

Eeva-Maria Miettinen

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITO- TYÖN INTEGRAATIO

Integroidun hoidon toteutuminen hoitohenkilökun-
nan kokemana

Opinnäytetyö

Sairaanhoidajakoulutus

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

2022



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Eeva-Maria Miettinen
Työn nimi	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio — Integroidun hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana
Toimeksiantaja	Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Vuosi	2022
Sivut	58 sivua, liitteitä 12 sivua
Työn ohjaaja(t)	Niina Luukkonen & Pirjo Heimo

TIIVISTELMÄ

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittyessä palveluita ja hoitoa on integroitu eli yhdistetty, ja tästä on syntynyt integroitu hoitomalli. Integroidun hoitomallin myötä kaksoisdiagnoosipotilas saa hoidon molempiin häiriöihinsä samasta paikasta ja samaan aikaan. Integroitu hoitomalli on tuotu Suomeen Mieli-suunnitelman myötä vuonna 2009. Opinnäytetyössä tarkastellaan integroidun hoidon toteutumista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia integroidun mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteutumisesta. Tavoitteena oli saada tietoa integroidun hoidon toteutumisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuskysymyksinä olivat, toteutuuko integroitu mielenterveys- ja päihdehoitotyö hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä kokeeko hoitohenkilökunta mielenterveys- ja päihdehoitotyön integraation positiivisena kehitysaskelena ja jos ei, miksi.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena Webropol-työkalulla luotua kyselyä käyttämällä. Kysely suunnattiin Itä-Savon sairaanhoitopiiri Ky:n aikuisille suunnattujen mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn tuli vastauksia 19 (N=19) ja vastausprosentti oli 10,45 %. Tulokset analysoitiin Webropolin-raportointityökalun avulla ja avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Tulosten mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta kokee integraation positiivisena kehitysaskelena. Kaikki vastaajat kokivat tarvetta integraation jatkokehittämiselle. Kehityskohteiksi muodostuivat hoitomallit ja hoitopolut, moniammatillinen yhteistyö, avohoito sekä hoitohenkilökunnan lisäkoulutus. Hoitohenkilökunnan kokemuksista nousee esiin tämänhetkinen päihdekuntoutuksen heikko tilanne, jonka ei koeta olevan kuntoutujaa kannattelevaa. Suurin osa vastaajista koki olevansa osittain samaa mieltä integroidun hoidon toteutumisesta.

Jatkotutkimusehdotuksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia myöhemmin kehityksen seuraamiseksi. Toisena jatkotutkimusehdotuksena on kartoittaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokemuksia integroidusta hoidosta. Jatkokehittämis ehdotuksena on kehittämisentarpeen seurantalomake.

Asiasanat: mielenterveys- ja päihdepalvelut, integraatio, mielenterveys- ja päihdeasiakas, integroitu hoito, sosiaali- ja terveysala.

Degree	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Eeva-Maria Miettinen
Thesis title	Integration of mental health work and substance abuse work — Implementation of integrated care as experienced by care employees
Commissioned by	Municipal Corporation of Eastern Savo Hospital District
Time	2022
Pages	58 pages, 12 pages of appendices
Supervisor	Niina Luukkonen & Pirjo Heimo

ABSTRACT

As mental health and substance abuse services have evolved, the services and treatment have been integrated, which has resulted in an integrated treatment model. With the integrated treatment model, a dual-diagnosis patient receives treatment for both of their disorders, from the same place and at the same time. The integrated care model was brought to Finland in 2009 with the national plan for mental health and substance abuse work, Mieli. The study examines the implementation of integrated care from the point of view of nursing staff. The purpose was to survey the experiences of nursing staff in Mental Health and Substance Abuse Services regarding the implementation of integrated mental health and substance abuse nursing. The goal was to obtain information about the implementation of integrated care from the point of view of the nursing staff. The research questions inquired whether integrated mental health and substance abuse nursing is realized from the perspective of the nursing staff, and whether the nursing staff experience integration in mental health and substance abuse nursing as a positive development step, and if not, why. The study was carried out as a quantitative study using a questionnaire created using the Webropol tool. The survey was directed to the medical staff of the Mental Health and Substance Abuse Services for adults in the Eastern-Savo Hospital District. The survey received 19 responses (N=19) and the response rate was 10.45 %. The results were analysed using the Webropol reporting tool and open questions were analysed using data-based content analysis.

According to the results, most of the medical staff perceive integration as a positive development step. All respondents felt the need for further integration development. Treatment models and paths, multidisciplinary cooperation, outpatient care and additional training of the nursing staff were mentioned as targets for development. The experience of the nursing staff highlights the current poor situation in substance abuse rehabilitation, which is not perceived to be supportive of the rehabilitation client. Most of the respondents felt that they were partially in agreement with the implementation of integrated care. A further research proposal is to survey the experiences of nursing staff later to track development. Another further research proposal is to survey mental health and substance abuse clients' experiences in integrated care. A proposal for further development is a follow-up form for the need for development.

Keywords: mental health and substance abuse services, integration, mental health and substance abuse client, integrated care, social and health care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY	6
3	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT.....	6
4	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN INTEGRAATIO KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN HOIDOSSA.....	8
4.1	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation kehittyminen	9
4.2	Integroidun hoidon edellytykset ja haasteet.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	14
6	TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI.....	14
6.1	Määrällinen tutkimus.....	14
6.2	Tiedonhaku.....	15
6.3	Aineistonkeruu	17
6.4	Analyysi	20
7	TULOKSET.....	22
8	POHDINTA	33
8.1	Tuloksen pohdinta	34
8.2	Menetelmän tarkastelu	35
8.3	Luotettavuus ja eettisyys	36
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	39
8.5	Oman oppimisen arviointi	39

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Webropol-kysely

Liite 3. Aineistolähtöinen sisällön analyysi, teemoittelutaulukot

Liite 4. Kirjallisuustaulukko

1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosipotilaita, eli samanaikaisesti mielenterveyden- ja päihteidenkäytönhäiriöistä kärsiviä potilaita, alettiin tunnistaa enemmälti 1970–1980-luvuilla. Silloin mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat nykypäivää enemmän erillisinä annettavia palveluita. (Minkoff & Covell 2019.) Suomessa, valtakunnallisella tasolla, mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen alkoi vuonna 2007, kun sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa oli teke-mässä Mieli 2009 -työryhmä, suunnitelma valmistui vuonna 2009. Suunnitel-massa ehdotettuja toimenpiteitä olivat muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteen sovittaminen ja raja-aitojen poisto sekä hallinnollisten ja toiminnallisten rakenteiden yhdenmukaistaminen. (Partanen ym. 2009.) Mielenterveys- ja päihdehoitotyön palveluintegraation tavoitteena on, että asiakas saa oikeat palvelut oikea-aikaisesti. Asiakkaan tarpeet huomioidaan ja palveluita yhdistetään niiden perusteella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Henkilökunnalta integraatio vaatii muun muassa tiivistä tiimityöskentelyä ja yhteistyötä eri ammattikuntien välillä. Hoitotyössä huomioidaan eri asiantuntijoiden näkemykset ja mielenterveys- sekä päihdehäiriöistä kärsiviä potilaita hoidetaan tasavertaisesti. (Delos Reyes ym. 2012, 38.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia integroidun mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteutumisesta. Tavoitteena oli saada tietoa integroidun hoidon toteutumisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Idean aiheeseen sain keskusteltuani entisen työnantajani kanssa. Integraatio aiheena kiinnostaa itseäni mielenterveys- ja päihdehoitotyössä aiemmin kertyneen työkokemukseni vuoksi sekä aiheena yleisesti. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Kysely suunnattiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, Sosterin, aikuisille suunnattujen mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli saada tietoa integroidun hoidon toteutumisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

2 TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Sosteri, aloitti toimintansa vuoden 2007 alusta. Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Savonlinna, Rantasalmi, Sulkava ja Enonkoski. Sosteri tarjoaa perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja sekä tukipalveluita ja on edelläkävijä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon yhdistämisessä. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2022.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tarjoamiin mielenterveys- ja psykiatrianpalveluihin kuuluvat perusterveydenhuollon palveluina mielenterveyden ja riippuvuuksien osasto sekä avohoito. Osastolla tarjotaan hoitoa äkillisiin kriiseihin, psykoosisairauksiin, mielialahäiriöihin ja päihdevieroitukseen sekä järjestetään päihdekatkoja. Osastolla on 18 potilaspaiikkaa. Osastolla työskentelee noin 25 hoitotyön ammattilaista. Avohoidossa tarjotaan keskusteluapua päihde- tai peliriippuvuusongelmiin sekä psyykkisten tilanteiden selvittelyyn. Avohoito toteutetaan tiiviinä ja lyhytaikaisena ja avohoidossa työskentelee noin 30 hoitotyön ammattilaista. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2021.)

