

Jaana Pato

Päivi Ylinen

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOIDON TOIMIVUUS ERI MAISSA PALVELUIDEN KÄYTTÄJÄN NÄKÖ- KULMASTA

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Jaana Pato, Päivi Ylinen
Työn nimi	Mielenterveys- ja päihdehoidon toimivuus eri maissa palveluiden käyttäjän näkökulmasta
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu
Vuosi	2021
Sivut	40 sivua, liitteitä 9 sivua
Työn ohjaaja(t)	Sari Engelhardt

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee mielenterveys- ja päihdehoidon toimivuutta eri maissa palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Työmme teoreettisessa osassa on kuvattu vertailun vuoksi Suomen ja Pohjoismaiden mielenterveys- ja päihdehoitotyön palvelujärjestelmiä ja eri kansainvälisiä sopimuksia. Käsittelemme myös teoreettisessa osuudessa mitä mielenterveyshäiriö ja päihdehäiriö tarkoittavat. Tutkimustyön tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudesta.

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, jonka analysoinnissa on käytetty Teema-analysointia. Kirjallisuuskatsaus koostuu kymmenestä tieteellisestä tutkimuksesta. Kaksi tutkimusta työssä ovat kotimaisia ja kahdeksan tutkimusta ulkomaalaisia.

Tutkimuksessamme käy ilmi että mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjiä sekä heidän läheisiään tulee osallistaa nykyistä enemmän hoitoon. Palvelunkäyttäjiä tulee arvostaa ja kunnioittaa sekä heitä tulee kuunnella. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi päästä helpommin ja palveluita tulisi yhdistää, jotta palvelut osataan kohdistaa oikeaan hoidon tarpeeseen ja oikeaan aikaan.

Yhteenvedon voidaan todeta, ettei mielenterveys- ja päihdepalvelut ole edelleenkaan kaikkien saatavilla. Syyllisyys ja häpeä on vieläkin vahvana käyttäjien keskuudessa. Hoidon parantamiseen on tärkeää kehittää perusterveydenhuoltoa, psykiatrista avohoittoa sekä päihdepalveluita.

Kehittämistarpeita on palvelunkäyttäjien sekä heidän läheisten osallistaminen hoitoon, palvelunkäyttäjien ihmisarvoa tulee vahvistaa, palveluita yhtenäistää, hoitohenkilökunnan osaamista vahvistaa sekä panostaa ongelmien varhaiseen tunnistamiseen. Palveluiden käyttäjä tulee kohdata kokonaisvaltaisesti, ja tarvitaan lisää tutkimuksia, joissa keskitytään käyttäjien kokemuksiin palveluihin ohjautumisesta.

Asiasanat: Mielenterveys, mielenterveyspalvelut, kokemukset, mielenterveys-hoitotyö, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdehoitotyö ja tyytyväisyys.

Degree	Bachelor of health care
Author (authors)	Jaana Pato, Päivi Ylinen
Thesis title	Functionality of mental health and substance abuse treatment in different countries from the perspective of service users
Commissioned by	South-Eastern Finland university of Applied Sciences
Time	June 2021
Pages	40 pages, 9 pages of appendices
Supervisor	Sari Engelhardt

ABSTRACT

This thesis was concerned with the problem of the functioning of mental health and substance abuse treatment in different countries from the perspective of service users. In the theoretical part of our thesis, the service system of mental health and substance abuse treatment in Finland and the Nordic countries and various international agreements was described for comparison. We also deal in the theoretical part with what mental disorder and substance abuse disorder mean. The aim of the research was to produce information about the functioning of mental health and substance abuse services.

The thesis has been a qualitative literature review, which has been analyzed using Theme-analysis. Our literature review consisted of ten scientific studies. Two studies in our work were domestic and eight studies were foreign.

Our thesis showed that users of mental health and substance abuse services and their relatives should be more involved in treatment. Service user must be valued and respected and listened to. Mental health and substance abuse services should be more easily accessed and combined so that services can be targeted to the right need for treatment and at the right time.

In conclusion, mental health and substance abuse services are still not available to everyone. Guilt and shame are still strong among users. To improve treatment, it is important to develop primary health care, psychiatric outpatient care and substance abuse services.

There is a need for development to involve service users and their relatives in care, to strengthen the dignity of service users, to unify services, to strengthen the competence of nursing staff and to invest in the early identification of problems. The user of the services needs to be addressed holistically, and more research is needed that focuses on the users' experiences of navigating the services.

Keywords: Mental health, Mental health services, experiences, mental health care work, Substance abuse problem, Substance abuse services, substance abuse treatment work, satisfaction.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1	Mielenterveystyön palvelujärjestelmät	2
2.2	Päihdehoitotyön palvelujärjestelmät	6
2.3	Mielenterveyden häiriö.....	9
2.4	Päihdehäiriö.....	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	12
4.1	Kirjallisuuskatsaus	12
4.2	Tutkimusaineiston haku ja valinta	13
4.3	Aineiston analyysi	14
5	TUTKIMUSTULOKSET	15
5.1	Hoidon osallisuus.....	16
5.2	Hoidon tyytyväisyys	18
5.3	Leimautumisen pelko.....	19
6	POHDINTA	21
6.1	Tulosten tarkastelu	22
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	24
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	25
	LÄHTEET.....	27

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Teemoittelutaulukko

1 JOHDANTO

Viimeisen vuosisadan aikana suomalaisten fyysinen terveys on kohentunut, mutta suomalaisten mielenterveys- ja päihdeongelmat eivät ole vähentyneet samaan tahtiin. Suomessa arviolta joka neljäs sairauslomapäivä johtuu mielen-terveyshäiriöistä. Myös noin puolet työkyvyttömyys eläkkeistä johtuu erilaisista mielenterveyshäiriöistä. Määrän ennustetaan jatkavan kasvuaan. Vähintään joka viiden suomalainen kokee vuoden aikana erilaisia mielenterveydenhäiriöitä ja joka viides sairastuu elämänsä aikana masennukseen. (THL 2019.)

Mielenterveyshäiriöt sekä päihdeongelmat ovat siis yksi suurimmista huolenaiheista sekä terveyshaitoista maailmanlaajuisesti. Mielenterveyslain tapaista mielenterveystyön sisällöstä vastaavaa lakia, ei kuitenkaan ole muissa maissa kuin suomessa. Mielenterveyshäiriöihin ja päihteiden käyttöön liittyy syrjäytymisen sekä syrjinnän riski yhteiskunnassamme. Tanskassa, Suomessa ja Ruotsissa kerätyn rekisteriaineiston perusteella toteutetussa tutkimuksessa todettiin, että vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien naisten odotettavissa oleva elinikä oli keskimäärin 15 vuotta, ja miesten 20 vuotta lyhyempi verrattuna muuhun väestöön. (Kurki-Kangas 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä on nimitetty asiantuntijatyöryhmä, jotka ovat laatineet mielenterveysstrategian vuosille 2020 - 2030, sen tarkoituksena on yhtenäistää hoitolinjauksia (STM 2020). Kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnista sekä terveyden edistämisestä on Suomen lain mukaan kunnilla. Pohjoismaissa ne ovat osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää, jota säätelee oma lainsäädäntö (STM 2016). Suomessa terveyden edistäminen perustuu eri lakeihin: terveydenhuoltolakiin (30.12.2010/1326), kansanterveyslakiin (28.1.1972/66), työturvallisuuslakiin (23.8.2002/738), ehkäisevän päihdetyön järjestämisenlakiin (24.4.2015/523), tupakkalakiin (29.6.2016.2016/549), tartuntatautilakiin (21.12.2016/1227) sekä sosiaalihuoltolakiin (30.12.2014/1301). Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki on parhaillaan uudistumassa meneillään olevan Sote-uudistuksen myötä. (Kurki-Kangas 2016.)

Väestön keski-ikä ja elämänlaadun lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmien kustannukset ovat korkeat. Suomen mielenterveys Ry arvioi 2020 kustannusten Suomessa olevan 11 miljardia euroa. Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa vastaavasti luku on noin 2 miljardia vähemmän. (Mieli.fi 2008.)

Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien palvelujärjestelmää on pyritty kehittämään viime vuosina esimerkiksi vähentämällä tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa ja psykiatristen sairaaloiden potilaspainetta. Suomessa, Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa avohoidon palveluja on lisätty ja kehitetty vastaamaan vaativampiin tarpeisiin. Mielenterveyspalvelujärjestelmän uudistusta on pyritty ohjaamaan Pohjoismaissa erilaisin keinoin. (Karlsson & Wahlbeck 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa eri maiden mielenterveys- ja päihdehoidon toimivuudesta palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudesta.

2 TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveystyön palvelujärjestelmät

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan kaikkea sellaista toimintaa, jolla pyritään ehkäisemään, lievittämään sekä hoitamaan erilaisia mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Näihin palveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta, tarpeen mukainen psykososiaalinen tuki, mielenterveys häiriöiden tutkimus, hoito sekä kuntoutus. Kriisityön järjestäminen ja tarjoaminen kuuluu myös palveluiden kokonaisuuteen. (THL 2020.)

Suomessa kunnat ovat laillisesti vastuussa perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Kunnilla on oikeus päättää minkä tasoisia terveydenhuollonpalveluita se asukkailleen järjestää. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jossa terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuu on ohjattu kunnille. 1970-luvulla alkoi Suomessa sekä muissa Pohjoismaissa yleissairaalapsykiatrian ja mielenterveystoimistojen kehittäminen. Lainsäädännöissä tapahtuvien muutoksien myötä muunmuassa Kansanterveyslaki (66/1972), Mielenterveyslaki (1116/1990), ja laki potilaan asemasta

ja oikeuksista (785/1992) tukivat laitostavan mielisairaalarakenteen purkamista ja avohoidon palveluiden vahvistamista. 1990-luvun lama vaikutti siihen, ettei avohoidon palveluiden tarjoaminen kasvanut samassa suhteessa laitospaikkojen vähentämisen kanssa. (Ala-Nikkola 2017, 21.)

Vuonna 1991 tuli voimaan erikoissairaanhoidolaki (1063/1989). Lain myötä olemassa olevat mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin, psykiatrinen hoitojärjestelmä siirtyi hallinnollisesti sairaanhoidopiireihin ja järjestämisvastuu siirtyi kunnille. Kunnista tuli palveluiden tuottajia sekä tilaajia. Näin kuntien tehtäväksi muodostui itse määrittää, millaisia palveluita kuntalaiset tarvitsevat ja mistä nämä palvelut ostetaan. Tämän muutoksen kautta sairaanhoidopiirien osuus palveluiden tuottajana väheni ja kuntien, yksityisten ja järjestöjen tuottamat palvelut kasvoivat. (Ala-Nikkola 2017, 21.)

