysymyksen avulla haluttiin selvittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyttä edistäviä hoitotyön menetelmiä. Mielenterveyttä edistävien menetelmien avulla saadaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon lisää vaikuttavuutta.

Hoitotyössä asiakkaan oikeanlainen kohtaaminen on tärkeää. Parempia hoitotuloksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa saavutetaan, kun hoitosuhde on toimiva. Asiak-

kaaseen tulee suhtautua tasavertaisesti, sillä asiakkaan kanssa käyty vuorovaikutus ja yhteistyösuhde ovat avainasemassa toimivalle hoitosuhteelle. Luottamuksellinen ja toimiva hoitosuhde luo puitteet asiakkaan muutokselle ja psyykkisten oireiden parane miselle. Hoxmarkin ja Wynnin (2010) hoitajille teettämän tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät keskeisenä asiana hyvän terapeuttisen hoitosuhteen luomisen kaksoisdiagnoo siasiakkaiden kanssa. Lisäksi hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen on tärkeää. Tä män työn tulosten mukaan hoitajien empaattisuus vaikuttaa positiivisesti hoitosuhteeseen, joka taas vaikuttaa asiakkaan parempiin hoitotuloksiin. Hoitajan empaattisuus on edellytyksenä myös motivoivan haastattelun toteutumiselle. Tämän työn tulosten mukaan motivoiva haastattelu on tehokas tapa saada aikaan muutosta asiakkaan addiktii viseen käyttäytymiseen.

Asiakkaan rinnalla kulkeminen nousi yhdeksi pääluokaksi ja se pitää sisällään aidon vuorovaikutuksen ja toivon ylläpitämisen. Aidossa vuorovaikutuksessa hoitaja ja asia kas ovat tasavertaisia. Vuorovaikutussuhteessa jokaisen asiakkaan yksilöllisyyttä tulee korostaa asiakasta tukevalla ja voimaannuttavalla palautteella. Hoitovaihtoehtoista tulee keskustella asiakkaan kanssa yhteistyössä ja päätöksenteon tulee olla jaettava. Laitila (2010) tuo väitöskirjassaan esiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuutta hoitoon asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Asiakkaat olivat kokeneet, että mielenterveys- ja päihdetyöhön ei kuulu asiakaslähtöisyys vaan se on pelkkää retoriikkaa. Työntekijöillä oli eriävä näkemys asiakaslähtöisyydestä ja he kokivat sen vaikutta van positiivisesti hoitosuhteeseen. Tulevaisuudessa palveluja kehittäessä on hyvä poh tia, miten asiakkaiden osallisuuden kokemusta saisi korostettua. Aidon vuorovaikutuk sen lisäämisellä voisi olla vaikutusta asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkemysten yh teneväisyyteen.

Toivon ylläpitäminen nousi tuloksista yhtenä teemana. Hoitajan on uskottava kaksoisdiagnoosiasiakkaan toipumiseen ja valettava uskoa myös asiakkaaseen. Toipumisen tiellä on sekä hyviä että vaikeampia aikoja ja hoitajan rooli on toipumisen jokaisessa vaiheessa merkittävä. Hoitajan on tärkeää tulla tietoiseksi omasta tärkeästä roolistaan asiakkaan toipumisprosessissa ja kehitettävä itsessään tukemisen taitoja. Hoitajan on kuitenkin oltava totuuden mukainen ja ylläpitää realistisia odotuksia asiakkaan toipumi sesta. Mielenterveystyössä toimivan hoitajan perustaitoihin kuuluu hoidollinen keskus telutaito, motivoiva haastattelu ja psykoedukaatio. Vuorovaikutuksellisten taitojen ylläpi täminen ja kehittäminen ovat työn kannalta tärkeitä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta: 2014. 212.)

Kognitiivisten taitojen opettelusta on tämän työn tulosten mukaan todettu olevan hyötyä kaksoisdiagnoosiasiakkailta mielenterveys- ja päihdehaittojen vähentämisessä. Kognitiivisten taitojen opettelulla oli vaikutusta muun muassa masennusoireiden lievittymiseen ja päihteiden käytön vähenemiseen. Kognitiivisten taitojen opettelua voidaan toteuttaa tehokkaasti myös avohoidossa esimerkiksi ryhmämuotoisena. Kognitiivinen käyttäytymisterapia voidaan yhdistää motivoivaan haastatteluun, jolloin siitä on ainakin lyhytaikaisesti tarkasteltuna ollut hyviä hoitotuloksia. Kognitiivisten taitojen harjaannuttamisen hyöty nousi esiin tuloksista useaan otteeseen. Jotta kognitiivisia taitoja voidaan opettaa asiakkaille, vaatii se henkilökunnalta osaamista. Lisäkoulutuksen saaminen kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskenteleville on näin ollen perusteltua. Tämän työn tuloksista nousikin esiin, että varsinkin kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelevillä tulee olla terapeutin työskentelyn taidot.

Lääkehoito nousi yhdeksi työn tulosten pääluokaksi. Tiedonhaun suunnitteluvaiheessa aihe rajattiin käsittelemään hoidollisia menetelmiä. Lääkehoidon vaikutus kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden edistämiseen jäi näin ollen rajauksen ulkopuolelle. Aineiston tiedonhakua suorittaessa huomattiin lääkehoidosta olevan useita tutkimuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla. Katsaukseen valikoituneesta aineistosta löytyi kuitenkin tietoa lääkehoidon vaikutuksesta kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyteen. Tämän aineiston pohjalta näyttöä ei kuitenkaan ole riittävästi, jotta siitä voisi tehdä johtopäätöksiä. Aihe vaatii lisätutkimusta. Tämän katsauksen tulosten pohjalta voidaan todeta, että käsitykset lääkehoidon tehokkuudesta kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla ovat eriäviä. Toisaalta lääkehoidon on huomattu vaikuttavan psyykkisen voimien kohenemiseen ja sitä kautta päihteiden käyttöön ja yleiseen hyvinvointiin. Toisaalta taas lääkkeellisistä keinoista ei ole huomattu olevan juurikaan hyötyä. Lääkehoitoon on kuitenkin aina tärkeä yhdistää myös psykososiaalinen hoito.

Asiakkaiden turvallisuuden tunteen luominen on tärkeä elementti hoitotyössä. Erilaiset rentoutusmenetelmät, kuten viiden pisteen korva-akupunktio, auttavat lievittämään mielenterveys- ja päihdeongelmien tuomia häiriöitä. Rentoutumisen kautta asiakkaan tunteiden säätely paranee ja itsetunto kohenee. Itsetunnon kohenemisen myötä asiakkaan turvallisuuden tunne lisääntyy. Myös asunnottomuuden ehkäisy lisää turvallisuuden tunnetta. Asunnottomilla on tämän työn tulosten mukaan todettu olevan enemmän mielenterveys- ja päihdeongelmia. Laitoshoito voi tarjota asunnottomille asiakkaille apua akuutin vaiheen toipumiseen. Ilman tunnetta turvallisuudesta on psyykkisen voimien koheneminen epätodennäköisempää. Jo varhaisessa toipumisvaiheessa onkin syytä

kiinnittää huomiota asiakkaiden asunnottomuuteen. Asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista huomioimista lisää se, että asiakkaiden läheiset huomioidaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämän työn tulosten mukaan perheiden huomioiminen vähentää psyykkistä oirehdintaa ja kohentaa yleisvointia. Turvallisuuden tunne lisääntyy ja ennakkoluulot väistyvät paremmin myös läheisiltä, kun heille on tarjolla tietoa ja koulutusta läheistensä ongelmiin.

Vertaistuella on saavutettu hyviä hoitotuloksia kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa. Hoxmark ja Wynn (2010) toivat tutkimuksessaan esiin kaksoisdiagnoosiasiakkaiden parissa työskentelevien hoitajien näkemyksiä tärkeistä asioista asiakkaiden hoidossa. Terapeuttisessa yhteisössä työskentelevät hoitajat kokivat asiakkaan toipumisen kannalta tärkeimmäksi elementiksi vertaistuen ja osaston hoito-ohjelman. Tämän työn tulokset saavat tukea edellä mainitusta tutkimuksesta. Yhteisöhoito oli tämän työn tulosten mukaan avainasemassa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa. Yhteisöhoitoon ja kaksoisdiagnoosiasiakkaille integroidun hoidon yhdistäminen helpottavat asiakkaiden psyykkisiä oireita ja yleisvointia. Mielenterveys- ja päihdehoitoon suunnattujen palveluiden tulisivat kehittyä entistä enemmän yhteisöhoidollisempaan suuntaan. Autoritääriinen hoitamismalli ei luo tasavertaisuutta hoitosuhteeseen eikä anna asiakkaalle kokemusta siitä, että voisi olla osallisena oman hoitonsa suunnitteluun. Yhteisöhoitoon on tärkeää yhdistää perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä ja sosiaalisten taitojen harjaannuttamista, jotka aineiston mukaan helpottavat mielenterveysongelmien toistuvuutta ja vakavuutta.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaat hyötyvät myös vertaistuellisista 12-askeleen ryhmistä, kuten AA- ja NA-ryhmistä. Asiakkaat saavat jakaa kokemuksiaan ja tulla kuulluksi. Muiden vertaisten toipumistarinat luovat uskoa omaankin toipumiseen. Lisäksi AA- ja NA-ryhmät ovat helposti asiakkaiden ulottuvilla ja saatavilla. Tämän työn tulosten mukaan AA- ja NA-ryhmiin kiinnittyminen vähentää merkittävästi päihde- ja mielenterveysongelmia. Kaikissa laitospuolisissa päihde- ja mielenterveyden hoitopaikoissa tulisivat olla mahdollisuus käydä vertaistukiryhmissä, koska ne tukevat asiakkaan toipumista myös laitoshoidon jälkeen.