3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT

Mielenterveyspalvelut pitävät sisällään ohjauksen, neuvonnan, psykososiaalisen tuen, kriisitilanteiden psykososiaalisen tuen sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa kunnan sosiaali- ja terveyshuolto, sosiaali- ja terveyshuollon perus- ja avopalvelut ovat hoidossa ensisijaisia. Erikoissairaanhoidossa järjestettäviä mielenterveyspalveluja ovat psykiatrian poliklinikan palvelut sekä psykiatrinen sairaalahoito. Sosiaalihuollon toimesta järjestetään asumispalveluita, kuntouttavaa työtoimintaa sekä kotipalveluita mielenterveyskuntoutujille. Mielenterveystyö on mielenterveyttä edistävää, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevää ja mielenterveyspalveluita tuottavaa työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.a.) Terveystieteiden laissa (30.12.2010/1326) mielenterveystyöhön säädetään kuuluvaksi ohjaus ja

neuvonta mielenterveyttä tukeviin ja vaarantaviin tekijöihin sekä yksilön, perheen ja yhteisön tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyspalvelut, jotka ovat mielenterveyshäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta lääkinnällisesti. (Terveystoimilaki 3. luku. 27§.)

Päihdepalvelut sisältävät ohjausta, neuvontaa, tukea päihitteettömyyteen, ongelmakäytön haittoja vähentäviä sosiaalipalveluita, päihteistä aiheutuneiden sairauksien tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen sekä päihdehuollon erikois- palveluita. Palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat tuottamalla palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Päihdepalveluihin kuuluvat avohuolto, katkaisuhoito, laitospäästäminen sekä hoitoa ja kuntoutusta tukevat palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b.) Terveystoimilain (30.12.2010/1326) päihdetyöhön säädetään kuuluvaksi ohjaus ja neuvonta, johon sisältyvät päihitteettömyyttä tukevat ja vaarantavat tekijät sekä päihteen käytön vaikutukset terveyteen ja turvallisuuteen. Päihdetyöhön sisältyy päihdepalvelut, joita ovat päihteen aiheuttamien sairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus. (Terveystoimilaki 3.luku. 28§.)

Lainsäädäntö määrittää ja ohjaa tarjottavia mielenterveys- ja päihdepalveluita myös mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa sekä sosiaalihuoltolaissa. Päihdehuoltolaissa (17.1.1986/41) edellytetään kuntia tarjoamaan päihdehuoltoa kunnassa esiintyvän tarpeen laajuuden mukaan (Päihdehuoltolaki 1.luku. 3§). Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) kunta veloitetaan järjestämään mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä sekä sosiaalihuoltoa (Mielenterveyslaki 1.luku. 3§). Sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) säädetään, että sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveys- sekä päihdetyö on suunniteltava niin, että ne muodostavat toimivan kokonaisuuden toisiensa sekä muun kunnassa toteutuvan sosiaali- ja terveystoiminnan kanssa (Sosiaalihuoltolaki 3.luku, 24§–25§).

4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN INTEGRAATIO KAKSOIS-DIAGNOOSIPOTILAIDEN HOIDOSSA

Kaksoisdiagnoosipotilaalla on samanaikaisesti päihdehäiriö sekä vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Päihteiden käytön lopettaminen ei hävitä mielenterveydenhäiriön oireita edes pitkän ajan jälkeen. Näiden häiriöiden yhdenaikaisuutta ei selitä pelkästään sattuma, vaan ne lisäävät toistensa syntymisen todennäköisyyttä ja riskiä. (Aalto 2018; Kylmänen 2021.) Vaikeaa mielenterveydenhäiriötä potevista noin 40—60 %:lla esiintyy jossain elämän vaiheessa päihdehäiriö, noin 25—35 %:lla päihdehäiriö on ajankohtainen. (Aalto 2018.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden suuri samanaikainen esiintyvyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ne olisivat aina seurausta toisistaan. Yleiset riskitekijät vaikuttavat molempien häiriöiden syntyyn ja voivat aiheuttaa häiriöt. Sitä, kumpi häiriö kaksoisdiagnoosipotilaalla on puhjennut ensin, voi olla vaikea selvittää. Potilaiden muistikuvat oireista ja niiden alkuaikakohdasta, molemmissa häiriöissä, voivat olla puutteelliset ja vaikeasti hahmotettavissa. (National Institute on Drug Abuse 2018.) Mielenterveydenhäiriöt tai traumaattinen kokemus voivat aiheuttaa päihteiden väärinkäyttöä ja täten synnyttää riippuvuuden, sekä päinvastoin päihteiden väärinkäyttö ja riippuvuus voivat edesauttaa mielenterveydenhäiriön kehitystä ja oireita (National Institute on Drug Abuse 2018; Kylmänen 2021).

Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä voidaan toteuttaa rinnakkaisena, jaksottaisena tai integroituna hoitona. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin toinen häiriö ja siirrytään sitten toiseen, esimerkiksi päihdehäiriön hoidon jälkeen siirrytään psyykkisen häiriön hoitoon. Rinnakkaisessa mallissa häiriötä hoidetaan samanaikaisesti, tosin eri palveluissa, esimerkiksi päihdehäiriötä hoidetaan A-klinikalla ja psyykkistä häiriötä psykiatrian poliklinikalla. Integroidussa mallissa molempia häiriötä hoidetaan samanaikaisesti, saman hoitotahon toimesta. Hoitoa toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, jolta edellytetään eri päihdehoitoihin perehtyneisyyttä. (Lotvonen & Lindroos 2008; Suontausta 2016, 17.)

Integroitu hoito vaikuttaa parantavasti kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomotiivaatioon. Samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivien motiivaatio paranee niin päihdehoitoa kuin mielenterveydenhoitoa kohtaan. (Wüsthof ym. 2014.) Hoitomotiivaation paranemisen lisäksi potilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa, jos se on tapahtunut integroidusti. Integroidun hoidon katsottiin olevan hyödyllistä pitkällä tähtäimellä, vaikka potilas jatkaisikin päihteiden käyttöä. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.)

Henkilökunnalta odotetaan integraation toteutumisen kannalta valveutuneisuutta kaksoisdiagnoosin mahdollisuuden huomioimisessa kaikissa tutkimuksissa, arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa. Jokainen asiakas on mahdollisesti kaksoisdiagnoosipotilas. Integroidussa hoidossa huomioidaan molemmat häiriöt ensisijaisina ja niiden hoitoon panostetaan yhtäläisesti. Hoitohenkilökunnan asenteiden odotetaan pysyvän empaattisena ja toipumiseen uskovana, hyvällä ja luottamuksellisella hoitosuhteella on suuri merkitys hoidon onnistumisessa. (Minkoff & Covell 2019.) Hoito täytyy suunnitella yksilöllisesti, huomioidaan yksilölliset tarpeet, henkilökohtaiset tavoitteet sekä muutoksen vaiheet. (Minkoff & Covell 2019, Aalto 2007.)

4.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation kehittyminen

Samanaikaisesti mielenterveyden- ja päihteidenkäytönhäiriöistä kärsiviä potilaita alettiin tunnistaa merkittävästi 1970–1980-luvuilla. Tällöin mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat paljon enemmän erillään kuin nykypäivänä. 1980-luvun loppupuolella alkoi muotoutua erilaisia lähestymistapoja ja puuttumismenetelmiä, jotka suunnattiin mielenterveyden- ja päihdehäiriön hoitoon samanaikaisesti, nämä menetelmät ja lähestymistavat saivat nimen ”integroitu hoito”. Myöhemmin 1990 -luvulla Yhdysvalloissa päihde- ja mielenterveyspalveluiden hallinnon (Substance Abuse and Mental Health Services Administration’s, SAMHSA’s) mielenterveyspalveluiden keskus (Center of Mental Health Services, CMHS) julkaisi ensimmäisen näyttöön perustuvan integroidun kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon työkalupakin. Integroitu hoitomalli levisi ja jatkoi kehittymistä Amerikassa. Mielenterveys- ja päihdepalvelut alkoivat yhdistyä ja tarjota samanaikaisia palveluita. (Minkoff & Covell 2019.)

Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen alkoi vuonna 2007, kun sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmisti Mieli 2009 -työryhmä ja se valmistui vuonna 2009. Aikaansaannos sisälsi suunnitelman mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisestä vuodesta 2009 vuoteen 2015. Suunnitelmassa ehdotettuja toimenpiteitä oli muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteen sovittaminen ja raja-aitojen poisto sekä hallinnollisten ja toiminnallisten rakenteiden yhdenmukaistamisen. (Partanen ym. 2009.) Kokonaisvaltaista sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota alettiin Suomen hallituksessa rakentaa vuosien 2015—2019 hallituksen aikana ja tätä järjestelmätason integraatiouudistusta jatkaa nykyinen hallitus (2019-). (Hujala & Taskinen 2020, 59.)