Suomessa mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta sekä valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä sekä poistaa mielenterveyteen kohdistuvia erilaisia uhkia. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, mielenterveyttä edistävä työ sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyötä ohjaa terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) sekä mielenterveyslaki (14.12.1990/1116). (STM 2020.)

Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus hyväksyttiin vuonna 2008. Tämän sopimuksen mukaan ensisijainen vastuu toiminnanjärjestämisestä kuuluu jäsenvaltioille. Sopimus kannustaa jäsenvaltioita toimintaan, joka auttaa kohtaamaan yleisiä haasteita ja ehkäisee eriarvoisuutta. Sopimuksessa on viisi pääkohtaa: masennuksen ja itsemurhien ehkäisy, nuorten mielenterveyden tukeminen ja mielenterveys koulutuksessa, mielenterveys työpaikoilla, ikääntyneiden mielenterveys ja leimaantumisen ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuminen. Näiden tavoitteiden kohdalta Euroopan Unionissa laadittiin Joint Action Mental Health and Well-being -suunnitelma. (Hämäläinen ym. 2017, 86.)

Vuonna 2009 valmistui sosiaali- ja terveysministeriön Mieli-suunnitelma, jolla linjattiin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuosille 2009 - 2015, linjaus tapahtui kansallisesti. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa

esitettiin, että palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohoidossa ja pääsy niihin on mahdollista matalalla kynnyksellä. Mieli-suunnitelma perustuu neljään osa-alueeseen, jotka ovat: asiakkaan aseman vahvistaminen, ennaltaehkäisyyn panostaminen, ohjauskeinojen kehittäminen ja palvelu- ja hoitoketjujen parantaminen. (STM 2016a, 5.)

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) julkaisi vuonna 2013 Euroopan mielenterveyttä ja hyvinvointia koskevan sopimuksen. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma noudattaa WHO:n maailmanlaajuisen toimintasuunnitelman keskeisintä sisältöä, joiden ydintavoitteina olivat, että jokaisella on yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa psyykinen hyvinvointi koko elinkaarensa ajan; tämä koskee varsinkin heikommassa asemassa sekä riskiryhmiin kuuluvia henkilöitä. Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia ovat kansalaisia, joiden kaikkia ihmisoikeuksia tulee kunnioittaa, suojella ja edistää. Mielenterveyspalvelut ovat helposti saatavilla, ammattitaitoisia ja kohtuuhintaisia. Kaikki ihmiset ovat oikeutettuja kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon. (THL 2013.)

WHO:n Euroopan alue koostuu 53 maasta ja lähes 900 miljoonasta ihmisestä. Mielenterveyshäiriöt ovat yksi Euroopan alueen kansanterveyden suurista haasteista, niiden esiintyvyydellä, että sairauden aiheuttamalla taakalla ja toimintakyvyn alenemisella. Arvioiden mukaan mielenterveyshäiriöt koskettavat vuosittain yli kolmasosaa väestöstä, yleisempänä ongelmana on masennus ja ahdistuneisuus. Masennushäiriö on naisilla kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä. Psykoottiset häiriöt ovat yhtä yleisiä miehillä kuin naisilla. Väestön ikääntyminen lisää dementian esiintyvyyttä; tyypillisesti dementia todetaan 5 %:lla yli 65-vuotiaista ja 20 %:lla yli 80-vuotiaista. Kaikissa maissa mielenterveyshäiriöt näyttäisivät olevan yleisempiä huono-osaisimmissa väestöryhmissä. (THL 2013).

Taloudellisen ja yhteistyön kehityksen järjestö (OECD) käynnisti Euroopan maissa vuonna 2011 mielenterveyshankeen. (Organisation for Economic Cooperation and Development). Järjestössä on mukana 36 eri jäsen maata. Vuonna 2011 julkaiseman raportin mukaan, tavoitteena oli, että mielenterveysongelmat olisivat kaikissa OECD-maissa etusijalla, koska ne ovat niin iso

kokonaisuus yksilöille, yhteiskunnalle, terveysjärjestelmille ja taloudelle. (STM 2016a, 38.)

Suomessa kunnat vastaavat perusterveydenhuollon järjestämisestä. Perusterveydenhuollossa hoidetaan yleisimpiä mielenterveyden ongelmia, esimerkiksi masennusta ja päihdeongelmia. Perusterveydenhuoltoon kuuluu myös mielenterveysongelmien ehkäisy sekä varhainen tunnistaminen. Perusterveydenhuolto toimii myös lähettävänä tahona psykiatrian erikoissairaanhoidon tai psykiatriseen sairaalahoitoon, pääsääntöisesti sairaanhoitopiirit järjestävät nämä. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita sekä kuntouttavaa työtoimintaa. Myös yksityinen ja kolmas sektori tuottaa päivä-, avo- sekä asumispalveluita mielenterveysongelmisille. (THL 2020.)

Mielenterveyttä edistävien ja ehkäisevien palveluiden järjestämisvastuu on kaikissa pohjoismaissa kunnilla. Suurin osa palveluista tuotetaan kuitenkin julkisen sektorin omana palveluna. Norjassa kunnilla on vastuu mielenterveys-työstä ja palvelut toteutetaan valtion omistamassa neljässä terveydenhuolto-yrityksessä, jotka kattavat myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Tällaista ei ole muissa Pohjoismaissa. Ruotsissa vastuu on maakäräjillä ja kunnat vastaavat sosiaalihuollon palveluista kuten mielenterveyskuntoutujan asumispalveluista ja työllisyystoiminnasta. Tanskassa kunnat vastaavat sosiaalisektorin palveluista, mutta mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu on keskitetty alueellisesti. Tanskassa mielenterveyspalvelut järjestetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimuotoisissa yksiköissä. (STM 2016a, 39 – 45.)

Hollannissa mielenterveys- ja päihdepalvelut on toteutettu yhtenä osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Kansallisella tasolla vastuu on kuitenkin terveys-, hyvinvointi, ja urheiluministeriöllä, jonka alaisena toimii hyvinvointiin, terveyteen ja liikuntaan liittyvät asiat. Hollannissa ei ole erillistä mielenterveyslakia, vaan niitä ohjaa terveydenhuollon lainsäädäntö. Hollannissa on käytössä vakuutusperustainen terveydenhoidonjärjestelmä, jossa jokaisen kansalaisen on hankittava itselleen terveysvakuutus. Jotta kaikilla on oikeus tasaver-

taiseen hoitoon, sosiaalihuolto tukee vähävaraisia tarpeen mukaan vakuutusmaksuissa. Vakuutusyhtiöt kattavat 95 prosenttia terveydenhuollon menoista. (STM 2016a, 46.)

Englannissa kansalaisilla on kansallinen terveysjärjestelmä NHS (National Health Service), joka on kaikkien saatavilla ilmaiseksi sekä toteutuu kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Parlamentti vastaa lainsäädännöstä ja toimintapolitiikasta ja terveysministeriö (DM, Department of Health) vastaa terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Mielenterveyspalvelujärjestelmä toimii NHS:ssä osana ja käsittää sosiaalisen sekä perus- ja erikoistason hoidon. Maassa ei ole käytössä erillistä mielenterveyslakia. (STM 2016a, 48 – 49.)

2.2 Päihdehoitotyön palvelujärjestelmät

Päihdeongelmien hoitojärjestelmä on alkujaan luotu alkoholiongelmien hoitoon. Kymmenien vuosien aikana hoidon tarve on muuttunut sekakäytön ja lääkeriippuvuuksien lisääntymisen ja lääkkeellisten hoitojen kehityttyä. Terveydenhuollon päihdepalvelut ovat päihteiden riskikäyttäjille, päihderiippuvaisille ja heidän läheisille annettuja tutkimus- hoito tai kuntoutuspalveluita. Tavoitteena on sairauksien parantaminen, lievittäminen, pahenemisen estäminen, toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. (STM 2016a, 27.)

Päihdetyöllä pyritään vähentämään sekä poistamaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja tuetaan päihteettömyyttä. Tavoitteena on asiakkaan päihdeongelman tunnistaminen, varhainen puuttuminen, hoidontarpeen arvioiminen sekä tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluihin ohjaaminen. Päihdehaittojen ehkäisyyn tarvitaan koko yhteiskunta ja samalla koko väestö on ehkäisevän päihdetyön kohteena. Pitkäjänteinen päihdetyö vähentää inhimillistä kärsimystä, sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta sekä terveyseroja väestöryhmien keskuudessa, työn tuottavuus lisääntyy, näin varmistuen väestön työ- ja toimintakyvyn myös tulevaisuudessa. (THL 2020a.)

Suomessa päihdeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluissa, kuten A-klinikoilla yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä siinä määrin mitä kunnassa tarvetta esiin-tyy. Palvelujen laatua valvovat Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavi-rasto Valvira sekä aluehallintovirasto. (THL 2021.) Palveluista säädetään päih-
dehuoltolaissa Päihdehuoltolaki (17.11.1986/41). Perusterveydenhuollossa ja
päihdehuollon erityispalveluissa, joita kunta ostaa yksityisiltä palveluiden tuot-
tajilta, voidaan tarjota selviämisen- sekä vieroitus- ja korvaushoitoa. Päihdehuollon erityis-
palveluissa tarjotaan myös psykososiaalisia hoitomuotoja. (STM 2016.)

Vuonna 2010 WHO julkisti maailmanlaajuisen strategian alkoholin käytön vä-
hentämiseksi. Raportin mukaan, alkoholi on maailman kolmanneksi tärkein
huonon terveyden tekijä. Vuonna 2011 se hyväksyttiin Euroopan alueen lin-
jauksia noudattavaksi ja vuoteen 2020 ulottuvassa toimintasuunnitelmassa
keskeinen teema oli alkoholihaittojen vähentäminen Euroopassa. (STM 2016.)

Suomessa on vuonna 2017 tehdyn arvion mukaan noin 31 100 – 44 300 am-
fetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjää. Suosituin laiton huumausaine on
kannabis. Päihdeongelma on maailman laajuinen, ja yhä enemmän on alettu
kiinnittämään huomiota ennaltaehkäisyyn ja yhtenäisiin käytäntöihin hoitojen
suhteen. Huumesairauksien vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla olleiden
hoitajaksojen määrä on noussut viimeisen viiden vuoden aikana sekä myös
Huumausaineisiin liittyvä rikollisuus, ja vankien määrä on lisääntynyt viimeis-
ten vuosien aikana. (Rönkä & Markkula 2020, 4.)

Euroopan Huumausaine ja niiden väärinkäytön seurantakeskus
(EMCDDDA) on julkaissut viimeksi vuonna 2020 raportin Euroopan huumaus-
aine tilanteesta, jossa voidaan todeta kannabiksen ja kokaiinin käytön ja tuot-
tamisen lisääntyneen eri maissa, mikä näkyy suurissa huumetakavarikoissa.
Myös käyttäjien nuori ikä sekä yliannoskuolemat ovat lisääntyneet. (Rönkä &
Markkula 2020.)