Tämän työn tuloksista nousi esiin se, että jokaisen asiakkaan hoidon tulisi olla yksilöllistä ja joustavaa. Asiakkaiden tulee saada oireidensa mukaista ja tarvitsemaansa hoitoa. Oireidensa mukaisessa hoidossa olevat asiakkaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa ja sitoutuvat hoitoon paremmin. Hoidon joustavuutta voidaan lisätä esimerkiksi porras-

tetun hoitomallin mukaisesti eli asiakkaan tuen määrää säädellään tilanteen ja tarpeen mukaan. Porrastetulla hoitomallilla on havaittu olevan hyötyä ainakin masennusoireiden lievittämiseen.

Tällä hetkellä käynnissä olevan sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksen myötä aiotaan integroida palveluita ja lisätä asiakkaiden valinnanvapautta palveluiden suhteen. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät asiakkaat ovat laaja asiakasryhmä, joka käyttää perusterveydenhuollon palveluja. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009-2015, 2016:23-26.) Sen vuoksi on tärkeää suunnitella uudet palvelut tukemaan optimaalisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Palvelujen integroiminen ja yksinkertaistaminen helpottavat hoitoon hakeutumista ja palveluihin sitoutumista.

Tämän työn tuloksista kävi ilmi, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoito ei nykyisellään ole toimivaa. Kaksoisdiagnoosi ei ole poikkeavaa vaan yleistä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä. Mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi suunnitella paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Integroitu hoitomalli osoittautui tärkeäksi menetelmäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa. Tuleva sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus luo mahdollisuuden palveluiden tehostamiseen ja vaikuttavuuden lisäämiseen. Taudinkuva luo haasteita palveluiden suunnitteluun ja totutukseen, mutta hyvällä suunnittelutyöllä voidaan saada aikaan merkittäviä muutoksia. Palveluita suunniteltaessa on kuitenkin muistettava inhimillinen lähestyminen ja ihmisten aito kohtaaminen. On muistettava, että vaikka kaksoisdiagnoosi on vaikea sairaus ja siihen liittyy paljon ennakkoluuloja, on sairauden takana aina ihminen.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisesta voidaan tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella osoittaa seuraavat johtopäätökset.

1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroiminen voi parantaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon sitoutumista ja hoitotuloksia sekä lisätä kustannustehokkuutta.

2. Kaksoisdiagnoosi on yleistä. Suurella osalla mielenterveysongelmista kärsivillä on päihteiden käyttöä ja päihteiden käyttöön liittyy vahvasti erilaiset mielenterveyden ongelmat. Oireet pahentavat toisiaan ja niihin tulee kiinnittää huomioita hoidon suunnittelussa ja totutuksessa.
3. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamisen kannalta on tärkeää, että hoitaja suhtautuu asiakkaaseen tasa-arvoisesti ja kunnioittavasti. Hyvän hoitosuhteen edellytyksenä on aito vuorovaikutus. Asiakkaiden kohtaamiseen tulee kiinnittää huomioita.
4. Kognitiivisten taitojen harjaannuttaminen lievittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia. Mielenterveys- ja päihdetyötä tekevillä tulee olla riittävät valmiudet kognitiivisten taitojen opettamiseen asiakkaille.
5. Turvallisuuden tunteen luominen kaksoisdiagnoosiasiakkaille on mielenterveyden kohenemisen kannalta tärkeää. Turvallisuuden tunteeseen tuleekin kiinnittää huomioita. Turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä esimerkiksi ehkäisemällä asunnottomuutta, erilaisilla rentoutusmenetelmillä ja huomioimalla myös läheiset asiakkaiden hoidossa.
6. Vertaistuellalla on suuri merkitys kaksoisdiagnoosiasiakkaiden toipumisessa. Hoitoyhteisöissä tulee rakenteiden kautta mahdollistaa vertaistuen toteutuminen. Yhteisöhoidolla ja 12-askeleen ohjelmilla on todistettu olevan hyötyä asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmiin.

Jatkotutkimushaasteet:

Tässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden mielenterveyden hoitamista aiemmin julkaistun kirjallisuuden kautta. Mielenkiintoista olisi selvittää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden näkökulmasta, minkälaisia asioita he kokevat tärkeänä oman mielenterveyden hoitamisen kannalta. Tuloksia olisi mielenkiintoista verrata hoitajien näkemyksiin aiheesta. Lisäksi palveluiden kehittämisen kannalta olisi tärkeää tutkia mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation mahdollisuutta tulevassa sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksessa.

Lähteet

Aalto, Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Katsaus. 2007. 123(11):1293-8.

<[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96517&p_haku=Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste.](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96517&p_haku=Päihdehäiriö+ja+samanaikainen+muu+mielenterveyden+häiriö+–+kaksoisdiagnoosin+hoidollinen+haaste.)> Luettu 16.9.2016

Courbasson, Christine - Araujo de Sorkin, Alicia - Dullerund, Berit 2007. Acupuncture treatment for women with concurrent substance use and anxiety/depression- an effective alternative therapy? Fam community health 2007. 30 (2). 112-120.

Drake, Robert E. - Mueser, Kim T. - Brunette, Mary F. - 2007. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. World psychiatry 2007. 6:131-136.

Eack, Shaun M. - Hogarty, Susan S. - Srihari, Bangalore S. – Keshavan, Matcheri S. – Cournelius, Jack R. 2016. Patterns of substance use during cognitive enhancement therapy: An 18- month randomized feasibility study. J dual diagn. 2016. 12 (1). 74-82.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne – König, Susanne – Koebeke, Stefan - Schnell. Thomas - Schmitz-Buhl, Mario – Daumann, Jörg 2015. Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction 2015. Deutsches Ärzteblatt International 2015. 112: 683-91.

Harpaz-Rotem, Ilan – Rosenheck, Robert A. – Desai, Rani 2011. Residential treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance use disorders: Effect on 1- year clinical outcomes. Journal of rehabilitation research & development 2011. 28. (8). 891-900.

Heikkinen-Peltonen, Riitta - Innamaa, Marja - Virta, Marjut 2014. Mieli ja terveys. Porvoo: Edita. 97-212.

Hellem, Tracy L. – Lundberg, Kelly J. – Renshaw, Perry F. - 2015. A review of treatment options for co-occurring metamphetamine use disorders and depression. *Journal of Addictions Nursing* 2015. 26 (1). 14-23.

Hietaharju, Päivi – Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi. 80-103.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula - 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 232.

Holmberg, Jan 2014. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04050&p_haku=kaksoisdiagnoosi>. Luettu 7.9.16.

Holmberg, Jan 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdetyö? Teoksessa Holmberg, Jan - Hirschovits, Tanja - Kylmänen, Petri - Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 23.

Hoxmark, Ellen Margrethe - Wynn, Rolf 2010. Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. *Journal of Addictions Nursing*. 21: 187-193. Pdf. Luettu 19.9.2016

Hunter. Sarah B. - Watkins. Katherine E. - Hepner. Kimberly A. - Paddock. Susan M. – Munjas, Brett. – Osilla, Karen C. – Perry, Suzanne 2012. Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat* 2012. 43 (2). 137-151.

HYKS Psykiatriakeskus. 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hykspsykiatriakeskus/Osastot/Sivut/default.aspx>>. Luettu 16.9.2016.

Isojärvi, Jaana 2001. THL. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkäluna. Osaamisen ytimessä – tietoaaineistot tutuiksi BMF ry:n kevätseminaari 13.4.2011 Kuopio. Luentomateriaali, Näyttöön perustuva toiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalalla, Metropolia. 2016.

JBI 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Verkkodokumentti. <<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>> Luettu 18.11.2016.

Jokela, Liisa - Komu, Irene (toim.) 2009. Päihdepalveluja kaikille. Esteettömän päihdetyön tavoitteita ja kehittämistoimia. Helsinki: Sininauhaliitto. 29-30.