Palveluintegraation tavoitteena on, että asiakas saa oikeat palvelut oikea-aikaisesti. Asiakkaan tarpeet huomioidaan ja palveluita yhdistetään niiden perusteella. Palveluita voidaan toteuttaa palveluketjussa tai palvelukokonaisuudessa. Palveluketjussa on asiakkaan tarpeet huomioiden sovittu ja järjestetty palvelu- tai hoitopolku eri palvelujen välillä, jossa asiakas etenee palvelusta aina seuraavaan. Palvelukokonaisuudessa asiakas saa eri palveluja samanaikaisesti. Palveluita annetaan asiakkaalle eri toimijoilta, joista jokainen tietää oman asemansa ja vastuunsa sekä muiden toimijoiden työn vaikutuksen. Edistäviä tekijöitä palveluintegraation toimivuuteen on monialainen yhteistyö, asiakkaan tarpeet huomioiva ja asiakasta osallistava työote, tiedon jakaminen, yhtenevät tietojärjestelmät, hyvä rahoituksen ja järjestämisen integraatio, sitoutunut johto sekä palveluprosessin vaikutusten ja etenemisen seuraaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

4.2 Integroidun hoidon edellytykset ja haasteet

Onnistuneen integroidun hoidon edellytyksenä on, että hoitoon osallistuva moniammatillinen tiimi kokoontuu säännöllisin väliajoin käymään läpi hoitoon liittyviä asioita ja asiakkaiden edistymistä (Delos Reyes ym. 2012, 38). Mielen-terveys- ja päihdepalveluiden integraatiossa eri toimijoiden sekä toimintata-
sojen välinen sujuva kommunikointi on ensiarvoisen tärkeä huomion kohde (Wahlbeck ym. 2008). Tiimin jäsenet konsultoivat ja neuvovat toisiaan sekä suunnittelevat yhdessä hoitoa. Tiimi tapaa myös yhdessä asiakkaan ja asiak-kaan omaisten kanssa. Onnistuneessa integroidussa hoidossa tiimi ottaa huo-
mioon kaikkien osapuolten näkökulmat niin, että yhteistyöllä on yhteinen ta-
voite. Tiimin jäseniltä odotetaan ”avoimen oven” -asennetta, eli tiimin jäsenet ovat toistensa tavoitettavissa ja tukena. (Delos Reyes ym. 2012, 38.)

Tiimin johdolta odotetaan tiimin ohjausta ja koulutusta kaksoisdiagnoosiasiak-
kaan hoidossa sekä taitoa tiimin jäsenten kohtaamiseen yksilöinä ja ryhmänä. Johdon vastuulla on tiimin toimiminen ja erimielisyyksien selvittämiseen kan-
nustaminen. (Delos Reyes ym. 2012, 38.) Hautanen & Korhosen (2020) mu-
kaan psykiatrian puolella kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavat hoitajat kaipaavat
lisäkoulutusta ja tietoa päihdehoitotyöstä ja päihteistä, kun taas päihdepuolen
hoitohenkilökunta kokee tarpeelliseksi lisäkoulutuksen psykiatrisen potilaan
hoitotyöhön. Yhteisten hoitolinjauksien ja tavoitteiden tarve nousee myös esiin
hoitajien kokemuksissa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. (Hautanen & Kor-
honen 2020.)

Suontaustan (2016) mukaan integroidussa mielen-terveys- ja päihdehuollossa
on myös kohtia, jotka herättävät huolta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdisty-
essä herää kysymys ”toimivatko molemmat osapuolet tasavertaisessa ase-
massa ja tapahtuuko hoito todellisella yhteistyöllä”? Kysymys pohjautuu aja-
tukseen, säilyykö molempien osapuolten ammattitaito vai katoaako yhdistämi-
sen seurauksena toiselta osapuolelta osaamisalueita. Sosiaali- ja terveyden-
huollon yhdistyessä tarjoamaan yhtenäisiä palveluita kaksoisdiagnoosiasiak-
kaille on mahdollista, että sosiaalipuolen osaamisalueiden tarve kaventuu ja

jää lääketieteellisten keinojen jalkoihin, tällöin sosiaalityön rooliksi jää terveydenhuollon lääketieteellisten keinojen tukeminen. (Suontausta 2016, 23.) Kanto (2021) toi tutkielmassaan esiin juuri tämän suuntaisia tuloksia. Terveydenhuollon vahvan aseman ja lääketieteen koettiin heikentävän sosiaalipuolen asemaa integroidussa hoidossa. Olemassa on pelkoa, että päihdepuoli jää lääketieteen jalkoihin. (Kanto 2021.) Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on oleellista pitää yllä sosiaalipuolen vahvaa osaamista verkostoyhteistyöstä erilaisten tukipalveluiden, kuntoutusmahdollisuuksien, koulutus- ja työtoimintapalveluiden kanssa. (Suontausta 2016, 23.) Wahlbeckin ym. (2018) tutkimuksessa tuli esille hoitoketjujen saumattomuuden tärkeys eri palveluiden välillä, joka muodostui kansalaisten näkökulmasta tärkeimmäksi integraation elementiksi. Toiseksi tärkeimmäksi muodostui hyvä palveluohjaus sekä käytännön työntekijöiden osallistuminen palvelusuunnitteluun sekä palveluihin kiinnittymiseen. (Wahlbeck ym. 2018.)

Huolenaihetta on herättänyt myös integroitujen palveluiden hoitohenkilökunnan erilaiset näkemykset päihdeongelmaisten asiakkaiden kohtaamisessa. Päihdeongelman ja mielenterveydenhäiriön luokittelu asiakkaan moraaliin on erilainen. Mielenterveydenhäiriöt luokitellaan helpommin sairauksiksi, kun taas päihdeongelma nähdään helposti yksilön omana valintana. Tämä herättää huolen ongelmien tasavertaisesta hoidosta, jolloin vaarana on, että päihdehäiriö jää toisarvoiseen asemaan. (Suontausta 2016, 24—25.) Sosiaalipuolen henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa heidän kokemuksensa on ollut, ettei integroitu hoito toteudu. Psykiatrian vahva kanta siitä, että päihdehäiriö hoidetaan ensin ja sen jälkeen mielenterveysongelma on vielä olemassa. Tämän vuoksi päihdeasiakkaat, jotka olisivat tarvinneet myös psykiatrian puolen hoitoa, jäivät pelkästään päihdepuolen hoidettavaksi. (Kanto 2021.)

Hautanen & Korhonen (2020) tuovat tutkimuksessaan, kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavien hoitajien kokemuksissa, ilmi samanlaisen ilmiön. Hoitajilla on kokemuksena, ettei päihdepotilas saa hoitoa psyykkisiin ongelmiin ennen kuin päihdehäiriö on hoitotasapainossa. Psykiatrian hoitohenkilökunnan kokemus taas on ollut, ettei psyykkisesti oireileva saa päihdepuolen hoitoa. Hoidon ei koeta toteutuvan integroidusti ja tämän koetaan aiheuttavan haasteita hoitotyöhön. (Hautanen & Korhonen 2020.)

Mielenterveys- ja päihdetyössä integroitu hoito on tärkeässä osassa hoitoa, varsinkin vaikeiden kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Parhaaseen hoitotulokseen päästään, kun molempien häiriöiden hoito pystytään järjestämään yhden hoitotahon toimesta. (Aalto 2018.) Sterlingin ym. (2010) toivat esille integroidun hoidon mahdollisista esteistä. Heidän mukaansa terveydenhuoltojärjestelmän pirstoutunut organisointi voi olla suuressa vastuussa integroidun hoidon esteistä. Esteet johtuvat myös yksityisyyskäytännöistä, jonka vuoksi kommunikointi voi olla haasteellista perusterveydenhuollon, psykiatrian ja päihdepuolen välillä potilaan yksityisyyden suojelun vuoksi. (Sterling ym. 2010.)

Kolmantena huolenaiheena on ollut ajatus siitä, että onko jatkossakin tarjolla myös erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita? Esimerkiksi päihdeongelmaisten hoitoon hakeutuminen voi hankaloitua, jos palvelut ovat yhdistettynä mielenterveyspalveluihin ja vaativat lähetteen tai ovat maksullisia. Mielenterveysongelmaisten näkökulmasta hoitoon hakeutumista voi haastaa päihdeongelmaisten mahdolliset epäsosiaaliset käytöstavat tai ulkoiset piirteet, jotka vaikuttavat haluun hakea palveluita samasta paikasta päihdeongelmaisten kanssa. (Suontausta 2016, 24—25.) Wahlbeckin ym. (2008) mukaan palveluiden asiakaslähtöisyys ja siihen tähtääminen ovat suuressa osassa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tavoittamisessa ja asiakkaiden hoitoon hakeutumisessa. Tärkeäksi koetaan palveluiden leimaamattomuus, kun taas sillä, sijaitsevatko palvelut muiden palveluiden yhteydessä, ei ole niin suurta merkitystä. (Wahlbeck ym. 2008.)

Huolenaiheena on kuvattu myös integraation muodostaminen kustannusten vähentämisen vuoksi. Palveluiden yhdistämisellä voidaan kyllä saada aikaan kustannusten pienentymistä, mutta systemaattista näyttöä tästä ei ole. Palveluiden ja tehokkaan hoidon tarjoaminen yhdistettynä voi olla kustannuksiltaan yhtä kallista, kuin erilliset palvelut. Jos integraatiolla tavoitellaan kustannusten laskua, voi vaarana olla palveluiden laadun heikentyminen. (Suontausta 2016, 24—25.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia integroidun mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteutumisesta. Tavoitteena on saada tietoa integroidun hoidon toteutumisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Toteutuuko integroitu mielenterveys- ja päihdehoitotyö hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
2. Kokeeko hoitohenkilökunta mielenterveys- ja päihdehoitotyön integraation positiivisena kehitysaskeleena ja jos ei, miksi?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä kartoittaa hyvin nykyistä tutkittavan ilmiön tilannetta (Heikkilä 2014). Menetelmä valikoitui, koska se täydentää opinnäytetyön tavoitetta saada tämänhetkiset hoitohenkilökunnan kokemukset selkeästi ja mahdollistaa kaikkien hoitohenkilökunnan jäsenten osallistumisen.