Suomessa kuntien vastuulla on päihdepalveluiden järjestäminen, jota sääde-
tään päihdehuoltolaissa (17.11.1986/41), Sosiaalihuoltolaissa
(30.12.2014/1301), terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) sekä opiaattiriip-
puvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa koskevassa asetuksessa

(17.1.2008/33). Päihdepalvelujen järjestämistä ohjataan sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksissa sekä kansallisella tasolla mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa. Suomessa päihdeongelmaisten hoito kuuluu hoitotakuun piiriin, hoitoon tulee päästä 3 kuukauden kuluessa. (Schneider ym. 2016, 7.)

Jos tarkastellaan muutamaa Pohjoismaata, Ruotsissa päihdehuollon järjestämisen vastuu kuuluu kunnalliselle sosiaalihuollolle, joka jakaa vastuun maakäräjien ja valtion kanssa. Sosiaalihuollon vastuulla on pitkäaikainen huolto, hoito ja kuntoutus ja maakäräjien vastuulla on terveydenhuolto somaattisesta ja psykiatrisesta hoidosta. (Schneider ym, 2016, 8.)

Ruotsin sosiaalipalvelulaki Socialtjänstlag (6.7.2001/453) velvoittaa sosiaalihuoltoa huolehtimaan päihteiden väärinkäytön ja riippuvuuden ehkäisystä ja hoidon aktiivisesta tarjoamisesta. Terveydenhuoltolaissa Hälsö- och sjukvårdslag (30.12.2010/1326) ohjataan maakäräjien vastuulla olevaa lääketieteellisen ehkäisyn ja hoidon järjestämistä. Kunnat ovat veloitettuja yhteystyöhön maakäräjien kanssa sosiaalipalvelulain (6.7.2001/453 2:7) pykälän velvoittaessa. Ruotsissa on myös laki päihdehoidosta tietyissä tapauksissa, jossa mm. pakkohoitoa käsitellään lagen om vård av missbrukare i vissa fall (14.6.1988/870). Sosiaali- ja terveysterveyspalvelua valvoo IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Ruotsissa kansalaisilla ei ole käytössä hoito takuuta. (Schneider ym. 2016, 8.)

Norjassa terveydenhuoltolaki Helse- og omsorgstjenesteloven (24.6.2011/30) velvoittaa järjestämään päihdehoidon, joka luokitellaan erikoissairaanhoidoksi ja jonka päävastuu on valtiolla. Tämä määrittää erikoissairaanhoitolaissa Spesialisthelsetjenesteloven (2.7.1999/61). Norjassa erikoissairaanhoitoon kuuluu huumeiden käyttäjät ja opiaattikorvaushoito. Päävastuu hoidon järjestämisestä kuuluu neljälle valtion rahoittamalle yksityiselle terveydenhuoltoyritykselle. Hoidon järjestämistä valvoo terveysterveysto. Norjalla on käytössä hoitotakuu, joka velvoittaa päihdeongelmaisen hoidon tarpeen arvioinnin 30 vuorokauden sisällä. (Schneider ym. 2016, 9.)

Tanskassa päihdepalvelujen järjestäminen ja rahoittaminen on kuntien sosiaalipalveluiden vastuulla. Päihdehoidosta on määritetty kaksi lakia: huumehoitoa koskeva palvelu laki Serviceloven (17.11.2015/1284) ja alkoholiongelmaisten

hoitoa koskeva terveydenhuoltolaki Sundhedsloven (28.2.2018/191). Kuntien tehtävänä on järjestää palvelut itse tai tekemällä palvelusopimuksia muiden julkisten tai yksityisten toimijoiden kanssa. Tanskassa päihdepalvelulaitokset ovat itsenäisiä, eivätkä ole kytköksissä sosiaalihuoltoon, psykiatriaan, somaattiseen hoitoon tai kriminaalihuoltoon. Tanskassa toimii sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, jota valvoo terveysvirasto sekä sosiaalivirasto. Tanskassa on käytössä hoitotakuu, joka oikeuttaa hoitoon pääsyn 14 vuorokauden sisällä sekä oikeuden valita hoitava taho. (Schneider ym. 2016, 12.)

2.3 Mielen terveyden häiriö

Mielen terveyshäiriö, on yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille. Niihin ei lukeudu tavalliset arkielämään liittyvät reaktiot, kuten normaali suru. (Hämäläinen ym. 2017, 224.)

Mielen terveys on osa hyvinvointia, tila, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään normaalista elämään kuuluvasta paineesta ja pystyy työskentelemään tuottavasti sekä ottaa osaa yhteisönsä toimintaan. (Mieli.fi 2019.)

Mielen terveys vaikuttaa erittäin olennaisesti fyysiseen terveyteen ja on välttämätöntä yleisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perustalle. Mielen terveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se muokkautuu koko elämän ajan. Mielen terveyteen vaikuttavat monet sosiaaliset, taloudelliset ja biologiset tekijät. (Vorma ym. 2020.)

Mielen terveyden häiriöstä on kyse silloin, kun ajatukset, tunteet, mieliala tai käytös haittaavat toimintakykyä, ihmissuhteita tai aiheuttavat kärsimystä. Vakavat mielen terveyden häiriöt voivat lamauttaa täysin. Mielen terveyteen kuuluu kyky säilyttää toimintakyky oireista huolimatta. Jos oireista tulee pitkäkestoisia tai ne rajoittavat elämää, on silloin kyse häiriöstä tai sairaudesta. (Huttunen 2017.)

Mielen terveyden häiriöt voivat ilmetä monella eri tavalla. Ei ole olemassa kaikille yhteistä oirekuvaa. Vaikeudet ovat yleensä jokapäiväisiä, mieltä painavia ja ne ovat uhka henkiselle hyvinvoinnille. Mielen terveyden häiriöitä sekä

sairauksia on monia. Niiden ryhmittely tapahtuu tyypillisten oireiden mukaan. (Huttunen 2017.)

Suomessa mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään Maailman terveysjärjestön laatimaa ICD-10-tautiluokitusta. Tautiluokitus ICD-10 keskeisimmät mielenterveyshäiriöt ovat ahdistuneisuushäiriö, psykoottinen häiriö ja mielialahäiriö, johon kuuluu kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennus. (Hämäläinen ym. 2017, 224.)

Väestötutkimuksen mukaan Suomessa sekä muissa länsimaissa mielenterveyden häiriöitä esiintyy vuodessa noin 20 - 30 prosentilla väestöstä. Tyypillisimmät häiriöt ovat ahdistuneisuushäiriö ja depressio. Psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on noin 3,5 prosenttia, ja noin 1 prosentti suomalaisista sairastaa Skitsofreniaa. Psykoosisairauksiin kuuluu skitsofrenian lisäksi psykoottinen depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. (THL 2019.)

2.4 Päihdehäiriö

Päihdehäiriö luokitellaan mielenterveyden häiriöksi. ICD-10-tautiluokituksessa yleisimmin käytettävät päihteet ovat alkoholi, lääkkeet, kannabis ja amfetamiini. Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kolmeen eri osaan: alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Riskikäyttäjän alkoholin käyttömäärä ylittää määritellyt riskirajat, mutta alkoholin käyttö ei vielä aiheuta selkeästi tunnistettavia ja määriteltäviä fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Alkoholiongelmaisen alkoholinkäyttö on pakonomaista sekä hallitsematonta, vaikka alkoholi aiheuttaa haittoja. (THL 2019a.)

Tutkimusten mukaan Suomessa 4 prosenttia yli 29-vuotiaista kärsii alkoholiriippuvuudesta. Alkoholiriippuvuus on vielä yleisempää nuorten aikuisten miesten keskuudessa. Alkoholi on merkittävä työikäisten kuolemien aiheuttaja. Päihderiippuvuus voi kuitenkin kehittyä missä iässä tahansa. (THL 2019a.)

Suomessa huumeiden käyttö on seurannut kansainvälisiä virtauksia. Ensimmäinen huumeaalto oli 1960-luvulla, toinen 1990-luvulla, jonka jäl-

keen käyttö ei ole osoittanut laantumisen merkkejä, vaan on lisääntynyt erityisesti 25 – 34-vuotiailla. Vuoden 2018 tutkimuksen mukaan 24 prosenttia 15 – 69-vuotiaista kertoivat kokeilleensa joskus kannabista. Myös jätevesitutkimukset osoittavat, että amfetamiinin, kokaiinin ja ekstaasin käyttö on lisääntynyt 2010-luvulla. Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä vuosilta 2012 ja 2017 tehdyissä arvioissa on lisääntynyt runsaasti. (Rönkä & Markkula 2020, 18.)

Huumausaineiden ja muiden päihdyttävien aineiden käyttöä ja riippuvuutta on luokiteltu alkoholiongelman tavoin ICD-10-tautiluokituksessa. Huumausaineiden käyttö eroaa yhteiskunnan näkökulmasta merkittävästi alkoholin ja lääkkeiden käytöstä. Huumausaineiden hallussapito ja käyttö on kriminalisoitu Suomen laissa (Huumausainelaki 30.5.2008/373).

Päihderiippuvuus on kyseessä silloin, kun ihmisellä on tarve saada päihtyä eikä hän hallitse riippuvuuttaan, vaan riippuvuus hallitsee käyttäjää. Riippuvuus voidaan määritellä krooniseksi tai relapsoivaksi, eli toistuvaksi käytöksi. Riippuvuus voidaan luokitella psyykkiseksi, fyysiseksi tai sosiaaliseksi tai kaikkien näiden yhdistelmäksi. Fyysisestä riippuvuudesta ilmenee elintoimintojen häiriöitä, jotka ilmenevät vieroitusoireina. Psyykkisessä riippuvuudessa käyttäjä kokee päihteen vaikutuksen hyvinvoinnilleen välttämättömäksi ja sosiaalisessa riippuvuudessa käyttäjä yhdistää sen tiettyyn sosiaaliseen tilanteeseen, jossa päihteenä on keskeinen asema. (Havio ym. 2008, 42.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa eri maiden mielenterveys- ja päihdehoidon toimivuudesta palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudesta. Tutkimuskysymys työssämme on:

Miten aikuiset mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät kokevat palveluiden toimivuuden?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Aihetta on Suomessa tutkittu paljon, mutta kansainvälisesti käsitteleviä palvelujärjestelmiä on vähän. Tästä syystä päädyimme tutkimaan aihetta palveluiden käyttäjän eli asiakkaan näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteitä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan arvioida jo olemassa olevaa teoriaa sekä muodostaa kokonaiskuva asiakokonaisuudesta tai aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä voi olla tunnistaa ristiriitaisuuksia tai ongelmia. Kirjallisuuskatsauksen merkitys tutkimustyön välineenä on kiistanaton. (Stolt ym. 2016, 7.)

Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan, jotka ovat: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. Kirjallisuuskatsauksen erilaisia tyyppisiä on löydetty jopa 14, osa niistä on kuitenkin vain hyvin vähän toisistaan eroavia. Tämä voi usein aiheuttaa hämmennystä varsinkin aloittelevien tutkijoiden parissa (Stolt ym. 2016, 8 - 9.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, ilman tiukoja rajoituksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan sekä laadullisen vastauksen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiksi määritellään tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten arvioiminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä, ja sen tarkoituksena on kuvata ilmiötä kerätyn aineiston perusteella sekä tuottaa ajankohtaista ja jo tutkittua tietoa. (Kangasniemi ym. 2013, 291.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidetään ensisijaisesti sen argumentoitavuutta. Menetelmää on kritisoitu kuitenkin sen subjektiivisuuden vuoksi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiden täsmentäminen, auttaa kehittämään kirjallisuuskatsausta menetelmänä ja parantamaan sen hyödyn-

nettävyyttä. Ensisijaisesti kirjallisuuskatsaus on kuitenkin keskeinen väline tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnissa. (Kangasniemi, ym. 2013, 291.)

4.2 Tutkimusaineiston haku ja valinta

Kirjallisuuskatsauksessa käytimme tutkimuksia eri maiden mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä. Suomessa ulkomaisista päihde- ja mielenterveyshoitoista tutkittua tietoa löytyi varsin vähän, joten suurin osa tutkimuksistamme on tieteellisiä artikkeleita, jotka ovat englanninkielisiä. Aineiston haku ja valinta ovat luotettavuuden kannalta keskeisin vaihe, ja hauissa on otettu huomioon opinnäytetyöhön vaadittavat kriteerit. Huomioimme erityisesti tutkimuksissa palveluiden toimivuutta ja hoitoa. Hyödynsimme hakusanojen tarkentamisessa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun informaation ohjausta.

Aineisto kerättiin eri hakukoneista Boolean tekniikkaa hyödyntäen. Hakuja tehtiin yhdistämällä eri sanoja. Hakusanoja yhdistivät JA - TAI sekä englannin kielisissä hakusanoissa AND sekä OR. Tiedonhaun rajasimme viiteen vuoteen, 2015 vuodesta eteenpäin vuoteen 2020 ja hakukielenä käytimme englantia ja suomea. Lisäksi käytimme myös manuaalisia hakuja, joista ei tosin löytynyt yhtään tutkimustyöhön sopivaa työtä. Sisäänottokriteerit olivat: väitöskirjat, pro gradu- tutkimustyöt, tieteelliset artikkelit ja ylemmän ammattikorkeakoulun työt, jotka ovat maksuttomia. Poissulkukriteereinä olivat ammattikorkeakoulun työt, ennen vuotta 2014 tehdyt työt, muilla kielillä tehnyt tutkimukset ja maksulliset aineistot. Nämä ovat esiteltävänä työssämme (taulukko 1). Aineiston tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten laadun arviointi toteutettiin mukailien suomenkielistä Joanna Briggs -kriteeristöä. (Hotus 2018.)

Hakukoneina käytimme medic-tietokantaa, Finna-tietokantaa, Pubmed-tietokantaa sekä Cinahl-tietokantaa. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme: *patient satisfaction or patient experiences or patient perceptions or patient attitudes AND mental health services AND substance abuse* ja suomen kielisinä hakusanoina: *mielentervey** OR *psyk** OR *päihde** OR *riippuvuu** AND *palvelujärj** OR *hoitok** OR *hoitos**. Medic-tietokannasta löytyi englannin kielellä 80

osumaa, joista ei valittu yhtään tutkimusta. Suomen kielellä tuli 127 osumaa, josta valittiin 2 tutkimusta. Finna-tietokannasta englanninkielisinä hakusanoina löytyi 176 osumaa, mutta työn nimen ja tiivistelmän luvun jälkeen ei löytynyt yhtään tutkimusta, jota olisimme voineet käyttää työssämme. Pubmed-tietokannasta englanninkielisillä hakusanoilla löytyi 426 osumaa, josta läpi käytiin 19 tutkimusta ja lopulta mukaan otettiin 8 tutkimusta.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit:	Poissulkukriteerit:
Väitöskirja, pro gradu- tutkielma, teollinen artikkeli, YAMK-opinnäytetyöt	AMK-tason opinnäytetyö
vuosina 2015 - 2020 julkaistut teokset	Ennen vuotta 2014 julkaistut teokset
Kielet suomi, Englanti	Muut kielet
Maksuton aineisto, sähköinen aineisto tai palvelu	Maksulliset aineistot

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen teko aloitetaan perehtymällä valittuihin tutkimuksiin eikä siihen ole vain yhtä tiettyä ohjeistusta. Tutkimuksissa tulee kuvata tutkimusten sisältö, kirjoittajat, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus ja tulokset sekä tuloksiin liittyvät heikkoudet ja kehittämistarpeet. Tutkimuksen arviointi on yksi osa tutkimuksen valinta prosessia. Luotattavuutta lisää, jos haun ja arvioinnin on suorittanut vähintään kaksi ihmistä itsenäisesti. (Stolt ym. 2016, 28.)

Aineiston analyysi koostuu yhteenvetona valituista tutkimustuloksista ja laatua määrittää tulosten määrä, yhdenmukaisuus ja soveltuvuus. Tämä voidaan toteuttaa joko deduktiivisesti eli sisällönanalyysi pohjautuu etukäteen laadittuun analyysirunkoon aikaisemmasta kirjallisuudesta pohjautuen tai induktiivisesti, joka etenee aineiston perehtymisen jälkeen sen analyysiyksikön nimeämiseen, jossa voidaan käyttää sanaa, lausetta, sanaparia tai ajatuskokonaisuutta. Tämän jälkeen aineistosta poimitaan analyysiyksiköt pelkistäen. Sen jälkeen käydään läpi aineisto ja etsitään yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia ja

kootaan tarkasti tutkimuksen tulos sekä johtopäätökset, minkä jälkeen tutkimuksista on helpompi luoda looginen kokonaisuus, eli synteesi. Tutkimuksessa voidaan käyttää taulukointeja ja kuvioita. (Stolt ym. 2016, 31.)

Opinnäytetyömme analysoidaan teema-analyysin eli teemoittelun avulla. Teemoittelu on yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä. Teemoittelussa aineistosta nostetaan esiin tarvittavia keskeisiä asiakokonaisuuksia ja usein esiintyviä yhteisiä piirteitä. Teemoittelua hyödynnetään taulukoiden avulla, jotka havainnollistavat aineistosta keskeisiä seikkoja muodostaen niistä yhteisiä tekijöitä. Tämän jälkeen aiheet ryhmitellään, minkä jälkeen tutkimuksia tarkastellaan syvällisemmin. Tulokset muodostuvat tulkinnoista ja analysoinnista. (Koppa 2016.)

Aineiston analyysin aloitimme lukemalla katsaukseen valitut tutkimukset läpi. Tekijät on taulukoitu tutkimustaulukkoon (liite 1) Teemoittelun ensimmäisessä vaiheessa etsittiin sopivia lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseemme. Rajasimme aineistoista pois sellaisen tiedon, joka ei vastannut tutkimuskysymykseemme.

Teemoittelun pääluokiksi muodostuivat: hoidon osallisuus, hoidon tyytyväisyys ja leimaantumisen pelko. Useissa tutkimuksissa käytettiin palveluiden käyttäjästä eri nimeä, kuten potilas, kuntoutuja tai asiakas. Mielenterveyspalveluiden käyttäjästä käytettiin useimmiten nimitystä kuntoutuja tai potilas, kun taas päihdepalvelun käyttäjiä kutsuttiin useimmiten nimityksellä asiakas. Päädyimme tutkimuksessamme käyttämään yhteisesti nimeä käyttäjä, joka kuvaa mielestämme parhaiten meidän työssämme käyttämien palveluiden käyttäjää.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kirjallisuuskatsauksemme tutkimustulokset esitetään teemoittelu-taulukon mukaisesti. (liite 3.) tutkimuksessa muodostui kolme teemaa: jotka olivat hoidon osallisuus, hoidon tyytyväisyys, ja leimaantumisen pelko.

5.1 Hoidon osallisuus

Thimmin ym. (2017, 4 – 5.) mukaan norjalaisella klinikalla käyneistä psykiatrisen avohoidon palveluiden käyttäjästä yli puolet koki osallisuuden hoitoon korkeaksi tai erittäin korkeaksi. Käyttäjien hoidon tyytyväisyys on yhteydessä käyttäjien hoitoon osallistamisessa. Käyttäjistä alle puolet koki, etteivät he olleet lainkaan tai vain joissain määrin mukana tärkeissä hoitopäätöksissä. Yhteistyö ja yksimielisyys hoidon tavoitteista nousi tärkeäksi hoidon onnistumisessa ja sen osoitettiin parantavan hoidon tuloksia. Erityisen hyvinä asioina osallisuudessa koettiin vuorovaikutus ja tiedon oikeanlainen jakaminen. Psykiatristen häiriöiden hoidon teoreettinen perusta voi vaikuttaa käyttäjien hoidon osallistumisen tasoon sekä se, että tietyn lähestymistavan arvopohjainen kriittinen tarkastelu voi lisätä käyttäjien osallistumista.

McCallumin ym. (2015, 834 – 837.) mukaan mielenterveys- ja alkoholiongelmista kärsivistä 34:stä käyttäjästä suurin osa arvosti osallisuutta ja halusivat osallistua hoitoon koskevaan päätöksentekoon. Vain pieni osa käyttäjistä ilmoitti tyytymättömyyttä osallistua omaan hoitoprosessiinsa. Joidenkin käyttäjien mielestä lääkitys vieroitusoireisiin oli liian vähäistä. Käyttäjille tärkeiksi asioiksi nousi hoitoon pääsyn sujuvuus, intensiivinen hoito ja erilaiset hoitomenetelmät. Käyttäjät myös toivoivat hoidolta keskittymistä myös psykososiaalisiin tarpeisiin kuten: asuminen, kriisit, perhe ja elämäntavat. Käyttäjät korostivat, että erilaisten sosiaalisten ja psyykkisten tarpeiden ja taitojen oppimisella oli merkitystä toipumiselle ja auttoi heitä kehittämään selviytymiskeinoja tunnesäätelyyn, ahdistukseen, stressiin ja alkoholinkäyttö himoon.