Järvenkylä, Veli - Romu, Jarmo - Kiviniemi, Päivi. - Syrjämäki, Merja. - Ahonen, Juha. - Lehtonen, Maija-Liisa 2009. Mielenterveys ja päihdeet- yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Tampereen yliopistollinen sairaala. Toimialue 5. 7.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 167, 216.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 23-26. Verkkodokumentti.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1>. Luettu 16.9.2016

Kontio, Elina - Johansson, Kirsi 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja. A:51/2007. 101.

Kuoppasalmi, Kimmo - Heinälä, Pekka - Lönnqvist Jouko 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko - Henriksson, Markus - Marttunen, Mauri - Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 506-507, 544, 547.

Kushner, Matt G. – Sletten, Sandra – Donahue, Christopher – Thuras, Paul – Maurer, Eric – Schneider, Antonina – Frye, Brenda - Van Demark, Joani 2009. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder in patients being treated for alcohol dependence: Moderating effects of alcohol outcome expectancies. *Addict Behav.* 2009. 34 (6-7). 554-560.

Kuvaileva tutkimus 2017. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti.
<<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tutkimustyytit/Kuvaileva>> Luettu 21.9.2017

Käypähoito 2012. Huumeongelman hoito. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>>. Luettu 7.9.2016.

Käypähoito 2015. Epävakaa persoonallisuus. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50064>> Luettu 20.9.2016.

Lahti, Jari – Rakkolainen, Maria - Koski-Jännes, Anja 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Duodecim 2013. 129: 2063-8.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä- Suomen yliopisto.

Laitila, Minna - Järvinen, Tiia (toim.) 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Opas 6. Helsinki: THL. 7

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY. 23,40.

Lehtiö, Leeni – Johansson, Elise 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. 35.

Lipguides 2017. Verkkodokumentti. <<http://libguides.metropolia.fi/sotealat/tietokannat>> Luettu 20.9.2017.

Magura, Stephen – Rosenblum, Andrew – Villano, Cherie L. – Vogel, Howard S. – Fong, Chunki – Betzler, Thomas 2008. Dual-focus aid for co-occurring disorders: A quasi-experimental outcome evaluation study. The American journal of Drug and alcohol Abuse 2008. 34: 61-74.

Morse, Siobhan A. – MacMaster, Samuel A. – Kodad, Vicki – Robledo, Kathy 2014. The impact of a sleep hygiene intervention on residents of a private residential facility for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders. *Journal of Addictions Nursing* 2014. 25 (4). 204-208.

Mueser, Kim T. – Glynn, Shirley M. – Cather, Corrine – Xie, Haiyi – Zarate, Roberto – Fox Smith, Lindy – Clark, Robin E. – Gottlieb, Jennifer D. – Wolfe, Rosemarie – Feldman, James 2012. A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2013. 39 (3). 658-672.

Niela-Vilén, Hannakaisa – Hamari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. 23,29.

Noppari, Eija. Kiiltomäki, Aliisa. Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi. 121-124.

Partanen, Airi - Holmberg, Jan - Inkinen, Maria - Kurki, Marjo - Salo-Chydenius, Sisko 2015, Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 196-346.

Pekkala, Eila 2000. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, Päivi - Leino-Kilpi, Helena - Mikkola, Taru - Peiponen, Arja (toim.) Helsinki: Tammi. 58-59.

Petersen, Lone – Jeppesen, Pia – Thorup, Anne – Ohlenschlaeger, Johan – Krarup, Gertrud – Ostergård, Torben – Jorgensen, Per – Nordentoft, Merete 2006. Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial. *Early Intervention in Psychiatry* 2007. 1: 88-96.

PICO: Tutkimuskysymys 2015. THL. Verkkodokumentti.
<<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku/picotutkimuskysymys>> Luettu 18.11.2016.

Prodromou, Maria – Kyritsi, Eleni – Evmorfia, Koukia 2014. Dual diagnosis affects prognosis in patients with drug dependence in integrative care settings. *Health Science Journal* 2014. 8 (2). 216-228.

Rogers, N. – Lubman, D. I. – Allen, N. B. 2008. Therapeutic alliance and change in psychiatric symptoms in adolescents and young adults receiving drug treatment. *Journal of Substance Use* 2008. 13 (5). 325-339.

Sterling, Stacy – Chi, Felicia – Hinman, Agatha 2011. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research & Health* 2011. 33 (4). 338-346.

Terveysportti 2016. Ei-kokeelliset (havainnoivat) asetelmat: etiologinen ja prognostinen tutkimus. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>> Luettu 21.9.2017.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi. 126.

Worley, Matthew J. – Tate, Susan R. – Brown, Sandra A. 2011. Mediatonal relations between 12-step attendance, depression and substance use in patients with comorbid substance dependence and major depression. *Society for the Study of Addictions* 2012. 107: 1974-1983.

Young, Scott M. – Barrett, Blake – Engelhardt, Mark A. – Moore, Kathleen A. 2013. Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Ment Health J.* 2014. 50: 474-479.

Tiedonhaun taulukko

Haun ajankohta ja tietokanta	Hakusanat ja rajaus	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut	Laadun arviointi
14.1.2017 Medline Ovid	Dual diagnosis AND mental disorders AND drug	71 (22 samanaista osumaa) =49	17 (joista 2 ei koko tekstiä saatavilla) =15	5	1	1
28.2.2017 Medline Ovid	Dual diagnosis AND mental health AND substance abuse, full text, 2007-current= 117 rajattu lisää original articles	97 (useita samoja artikkeleita) 5 osumaa edellisistä hauista	13	4 (joista 2 ei koko tekstiä saatavilla) =2	2	2
7.3.2017 Medline Ovid	“diagnosis dual”, 2007-current, full text=338 rajattu lisää Point of care: treatment and therapy	22	2 (3 samaa osumaa kuin aiemmissä hauissa)	0	-	
15.1.2017 Medic	Kaksoisdiagnoosi AND mielenterveyshäiriö AND päihde, kokoteksti, 2007-2017	8	4	1	1	1
10.2.2017 Cinahl	Dual diagnosis AND mental health AND substance abuse, full text 2007-2017	41	11	4	1	1
19.2.2017 Cinahl	Dual diagnosis AND mental disorders AND drug, 2007-2017, full text, English	29	13	7	5	5
19.2.2017 Cinahl	Dual diagnosis AND mental disorders AND alcohol, 2007-2017, full text	26 6 osumaa edellisistä hauista	5	0	-	
28.2.2017 Cinahl	co-occurring disorders AND mental health AND treatment, full text, 2007-2017	1	0	-	-	
28.2.2017 Cinahl	co-occurring disorders AND mental illness AND	0	0	-	-	

	treatment, full text, 2007-2017					
28.2.2017 Cinahl	co-occurring disorders AND mental disorders AND treatment, full text, 2007-2017	0	0	-	-	
28.2.2017 Cinahl	co-occurring disorders AND mental health nursing AND treatment, full text, 2007-2017	0	0	-	-	
28.2.2017 Cinahl	co-occurring disorders AND psychiatry AND treat- ment, full text, 2007- 2017	2	0	-	-	
28.2.2017 Cinahl	(MM "Diagnosis, Dual (Psychiatry)") AND treatment, full text, 2007-2017	46 3 samaa aiemmista hauista	7	1	1	1
7.3.2017 Cochrane	"diagnosis, dual", 2007- 2017	197 1 sama aiemmista hausta	29	9	7	7