6.1 Määrällinen tutkimus

Kvantitatiivisella, eli määrällisellä, tutkimuksella voi vertailla, ennustaa, selittää, kuvata tai kartoittaa asioita tai luonnonilmiöitä, jotka koskevat ihmistä (Vilka 2007). Määrällisellä tutkimuksella kuvataan asioita numeerisesti, ilmiössä tapahtuneita muutoksia tai asioiden välisiä riippuvuuksia (Heikkilä 2014). Kvantitatiivinen tutkimus on pääosin mittaamista, jolla saadaan havaintoaineisto lukuarvoineen, tätä havaintoaineistoa voidaan taas analysoida tilastollisesti (Vilpas s.a.). Määrälliseen tutkimukseen liittyy mittari, jolla saadaan aiheesta tietoa. Mittarina voi olla haastattelu-, havainnointi- tai kyselylomake

(Vilkkä 2007). Tutkimusmenetelmällä saa numeeriset tai prosentuaalisesti ilmaistavat tulokset (Heikkilä 2014).

Tähän työhön valikoitui menetelmäksi määrällinen tutkimusmenetelmä, koska menetelmällä sai selkeät ja helposti tulkittavat tulokset hoitohenkilökunnan kokemuksista integraation toteutumiseen liittyen. Menetelmä salli suljettujen kysymysten kysymisen ja valmiit vastausvaihtoehdot. Valmiilla vastausvaihtoehdoilla sai tulokset ilmaistua prosentuaalisesti ja selkeästi sekä tulosten mahdollisen virhetulkinnan riski pieneni.

6.2 Tiedonhaku

Kvantitatiivisessa menetelmässä tiedonhaulla kootun kirjallisuuskatsauksen merkitys on korostunut, varsinkin silloin, kun tutkimuksessa käytettävät mittarit rakennetaan valikoidun kirjallisuuden perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017). Eskolan ja Suorannan (2000) mukaan teorian tiedon tulisi liittyä suoraan tutkimusongelmaan, täten tutkimuksella olisi looginen jatkumo (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009,11).

Tiedonhakua toteutin monesta luotettavasta tietokannasta keskeisillä käsitteillä. Keskeiset käsitteet opinnäytetyössäni olivat mielenterveys- ja päihdepalvelut, integraatio, mielenterveys- ja päihdeasiakas, integroitu hoito, sosiaali- ja terveysala. Tiedonhakua toteutin suomeksi ja englanniksi. Tietopankkeina olivat Ebsco, Kaakkuri Xamk, Finna, Google Scholar ja PubMed. Hakuja rajasin pro graduihin, väitöskirjoihin, YAMK-opinnäytetöihin, tutkimusraportteihin ja -julkaisuihin. Rajasin julkaisuvuosia vuosien 2019 ja 2021 välillä julkaistuihin saadakseni mahdollisimman tuoretta tietoa, mutta vähäisten hakutulosten vuoksi jouduin laajentamaan hakuja vuosien 2016 ja 2021 välille. Tiedonhakua ohjasivat tutkimuksellisen opinnäytetyöni tutkimuskysymykset, joihin hain mahdollisimman osuvaa aineistoa.

Tiedonhakua tein Xamkin Kaakkurissa hakusanoina "integraatio" AND "Sosiaali- ja terveyspalvelut". Rajasin hakuja väitöskirjoihin, pro graduihin ja tutkimusraportteihin. Hakutuloksia sain seitsemän, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella valitsin opinnäytetyöhöni yhden. Finna.fi-tietokannassa hakusanoina

olivat ” sosiaali- ja terveystyö ” AND ” integroitu hoito ”. Hakua rajasin vuosiin 2017–2021, aineistotyypeiksi rajasin Pro gradu, YAMK opinnäyte, tutkimusraportti ja -julkaisu. Hakutuloksia sain viisi, joista yksi tutkimus valikoitui opinnäytetyöhön mukaan otettavaksi. Medicissä hakua tein hakusanoilla ” integraatio ” AND ” mielenterveys- ja päihde* ”. Hakua rajasin suomenkielisiin gra-duihin, väitöskirjoihin sekä alkuperäistutkimuksiin. Hakutuloksia tuli yksi, jonka hyväksyin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Ebscossa hakusanoina toimivat ” integrated care ” AND ” substance abuse services ” AND ” mental health services ”. Hakua rajasin koskemaan saatavilla oleviin koko teksteihin. Tuloksia sain kahdeksan, jotka eivät kuitenkaan vastanneet opinnäytetyöni aihetta tarpeeksi, joten työhöni ei tästä tietokannasta päätynyt mukaan yhtään tutki-musta. PubMedissä tiedonhakuja toteutin hakusanoilla ” mental health and sub-stance abuse services ” AND ” integrated care ”. Hakua rajasin kliinisiin tutki-muksiin sekä korkeintaan viisi vuotta vanhoihin julkaisuihin. Haulla sain 23 tu-losta, joista kaksi valitsin otsikon perusteella. Tiivistelmään tutustuttuani näistä kahdesta hyväksyin toisen, joka päättyi myös sisältönsä perusteella mukaan työhöni. Google Scholarissa hakusanoina olivat ” mielenterveys- ja päihdepal-velut ” AND ” integraatio ” AND ” työntekijä ”. Hakutuloksia rajasin vuoden 2021 jälkeen julkaistuihin. Hakutuloksia sain 49, joista otsikon perusteella kaksi otin tarkempaan tarkasteluun. Tiivistelmiin ja sisältöihin tutustumisen jälkeen työ-höni mukaan otin yhden.

Tiedonhakuja voi toteuttaa myös manuaalihakuna, eli läpikäymällä aiempien julkaisujen lähdetietoja ja etsimällä aihetta koskevaa kirjallisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017). Työssäni toteutin myös manuaalista tiedonha-kua, jossa perehdyin aihetta käsittelevien opinnäytetöiden lähdeviitteisiin. Ahl-roosin & Hanskin (2020) tekemän opinnäytetyön, ” Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa ”, lähdetiedoista löysin kaksi tutki-musta, jotka otin mukaan työhöni. Tutkimukset käsittelevät integroidun hoidon vaikuttavuutta. Poimin myös toisen opinnäytetyön lähdeviitteistä yhden tutki-muksen tekijän nimen. Hain nimellä finna.fi -tietokannasta ja löysin yhden tut-kimuksen, jonka otin mukaan työhöni. Tutkimus koski integroidun hoidon es-teitä ja mahdollisuuksia. Käyttämäni tutkimusaineisto nähtävissä opinnäyte-työn liitteenä (Liite 4.).

6.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön toteutin sähköisesti kyselynä. Kyselyn rakensin Wepropol-ohjelman avulla. Wepropol on internetissä toimiva kyselytyökalu, jolla voi luoda, toteuttaa ja analysoida kyselyitä. Internet-kyselyllä vältetään haastattelijan vaikutus haastateltavan vastauksiin, suojataan vastaajien anonymiteettiä eli nimettömyyttä sekä mahdollistetaan myös arkaluontoisten kysymysten kysyminen (Heikkilä 2014). Kyselytutkimuksen etuna on myös se, että voi kysyä samaa asiaa monelta ihmiseltä samaan aikaan, näin saadaan kerättyä laaja aineisto (Hirsjärvi ym. 2006, 184).

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Itä-Savon sairaanhoitopiirin aikuisille suunnatuissa mielenterveys- sekä päihdepalveluissa työskentelevä hoitohenkilökunta. Palveluihin kuuluvat mielenterveyden ja riippuvuuksien hoito-osasto sekä mielenterveyden ja riippuvuuksien avohoito, joissa työskentelee yhteensä noin 55 hoitotyön ammattilaista.

Otantavirheen välttämiseksi pieniin perusjoukkoihin kannattaa tehdä kokonaistutkimus (Heikkilä 2014). Otantavirhe on otannan suunnittelussa tapahtunut virhe, josta johtuen otoksen ominaisuudet eivät vastaa perusjoukkoa eli tutkimuksen kohteeksi määriteltyä joukkoa (Vilkkä 2007). Opinnäytetyöni perusjoukon ollessa suhteellisen pieni tämä opinnäytetyö toteutettiin kokonaistutkimuksena, eli kysely osoitettiin koko mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitohenkilökunnalle.

Kysely muodostui kysymyksistä, jotka oli standardoitu. Standardoitu, eli vakiointu, tarkoittaa, että kyselyn kysymykset kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla, samassa järjestyksessä ja samanlaisina (Vilkkä 2007). Määrällisen tutkimuksen toteutusmuodon ollessa kyselylomake kysymykset ovat usein pääosin strukturoituja eli suljettuja. Suljettuihin kysymyksiin on lueteltu vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee. (Vilpas s.a.) Kyselylomakkeen ollessa mittarina tulisi lomakkeen mitata juuri sitä, mitä suunnitellaan mitattavan. Tutkimussuunnitelma on perusta lomakkeelle, ja ne kulkevat käsi kädessä koko

prosessin ajan. (Vilka 2007.) Kyselylomakkeen sisältämät väittämät muodostin opinnäytetyön esille tuoman teoriatiedon pohjalta, ja niiden muodostamista ovat ohjanneet tutkimuskysymykset.