Haskellin ym. (2016, 1 – 2.) mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävät henkilöt sekä heidän perheenjäsenensä toivoivat, että heidän näkemyksensä hoidon suhteen otettaisiin paremmin huomioon. Palvelunkäyttäjät ja heidän perheenjäsenensä toivoivat, että heitä otettaisiin hoitoon ja hoidon suunnitteluun nykyistä enemmän. Tutkimustuloksista on nähtävillä, että palvelunkäyttäjät ja heidän omaisensa toivovat palvelujärjestelmien toimivan kokonaisvaltaisemmin huomioidakseen palvelunkäyttäjän perheenjäsenet. Palvelunkäyttäjien vastauksissa korostui hyvä vuorovaikutus hoitavan tahon kanssa sekä palvelujärjestelmän henkilökunnan kyky kunnioittaa palvelunkäyttäjää ja tämän itsemääräämisoikeutta sekä taito kuunnella palvelunkäyttäjää.

Tutkimukseen osallistuneet vastaajat toivoivat, että mielenterveys- ja päihdepalveluita tuottavien organisaatioiden henkilöstö ymmärtäisivät palvelunkäyttäjien kielteiset kokemukset hoidostaan. Palvelunkäyttäjät toivat esiin, että kielteisten kokemusten perusteella on mahdollisuutta tunnistaa tekijöitä, joiden avulla palvelujärjestelmää voidaan kehittää. Tutkimuksessa selvitettiin mielenterveys ja päihdepalveluiden käyttäjien ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia mielenterveys- ja päihdepalveluista. Tutkimus toteutettiin Iso-Britanniassa ja siihen osallistui 73 palvelunkäyttäjää ja heidän 41 perheenjäsentään.

Larsenin ym. (2016, 5 – 7.) mukaan kartoitettiin käyttäjien ja henkilökunnan äänen kuulemisen esteitä palveluiden parantamiseksi ja käyttäjien osallistumisesta palveluiden kehittämiseen. Tutkimus toteutettiin vapaaehtoisesti hoidossa oleville Norjan sairaalahoitoyksikössä, jossa opioidien ylläpitohoito kuului osana palvelua. Tutkimuksessa kävi ilmi, että palvelunkäyttäjän ääntä pidettiin tärkeänä mutta ei ratkaisevana hoidon suhteen. Vaikka osallistaminen oli tärkeä tavoite, päätöksenteon rajoittaminen henkilökunnan toimesta, saattoi voimistaa epätasapainoa käyttäjien ja henkilökunnan välillä. Tähän saattoi myös vaikuttaa käyttäjien ja henkilökunnan välinen eikä eri päihteistä hoidossa olevien käyttäjien keskinäinen hierarkia. Monet käyttäjät jopa pelkäsivät puhua ajatuksistaan, jotta he eivät tulisi väärinymmärretyiksi tai väärin diagnosoiduiksi. Vastavuoroisuutta pidettiin tärkeänä osana hoidon laatua. Aiemmat tutkimukset osoittavat palvelunkäyttäjien osallistumisen palvelunkehitykseen olevan välttämätöntä, jotta voidaan taata parempia mielenterveys- ja päihdepalveluita tulevaisuudessa.

Lagon ym. (2017, 7.) mukaan vuorovaikutus palveluiden käyttäjän ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeää. Käyttäjän ja henkilökunnan välille suositellaan lisää vuorovaikutusta, selkeyttä ja rakenteita, joilla palvelunkäyttäjä voi esittää toiveita ja mahdollisuuksia hoitonsa suhteen. Myös tässä tutkimuksessa korostui käyttäjän itsemääräämisoikeuden tärkeys hoidon toimivuuden kannalta.

5.2 Hoidon tyytyväisyys

McCallumin ym. (2015, 834.) mukaan käyttäjien hoidon tyytyväisyyteen vaikutti hoidon tehokkuus, tukisuhteet, kokonaisvaltainen hoito ja hoidon jatkuvuus. Tärkeää oli myös henkilökunnan asenteet. Hoidon tyytyväisyys yhdistettiin käyttäjien parempaan vointiin, parempiin hoitotuloksiin kuten kliinisen tilan parantumiseen ja vähentyneeseen alkoholin käyttöön. Henkilökunta, joilla oli vahvoja tunnetaitoja, kuten empatiaa, ymmärrystä sekä kunnioitusta käyttäjää kohtaan, vaikuttivat käyttäjiin positiivisesti, lisäämällä heidän hoidon tyytyväisyyttä joka vähensi stigmaa, eli käyttäjän häpeäilemää. Käyttäjät, joilla alkoholin liikakäytön lisäksi oli myös mielenterveysongelmia, kokivat hoidon tyytyväisyyden huonommaksi. Nämä käyttäjät tarvitsivat enemmän psyykkistä apua ja lääkitystä oireiden vähentämiseksi. Monet käyttäjät etsivät fyysisen ja henkisen terveytensä välittömiä vaikutuksia ja ilmaisivat olevansa turhautuneita koska hoidolla ei ollut välitöntä vaikutusta heidän vointiinsa. Käyttäjät kokivat tärkeäksi henkilökunnan ja käyttäjien keskinäisen vuorovaikutuksen. Käyttäjille saattoi tulla kokemus, että henkilökunnalla ei ollut riittävää ja tarvittavaa ymmärrystä riippuvuuksista. Tämä saattoi lisätä käyttäjän itsesyytöksiä. Jotkut henkilökunnasta suhtautuivat käyttäjiin arvostelemalla, mikä aiheutti käyttäjissä syyllisyyttä ja väärin ymmärretyksi tulemisen tunteita. Jotkut käyttäjät olivat sitä mieltä, että henkilökunta ei hyväksy heitä.

Lagonin ym. (2017, 7.) tutkimuksessa kolme epäluottamuksen tasoa olivat epäluottamus hoitoon, epäluottamus käyttäjään ja epäluottamus käyttäjän omanarvontuntoon. Nämä voivat joko lisätä tai vähentää hoidon vastetta ja tyytyväisyyttä. Käyttäjien mukaan, heidän luottamuksensa tärkein ehto, oli päihteettömyys mutta he silti toivoivat lisää tukea ja ymmärrystä läheisiltä, yhteisöistä, hoitohenkilökunnalta ja julkiselta terveydenhuollolta.

Khanin ym. (2018, 2 – 10.) mukaan käyttömäärät laskivat terveydenhuollon palveluissa ja avohoidoissa. Huumeidenkäytön vähentyminen lisäsi tyytyväisyyttä hoitoon. Tyytyväisyys luokiteltiin tyytyväisyytenä psykososiaaliseen neuvontaan, virkistys- ja ammattikoulutustoimintaan, henkilöstöön, sosiaaliseen tukeen, terveydenhuoltoon saatavuuteen ja uskonnolliseen opetukseen. Tukikeinot tarjosivat apua arkeen kiinnittymisessä, mikä vähensi huumeiden käytön jatkumista. Tutkimukseen osallistui 96 käyttäjää.

Urbanoskin ym. (2017 4 – 8.) mukaan 11 % tutkimukseen osallistuneista ilmoitti käyttäneensä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Yksi kymmenestä täytti kriteerit mielenterveys- ja päihdehäiriölle ja yksi kuudesta ilmoitti kokeneensa palvelujen tarvetta. Yli puolet päihdehäiriöistä kärsineistä eivät saaneet hoitoa, ja heidän joukossa epävirallinen tuki oli yleisintä. Kanadassa syn-tyneet, alhaisemman koulutustason omaavat sekä korkeamman tulotason omaavat eivät todennäköisesti saaneet hoitoa ollenkaan. Kanadassa mielen-terveydenhuollon hoitomuodot eivät kuulu sairausvakuutuksen piiriin. 74 % mie-
liala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien ja 88 % niistä, joilla oli samanaikai-
sesti esiintyviä häiriöitä, pääsivät palveluihin mielenterveyden erikoissaira-
hoitoon. Kaikki käyttäjät eivät tunne tarvetta hoitoon, eivätkä kaikki hoidon
saaneet koe tyytyväisyyttä hoitoon. Tämä ei kuitenkaan suoraan tarkoita sitä,
että hoito olisi tehotonta. Tyytymättömyyttä ei niinkään kuvattu hoidon laadulla
vaan hoidon pääsyn vaikeutena.

Viertiön ym. (2017, 292-300.) mukaan naiset käyttävät selvästi miehiä enem-
män perusterveydenhuollon tai muun hoitopaikan palveluja mielenterveyson-
gelmien vuoksi tilastollisesti merkittävästi enemmän. Avun hakemisessa ei
vuosien 2012 - 2015 välillä näkynyt muutosta. Suhteellisen moni vastaaja il-
moitti käyttäneensä päihdehuollon erityispalveluita mielenterveyshäiriön ta-
kia. Miesten mielenterveydessä näkyi myönteinen muutos, naisilla tätä ei ha-
vaittu. Miehillä todettiin psyykkisen kuormituksen ja alkoholin liikakäytön vä-
hentyneen.

Kasteenpohjan (2018, 103-104.) mukaan Suomessa nuorten aikuisten masen-
nuksen ja ahdistuksen hoito on lisääntynyt, mutta tästä huolimatta osa jää il-
man hoitoa tai pääsee vain välttämättömimmän hoidon piiriin. Välttämätön apu
tulee taata kaikille, joka hakeutuu hoitoon. Hoidolla on kuitenkin positiivinen
suuntaus, sillä kolme neljännestä elinikäisen masennusdiagnoosin saa-
neista oli toipunut 6 - 8 vuoden jälkeen.

5.3 Leimautumisen pelko

Probsin ym. (2015, 5.) mukaan Euroopan maissa terveydenhuollossa asioi-
vista alkoholiongelmallisista vain noin 10 % saa hoitoa, vaikka alkoholin tode-

taankin olevan yksi suurin sairastuvuuden ja kuolleisuuden riskitekijöistä Euroopassa. Tutkimukseen osallistui 1008 henkilöä. Näistä vastaajista 810 ei saaneet omasta mielestään tarvittavaa hoitoa ja 251 antoi erinäisen syyllä olla hakematta hoitoa. Yleisin syy oli ongelmatietoisuuden puute tai ongelman kieltäminen (55,3 %), toiseksi yleisin syy oli häpeän tunne tai leimaantumisen pelko (28,6 %), kolmanneksi yleisin oli ”omat syyt” joihin saattoi sisältyä taloudellisia vaikeuksia tai muita esteitä. Neljänneksi syyksi ilmoitettiin halu selvittää itsenäisesti (22,9 %). Tutkimukset osoittavat alkoholiongelmaisten kokevan leimaantumisen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa suuremmaksi, kuin esimerkiksi pelkästä mielenterveyshäiriöstä kärsivät. Käyttäjät ovat myös toistuvasti raportoineet skeptisyyttä hoitojärjestelmiä kohtaan ja epäilleet hoidon tehokkuutta. palveluiden käyttäjillä ei myöskään ole riittävää tietoa eri hoitovaihtoehdoista, joka voi olla yksi este hoitoon hakeutumiselle. On myös niitä käyttäjiä, jotka eivät halua lopettaa käyttöönsä.