TUTKIMUSTEN YHTEENVETOTAULUKKO

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa, Julkaisu	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruu	Mittarit	Tulokset
1. Courbasson, Araujo de Sorkin & Dullerud, 2007, Kanada, Kokeellinen tutkimus	Acupuncture treatment for women with concurrent substance use and anxiety/depression. An effective alternative therapy?	Tutkia voiko korva akupunktion lisääminen laitos/avohoitona olla mahdollinen vaihtoehto tavanomaiselle hoidolle. Tutkia vähentääkö akupunktio hoitoväsymystä ja hoidon keskeytyksiä.	Kvantitatiivinen. Akupunktiota lisättiin tavanomaiseen hoitoon laitos/avohoidossa oleville naisille (n=204), joilla päihde- ja mielen-terveys ongelmia ja verrattiin naisiin (n=101) jotka saivat pelkästään tavanomaista hoitoa. Tuloksia verrattiin ennen ja jälkeen tutkimuksen. Seuranta-aika 3kk.	BDI BAI RAS Drug-Taking Confidence Questionnaire	Akupunktio ryhmässä olleiden naisten mielen-terveys- ja päihdeongelmat lievenivät. Akupunktio hoito yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon on tehokkaampaa retkahduksen ehkäisyssä ja mielen-terveyden hoidossa kuin pelkkä tavanomainen psykoedukatiivinen hoito. Akupunktioryhmässä olleet naiset olivat hyvin tyytyväisiä hoitoon.
2. Drake, Mueser & Brunette, 2007, USA, Artikkel	Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications	Nykyisen rinnakkaisen hoitomallin mukaan asiakkaat eivät kykene sitoutumaan sekä mielen-terveys- että päihdehoitoon. Organisaatiotasolla tulisi uudelleen järjestäytyä ajattelemaan 1dg:sta 2dg:iin ja hoitamaan ongelmia yhdessä. Asiakkaat hyötyisivät case managerista, jonka kanssa hoito räätälöitäisiin yksilöllisesti ja hän ylläpitäisi toivoa ja antaisi psykoedukatiivista myös perheelle. Lisäksi psykososiaalinen hoito kuten esim. vertaistukiryhmät, palkkiohoito ja pitkäjänteinen hoito hyödyttävät asiakasta. Asiakkaan hoitoon sitoutuminen tuo tulosta.			
3. Eack, Hogarty, Bangalore, Matcheri & Cornelius, 2016, USA, Author manuscript, Kokeellinen tutkimus	Patterns of substance use during cognitive enhancement therapy: an 18-month randomized feasibility study	Tarkoituksena selvittää miten kognitiiviset kyvyt vaikuttavat päihdeiden käyttöön avohoidossa oleville skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä.	Kvantitatiivinen. Tutkimuksen kohteena avohoidossa olevat skitsofrenia potilaat joilla alkoholin ja kannabiksen käyttöä (N= 31). Satunnaistettu kahteen ryhmään. Yksi ryhmä (n=22) sai tavanomaista hoitoa ja heille opetettiin kognitiivisia taitoja. Toinen ryhmä (n=9) sai pelkästään tavanomaista hoitoa.	MATRICES MSCEIT	Kognitiivisissa kyvyissä tapahtui nopeaa parannusta ja tällä oli yhteyttä alkoholin käytön vähentämiseen. Kannabiksen käyttöön kognitiivisilla kyvyillä ei ollut vaikutusta.
4. Gouzoulis-Mayfrank, König, Koebe, Schnell, Schmitz-Buhl & Daumann, 2015, Saksa, Alkuperäinen tutkimus artikkeli, Kokeellinen tutkimus	Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction	Oireille tyypillisen kognitiivisen terapian vaikutus 2dg asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen, hoitotyytyväisyyteen ja elämänlaatuun.	Kvantitatiivinen. Tutkimuksen kohteena 2dg asiakkaita (N= 100) joilla skitsofrenia, skitso-tyypinen häiriö tai skitsoafektiivinen häiriö sekä päihderiippuvuus. Tutkittavat jaettu kahteen ryhmään. Toinen ryhmä sai tavanomaisen hoidon lisäksi oireille tyypillistä kognitiivista terapiaa (n=50) ja toinen ryhmä tavanomaista hoitoa (n=50).	SOCRATES GAF PANNS MADRS	Kognitiivisen terapian ryhmällä terapia tuki raittiutta. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyytyväisyys oli parempi kuin verrokkiryhmällä. Toimintakyky parani. Ryhmien välillä ei ollut eroa päihdeiden käytön suhteen.
5. Harpaz-Rotem, Rosenheck & Desai. 2011, USA, Tutkimusartikkeli, Kokeellinen tutkimus	Residential treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance use disorders: Effect on 1-year clinical outcomes	Tarkoituksena oli verrata hoitotuloksia nais-veteraaneilla jotka saivat ja eivät saaneet laitoshoidoa. Tavoitteena oli selvittää onko laitoshoidosta apua mielen-terveysongelmiin	Kvantitatiivinen. Tutkimuksen kohteena asunnottomia nais-veteraaneja joilla mielen-terveys ja päihdeongelma. Toinen ryhmä sai laitoshoidoa vähintään 30 pv (n= 217) ja toinen ryhmä ei saanut (n=234). Vuoden seurantajakson aikana 3kk välein haasteltiin osallistujia.	ASI SCL SF-12 PTSD PCL	Laitoshoido kohensi naisten psyykkistä vointia, vähensi päihdeiden käyttöä ja antoi paremmat valmiudet vakaaseen elämään. Tutkimustulosten mukaan laitoshoidosta on apua mielen-terveysongelmista toipumiseen.

TUTKIMUSTEN YHTEENVETOTAULUKKO

6. Hellem, Lundberg & Renshaw, 2015, USA, Alkuperäinen tutkimus artikkeli, Kirjallisuus katsaus	A Review of Treatment Options for Co-Occurring Methamphetamine Use Disorders and Depression	Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa hoitovaihtoehdot masentuneille metamfetamiinin käyttäjille. Tavoitteena on koota yhteen tehokkaat hoitomuodot metamfetamiinin käyttäjille joilla masennusta. Tavoitteena on tutkia myös sukupuolen vaikutusta hoitoihin.	Kvalitatiivinen. Artikkeleita haettu tietokannoista: PsychINFO, CINAHL, PubMed ja Medline. Hakutermeillä "metamphetamine" ja "depression". Tutkimusartikkelit käsittivät psykologisia hoitomuotoja (n=3), farmakologisia hoitoja(n=6), ravitsemuksellisia (n=1) ja psykologisia yhdistettyinä farmakologisiin hoitomuotoihin.	-	Kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyistä on paljon näyttöä päihdeongelmien hoidossa mutta ei näyttöä metamf. ja masennuksen hoitoon. Kognitiivisen terapian yhdistäminen lääkehoitoon on katsauksen mukaan tehokkainta päihde ja mielen-terveys ongelmien hoitoon. Lisäksi tutkimuksesta kävi ilmi, että metamfetamiinia käyttävillä naisilla esiintyy enemmän masennusta kuin miehillä. Tämän vuoksi sukupuolierot tulee huomioida hoidossa.
7. Hunter, Watkins, Hepner, Paddock, Munjas, Osilla & Perry, 2012, USA, Author manuscript, Kokeellinen tutkimus	Treating depression and substance use: A randomized controlled trial	Tarkoituksena oli verrata tavanomaista hoitoa ja tavanomaista hoitoa, johon on integroitu ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa 2dg asiakkaiden hoidossa. Tavoitteena tutkia kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutusta 2dg asiakkaiden kuntoutumiseen.	Kvantitatiivinen. Tutkittavien ryhmä koostui samanaikaisesti masennuksesta ja päihdeongelmista kärsivistä (n=140). Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Toinen ryhmä sai avohoidossa tavanomaista hoitoa ja toinen ryhmä sai tavanomaisen hoidon lisäksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Seurantajakson pituus oli 6kk, jonka aikana oli väliseurantoja.	BDI_II ASI (vain päihteiden käyttö kohta)	Hoitotyytyväisyys ja hoitoon sitoutumisessa ei ollut eroja ryhmien välillä. Molemmissa ryhmissä tapahtui myönteistä muutosta päihde- ja mielen-terveysongelmien osalta. Interventoryhmällä ei ollut tilastollisesti merkittävämpää muutosta. Tutkimustulokset osoittivat myös, että tämänkaltaisen hoitomuoto soveltuu avohoitoon.
8. Kushner, Sletten, Donahue, Thuras, Maurer, Schneider, Frye & Van Demark, 2009, USA, Author manuscript, Kokeellinen tutkimus	Cognitive-behavioral therapy for panic disorder in patients being treated for alcohol dependence: Moderating effects of alcohol outcome expectancies	Tarkoituksena oli verrata tavanomaista hoitoa ja tavanomaista hoitoa, johon oli integroitu paniikki ja ahdistusoireisiin suunniteltua kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Tavoitteena oli tutkia kognitiivisen käyttäytymisen terapian vaikutusta paniikkioireisiin ja alkoholin käyttöön.	Kvantitatiivinen. Tutkittavien ryhmä koostui ihmisistä, jotka osallistuivat yhteisöhoitoon laitoshoidon lisäksi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja (n=17) Kontrolliryhmä osallistui tavanomaiseen yhteisöhoitoon. 4kk seuranta-aika.	SCID TLFB PAQ AEQ BSI	Kognitiivisen terapian avulla paniikkioireet ja alkoholin käyttö vähenivät.
9. Lahti, Rakkolainen & Koskijännes, 2013, Suomi, Katsaus artikkeli.	Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa	Motivoivan haastattelun (MH) avulla voidaan lisätä potilaan muutosvalmiuksia ja hoitoon sitoutumista. Keveätkin MH interventiot vähentävät 2dgpotilaiden päihteidenkäyttöä ja psykiatrisia oireita. Oleellista on haastattelijan suhtautuminen potilaaseen. Empaattisuus, luottamuksellinen suhde ja tasavertaisuus ovat avaintekijöitä MH:n tehokkuuteen.			
10. Magura, Rosenblum, Villano, Vogel, Fong, Betzler, 2008, USA, Tutkimusartikkeli, Kokeellinen tutkimus	Dual-Focus Mutual Aid for Co-Occurring Disorders: A Quasi-Experimental Outcome Evaluation Study	Tutkittiin DTR:n (Double Trouble in Recovery (vertaistuellinen 12-asteeseen ohjelma 2dg asiakkaille AA/NA tyyppinen) vaikutusta 2dg asiakkaiden hoidossa. Tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia hoitotuloksia kun mielen-terveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan samanaikaisesti.	Kvantitatiivinen. Tutkittiin psykiatrisessa avohoidossa olevia potilaita joilla myös päihteiden käyttöä. Käyvät avohoidossa 3x vkossa puoli päivää. Ensimmäinen ryhmä (n=81) osallistui tavanomaiseen psykiatriseen avohoitoon ja toinen ryhmä (n=148) osallistui psykiatrisen hoidon lisäksi myös DTR:n. 6kk seurantajak-	CSI MARS	DTR- ryhmään osallistujilla oli vähemmän päihteiden käyttöä ja sitoutuivat paremmin psyk lääkitykseen, seurantajakson lopussa. Psykiatrisissa oireissa ei ollut eroja. Vertaistuki on avainasemassa 2dg asiakkaiden toipumisprosessissa.