Opinnäytetyöni kyselylomake sisälsi 16 suljetun kysymyksen muodossa olevaa väittämää, väittämät liittyivät integroituun hoitoon. Suljettujen kysymysten lisäksi kyselyssä oli kaksi avointa jatkokysymystä. Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, joilla ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaaja kirjoittaa vastauksen itse (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017). Avoimilla jatkokysymyksillä kerättiin tietoa, miksi integraatiota ei koeta positiivisena kehitysaskeleena sekä mahdollisia kehitysehdotuksia liittyen integraatioon. Wepropol -kyselyn väittämät opinnäytetyön liitteenä (Liite 2).

Asteikkokysymyksissä vastaajalta kysyttiin mielipidettä esitettyyn väittämään valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla. Mielipiteen selvittämiseen voi käyttää esimerkiksi Likertin asteikkoa, joka on yleensä 5- tai 7-portainen asteikko nousevassa tai laskevassa skaalassa. Asteikko mittaa vastaajan mielipiteen sijoittumista näihin portaisiin. Portaiden toisessa päässä vastausvaihtoehtona väittämään on *täysin eri mieltä* ja toisessa päässä *täysin samaa mieltä*. (Hirsjärvi ym. 2006, 187—189.)

Työssäni käytin 5-portaista Likertin asteikkoa neljääntoista väittämään. Vastausvaihtoehtoina käytin *täysin samaa mieltä*, *osittain samaa mieltä*, *en osaa sanoa*, *hieman erimieltä* sekä *täysin erimieltä* vaihtoehtoja. Kahden väittämän vastausvaihtoehdot tiivistin *kyllä* ja *ei* vaihtoehtoihin, joista toinen vaihtoehto eteni avoimeen tarkentavaan lisäkysymykseen molemmissa väittämissä.

Kyselyä testaamalla ja koevastaajien avulla varmistuu kyselyn toimivuus sekä mahdollinen muokkaustarve (Heikkilä 2014, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 191). Kyselylomaketta ei voi enää muokata, kun se on lähtenyt vastaajille, joten tarkistukset tulee tehdä etukäteen (Vilka 2007). Wepropol -kyselyn toimivuuden varmistin vastaamalla kyselyyn ensin itse ja lähettämällä kyselyn myös muutamalle koevastaajalle, jotka koostuvat lähipiiristäni, eivätkä tule vastaamaan lopulliseen kyselyyn. Kyselyn toimivuuden varmistuttua liitin

kyselyn mukaan saatekirjeen. Saate on kyselylomakkeen mukana oleva teksti, jossa kerrotaan tarkempaa tietoa kyselystä (Vilkka 2007).

Saatekirjeen muotoilin kohteliaaksi ja vastaajaa kunnioittavaksi. Saatteen pitää sisältää tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta ja tavoitteesta, kyselyyn vastaamiseen menevästä ajasta, vastausten käytöstä ja säilytyksestä sekä tieto anonymiteetin säilymisestä. Tarkoituksena on antaa kyselystä tarpeeksi tietoa ja motivoida vastaanottajaa vastaamaan kyselyyn. Vastaaja tekee saatekirjeen perusteella päätöksensä, osallistuuko kyselyyn. (Vilkka 2007.) Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen voidaan tulkita suostumukseksi vastausten käyttöön, nämä täytyy myös huomioida saatekirjeessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017). Saatekirjeeni laadin huolellisesti. Saatteessa esittelin itseni, kerroin vastaajalle opinnäytetyöni aiheen ja tarkoituksen. Huomioin vastaajan vapaaehtoisuuden vastata kyselyyn, vastaamisen mukanaan tuovan suostumuksen vastauksien käyttöön, takaan vastaajan anonymiteetin säilymisen ja vastauksien hävittämisen analysoinnin jälkeen. Saatteessa kerroin vastaajalle rehellisesti, kuinka kauan kyselyyn vastaaminen vie aikaa ja kiitin häntä käyttämästään ajasta. Saatekirje opinnäytetyön liitteenä (Liite 1).

Valmiin kyselyn internetlinkin sekä saatteen lähetin sähköpostitse työni tilaajan yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilöni jakoi kyselyn saatekirjeineen hoitohenkilökunnalle vastattavaksi. Kysely oli auki kaksi viikkoa.

Aineiston keräämiseen kysely sopii hyvin, tosin haasteellista kyselyssä voi olla vastausten hidas saaminen. Vastaajia voi tarvittaessa muistuttaa kyselystä tietyn ajan jälkeen. (Vilkka 2007.) Vastauksia tuli suhteellisen vähän kahden viikon aikana, alle puolet perusjoukosta, joten toimin suunnitelmani mukaisesti ja avasin kyselyn vielä toiseksi kahden viikon jaksoksi. Pyysin yhteyshenkilöäni muistuttamaan hoitohenkilökuntaa kyselyn olemassaolosta sekä vastauksien tärkeydestä kyselyn onnistumisen kannalta. Näiden neljän viikon aikana sain vastaajia yhteensä 19.

6.4 Analyysi

Analyysiä, eli saadun aineiston läpikäymistä ja tulkitsemista, voi toteuttaa monella eri tavalla. Määrällisessä tutkimuksessa analyysimenetelmä valitaan sen mukaan, mitä ollaan tutkimassa, sekä sen, mikä on tavoitteena muuttujien tarkastelussa. Sijaintilukuja käytetään, jos on tavoitteena saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta. Sijaintiluvuilla saadaan havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja, yleisimmät sijaintiluvut ovat moodi ja keskiarvo. Näillä tunnusluvuilla voi esittää esimerkiksi mielipiteet helposti numeerisella tavalla. Käytettäessä moodia, eli keskilukua, saadaan selville luokka tai arvo, johon havainnot ovat keskittyneet tai jossa frekvenssi, eli esiintymistiheys, on suurin. Tunnuslukujen laskemisessa helpoin tapa on käyttää tilasto-ohjelmia. (Vilka 2007.) Analyysi avataan ja tehdään ”läpinäkyväksi”, jotta lukijan on helppo tarkastella analysoinnin etenemistä ja sen eettisyyttä. Analyysissä pelkkä tulosten esittäminen ei siis riitä, vaan tuloksiin liitetään kuvaus siitä, kuinka niihin päädyttiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 23.)

Kerätyn aineiston analysoin Webropol -raportointityökalulla. Webropolin oma raportointityökalu on nopea ja selkeä tapa tarkastella kyselyn tuloksia. Työkalu antoi tulokset selkeästi joko tilastoanalyysinä tai tekstinä halutessani. Analysoinnissa keskityin tarkastelemaan muuttujien moodia. Näin sain selville keskeisimmät kokemukset integroidun hoidon toteutumisesta, joita tarkastelin tulosten yhteenvedossa.

Kyselyssäni oli kaksi avointa jatkokysymystä, jotka analysoin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla teemoitellen. Aineistoa voi teemoitella taulukoinnilla, jolloin aineistosta nostetaan esille yhteneväisiä, keskeisiä ja usein esiintyviä asioita. Näille usein esiintyville asioille mietitään yhdistäviä nimityksiä eli teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analyysi sisältää kolme vaihetta. Redusoinnissa, eli pelkistämisessä, aineistosta poistetaan epäolennaiset asiat. Pelkistämisen jälkeen aineistosta kerätään klusteroinnin, eli ryhmitelyn, avulla alaluokkia. Alaluokat muodostuvat samaa ilmiötä kuvaavista käsitteistä. Kolmas vaihe, abstrahointi, eli käsitteellistäminen, sisältää samansisältöisten alaluokkien edelleen yhdistämisen pääluokiksi. Käsitteellistämisen avulla aineistosta saadaan valikoitua tutkimuksen kannalta olennainen tieto.

(Tuomi & Sarajärvi 2018.) Teemoittelua voi havainnollistaa tutkimusraportissa esittämällä katkelmia saadusta aineistosta. Näin raportin lukija saa kuvan siitä, kuinka teemoittelulla saadut tulokset ovat muodostuneet. (Juhila s.a.)

Opinnäytetyössäni avasin analyysiä ja saatuja tuloksia sekä sanallisesti että numeerisesti. Suljettujen väittämien tulokset toin esille prosentuaalisesti ja sanallisesti ja avoimien kysymyksien tulokset sanallisesti tekemäni teemoittelun perusteella. Sisällön analysointia varten tulostin avoimien kysymysten vastaukset paperiversioon. Leikkasin vastaukset erilleen ja analysoin manuaalisesti. Aineistolähtöisen sisällön analyysin toteuttamisen kuvasin taulukkoon ja liitin taulukon työhöni (Liite 3.). Analyysia kirjoittaessani toin esiin teemoittelun pohjana olevista alkuperäisistä vastauksista katkelmia analyysin etenemisen havainnollistamiseksi.

7 TULOKSET

Kysely oli auki kaksi kahden viikon jaksoa ajalla 13.05.2022–10.06.2022. Ensimmäisellä kahden viikon jaksolla kyselyyn tuli vastauksia 16 ja toisen jakson päätteeksi vastauksia oli 19, N=19. Vastausprosentti oli 10,45 %. Vastausvaihtoehtoja sekä vastauksien jakaantumista ovat havainnollistamassa taulukot (Taulukko 1.–16.)

Moniammatillisuus sekä yhteiset hoitolinjaukset ja tavoitteet

Suurin osa (58 %) vastaajista oli täysin sitä mieltä, että työyksikössä järjestetään moniammatillisia palavereja. Vastaajista 32 % prosenttia oli osittain samaa mieltä. Hieman eri mieltä oli 5 % ja täysin eri mieltä 5 %. (Taulukko 1.)