Larsenin ym. (2016, 7.) mukaan palvelunkäyttäjät pelkäävät leimaantumista, joka voi olla syyllä siihen, etteivät he tuo omia näkemyksiään herkästi esille hoitosuhteen aikana. Tutkimuksissa tulee ilmi toistuvasta, että alkoholiongelmaiset kokevat leimaantumisen muiden ihmisten sekä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa suuremmaksi, kuin esimerkiksi pelkästään mielenterveydenhäiriöistä kärsivät.

Suomessa puolestaan havaittiin Viertiön ym. (2017, 297-298.) mukaan, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ei hakeuduta matalalla kynnyksellä leimautumisen pelon vuoksi. Palvelujen piiriin hakeudutaan usein liian myöhään tai hoitoon ei hakeuduta ollenkaan. Hoitoon hakeutumisen korkean kynnyksen vuoksi moni mielenterveys- ja päihdehäiriö jää hoitamatta tai kokonaan diagnosoimatta.

Haskellin ym. (2016.) mukaan käyttäjät toivoivat kunnioittavaa kohtaamista ja arvostusta. Stigmaa tulee vähentää. Palvelujen tulee olla helposti saatavilla ja niiden tulisi vastata yksilön hoidon tarpeita. Perheenjäsenten osallistaminen hoitoon sekä päihteidenkäyttäjien ymmärtäminen on tärkeää kokonaisvaltaisen hoidon laadun suhteen. Käyttäjiltä ja heidän läheisiltään tulee saada lisää tietoa niistä tavoista, joilla hoidon laatua voitaisiin parantaa. Painotuksen tulisi olla mielenterveyden palauttamisessa. Myös häiriöistä kärsivillä tulee

olla mahdollisuus ja oikeus elää toiveikasta sekä tyydyttävää elämää häiriöiden sallimissa rajoissa. Toipumiseen suuntautunut malli korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta myös hoidon saannissa sekä edistää osallisuutta. Kunnioitus sekä kuuntelu ovat siinä avainasemassa.

6 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, sillä muun muassa koronapandemia on lisännyt huolta ihmisten mielenterveydestä sekä päihdeiden käyttämisestä. Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelujärjestelmä on muutoksessa. Sen pyrkimyksenä on tällä hetkellä yhdistää palvelut julkisen terveydenhuollon piiriin, jolla mahdollistettaisiin palveluiden parempi saataavuus. Huolimatta siitä, että mielenterveyden ongelmat ovat kasvussa, silti niihin ohjautuva kuntien terveydenhuollon osuus on laskussa.

Päihde- ja mielenterveysongelmat eivät suinkaan ole ongelma vain kotimaassamme, vaan ongelma on maailmanlaajuinen ja hoidon kustannukset ovat korkeat ja nousussa kaiken aikaa. Mielenterveys sekä päihdepalvelut eivät myöskään jakaudu tasaisesti eivätkä oikeudenmukaisesti, esimerkiksi alueellisesti tai väestöryhmittäin. Palvelujen keskeisenä ongelmana on palvelujen saaminen oikeaan aikaan. Tämä ongelma nostattaa kustannuksia entisestään. Tutkimuksista saadut tulokset vastasivat osin työmme teoreettiseen viitekehukseen. Tiedonhauissa emme varsinaisesti löytäneet mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudesta tietoa, mutta palveluidenkäyttäjien ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia koskevia aiheita oli jonkin verran tutkittu ja näiden kokemusten katsotaan kuitenkin liittyvän palveluiden toimivuuteen. Teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousivat mielenterveys- ja palvelujärjestelmien kehittäminen, hoidon laadun vahvistaminen ja potilaslähtöinen työote. Tutkimustuloksissa esiin nousi myös samat aihealueet palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Teoreettinen viitekehysemme kuitenkin eroaa tutkimustuloksistamme koska viitekehyksessä on avattu lukijalle mielenterveys- ja päihdehoitotyön palvelujärjestelmää sekä yleisimpiä mielenhäiriöitä sekä päihdehäiriö, joita emme tutkimuksissa tai niiden tuloksissa huomioineet. Palvelujärjestelmiä ei myöskään voitu työssä lähteä tutkimaan, koska niistä tietoa ei juurikaan löytynyt. Viitekehyksessä myös avataan näiden häiriöiden taloudellisia kustannuksia, joita emme myöskään tutkimuksessamme huomioineet.

6.1 Tulosten tarkastelu

Thimmin ym. (2020, 1.) mukaan käyttäjien osallistumisesta ja hoidon tyytyväisyydestä on loppujen lopuksi vähän tutkimustietoa, vaikka kansainvälisiä yhteistyösopimuksia ja strategioita on solmittu ja erilaiset lait ohjaavat palveluiden järjestämistä ja käyttäjien oikeutta olla mukana hoitopäätöksissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa tulee ilmi haasteet, jotka kohdistuvat palveluiden käyttäjiin osallistumisen toteuttamiseksi mukaan lukien psykiatristen avohoidon käyttäjien kokemuksista. Hoitoon osallistumisesta tiedetään edelleen liian vähän.

Larsenin ym. (2018, 2.) mukaan maailman terveysjärjestön (WHO) toimintasuunnitelmassa vuosille 2013 – 2020 mainitaan tavoitteena olevan palveluiden käyttäjien osallistumisen parantaminen. Palveluiden käyttäjien osallistuminen on palveluiden kehittämisen ja tutkimuksen kannalta kansainvälinen tavoite. Käyttäjän osallistumisen esteet voivat haitata käyttäjien näkökulmien saatavuutta ja tehokkuutta palveluiden kehittämisessä. Tietoisuus vastavuoroisista vaikutusmahdollisuuksista, saattaa edistää palveluiden käyttäjien kuulemistä palveluiden kehittämisessä.

McCallumin ym. (2015, 837.) mukaan alkoholinkäyttöhäiriöiden tavanomaiset hoidot eivät välttämättä vastaa täysin käyttäjien tarvetta, joilla on samanaikaisesti riippuvuusongelma sekä mielenterveydenhäiriöitä. Alkoholinkäyttöhäiriöt ovat yksi suurimmista sairastuvuuden ja kuoleman syistä Australiassa. Alkoholiongelma on yleensä krooninen ja käyttäjän ennuste huono.

Haskelin ym. (2016, 1 – 2.) mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat merkittäviä kansanterveysongelmia, joita esiintyy usein myös väkivallan yhteydessä. WHO:n alkoholiraportin mukaan noin 5 % sairauksista ja vammoista johtuu alkoholinkäytöstä. Käyttäjien omia näkemyksiä tulisi enemmän ottaa huomioon sekä kunnioittaa niitä. Hoidon tyytyväisyyttä lisää hyvä vuorovaikutus ja hyväksynnän tunne. Kulttuurin arvostus. Tarvitaan lisää palveluita, jotka takaavat hoidon jatkuvuuden sekä yhteistyön eri terveydenhuollon osa-alueilla. Palveluita tulisi integroida, jotta kyettäisiin vastaamaan paremmin käyttä-

jien yksilöllisiin tarpeisiin. Ymmärryksen lisääminen positiivisiin kuin myös negatiivisiin hoitokokemuksiin sekä tunnistaa niitä tekijöitä, jolla hoitojärjestelmää voidaan parantaa olisi suotavaa.

Khanin ym. (2018, 2.) mukaan Aasiassa huumeidenkäyttäjät voidaan ilman asianmukaista prosessia pakottaa pakollisiin huumeidenkäyttäjien säilöntä keskuksiin (CDDC), jota on kritisoitu myös erilaisista ihmisloukkauksista, mukaan lukien ulkopuolinen ja määrittämätön säilöönnotto, pidätettyjen fyysinen hyväksikäyttö, kidutus sekä lääketieteellisen hoidon epääminen ja riittämätön tarjonta. Kansallinen huumeidenkäyttövirsto on luonut uudet vapaaehtoiset huumeidenhoito-ohjelmat (Cure and Care (C&C) centrals), jotka tarjoavat ilmaiseksi pääsyn riippuvuuspalveluihin mukaan lukien metadon-ylläpito-hoidon. Urbanoskin ym. (2017, 558) Kanadalaisessa tutkimuksessa toteavat, että joissakin potentiaalisesti haavoittuvassa asemassa olevissa väestöryhmissä on edelleen aukkoja palveluissa. Näihin tarvittaisiin lisää käytännönratkaisuja. Erityisesti puute viittaa huumeidenkäyttöön tarkoitettuja palveluita.

Probsin ym. (2015, 8.) mukaan alkoholin käyttöhäiriöt ovat mielenterveydellisiä häiriöitä, jonka hoitoaste on pieni. Alkoholiongelmat ovat yksi tärkeimmistä sairastuvuuden ja kuolleisuuden riskitekijöitä Euroopan maissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että käyttäjät saattavat lykätä hoitoon hakeutumista vuosia tai heillä saattaa olla lukuisia yrityksiä lopettaa alkoholin käyttö. Osa ei edes halua lopettaa.

Lagon ym. (2017, 2.) mukaan päihteidenkäytön haittojen vähentäminen on yksi merkittävimmistä kansainvälisistä strategioista. Yksi pyrkimyksistä on vähentää huumeiden käytöstä johtuvia terveydellisiä, sosiaalisia sekä taloudellisia haittoja. Haittojen vähentämisellä pyritään parantamaan huumeidenkäyttäjien ihmisarvoa. Huumeidenkäyttäjiä ei tule tuomita vaan heille tulee osoittaa ymmärrystä ja myötätuntoa. Käyttäjille tulee tarjota mahdollisimman korkealaatuisia terveydenhuollonpalveluita, jolla voidaan ehkäistä huumeidenkäyttöön liittyviä terveyshaittoja.

Kasteenpohjan (2018, 7 – 8.) mukaan masennus ja ahdistuneisuushäiriöt väestön keskuudessa ovat hyvin yleisiä mutta edelleen alidiagnosoituja sekä

hoidettuja. Nuoret aikuiset hakeutuvat hoitoon aiempaa useammin, mutta hoidonlaadussa on edelleen puutteita, eikä kaikki hakeudu hoidon piiriin edelleenkään. Masennus ja ahdistushäiriön ilmaantuvuus korkeimmillaan varhaisaikuisuudessa. Tunnistaminen ja asianmukainen hoito erityisen tärkeää. Koulutuspoliittiset ratkaisut nousevat tärkeiksi asiakokonaisuuksiksi, jotta mielen- ja päihdehäiriöstä kärsivillä koulutuksen jatkuvuus voidaan taata koulutuksen aikana ja sen jälkeen.