TUTKIMUSTEN YHTEENVETOTAULUKKO

			so.		
11. Morse, MacMaster, Kodad & Robledo, 2014, USA, Alkuperäinen tutkimusartikkeli, Kuvaileva tutkimus	The Impact of a Sleep Hygiene Intervention on Residents of a Private Residential Facility for Individuals With Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia miten unihygienia vaikuttaa päihteiden käyttöön ja mielenterveyteen.	Kvantitatiivinen. Tutkimukseen osallistui 2dg asiakkaita (n=28). Tutkitavat osallistuivat unihygienia ryhmään, jossa saivat tietoa aiheesta ja tekivät käytännön harjoitteita. Aineisto kerättiin ympärivuorokautisessa 2dg asiakkaiden hoitokeskuksessa 1kk seurantajakson aikana.	ASI	Päihteiden käyttö väheni ja psyykinen vointi koheni 1kk seurantajakson aikana.
12. Mueser, Glynn, Cather, Xie, Zarate, Smith, Clark, Gottlieb, Wolfe & Feldman, 2012, USA, Tutkimusartikkeli, Kokeellinen tutkimus	A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää onko perheen kommunikaatio ja ongelmanratkaisu taidoilla yhteyttä 2dg asiakkaiden hoitomotivaation.	Kvantitatiivinen. Toinen ryhmä osallistui ED(n=52) ryhmään jossa läheiset saivat tietoa päihde- ja mielenterveys ongelmista. Verrokki ryhmä läheisistä osallistui FIDD (n=52) ryhmään jossa saivat tietoa päihde- ja mielenterveysongelmista sekä käytännön koulutusta kommunikatio ja ongelmanratkaisu taitoihin. 3v seurantajakso, 6kk välein.	AUS DUS SATS BPRS GAS SF-12 FEIS	Molempien ryhmien asiakkaiden vointi ja toimintakyky koheni. Läheiset kokivat saavansa enemmän tietoa FIDD ryhmässä. Tutkimuksen mukaan läheisiä tulisi huomioida enemmän 2dg asiakkaiden hoidossa.
13. Petersen, Jeppesen, Thorup, Ohlenschlaeger, Krarup, Ostergård, Jorgensen & Nordentoft, 2007, Tanska, Tutkimusartikkeli, Kokeellinen tutkimus	Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial	OPUS= yhteisöhoitoa yhteistyössä perheiden kanssa ja psykososiaalista hoitoa. Tarkoituksena selvittää onko OPUS – hoito tehokkaampaa hoitoa skitsofreniaa sairastaville asiakkaille kuin tavanomainen mielenterveyden hoito.	Kvantitatiivinen. Avo- ja laitoshoidossa olevia tutkittavia. OPUS ryhmä n= 275 ja verrokki ryhmä n= 272. 2 vuoden seurantajakso.	SCAN SAPS SANS GAF PAS	Päihteiden käyttö väheni molemmilla ryhmillä. OPUS ryhmällä vähemmän sairaalassa olo päiviä ja ei yhtään avohoidon kontaktia. Hoitoon sitoutuminen oli OPUS ryhmällä parempaa. OPUS hoito vähentää päihteiden käyttöä 2dg asiakkailta ja parantaa hoitotuloksia.
14. Prodromou, Kyritsi & Koukia, 2014, Kypros, Tutkimusartikkeli, Kokeellinen tutkimus	Dual diagnosis affects prognosis in patients with drug dependence in integrative care settings	Tarkoituksena oli selvittää onko 2dg asiakkailta huonompi ennuste kuin pelkästään päihderiippuvaisilla, vaikka integroitua hoitoa olisi saatavilla.	Kvantitatiivinen. 2 dg asiakkaat ja pelkästään päihdeongelmaiset (n=45) osallistuivat yhteisöhoitolliseen raittiutta tukevaan vieroitus ohjelmaan. Mielenterveys- sekä päihdeongelmaa hoidettiin samanaikaisesti. Osallistuivat samaan ohjelmaan ja verrattiin tuloksia.	Ei mainittu	2dg asiakkailta huonompi ennuste kuin pelkästään päihderiippuvaisilla. Retkahdusriski on suurempi. Ahdistus ja mielialahäiriöt yleisimpiä.
15. Rogers, Lubman & Allen, 2008, Australia, Alkuperäinen artikkeli, Kokeellinen tutkimus	Therapeutic alliance and change in psychiatric symptoms in adolescents and young adults receiving drug treatment	Tutkimuksen tarkoituksena tutkia terapeutin suhteen vaikutusta nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmiin.	Kvantitatiivinen. Tutkimuskohdeena olivat nuoret 16-22 v (n=100). Tutkimus tapahtui kahdessa mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavassa klinikassa. Tutkitavien hoidosta vastasi case manager, hoito pohjautui yhteisöhoitoon Seurantajakso 4kk.	SCID WAI_S CESD SDS	Vahvempi terapeutin suhteeseen ennustaa parempaa masennusoireiden lievittymistä mutta sillä ei ole vaikutusta päihteiden käyttöön. Varhaiset masennusoireet vaikuttavat haitallisesti terapeutin suhteen luomiseen. Varhaisessa vaiheessa luotu terapeutin suhteeseen vähentää riskiä päihteiden käyttöön ja vakaviin mielenterveysongelmiin.
16. Sterling, Chi & Hinman, 2011, USA, Artikkel	Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical,	On yleisessä tiedossa, että valtaosa päihdeongelmista kärsii myös lääke- ja mielenterveys ongelmista. Samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja huonontaa toipumisen ennustetta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikainen hoitaminen parantaa ennustetta. Silti edelleen on vaikeaa saada hoitoa, jossa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito on yhdistetty.			

TUTKIMUSTEN YHTEENVETOTAULUKKO

	and mental health conditions				
17. Worley, Tate & Brown, 2012, USA, Tutkimus artikkeli, Kokeellinen tutkimus	Mediational relations between 12-step attendance, depression and substance use in patients with comorbid substance dependence and major depression	Tarkoituksena oli tutkia 12-asteeseen vaikutusta 2dg asiakkaiden päihde- ja mielenterveysongelmiin.	Kvantitatiivinen. Tutkittavat (n=209) avohoidossa olevia veteraaneja joilla päihteiden käytöstä johtuva masennus. Osallistuivat lääkehoitoon ja 12-asteeseen ohjelmaan tai kognitiiviseen ryhmäterapiaan 6kk ajan.	The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale, HAMD, TLFB	12-asteeseen ohjelmaan osallistuneilla oli tutkimusjakson jälkeen vähemmän masennusta ja päihteiden käyttöä.
18. Young, Barrett, Engelhardt & Moore, 2013, USA, Lyhyt tiedote, Kohortti tutkimus	Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs	Tarkoituksensa oli tutkia kognitiivisen yhteisöhoiton vaikuttavuutta asunnottomilla 2 dg asiakkailta.	Kvantitatiivinen. Kroonisesti kodittomia 2 dg asiakkaita (n=60). 6kk seurantajakso.	BSI CEST Treatment satisfaction ACT	Päihteiden käytössä ei muutosta, mielenterveys koheni ja asunnottomuus väheni.

JBI LAADUNARVIOINTILOMAKE KOKEELLISELLE TUTKIMUKSELLE



JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kokeellisen tutkimuksen arviointi toteutetaan SUMARIn Masterimoduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs instituutin (JBI) julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s.154156), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

Nro _____

Kirjoittaja _____ Vuosi _____

Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Oliko osallistujien ryhmiin jakaminen todella satunnaistettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko osallistujat sokkoutettu ryhmiin jaettaessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko tutkimusryhmiin jakautuminen salattu jaosta vastaavalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oliko tutkittavien ryhmiin jako salattu tuloksia arvioivalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Olivatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoidettiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

JBI LAADUNARVIOINTILOMAKE NARRATIIVISELLE TEKSTILLE


JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstile

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa narratiivisten ja asiantuntijoiden mielipiteisiin liittyvien tekstien arviointi toteutetaan SUMARIn NOTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa SUMARI käyttöohjeessa (s.171-173), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI.)