Taulukko 1, Työyksikössäni järjestetään moniammatillisia palavereja (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	11	57,9 %
Osittain samaa mieltä	6	31,6 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	1	5,2 %
Täysin eri mieltä	1	5,3 %

Yli puolet vastaajista (58 %) oli osittain samaa mieltä hoitopalaverien toteuttamisesta moniammatillisen tiimin yhteistyöllä. Täysin samaa mieltä oli 26 %, hieman eri mieltä 11 % ja täysin eri mieltä 5 %. (Taulukko 2.)

Taulukko 2, Hoitopalaverit toteutetaan moniammatillisen tiimin yhteistyöllä. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	5	26,3 %
Osittain samaa mieltä	11	57,9 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	2	10,5 %
Täysin eri mieltä	1	5,3 %

Yli puolet (58 %) koki olevansa osittain samaa mieltä siitä, että hoidon suunnittelussa huomioidaan kaikkien hoitoon osallistuvien näkökulmat ja sovitaan yhteinen tavoite, täysin samaa mieltä oli 26 % ja hieman eri mieltä 16 %. (Taulukko 3.)

Taulukko 3, Hoidon suunnittelussa huomioidaan kaikkien hoitoon osallistuvien näkökulmat ja sovitaan yhteinen tavoite. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	5	26,3 %
Osittain samaa mieltä	11	57,9 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	3	15,8 %
Täysin eri mieltä	0	0,0 %

Vastaajista yli puolet (58 %) oli osittain samaa mieltä siitä, että kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveyden- ja päihdehäiriön hoitoa toteutetaan yhteisten hoitolinjauksien mukaisesti, 32 % oli hieman eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 5 % ja täysin eri mieltä 5 %. (Taulukko 4.)

Taulukko 4, Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveyden- ja päihdehäiriön hoitoa toteutetaan yhteisten hoitolinjauksien mukaisesti. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	1	5,2 %
Osittain samaa mieltä	11	57,9 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	6	31,6 %
Täysin eri mieltä	1	5,3 %

Väittämään ”Integroitua hoitoa ohjaavat selkeät hoitolinjaukset ja yhteinen tavoite” suurin osa (47 %) vastasi olevansa hieman eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 16 %, osittain samaa mieltä 21 % ja 16 % valitsi vastausvaihtoehdon *en osaa sanoa*. (Taulukko 5.)

Taulukko 5, Integroitua hoitoa ohjaavat selkeät hoitolinjaukset ja yhteinen tavoite. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	3	15,8 %
Osittain samaa mieltä	4	21,0 %
En osaa sanoa	3	15,8 %
Hieman eri mieltä	9	47,4 %
Täysin eri mieltä	0	0,0 %

Melkein puolet (47 %) kokivat olevansa osittain samaa mieltä, että mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitoa ohjaa yhteinen tavoite. Hieman eri mieltä oli 32 % ja täysin samaa mieltä 21 %. (Taulukko 6.)

Taulukko 6, Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa ohjaa yhteinen tavoite. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	4	21,0 %
Osittain samaa mieltä	9	47,4 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	6	31,6 %
Täysin eri mieltä	0	0,0 %

Perehdytys ja lisäkoulutus integroidun hoidon toteuttamiseen

Vastaajista hieman alle puolet (42 %) kokivat olevansa hieman samaa mieltä väittämään ”Olen saanut ohjeistusta/ perehdytystä integroidun hoidon toteuttamiseen”. Hieman eri mieltä oli 32 % ja täysin eri mieltä 16 %. Vastausvaihtoehdon *en osaa sanoa* valitsi 16 %. (Taulukko 7.)

Taulukko 7, Olen saanut ohjeistusta/ perehdytystä integroidun hoidon toteuttamiseen. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	0	0,0 %
Osittain samaa mieltä	8	42,1 %
En osaa sanoa	3	15,8 %
Hieman eri mieltä	6	31,6 %
Täysin eri mieltä	2	10,5 %

Suurin osa (37 %) oli hieman eri mieltä siitä, että ovat saaneet lisäkoulutusta integroituun hoitoon liittyen. Täysin eri mieltä asiasta oli 26 %, osittain samaa mieltä 16 %, täysin samaa mieltä 5 % ja 16 % ei osannut sanoa. (Taulukko 8.)

Taulukko 8, Olen saanut lisäkoulutusta integroituun hoitoon liittyen. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	1	5,3 %
Osittain samaa mieltä	3	15,8 %
En osaa sanoa	3	15,8 %
Hieman eri mieltä	7	36,8 %
Täysin eri mieltä	5	26,3 %

Vastaajista puolet (53 %) olivat osittain samaa mieltä ja 26 % täysin samaa mieltä väittämässä ”Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden-/ päihdehäiriön hoidossa. Hieman eri mieltä oli 16 % ja 5 % ei osannut sanoa. (Taulukko 9.)

Taulukko 9, Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden-/ päihdehäiriön hoidossa. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	5	26,3 %
Osittain samaa mieltä	10	52,6 %
En osaa sanoa	1	5,3 %
Hieman eri mieltä	3	15,8 %
Täysin eri mieltä	0	0,0 %

Kaksoisdiagnoosipotilaan häiriöiden tasavertainen hoito

Suurin osa vastaajien kokemuksista mielenterveyden- ja päihdehäiriön huomiomisesta hoidossa jakaantui vaihtoehtoihin täysin samaa mieltä (42 %) ja osittain samaa mieltä (47 %), pienempi osa (11 %) oli hieman eri mieltä. (Taulukko 10.)

Taulukko 10, Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa huomioidaan niin päihdehäiriö kuin mielenterveydenhäiriökin. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	8	42,1 %
Osittain samaa mieltä	9	47,4 %
En osaa sanoa	0	0,0 %
Hieman eri mieltä	2	10,5 %
Täysin eri mieltä	0	0,0 %

Väittämään ”Kaksoisdiagnoosipotilaat saavat tasavertaisesti hoitoa molempiin häiriöihinsä” osittain samaa mieltä oli 42 %, hieman eri mieltä 26 %, täysin eri mieltä 11 % ja täysin samaa mieltä 5 %. Vaihtoehdon *en osaa sanoa* valitsi 16 %. (Taulukko 11.)

Taulukko 11, Kaksoisdiagnoosipotilaat saavat tasavertaisesti hoitoa molempiin häiriöihinsä. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	1	5,3 %
Osittain samaa mieltä	8	42,1 %
En osaa sanoa	3	15,8 %
Hieman eri mieltä	5	26,3 %
Täysin eri mieltä	2	10,5 %

Johdon kannustus ja tuki

Vastaajien kokemukset johdon ohjeistamisesta ja kannustamisesta integroidun hoidon toteuttamiseen jakautuivat suuresti. Osittain samaa mieltä oli 32 %, hieman eri mieltä 16 %, täysin samaa mieltä 10 % ja täysin eri mieltä 10 %. Vaihtoehdon *en osaa sanoa* valitsi 32 %. (Taulukko 12.)

Taulukko 12, Johto ohjeistaa ja kannustaa integroidun hoidon toteuttamiseen. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	2	10,5 %
Osittain samaa mieltä	6	31,6 %
En osaa sanoa	6	31,6 %
Hieman eri mieltä	3	15,8 %
Täysin eri mieltä	2	10,5 %

Samaa aihetta koskevaan väittämään ”Saamme kannustusta ja ohjausta integroituun hoitotyöhön johdolta” suurin osa (37 %) vastasi olevansa osittain samaa mieltä, hieman pienempi osa (32 %) vastasi olevansa hieman eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 10 % ja täysin eri mieltä 5 %, 16 % vastaajista valitsi vaihtoehdon *en osaa sanoa*. (Taulukko 13.)

Taulukko 13, Saamme kannustusta ja ohjausta integroituun hoitotyöhön johdolta. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	2	10,5 %
Osittain samaa mieltä	7	36,8 %
En osaa sanoa	3	15,8 %
Hieman eri mieltä	6	31,6 %
Täysin eri mieltä	1	5,3 %

Integraatio kehitysaskeleena

Väittämässä ”Koen integroidun hoidon toteutuvan työyksikössäni” osittain samaa mieltä oli yli puolet (58 %) vastaajista, täysin samaa mieltä 11 %, hieman eri mieltä 5 % ja täysin eri mieltä 5 %. Vaihtoehdon *en osaa sanoa* valitsi 21 %. (Taulukko 14.)

Taulukko 14, Koen integroidun hoidon toteutuvan työyksikössäni. (Webropol)

	n	Prosentti
Täysin samaa mieltä	2	10,5 %
Osittain samaa mieltä	11	57,9 %
En osaa sanoa	4	21,0 %
Hieman eri mieltä	1	5,3 %
Täysin eri mieltä	1	5,3 %

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön integraation koki positiivisena kehitysaskeleena kaksi kolmasosaa vastaajista (68 %), yksi kolmasosa (32 %) ei kokenut. (Taulukko 15.)