Haskelin ym. (2016, 1.) mukaan mielen- ja päihdehäiriöt ovat myös merkittävä kansanterveyden huolenaihe. Usein mielen- ja päihdehäiriöillä yhteys väkivaltaan. Palvelujen parantamiseksi tärkeää ymmärtää häiriöstä kärsiviä sekä heidän perheenjäseniään. Mielen- ja päihdehäiriöiden haasteet ovat usein liitoksissa päihteiden käyttöön sekä lisäävät väkivallan uhkaa elämässä. Toisaalta mielen- ja päihdeongelmaiset eivät ole väkivaltaisia, mutta heidän elämässään esiintyy enemmän väkivaltaa kuin henkilön, joka ei näistä häiriöistä kärsi. Esimerkiksi parisuhdeväkivallasta kärsivillä on huonompi mielen- ja päihdehäiriöiden verrattuna niihin, jotka eivät ole parisuhdeväkivallasta kärsineet.

Viertiön ym. (2017, 292-300.) mukaan hoidon kehittämisen kannalta on tärkeää kehittää perusterveydenhuoltoa, psykiatrista avohoitoa ja päihdehuollon erikoispalveluita yhdessä, mikä varmistaa kansalaisten yhtäläisen pääsyn matalan kynnyksen palveluihin sekä tarvittaessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai päihdehuollon erityispalveluihin. On myös varmistettava henkilökunnan riittävä osaaminen ja huolehdittava riittävästä resursseista. Mielen- ja päihdeongelmiin tulisi saada apua myös samasta paikasta. Toimivat hoitoketjut ovat lopputuloksen kannalta olennainen asia.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksemme on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jossa noudatetaan tiedeyhteisön tunnusomaisia toimintatapoja. Näitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa sovelletaan kriteerien mukaista tiedonhankintaa, sekä tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Työssämme olemme huomioineet tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvan avoimuuden ja vastuullisuuden, kunnioittaen muiden tutkijoiden tekemiä töitä viittaillen heidän julkaisujen kuuluvan arvon mukaisesti. Tutkimussuunnitelma, toteutusten ja

raportointi on tehty tieteellisen vaativuuden edellyttämällä tavalla sekä lähde merkinnät ovat tehty asiallisesti ja luotettavasti. (Varantola 2013.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että työ on tekijöiden ensimmäinen ammattikorkeakouluohjainen työ. Tutkimusten luotettavuutta voivat myös heikentää englanninkieliset artikkelit, joiden suomentamiseen meni työssä paljon aikaa. Voidaan kuitenkin todeta, että englanninkielisiä artikkeleita lukiessa pitkästä työhistoriasta päihde- ja mielenterveystyöstä oli paljon hyötyä koska ymmärsi palveluiden käyttäjän näkökulmia. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessamme on käytetty alkuperäistutkimuksia sekä työ tarkistetaan urkund-sovelluksessa, joka poissulkee plagioinnin mahdollisuuden.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksemme on: miten aikuiset mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät kokevat palveluiden toimivuuden? Opinnäytetyön tutkimus tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetuksessa sekä kansainvälisyyttä tukevissa opinnoissa erityyppisistä toteutetuista mielenterveys ja päihdehoitotyöstä. Lisäksi tietoa voidaan hyödyntää mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä.

Potilaiden osallistamisesta ja hoidon tyytyväisyydestä on loppujen lopuksi vielä vähän tietoa, vaikka kansainvälisiä yhteistyösopimuksia ja strategioita on solmittu ja erilaiset lait ohjaavat palveluiden järjestämistä ja palveluidenkäyttäjien oikeutta olla mukana hoitopäätöksissä. Palvelunkäyttäjän osallisuus on kuitenkin moniulotteinen käsite, eikä se vielä näy täysin hoidossa. Voidaan kuitenkin todeta palvelunkäyttäjän osallisuutta hoitoon vahvistaa hyvä suhde hoitohenkilökuntaan. Palvelunkäyttäjät toivovat, että heitä arvostetaan ja että he tulisivat kuulluiksi.

Tutkimuksessamme tulee ilmi mielenterveys- ja päihdehoitotyön haasteet. Palvelut eivät edelleenkään ole kaikkien saatavilla ja niihin hakeutumiselle on esteitä. Leimautumisen pelko on edelleen hyvin vahva. Palvelunkäyttäjät ja heidän perheenjäseniään tulisi osallistaa hoitoon enemmän. Hoidon

oikea-aikaisuus sekä toimivat hoitoketjut ovat hoidon lopputuloksen kannalta olennaisia asioita. Hoidon kehittämisen kannalta on tärkeää kehittää perusterveydenhuoltoa, psykiatrista avohoitoa ja päihdepalveluiden erityispalveluita. Suomessa mielenterveys- ja päihdehoitoa on alettu keskittämään yhä enemmän perusterveydenhuoltoon, joka toivottavasti madaltaa kynnystä tarttua ongelmiin varhaisemmassa vaiheessa. Tosin siellä työskentelee vähemmän ammattilaisia, joilla olisi entuudestaan kokemusta päihde- ja mielenterveyskäyttäjien kanssa työskentelyyn. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon tulee panostaa yhä enemmän.

Positiivisena tuloksena voidaan todeta nuorten aikuisten hakeutuvan aiempaa useammin mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin, silti vielä huolestuttavan moni jättää hakeutumatta hoidon piiriin tai hoitoon hakeudutaan liian myöhään. Syynä tähän voi olla stigma, eli häpeäleima. Leimautumisen pelko eristää mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Tutkimuksessamme käy ilmi, että stigma on vähentynyt nuorten aikuisten keskuudessa, mutta lisää työtä tarvitaan stigmaton poistamiseen.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttäjä tulisi kohdata ja hoitaa kokonaisvaltaisesti, huomioiden psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset ongelmat. Monilla päihdeikäyttäjällä on tarve saada tukea sosiaalisten suhteiden vahvistamiseen ja luomiseen, terveydentilansa kohentamiseen sekä taloudellisiin vaikeuksiin kaiken muun lisäksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kaikissa toimipisteissä työskentelevillä ammattilaisilla tulisi olla riittävästi tietoa eri palveluista ja niihin ohjautumisesta. Tarvitaan silti lisää intensiivisempiä tutkimuksia, joissa keskityttäisiin käyttäjien kokemuksiin palveluiden ohjautumisesta, palveluihin pääsystä ja palveluiden kokemuksista.

Jatkossa voisi tutkia miten mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjän hoidon osallisuutta voitaisiin parantaa?

LÄHTEET

Aalto, M. 2017. Samanaikainen päihde- ja mielenterveydenhäiriö. Päihdelinkki.fi. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.10.2017. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/samanaikainen-paihde-ja-mielenterveyden-hairio> [viitattu 16.2.2021].

Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.2.2021].

Enhäisevän päihdetyön järjestämisen laki 24.4.2015/523.

EMCDDA. 2020. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seuranta-keskus. Euroopan huumeraportti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439FIN.pdf> [viitattu 29.3.2021].

Haskell, R., graham, K., Bernard's, S., Flynn, A. & Wells, S. 2016. Service user and family member perspectives on services for mental health substance use/addiction and violence: a quality study of their goals, experiences, and recommendations. *International journal of mental health system* 10, 9. Saatavissa: <https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-016-0040-3.pdf> [viitattu 14.5.2021].

Havio, M.-L., Inkinen, M. & Partanen, A., 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Helse- og omsorgstjenesteloven 24.6.2011/30.

Hotus. 2018. Tutkimusten arviointikriteeristöt. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.22.2018. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistus-listat/> [viitattu 5.5.2021]

Huttunen, M.O. 24.9.2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002> [viitattu 16.2.2021].

Hälsö- och sjukvårdslag 30.10.2010/1326.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T., 2017. Mielenterveyshoitotyö.5. – 6. painos. Helsinki Sanoma Pro.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4, 291– 300.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3. – 4 painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, N & Wahlbeck, K. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 77. Valtionjulkaisut.fi. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103126/karlsson.pdf?sequence=1> [viitattu 22.2.2021].

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kasteenpohja, T. 2018. Treatment seeking, treatment adequacy and outcome of depressive and anxiety disorders among young adults in Finland. Helsingin yliopisto. Helsinki. PDF-dokumentti saatavissa: <https://helda-helsinki.fi/ezproxy.xamk.fi/bitstream/handle/10138/263695/TREATMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [viitattu 15.5.2021].

Khan, F., Krishan, A., Ghahi, M., Wiskersham, J., Fu, J-J., Lim, S-H, Dhaliwal, S-K., Kamarilzaman, A. & Altice, F-L. 2018. Assessment of an innovative voluntary substance abuse treatment program designed to replace compulsory drug detention centers in Malaysia. *Author manuscript* 53, 249 – 259. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664175/pdf/nihms911743.pdf> [viitattu 15.5.2021].

Koppa. 2016. Teemoittelu. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.4.2016. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu> [viitattu 13.5.2021]

Lagen om vård av missbrukare I visa fall 14.6.1988/870.

Lago, R., Peter, E. & Bogus, C. 2017. Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 12, 12. Saatavissa: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13011-017-0098-1.pdf>. kaakkuri.finna.fi/ [viitattu 15.5.2021].

Larsen, T. & Sagvaag, H. 2018. Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health expectations* 6, 1231–1240. julkaistu 21.12.2018. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.xamk.fi/pmc/articles/PMC6250883/pdf/HEX-21-1231.pdf> [viitattu 6.5.2021]

Mc Callum, S., Mikocka-Walus, A., Gaughwin, M-D., Andrews, J-M. & Turnbull, D-A. 2016. “I’m sick person, not a pad person”: Patient experiences of treatment for alcohol use disorders. *John Wiley & sons. Ltd. Health expenditures*. 19, 828 – 841. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12379> [viitattu 14.5.2021].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveystalo.fi s.a. Mielenterveyspalvelut ja hoidon järjestäminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/hoidon_jarjestaminen/Pages/default.aspx [viitattu 13.2.2021].

Mieli.fi. 2008. Kansainväliset sopimukset.2008. Mielenterveysseura ry. PDF-dokumentti: saatavissa: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_fi.pdf [viitattu 15.2.2021].

Mieli.fi. 2015. WHO:n raportti, joka 40. Sekunti kuolee ihminen itsemurhaan. Mielenterveys RY. Päivitetty: 12.5.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/whon-raportti-joka-40-sekunti-kuolee-ihminen-itsemurhaan?publisherId=1863&releasId=27631952> [viitattu 22.2.2021].

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa koskeva asetus 17.1.2008/33.

Probst, C., Manthey, J., Martinez, A. & Rehm, J. Alcohol use disorder severity and reported reason not to seek treatment: a cross-sectional study I neuro-pean primary care practices. 2015. *Substance abuse treatment prevention and policy* 32, 1-12. Julkaistu 2.8.2015. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534056/> [viitattu 13.5.2021].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Rönkä, S. & Markkula, J. 2020. Huumetilanne suomessa, THL. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. raportti. Vantaa: Punamusta Oy, 4-18.

Schneider, T., Karlsson, N. & Stenius, K. 2016. Päihdepalveluluiden hankinnat pohjoismaissa. Pohjoismainen hyvinvointikeskus. Norden. Saatavissa: https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/01/UPPHANDLING_NORDEN_FINSK.pdf [viitattu 23.3.2021].