Kirjoittaja _____	Vuosi _____	Nro _____

Arvioija _____	Päiväys _____	

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Onko mielipiteen lähde selkeästi tunnistettavissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko mielipiteen lähteellä asema asiantuntijoiden joukossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko potilaiden/asiakkaiden intressit mielipiteen keskeinen kiinnostuksen kohde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko mielipiteen taustalla oleva logiikka/kokemus selkeästi perusteltu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko perustelu tehty analyttisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko viittauksia olemassa olevaan kirjallisuuteen/näyttöön ja onko epäjohdonmukaisuudet perusteltu loogisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko mielipiteelle tukea muilta asiantuntijoilta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. SUMARI User Manual: Version 5.0. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

JBI LAADUNARVIOINTILOMAKE JÄRJESTELMÄLLISELLE KATSAUKSELLE

**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa, joihin arvioijan on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?). (The Joanna Briggs Institute 2011.)

Nro _____

Kirjoittaja _____ Vuosi _____

Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?
1. Onko katsauksen kysymys selvästi ja yksiselitteisesti esitetty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olivatko käytetyt tiedon lähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko sisääntokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olivatko tutkimusten arviointikriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toteuttiko tutkimusten kriittisen arvioinnin itsenäisesti vähintään kaksi arvioijaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Käytettiin tietojen uuttamisvaiheessa menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Käytettiin tutkimustulosten yhdistämisessä asianmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tukevatko tutkimusten tulokset tehtyjä suosituksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko linjaukset lisätutkimuksista asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan
 Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

JBI LAADUNARVIOINTILOMAKE KUVAILEVALLE TUTKIMUKSELLE

**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/ tapausarjalle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kuvailevien tutkimusten ja tapausarjojen arviointi toteutetaan SUMARIn MASTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s. 157-158), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

	Nro	
Kirjoittaja _____ Vuosi _____		_____
Arvioija _____ Päiväys _____		

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Perustuiko tutkimus satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko otoksen hyväksymiskriteerit määritetty selkeästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arvioitiinko tulokset käyttäen objektiivisia kriteerejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jos ryhmiä vertailtiin keskenään, oliko niiden kuvaus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantajakso riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan
 Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

JBI LAADUNARVIOINTILOMAKE KOHORTTI TUTKIMUKSELLE

JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kohortti/tapaus-kontrolli tutkimusasetelmien mukaisesti tehtyjen tutkimusten arviointi toteutetaan SUMARIn MASTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s. 157-158), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa

Nro _____

Kirjoittaja _____ Vuosi _____

Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri

	K	E	?	n/a
1. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko potilaat samassa sairauden vaiheessa/-tilassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko harhan riski minimoitu tapausten ja vertailtavien valinnassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Arviointiinko tulokset objektiivisia kriteereitä käyttäen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantajakso riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oliko otanta edustava suhteessa tutkimuksen kohderyhmään kokonaisuudessaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(n/a). (JBI 2011.)

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan
Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen)

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

LAADUNARVIOINTITAUUKKO

Tutkimus	Tutkimuksen tyyppi	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Laadun arviointi JBI kriteerein
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Courbasson ym. 2007	Kokeellinen	K	E	K	K	K	K	K	K	K	K	9/10
2. Drake ym. 2007	Narratiivinen teksti	K	K	K	K	K	K	K	-	-	-	7/7
3. Eack ym. 2016	Kokeellinen	K	K	?	K	K	K	K	K	K	K	9/10
4. Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015	Kokeellinen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	10/10
5. Harpaz-Rotem ym. 2011	Kokeellinen	E	E	?	E	E	K	K	K	K	K	5/10
6. Hellem ym. 2015	Järjestelmällinen katsaus	K	K	K	E	?	?	K	K	K	K	7/10
7. Hunter ym. 2012	Kokeellinen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	10/10
8. Kushner ym. 2009	Kokeellinen	E	K	E	K	K	K	K	K	K	K	10/10
9. Lahti ym. 2013	Narratiivinen teksti	K	K	K	K	K	K	K	-	-	-	7/7
10. Magura ym. 2008	Kokeellinen	K	?	?	K	?	K	K	K	K	K	7/10
11. Morse ym. 2014	Kuvaileva	K	K	K	K	n/a	E	K	K	K	-	7/9
12. Mueser ym. 2012	Kokeellinen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	10/10
13. Petersen ym. 2007	Kokeellinen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	10/10
14. Prodromou ym. 2014	Kokeellinen	K	E	E	E	E	K	K	K	K	K	6/10
15. Rogers ym. 2008	Kokeellinen	K	?	E	K	?	K	K	K	K	K	7/10
16. Sterling ym. 2011	Narratiivinen teksti	K	K	K	K	K	K	K	-	-	-	7/7
17. Worley ym. 2012	Kokeellinen	K	?	?	E	?	K	K	K	K	K	6/10
18. Young ym. 2013	Kohortti	K	K	K	E	K	K	K	K	K	-	8/9

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
ERITYISPIIRTEET 2DG ASIAKKAIDEN MIELENTERVEYDEN HOIDOSSA			
Kaikki hoito-ohjelmat ihmisille, joilla on vakavia mielenterveysongelmia tulisi olla 2dg asiakkaille suunnattuja (2)	Vakavien mielenterveysongelmien hoidossa tulisi aina hoitaa myös päihdeongelmaa.		
Integroidun mallin mukaisesti hoidettaessa 2dg asiakkaita, näyttäisi olevan hyötyä verraten edeltävään malliin, jossa hoidettiin kumpaakin oiretta erikseen. (14)	2dg asiakkaat hyötyvät enemmän integroidusta hoidosta.		
On tarve sisällyttää molempien sairauksien hoito päihdehoitopaikkoihin pian. (7)	Päihdehoidossa tulisi hoitaa myös mielenterveysongelmia.	Molempien sairauksien samanaikainen hoitaminen	
Palvelut ovat harvoin räätälöity vastaamaan 2dg asiakkaiden tarpeita. (2)	Palvelut harvoin suunnattu 2dg asiakkaille.		
2dg potilailla on muita suurempi alttius jäädä tulematta heille tarjottuun hoitoon tai pudota ennen aikaisesti pois hoidosta. (2)	2dg asiakkailta hoitoon sitoutuminen vähäisempää kuin muilla.		
2dg asiakkaat eivät helposti sovi lääkkeelliseen, perinteiseen päihde- tai mielenterveyshoitoon ja kuten muutkin potilaat joilla on krooninen sairaus he tarvitsevat jatkuvia palveluita todennäköisesti useita vuosia. (16)	Perinteiset hoitomallit eivät ole soveltuvia, hoidon tulee olla pitkäkestoista ja jatkuvaa.	Hoitoon sitoutumattomuus	HOITOPROSESSIN MONI-MUOTOISUUS
Vain muutama asiakas pystyy käymään rinnakkaisessa hoidossa. (2)	Rinnakkainen hoitomalli ei ole toimiva.		
Samanaikaiset oireet vaikeuttavat hoitoprosessia ja monessa tapauksessa johtavat huonompiin tuloksiin ja runsaaseen hoitopalveluiden käyttöön ja kustannuksiin ajan myötä. (16)	2dg asiakkailta vaikea hoitoprosessi ja runsasta palveluiden käyttöä joka lisää kustannuksia.		
Liian usein potilaiden täytyy koordinoida heidän omaa hoitoaan, silloinkin kun soveltuva sidos palvelun tarjoajan ja organisaation välillä on puutteellinen. Tämä voi olla erityisen haasteellista potilaille jotka kokevat kognitiivisia ja /tai toiminnallisia haittoja liittyen 2dg:n ja ei ihme, ettei moni kykene seuraamaan 1 tai useampaa hoito-ohjelmaa.	Asiakkaat ovat vastuussa omasta hoidosta, vaikka eivät ole kykeneviä siihen sairauden vuoksi.	Kustannustehoton hoitojärjestelmä	