Taulukko 15, Koen integraation positiivisena kehitysaskeleena. (Webropol)

	n	Prosentti
Kyllä	13	68,4 %
Ei	6	31,6 %

Vastausvaihtoehdon *ei* valinneille esitettyyn jatkokysymykseen *miksi?* vastauksia tuli viisi (N=5). Vastausten sisällön analysointi antoi tuloksiksi käytännön toimivuuden, koulutuksen ja päihdekuntoutuksen puutteellisuuden. Aineistosta nousi esiin, ettei hoitohenkilökuntaa ole kuultu käytännön puolen toimivuudesta tai osaamisesta. Osaamisen puutteita koettiin olevan itsellä ja muilla. Vastaajat kokivat päihdekuntoutuksen olevan heikkoa ja puutteellista.

Aineistolähtöistä sisällön analyysia on havainnollistamassa liitteen 3 taulukko. (Taulukko 17.)

Kaikki kyselyyn vastanneet (100 %) olivat sitä mieltä, että integraatio tarvitsee vielä kehittämistä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16, Mielen terveys- ja päihdepalveluiden integraatio tarvitsee vielä kehittämistä. (Webropol)

	n	Prosentti
Kyllä	19	100,0 %
Ei	0	0,0 %

Jatkokysymykseen *missä asiassa?* vastauksia tuli yksitoista (N=11). Vastauksien analysoinnin myötä esiin nousivat seuraavat käsitteet; koulutus, hoitomalit ja hoitopolut, moniammatillinen yhteistyö, avohoito ja integraatio kokonaisuudessaan. Hoitohenkilökunta koki olevansa lisäkoulutuksen tarpeessa, osaamista koettiin olevan vain toisesta erikoisalasta. Hoitopolkujen koettiin olevan epäselvät ja niiden kehittäminen koettiin tarpeelliseksi. Hoitohenkilökunta koki yhteistyön olevan vaikeaa ja puutteellista. Avopuolelle ohjautumisessa ja avohoidon toimivuudessa koettiin olevan kehitettävää. Hoitohenkilökunnasta osa koki integraation kokonaisuudessaan kaipaavan vielä kehittämistä. Aineistolähtöistä sisällön analyysia on havainnollistettu liitteen 3 taulukossa. (Taulukko 18.)

Tulosten tarkastelu

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta integroidun hoidon toteuttamisessa on haasteita, joten sitä tulisi kehittää edelleen.

Tulokset toivat ilmi, että suurin osa vastaajista koki saaneensa perehdytystä/ohjeistusta integroidun hoidon toteuttamiseen, mutta ei lisäkoulutusta. Johdon suunnalta tulevan ohjaamisen ja kannustamisen koki toteutuvan noin kolmasosa vastaajista. Lisäkoulutuksen tarve nousi esiin selkeästi. Hoitohenkilökunta

koki, että tarvitsee koulutusta mielenterveys- ja päihdehäiriön hoidossa, osaa-
mista on tällä hetkellä suurimmalla osalla hoitohenkilökuntaa vain toisesta häi-
riöstä. Tämä korostui erityisesti pyydettyä perustelua sille, miksi ei koe in-
tegraatiota positiivisena kehitysaskelena, ja kysyttäessä, mitä kehitettävää
integraatiossa vielä on.

”Osaamisen puutteita itsellä ja muilla.”

*””Ylhäältä päin” tullut muutos, henkilökuntaa ei ole kuunneltu eli käyty keskus-
telua osaamisesta ja kiinnostuksesta eikä kysytty mikä toimisi. Pehdytys
puutteellista.”*

*”Henkilöstön kouluttaminen molempiin erikoisaloihin (tällä hetkellä osaamista
suurimmalla osalla vain toisesta).”*

”Lisäkoulutusta tarvitaan.”

Hoitohenkilökunnan kokemukset selkeistä hoitolinjauksista ja niiden olemas-
saolossa ilmenivät ristiriitaisina tulosten välillä. Yli puolet koki, että kaksois-
diagnoosipotilaan hoitoa toteutetaan yhteisten hoitolinjauksien mukaisesti.
Toisessa väittämässä tuli esiin, että puolet oli hieman eri mieltä integroitua
hoitoa ohjaavien selkeiden hoitolinjauksien olemassaolosta. Hoitopolut ja -pro-
sessit nousivat esiin myös kysyttäessä, missä asiassa integraatio tarvitsee
vielä kehittämistä.

”Potilaan hoitopolun selkeyttäminen.”

”Hoitoprosessien/ mallien laatiminen ja kehittäminen.”

Vastaajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitoa ohjaa yhteinen
tavoite. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa huomioidaan niin mielenterveys-
kuin päihdehäiriökin, ja he saavat tasavertaisesti hoitoa molempiin häiri-
öihinsä. Avointen kysymysten vastauksien mukaan päihdepotilaiden hoidossa
koettiin olevan puutteita ja parannettavaa.

”Liikaa katkopotilaita.”

”Päihdepotilaiden kuntoutusta toteutetaan heikosti.”

”Päihdepotilaiden lyhytaikainen osastohoito, ilman toiminnallisuutta ei juurikaan motivoi potilaita päihteettömyyteen.”

”Päihdekuntoutusta ei enää ole. Osastolla pelkkä katko, jonka jälkeen mahd. avopuolen kontakti. Tämä yhtälö ei kanna päihdepotilaita. Nyt annetaan ensiapu fyysiseen vointiin, mutta työskentelyyn itse riippuvuuden kanssa ei pelkkä avohoito riitä.”

Hoitohenkilökunnasta suurin osa koki, että työyksikössä järjestetään moniammatillisia palavereja ja hoidon suunnittelussa huomioidaan kaikkien hoitoon osallistuvien näkökulma. Avointen kysymysten vastauksista nousee silti esiin yhteistyön ja moniammatillisuuden puute.

”Josko esihenkilöt kävisivät KOKO henkilökunnan kanssa kehityskeskustelut.”

”Asenteissa vielä ongelmaa. Vanhasta poisoppiminen on pahasti vielä kesken.”

”Yhteistyö pienen yksikön sisällä. Eri osaajien hyödyntäminen päivittäisessä työssä/ potilaan hoidossa.”

”Yhteistyötoiminnan kehittämisessä.”

”Työtapojen hitsautuminen yhteen vie aikaa.”

”Käytännössä ei ole keventynyt, edelleen useampi Mtr avohoidon tiimi ja Mtr osastolla näiden potilasryhmien yhdessä hoitaminen haasteellista.” (Mtr -lyhenteen tulkitsin tarkoittavan mielenterveys ja riippuvuus.)

Integraation kehittämisessä kehitystarpeiksi sisällön analyysin jälkeen nousi myös integraatio kokonaisuudessaan.

”Kaikessa.”

”Lähestulkoon kaikessa.”

8 POHDINTA

Aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten löytäminen oli haasteellista, ja aikaa etsimiseen kului paljon. Opinnäytetyön aihe oli rajattu koskemaan vain hoitohenkilökunnan kokemuksia, mikä rajasi myös olemassa olevaa tutkimusaineistoa. Kirjallisuuskatsaus koostui tarkkaan valikoiduista ja aihetta mahdollisimman tarkasti käsittelevistä tutkimusaineistoista. Aiheen rajauksen muuttaminen olisi voinut edesauttaa aineiston löytymistä, mutta se olisi muuttanut liikaa työn tarkoitusta ja tavoitetta. Löytyneet aiemmat tutkimukset riittivät antamaan hyvän suunnan ja kehukset opinnäytetyölle. Opinnäytetyön kyselyn väittämät rakentuivat teoretiedon pohjalle ja vastasivat olemassa olleisiin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite toteutuivat tyydyttävästi, vaikka vastausprosentti jäi suhteellisen pieneksi (10,45 %). Suurempi vastaajamäärä olisi tukenut tarkoituksen ja tavoitteen toteutumista paremmin.

Vastausprosentin pieneksi jäämiseen vaikutti mahdollisesti hoitohenkilökunnan kiireinen työ. Kesken työpäivän voi olla haastavaa löytää aikaa kyselyyn vastaamiseen, tai kyselyn olemassaolo voi unohtua työn keskellä. Toinen mahdollinen syy voisi olla, ettei integroidun hoidon toteutumisessa koeta olevan puutteita. Tällöin kysely aiheesta voidaan ajatella turhana. Edelliseen ajatukseen voi asettaa myös vasta-ajatuksen. Hoitohenkilökunta tiedostaa integroidun hoidon olevan puutteellista, ja kyselyyn osallistuminen voi tuntua turhautavalta ja turhalta. Syitä vähäiseen kyselyyn osallistumiseen voi olla niin monta kuin oli vastaamatta jättäneitä hoitotyöntekijöitä.