Serviceloven 17.11.2015/1284.

Socialtjänstlag 6.7.2001/453.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Specilialisthelsetjenesteloven 2.7.1999/61.

Stolt, M., Axelin A & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuus katsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto: Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

STM. 2016a. Arviomuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Julkaistu 18.2.2016. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%25C3%25A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e> [viitattu 22.3.2021]

STM. 2016b Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Julkaistu 6.4.2016. Saatavissa:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIE-LENTERVEYS_JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 16.2.2021].

Sundhedsloven 28.2.2018/191.

Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227.

THL. 2013. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Dokumentti. PDF-Dokumentti. Saatavissa: https://thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf [viitattu 22.2.2021].

THL. 2019. Psykoosit. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Päivitetty: 11.10.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit> [viitattu 16.2.2021].

THL. 2020a. Ehkäisevä päihdetyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.7.2020. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto> [viitattu 13.2.2021].

THL. 2020. Mielenterveyspalvelut. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos Päivitetty 16.12.2020. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. [viitattu 6.2.2021].

THL. 2021. Palvelujärjestelmän ohjaus ja kehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Päivitetty: 24.2.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/palvelujarjestelman-ohjaus-ja-kehittaminen> [viitattu 1.3.2021].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Timms, J.C., Antonsen, L., & Malmedac, W., 2020. Patient's reception of user in psychiatric outpatient treatment: Associations with patient characteristics and satisfaction. *healt expectation. Wiley*. 23: 1477-1484: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=851bb46c-2512-46d0-a277-f5b98d557e4c%40sdc-v-sess-mgr01> [viitattu 14.5.2021].

Tupakkalaki 29.6.2016/549.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Urbanoski, K., Inglis, D. & Veldhuizen, S. 2017: Service use and Unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. Published: 15.6.2017. *La revue Canadienne de psychiatrie* 62, 551 – 559. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546670/> [Viitattu 15.5.2021].

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S.-K. & Jäppinen, S. TENK. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 5.5.2021].

Viertiö, S., Partanen, A., Kaikkonen, R., Härkänen, T., Marttunen, M. & Suvusaari, J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteidenkäyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012-2015. *Duodecim* 133(3), 293 – 300. Helsinki. Alkuperäistutkimus.2017. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/3/duo13545> [viitattu 13.5.2021].

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. STM. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 11.2.2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 16.2.2021].

Tiedonhakupöytäkirja:

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut tutkimukset
Medic	mielentervey* OR psyk* OR päihde* OR riippuvuu*) AND palvelujärj* OR hoitok* OR hoitos*	2015-2020	127	2
Finna:	patient satisfaction or patient experiences or patient perceptions or patient attitudes AND mental health services AND substance abuse	2015-2020	176	0
Cinah:	“patient satisfaction” or “patient experiences” or “patient perceptions” or “patient attitudes”) AND “mental health services” AND “substance abuse”.	2015-2020	224	

Pubmed:	patient satisfaction or patient experi- ences or patient perceptions or pa- tient attitudes AND mental health ser- vices AND sub- stance abuse	2015-2020	426	8
---------	---	-----------	-----	---

Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Tutkimuksen tulokset
Haskell, R., Graham, K., Bernards, S., Flynn, A. & Wells, S. 2016: Service user and family member perspectives on services for mental health substance use/addiction and violence.	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää päihteiden käyttäjien ja heidän läheistensä hoidon tavoitteita, kokemuksia ja suosituksia.	Laadullinen-tutkimus.	Tuloksissa tulee ilmi, että käyttäjät ja heidän omaisensa toivovat palveluita, jotka ovat kunnioittavia, tuomitsemattomia, tukevia, saa tuntemaan käyttäjät normaaleiksi, sisältäen koulutusta ja palveluiden helppo saatavuus.
Kasteenpohja, T.2018: Treatment seeking, treatment adequacy and outcome of depressive and anxiety disorders among young adults in finland. jaana	Selvittää Nuorten aikuisten masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidon asianmukaisuutta sekä enustetta suomessa.	Seurantatutkimus	Tutkimuksessa selvisi, että masennus ja ahdistuneisuushäiriöt yleisiä, mutta alidiagnosoituja. Masennussairausdiagnoosin saaneista suuremmalla osalla oli hoitokontakti terveydenhuoltojärjestelmään. Apua haetaan myös aiempaa useammin.

<p>Khan, F., Krishan, A., Ghahi, M., Wiskersham, J., Fu, J-J., Lim, S-H, Dhaliwal, S-K., Kamarilzaman, A. & Altice, F-L. 2018. Assessment of an innovative voluntary substance abuse treatment program designed to replace compulsory drug detention centers in Malaysia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena arvioida hoitotuloksia ja käyttäjien tyytyväisyyttä Malesian vapaaehtoisessa huumeidenhoito keskuksessa.</p>	<p>Poikkeileikkaututkimus</p>	<p>Huumeiden käyttäjien määrät vähenivät terveydenhuollon palveluissa ja avohoidossa. Lisäksi luottamusta pysyvässä erossa huumeista.</p>
<p>Lago, R., Peter, E. & Bogus, C. 2017. Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka luottamusta voitaisiin vahvistaa päihteidenkäyttäjien, terveydenhuollon ammattilaisten, lähiomaisten ja yhteiskunnan välillä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Käyttäjien toiveiden ja tarpeiden välinen ristiriitapalvelujärjestelmien välillä on lisännyt epäluottamusta ja leimaantumista, joka vaikuttaa monilla eri osa-alueilla.</p>
<p>Larssen, T. & Sagvaag, H. 2018. Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services.</p>	<p>Norjalainen tutkimus, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien palveluiden käyttäjien osallistumisesta palveluiden kehittämiseen.</p>	<p>Tapaus-tutkimus</p>	<p>Vaikka käyttäjien osallisuutta pidettiin tärkeänä se ei täysin kuitenkaan toteutunut ja potilaiden ja henkilökunnan keskinäinen hierakia</p>

			haittasi näkökulmia, saatuutta ja palveluiden tehokkuutta.
Mc Callum, S., Mikocka-Walus, A., Gaughwin, M-D., Andrews, J-M. & Turnbull, D-A. 2016. "I'm sick person, not a pad person": patient experiences of treatment for alcohol use disorders.	Tutkia potilaskokemuksia alkoholiongelmaista ja mielenterveysongelmista kärsivien hoidosta ja hoidon tyytyväisyydestä sekä lisätä ymmärrystä.	Kvantitatiivinen poikkileikkaus-tutkimus.	Potilaiden hoidon tyytyväisyyteen vaikuttavien suhteiden muihin ihmisiin, hoidon tehokkuus, kokonaisvaltainen hoito, potilaan fyysinen toimintakyky ja erilaiset hoitomenetelmät ilman tuomitsevaa ympäristöä.
Probst, C., Manthey, J., Martinez, A. & Rehm, J. 2015. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment in European primary care practices.	Tutkia syitä perusterveydenhuollon alkoholiongelmaisten käyttäjien hoidosta kieltäytymiseen Euroopan kuudessa eri maassa.	Poikkileikkaus-Tutkimus	Tutkimuksessa selvisi kolme keskeisintä syytä hoidosta kieltäytymiseen: ongelmatietoisuuden puute, häpeän leimaantumisen tunne sekä ongelman kieltäminen.

<p>Thimm, J.C., Antonson, L., & Malmedac, W., 2020. Patient's reception of user in psychiatric outpatient treatment: associations with patient characteristics and satisfaction</p>	<p>Tutkia psykiatristen avohoitopotilaiden osallistumisen ja hoitotyytyväisyyden välisiä yhteyksiä.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus.</p>	<p>Yli puolet arvoivat osallisuuden hoitoon suureksi. osallisuus liittyi myös vahvasti hoidon tyytyväisyyteen.</p>
<p>Viertö, S., Partanen, A., Kaikkonen, R., Härkänen, T., Marttunen, M & Suvisaari, J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012-2015.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tutkia palveluiden käyttöä mielenterveyteen tai päihteiden käytön liittyvien ongelmien vuoksi.</p>	<p>systemaattinen katsaus.</p>	<p>Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ei ole muuttunut merkittävästi viime vuosien aikana ja suhteellisen moni käyttää päihdeongelmien erityispalveluita mielenterveysongelmien hoitoon. Hoidon kehittämistä tulee vahvistaa sujuvammaksi hoitoketjuksi. Ikäryhmittäin hoidoissa suuria eroja.</p>
<p>Urbanoski, K., Inglis, D. & Veldhuizen, S. 2017: Service use and Unmet needs for substance use</p>	<p>tutkimuksen tarkoitus on tutkia mielenterveydenhuollon tarpeiden etsimistä tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden</p>		<p>Tutkimuksessa havaittiin, että joissakin haavoittuvassa asemassa olleissa väestöryhmissä on edelleen aukkoja palveluissa, joihin</p>

and mental disorders in Canada.	en välillä sekä ennusteita kansallisessa väestötutkimuksessa.		tarvitaan käytännön ratkaisuja. Myös puutteita havaittiin huumeidenkäyttäjien palveluiden saatavuudessa.
---------------------------------	---	--	--

Hoidon osallisuus	Hoidon tyytyväisyys	Leimaantumisen pelko
Hoidon laatu	Henkilökunnan asenteet	Häpeä
Kokonaisvaltainen hoito (asuminen, perhe, kriisit, terveelliset elämäntavat)	Kokonaisvaltainen hoito	Syällisyys
Henkilökunnan ymmärrys	Kliinisen tilan parantuminen	Taloudelliset vaikeudet
Tiedon tarjoaminen	Empatia	Leimautumisen tunne
Yhteistyö	Ymmärrys	Stigma
Osallisuus	Luottamus	Kunnioitus
Intensiivinen hoito	Kunnioitus	Perheenjäsenten huomiointi
Erilaiset hoitomenetelmät	Henkilökunnan ammattitaito/asiantuntijuus	
Hyvä/Huono vuorovaikutussuhde	Hoitoon pääsyn vaikeudet	
Sosiaalisten ja psykologisten taitojen ja tarpeiden oppiminen	Häpeän tunne	
Itsemääräämisoikeus	Lääkityksen saaminen ja Lääkityksen vähyys	
Perheenjäsenten huomiointi	Vuorovaikutus	
Kunnioitus	Vapaaehtoisuus	
Kuuntelun taito	Työelämätaitojen opettaminen	
Käyttäjän näkemysten huomiointi	Virkistys	
Hierarkia	Psykososiaalinen neuvonta	
Toiveiden esittämisen vapaus	Sosiaalinen tuki	
	Terveystieteiden palvelut	
	Uskonnollinen opetus	

	Arjenhallinnan selviytymiskeinot Skeptisyys hoi- toa kohtaan	
--	---	--