SISÄLLÖNANALYYSITÄULUKKO

(16)			
Masennusoireet itsessään voivat haitata vahvan terapeutin suhteen muodostumista. (15)	Masennusoireet esteenä hoitosuhteelle.		
2dg:n liittyvän stigman vuoksi monet potilaat kokevat lisäksi huomattavia ennakkoluuloja, eivät vain yhteiskunnan mutta myös hoitotahoilta, heidän perheeltään ja jopa itseltään. (16)	2dg asiakkaat kohtaavat ennakkoluuloja	Hoitohenkilöstön tiedon puute	
Ajattelun muutos 1dg:sta 2dg ajatteluun edellyttää useiden ihmisten muutosta ajattelussa, tietoudessa ja käytöksessä. (2)	Asiakkaiden 2dg:n tiedostaminen edellyttää muutosta ihmisten ajattelussa, tietoudessa ja käytöksessä.		
Kaikki mielenterveystyötä tekevät tarvitsevat perustiedot 2dg asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Lisäksi työntekijät, jotka työskentelevät 2dg asiakkaiden parissa, tulisi kehittää erikoisosaamistaan terapeutteihin menetelmiin. (2)	Mielenterveystyötä tekeville lisäkoulutusta 2dg asiakkaita. 2dg asiakkaiden kanssa työskenteleville lisäkoulutusta terapeuttisista menetelmistä.		
Ahdistusoireet yleisesti ja erityisesti paniikkioireet ovat yleisiä päihteitä käyttävillä asiakkailla. (2)	Ahdistus- ja paniikkioireet ovat yleisiä päihteitä käyttävillä.		
2dg asiakkailla, jotka käyttävät päihteitä on erityisen yleisesti mieliala- ja ahdistusoireita. (16)	Mieliala- ja ahdistusoireet ovat yleisiä päihteitä käyttävillä 2 dg asiakkailla.	2dg:n yleisyys	
Päihteitä käyttävillä ei ole harvinaista, että olisi enemmän kuin yksi mielenterveysongelma. (16)	Päihteitä käyttävillä on yleensä useita mielenterveysongelmia.		
Yksilöt, joilla on vakavia psykiatrisia ongelmia, on myös yleisesti ottaen enemmän päihteiden käyttöä. (2)	Mielenterveysongelmat lisäävät päihteiden käyttöä.		
Runsaalla päihteiden käytöllä on vakava yhteys masennusoireisiin ja niiden pahenemiseen. (16)	Päihteiden käyttö pahentaa masennusoireita.	Oireet ruokkivat toisiaan	TAUDINKUVAN LUOMAT HAASTEET HOIDON SUUNNITTELUUN JA TOEUTUKSEEN
2dg potilaiden hoidossa tuottaa vaikeuksia usein se, että potilas lyö laimin	2dg asiakkaat laiminlyövät hoitoa ja lääkitsevät itse		

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

lääkkeiden käytön tai hän ei muuten sitoudu hoitoon sekä se, että hän käyttää päihteitä oireidensa itselääkintään. (9)	itseään.	
Huumeriippuvaisilla asiakkailla, joilla on samanaikaisia mielenterveysongelmia on huonompi ennuste. (14)	2dg asiakkailla on huono ennuste	
Ennenaikainen kuolema on yleistä heillä, jotka eivät saa päihteiden käyttöä hallintaan. (2)	Päihderiippuvuuden hoitamattomuus voi johtaa kuolemaan	2dg asiakkaiden ennuste on huono
2dg:lle on ominaista korkea oireiden pahenemisen ja uusiutumisen riski, vaikka hoito olisi tuotettu uudenaikaisesti integroiden. (14)	Hoidosta riippumatta oireet voivat pahentua ja uusiutua.	
2DG ASIAKKAIDEN MIELENTERVEYTTÄ EDISTÄVIÄ HOITOTYÖN MENETELMIÄ		
Motivoivan haastattelun (MH) vaikuttavuus näyttää perustuvan ennen kaikkea toimivaan hoitosuhteeseen. (9)	MH perustuu toimivaan hoitosuhteeseen.	
Hyvän yhteistyösuhteen luominen ja vuorovaikutuksessa esiintyvien ongelmien korjaaminen on elinehto sitä seuraavalle potilaan motivaation herättelylle. (9)	Hyvä yhteistyösuhte ja vuorovaikutus, on edellytys potilaan motivaation herättelylle.	
Asiakkaiden positiivisempi kokemus terapeutisesta yhteydestä vaikutti masennusoireiden vähenemiseen, mutta ei päihteiden käyttöön case management suhteen aikana. (15)	Positiivinen kokemus terapeutisesta yhteydestä vaikutti masennusoireiden vähenemiseen mutta ei päihteiden käyttöön.	Toimiva hoitosuhde
Luottamuksen rakentaminen näiden potilaiden kanssa on erityisen tärkeää. (9)	Luottamuksen rakentaminen on tärkeää	
Tasavertaisessa yhteistyössä toiminen suoran ohjaamisen ja opettamisen sijaan johtaa potilaan parempiin hoitotuloksiin. (9)	Tasavertainen yhteistyö potilaan kanssa johtaa parempiin hoitotuloksiin.	
Olennaista on keskittyä kuuntelemaan potilasta hänelle omaisen ristiriidan ymmärtämiseksi. (9)	Olennaista on potilaan kuuntelu hänen ristiriitojen ymmärtämiseksi.	Hoitajan suhtautumisen asiakkaaseen
Empaattisuus työntekijän yksittäisenä ominaisuutena vähensi potilaan vastustusta työntekijää kohtaan ja vaikutti pitkään positiivisesti hoitotuloksiin. (9)	Hoitajan empaattisuus vähentää potilaan vastustusta työntekijää kohtaan ja vaikuttaa positiivisesti hoitotuloksiin.	

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

Melko keveätkin MH- interventiot näyttävät siis vähentävän 2dg potilaiden päihteidenkäyttöä ja muuta psykiatrista oireilua. (9)	MH-interventiot vähentävät 2dg asiakkaiden päihteiden käyttöä ja psykiatrista oireilua.	Motiveiva haastattelu	ASIAKKAAN KOHTAAMINEN
MH:n keskeinen piirre on sen henki tai vuorovaikutustyyli, joka perustuu yhteistyöhön, potilaan hyväksymiseen ja hänen hyvinvointinsa edistämiseen sekä hänen sisäisen motivaation herättelyyn. (9)	MH:ssa on keskeistä vuorovaikutustyyli, joka perustuu yhteistyöhön, potilaan hyväksymiseen ja hänen hyvinvointinsa edistämiseen sekä sisäisen motivaation herättelyyn.		
2dg potilaita koskevat tuloksellisuustutkimukset osoittavat, että MH kohensi sitoutumista hoitoon sekä vähensi päihteiden käyttöä enemmän kuin muut yhtä lyhyet interventiot. (9)	MH lisää 2dg asiakkailla hoitoon sitoutumista ja vähentää päihteiden käyttöä enemmän kuin muut lyhyet interventiot.		
Yksilöllinen lähestymistapa hoitoon on usealla eri osa-alueella tapahtuvaa toipumista, tiedon sekä hoitovaihtoehtojen antamista ja pohjautuu jaettuun päätöksentekoon. (2)	Yksilöllinen hoito.	Aito vuorovaikutus	RINNALLA KULKEMINEN
Tärkeää on myös potilasta tukeva ja voimaannuttava palaute sekä vastakkainasettelun välttäminen. (9)	Potilasta tukevan ja voimaannuttavan palautteen antaminen ja vastakkainasettelun välttäminen tärkeää.		
Täytyy uskoa 2dg asiakkaan toipumiseen, täytyy tulla tietoiseksi roolistaan toipumisessa, kehittää taitoja ja tukea helpottaakseen toipumista. (9)	Usko 2dg asiakkaan toipumiseen, tietoisuus omasta roolista, taitojen kehittäminen ja tukeminen toipumisen helpottamiseksi.	Toivon ylläpitäminen	
Toivon ylläpitäminen on välttämätöntä toipumisen kannalta. (2)	Toivon ylläpitäminen on välttämätöntä.		
Niinpä toiveikkuus ja realistiset odotukset 2dg:sta toipumiseen tuo esiin periaatteet 2dg asiakkaiden hoitamiseksi. (2)	Toiveikkuus ja realistiset odotukset 2dg:sta toipumiseen ovat periaatteita asiakkaiden hoitamiseksi.		
Kognitiivisten kykyjen opettelu voi olla hyödyllistä joissakin tapauksissa tukemaan addiktiivisen käytöksen muuttamista skitsofreniassa. (3)	Kognitiivisten taitojen opettelusta voi olla hyötyä skitsofrenikoilla addiktiivisen käytöksen muuttamisessa.		
Kognitiivinen käyttäytymisterapia, on tehokasta psykiatrisille potilaille joiden paniikkioireet johtuvat päihteiden käytöstä. (8)	Kognitiivinen terapia on tehokasta psykiatrisille potilaille joiden paniikkioireet johtuvat päihteistä.	Kognitiivisten taitojen opettelu	KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA
Ryhmämuotoinen integroitu kognitiivinen käyttäytymisterapia, samanaikaiseen masennukseen ja päihteiden	Ryhmämuotoinen integroitu kognitiivinen terapia oli soveltuva 2dg asiakkailla ja		

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

käyttöön oli soveltuva asiakkaille ja toteuttamiskelpoinen avohoidon keinoin. (7)	toteutettavissa avohoidon keinoin.		
MH yhdistettynä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, voi tuottaa lyhytaikaisia tuloksia päihteiden käyttöön ja psyykkisen voinnin kohenemiseen. (4,6)	MH yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan voi tuottaa tuloksia päihteiden ja psyykkisen voinnin osalta.		
2dg asiakkaiden mielenterveys koheni huomattavasti, kun heidän hoitoon sisällytettiin kokonaisvaltainen ja motivoiva arvio sekä retkahduksenehkäisy tekniikoiden harjoittelu. (16)	Kokonaisvaltainen ja motivoiva hoitoarvio ja retkahduksenehkäisy tekniikoiden harjoittelu kohentaa 2dg asiakkaiden mielenterveyttä.		
Farmakologinen hoito on mielenterveys- ja päihdeongelmien kohdalla tärkeä pohja, heille joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma. (2)	Farmakologinen hoito on tärkeä pohja 2dg asiakkaiden hoidossa.		
Ravintolisästä voi olla metamfetamiinin käyttäjille masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa hyötyä. (6)	Ravintolisästä voi olla metamfetamiinin käyttäjille apua mielenterveysongelmien hoidossa.	Lääkehoidosta ei riittävästi näyttöä	LÄÄKEHOITO
Jotkin lääkkeet jotka hoitavat mielenterveysongelmaa voivat johtaa päihteiden käytön vähenemiseen. (2)	Mielenterveysongelmaan käytetyistä lääkkeistä voi olla apua päihteiden käytön vähenemiseen.		
Hoidettaessa metamfetamiinin vieroitustoireita, riippuvuutta ja samanaikaisia mielialahäiriöitä, löydökset viittaavat siihen, ettei masennuslääkkeistä ole apua. (6)	Hoidettaessa metamfetamiinin vieroitustoireita, riippuvuutta ja samanaikaisia mielialahäiriöitä, ei masennuslääkkeistä ole apua.		
Potilaat noudattivat normaalia hoito-ohjelmaa samalla kun osallistuivat yölliseen unihygienia ryhmään, joka sisälsi rentoutus harjoituksia. Merkittäviä kohennuksia päihteiden käytössä ja psykiatrisissa oireissa havaittiin. (11)	Rentoutusharjoituksilla oli myönteisiä vaikutuksia potilaiden päihteiden käyttöön ja psykiatrisiin oireisiin		
Viiden pisteen korva- akupunktiolla on vaikutusta retkahduksen ehkäisyyn, tunteiden säätelyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. (1)	Akupunktiolla vaikuttaa retkahduksen ehkäisyyn, tunteiden säätelyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin.	Rentoutumismenetelmät	
Akupunktio parantaa tunteiden hallintaa, rauhallisuus lisääntyy, vihan ja ärtymyksen sieto paranee ja itsevarmuus lisääntyy. (1)	Akupunktio parantaa tunteiden hallintaa, rauhallisuutta, vihan ja ärtymyksen sietoa ja itsevarmuutta		TURVALLISUUDEN TUNTEEN LUOMINEN
Kodittomilla ihmisillä, on vakavia mielenterveysongelmia enemmän kuin heillä joilla ei ole vakaata asumista. (5)	Vakaa asuminen edesauttaa mielenterveyttä		
"Asunto ensin" lähestymistapa auttaa	Asunto motivoi muihinkin		

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

monia asiakkaita pakenemaan asunnottomuutta ja tulevat sitä kautta motivoituneemmaksi muihin tavoitteisiin. (2)	tavoitteisiin.	Asunnottomuuden ehkäisy	
Laitoshoidosta voi olla suuri hyöty mielenterveyteen kodittomilla naisilla. (5)	Laitoshoito voi edesauttaa kodittomien naisten mielen-terveyttä.		
Tärkein elementti laitosmuotoisilla hoidoilla verrattuna muihin hoito muotoihin on vakaa turvallinen asuminen ulottuen varhaiseen toipumisvaiheeseen. (5)	Laitoshoidolla saavutetaan vakaa turvallinen asuminen ulottuen varhaiseen toipumisvaiheeseen.		
Osallistujilla jotka olivat satunnaistettu FIDD ryhmään (perheiden interventio 2dg asiakkaille) oli vähemmän psykiatrisia ongelmia ja osoittivat voinnin yleiskohenemistä enemmän kuin ED ryhmä (perheiden psykoedukaatio). (12)	2dg asiakkaiden perheille kohdennettu interventio vähentää asiakkaiden psykiatrisia ongelmia ja kohentaa yleistä vointia.	Läheisten huomiointi	
Perhe interventio yhdistettynä yksilölliseen MH:n ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osoitti parempaa toimintakykyä 2dg asiakkailta enemmän kuin tavanomainen hoito. (12)	Perhe interventio yhdistettynä yksilölliseen MH:n ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan parantaa 2dg asiakkaiden toimintakykyä.		
2dg asiakkaat hyötävät samalla tavalla 12-askelen ohjelmista kuin muut potilaat. (16)	2dg asiakkaat hyötävät 12-askelen ohjelmista.		
12-askelen tapaamiset voivat olla tärkeä ja helposti saatavilla oleva väline pääasiallisten oireiden lievittämiseen potilailla, joilla on päihteiden käyttöä ja vakavia masennusoireita. (17)	12-askelen tapaamiset ovat tärkeä ja helposti saatavilla oleva väline oireiden lievittämiseen 2dg potilailla	AA-/NA- ryhmät	
DTR ohjelmaan (vertaistuellinen 12-askelen ohjelma 2dg asiakkaille) osallistuneet olivat käyttäneet päihteitä harvemmin ja kiinnittyivät paremmin psykiatriseen lääkitykseen kuin ennen hoitoa. (10)	12-askelen ohjelma vähentää päihteiden käyttöä ja lisää hoitoon sitoutumista.		
Tutkimuksessa tutkittiin yhteisohoidon ja 2dg asiakkaille integroidun hoidon yhdistämistä. Tulokset tukivat intervention tehokkuutta mielenterveysongelmien vakavuus ja toistuvuus helpotti. (18)	Yhteisohoidon ja 2dg asiakkaille suunnatun hoidon integroiminen lieventää mielenterveysongelmia ja niiden toistuvuutta.		
Vertaistukiryhmä, jossa on ammattilainen ohjaajana, on yhdenmukaisesti tehokas apu asiakkaiden päihteiden käytön ehkäisyyn ja parantaa muita hoitotuloksia. (2)	Ammattilaisen ohjaama vertaistukiryhmä on tehokas apu päihteiden käytön ehkäisyyn ja muiden hoitotulosten parantamiseen.		VERTAISTUKI

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO

Vertaistukiryhmät ovat keskeinen osa 2dg asiakkaiden hoitoa. (2)	Vertaistukiryhmät ovat keskeinen osa 2dg asiakkaiden hoitoa.	Yhteisöhoito	
Vertaistuki on avainasemassa mielenterveysongelmista toipumisessa. (10)	Vertaistuki on avainasemassa mielenterveysongelmista toipumisessa.		
Potilaat joilla oli päihteiden käyttöä, saivat OPUS hoitoa (yhteisöhoito, perheiden kanssa tehtävä yhteistyö ja sosiaalisten taitojen harjoittelu). Hoito vähensi asiakkaiden sairaalapäiviä. (13)	Yhteisöhoidolla, perheiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä ja sosiaalisten taitojen harjoittelulla on yhteys potilaan hyvinvointiin.		
Löydökset osoittavat, että integroitu hoito voisi parantaa potilaiden hoitotuloksia. (4)	Integroitu hoito voi parantaa potilaiden hoitotuloksia.		
Integroidun hoito-ohjelman potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoon, motivoituneempia raittiuteen ja pystyivät kontrolloimaan päihteiden käyttöään tarkemmin ainakin lyhyellä aikavälillä. Positiivinen vaikutus näkyi toimintakyvyssä ja päihteistä pidättäytymisessä. (7)	Integroitu hoito lisää hoitotyytyväisyyttä, motivoi raittiuteen ja kohentaa toimintakykyä.	Mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikainen hoitaminen	
Kaikki hoitomuodot tulee järjestää niin, että varmistutaan niiden tukevan optimaalisesti asiakasta, jolla on 2dg. (2)	Kaikki hoitomuodot tulee järjestää 2dg asiakkaille soveltuviksi.	Hoidon yksilöllisyys	INTEGROITU HOITO
Potilaat, jotka olivat oireiden mukaisessa, hoidossa olivat tyytyväisempiä hoitoon. (4)	Potilaat, jotka olivat oireiden mukaisessa hoidossa, olivat tyytyväisempiä hoitoon.		
Porrastetusta hoitomallista on näyttöä masennuksen hoidossa. (6)	Porrastetusta hoitomallista on näyttöä masennuksen hoidossa.		
Tehokkaan laitoshoidon elementtejä ovat joustava sisään- ja uloskirjoitus, yhdistetty mielenterveydenpäihdeongelman hoito, työllistyminen ja muut kuntoutumisen osa-alueet, porrastettu lähestymistapa erehdyksiin tai retkahduksiin ja hoidon kesto vuosi tai enemmän. (2)	Tehokkaan laitoshoidon elementtejä ovat joustavuus, integroitu hoito, kuntoutus ja porrastettu lähestymistapa.	Hoidon joustavuus	