8.1 Tuloksen pohdinta

Opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta molempien häiriöiden hoitoon, ja hoitoprosessien selkeyttäminen koettiin tarpeelliseksi. Nämä asiat nousivat esiin myös Hautasen ja Korhosen (2020) tekemässä tutkimuksessa ”Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisesta” (Hautanen & Korhonen 2020). Häiriöiden tasavertaisen hoidon koki toteutuvan noin puolet vastaajista, mistä voi tulkita hoidon toteutumisessa olevan vielä kehitettävää. Aiemmissa tutkimuksissa todettiin häiriöiden hoidon olevan epätasapainossa. Hoitohenkilökunta koki, että toinen häiriöistä jää toissijaiseksi. Kokemukset olivat riippuvaisia vastaajien erikoisalasta, ja oma erikoisala koettiin heikommin hoidetuksi molempien häiriöiden hoidossa (Kanto 2021; Hautanen & Korhonen 2020). Vastaukset antavat kuvan, että mielenterveys- ja päihdehoitohenkilökunta olisi vielä integraation jälkeenkin kaksi eri erikoisaloilla toimivaa joukkoa ja muutosprosessi olisi vielä kesken. Kanto (2021) toi tutkimuksensa tuloksissa ilmi myös olemassa olevan pelon siitä, että päihdehoitotyö jää lääketieteen jalkoihin ja heikommin huomioiduksi (Kanto 2021). Tämän työn tuloksista tulee myös ilmi samansuuntainen huoli. Päihdekuntoutuksen tilanne koettiin heikoksi ja osittain jopa niin, ettei päihdekuntoutusta enää ole. Hoitohenkilökunnan kokemuksista nousi esille, ettei nykyinen lyhytaikainen osastohoito ja sitä seuraava avopuolen kontakti riitä päihdekuntoutukseksi. Avohoidosta ei koeta olevan tarpeeksi tukea asiakkaalle päihdekuntoutumisessa ja työskentelyssä riippuvuuden kanssa.

Hoitohenkilökunnasta yksi kolmasosa ei kokenut integraatiota positiivisena kehitysaskelena juuri yllä mainittujen seikkojen vuoksi, ja kaikki vastanneet kokivat, että integraatio tarvitsee vielä kehittämistä. Nämä samat seikat toistuivat kehitysaiheita kysyttäessä, ja niitä tukivat myös kyselyn tulokset.

Vastaajista suurin osa koki, että moniammatillinen yhteistyö toimii. Tässä syntyy ristiriita, kun vertaa väittämien tulosten moodia avointen kysymysten, ”missä asiassa integraatio tarvitsee kehittämistä ja miksi et koe integraatiota positiivisena kehitysaskelena”, vastauksiin. Avoimien kysymysten vastauksista nousi esiin yhteistyön puute sekä hoitohenkilökunnan asenteiden ongelmat.

Tulokset kertovat integraation jatkokehittämisen tarpeesta, joten työn tilaaja voi hyödyntää opinnäytetyötä kehittämisessä. Opinnäytetyön myötä hoitohenkilökunnan kokemukset ja ajatukset integraation toteutumisesta ja kehittämistarpeista tulevat julki. Tätä kautta kyseiset asiat pääsevät esille myös työyhteisössä ja mahdollisesti herättävät keskustelua sekä muutoksia hoitohenkilökunnan keskuudessa. Eri osaamisaloilta integroidut hoitohenkilökunnan jäsenet voisivat jakaa osaamistaan keskenään ja parantaa yhteistä ammattitaitoa moniammatillisessa tiimissä.

8.2 Menetelmän tarkastelu

Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltui tähän opinnäytetyöhön erinomaisesti. Menetelmä antoi mahdollisuuden kysyä suljettuja kysymyksiä, joiden tulokset olivat yksinkertaisia ja nopeita analysoida. Analysointivaiheessa käytössä oli määrällisen tutkimusmenetelmän lisäksi laadullisen tutkimusmenetelmän aineistolähtöinen sisällön analyysi. Määrällisellä menetelmällä saadun aineiston analysointi oli selkeää ja tulkintavirheiden mahdollisuus jäi pieneksi. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä, jonka toteutin temaattisesti, tulkintavirheille oli mahdollisuus. Aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen vaiheissa omien ajatusten ja johtopäätöksiensä syrjässä pitäminen vaati todella keskittymistä. Kahden eri analyysimenetelmän käyttäminen haastoi analysointivaihetta, mutta osoittautui lopulta hyväksi. Määrällisen ja laadullisen menetelmän tuloksia oli mielenkiintoista asettaa rinnakkain ja vertailuun.

Opinnäytetyön olisi voinut toteuttaa kokonaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Menetelmällä olisi voinut saada kartoitettua kokemuksia laajemmin ja avoimemmin. Analysoiminen olisi tällöin ollut haastavampaa ja tulkintavirheiden määrä olisi kasvanut. Kyselyn toteuttaminen pelkästään avoimilla kysymyksillä olisi vaikuttanut kyselyn vastausaikaan. Pitkän vastausajan ajattelen vaikuttavan negatiivisesti vastaajien halukkuuteen vastata kyselyyn. Vastausajan pitäminen lyhyenä olisi puolestaan karsinut kysymysten määrää pieneksi. Määrällinen tutkimusmenetelmä antoi joustoa kysymysten määrään, rajasi vastausvaihtoehdot ja karsi vapaan kirjoituksen vastaukset, joten koen sen olevan soveltuvampi menetelmä tähän työhön.

Tuotekehitysprosessina opinnäytetyön tuloksena olisi voinut olla integraation kehittämistarpeen seurantalomake. Tämänhetkisten kokemusten kartoitus olisi jäänyt pois, joten menetelmä ei olisi tukenut työn tarkoitusta ja tavoitetta. Ajatuksena kehittämistarpeen seurantalomake on mielestäni hyvä ja käyttöä sellaiselle voisi olla.

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden ja uskottavuuden perusta on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön tutkimusetiikan näkökulmasta kuuluvat rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimusta tehdessä. Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa ollaan yksityiskohtaisia ja avataan prosessi huolella. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Työssäni varmistin eettisyyden ja luotettavuuden noudattamalla hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutustuin tarkasti ennen opinnäytetyön aloittamista ja sen edetessä hyviin tieteellisiin käytäntöihin. Näin olen kuljettanut niitä mukana opinnäytetyön edetessä ja toiminut niiden mukaisesti.

Opinnäytetyön eettisyys

Eettisten lähtökohtien mukaan tutkimukselle haetaan tutkimuslupa ja varmistetaan kohdeorganisaation halukkuus nimensä julkaisemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017.) Ennen kyselytutkimuksen toteuttamista hain tutkimusluvan toimeksiantajaorganisaatiolta. Tutkimusluvan yhteydessä selvitin, saako organisaation nimeä julkaista tutkimusraportissani ja toimin heidän päätöksensä mukaan. Vastauksen sain yhteyshenkilöltäni, joka ei nähnyt estettä nimen julkaisemiseen.

Tutkimukseen osallistuvia informoidaan tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta, tietojen käsittelyn luotettavuudesta ja anonyymiteetin toteutumisesta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009). Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaajien anonyymiteetistä huolehditaan koko prosessin ajan. Tutkimusta tekevän henkilön tulee arvioida ja harkita tutkimuksen toteut-

tamista organisaatiossa, jossa on itse työskennellyt tai työskentelee. Kohde-ryhmään kuuluvien henkilöiden henkilöllisyys voi paljastua yhteisen työhistorian vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017.) Opinnäytetyössäni huomioin oman työhistoriani kyseisessä organisaatiossa. Vaikka kysely toteutettiin kokonaistutkimuksena, oli vastaajien joukko suhteellisen pieni. Kyselystäni jätin taustatekijöiden kysymisen kokonaan pois, koska niiden perusteella olisi mahdollista, että tunnistaisin vastaajan. Taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä, koulutus, sukupuoli (Vilpas s.a.). Kyselyn vastaajille toimitti työn tilaajan yhteyshenkilö, joten mitään henkilötietoja ei tämän opinnäytetyön tekijälle välittynyt. Saatekirjeessä kerroin tutkimukseen osallistuville tarkasti opinnäytetyön tarkoituksen sekä takasin anonymiteetin säilymisen kyselyyn vastatessa. Saatekirjeessä toin myös ilmi, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaamalla kyselyyn vastaaja antaa suostumuksen vastauksiensa käyttöön saatua aineistoa analysoitaessa. Saadun aineiston säilytin vain itselläni tietokoneella salasanaalla suojattuna sekä tulostetun version työpöydän lukollisessa laatikossa. Hävitin aineiston pysyvästi heti analyysin valmistumisen jälkeen.

Tulokset raportoidaan tarkasti ja rehellisesti, mutta niin, että tutkimuksiin osallistujien anonymiteetti säilyy. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 21—23; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Kvalitatiivisen, eli laadullisen, tutkimuksen luotettavuutta voi varmistaa käytetyn menetelmän, saadun aineiston ja tulosten esittämisellä näkyvästi (Niskanen 2010). Tulokset raportoin niitä muuttamatta, ja tein tulokset näkyväksi esittämällä niiden jakautumisen taulukoissa prosentuaalisesti. Työssäni oli kaksi avointa väittämää, joissa kvalitatiivinen menetelmä näkyi ja jotka analysoin aineistolähtöisen sisällön analyysin menetelmällä, teemoitellen. Sisällön analyysissä varmistin luotettavuutta tekemällä sen näkyväksi eli esittämällä sen vaiheet taulukossa ja nostamalla lainauksia aineistosta tulosten tarkasteluun.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluvat myös lähdeviitteiden oikeanlainen käyttö ja näin toisten tutkijoiden työn kunnioittaminen sekä tuloksien raportointi tarkasti ja totuudenmukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017). Tässä

opinnäytetyössä noudatin Xamk:n, eli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun, ohjeistusta lähdeviitteiden käyttöön ja merkitsemiseen. Viittasin käyttämäni tutkimusaineistoon tarkasti ja muiden työtä kunnioittaen.

Opinnäytetyön luotettavuus

Kriittinen ja arvioiva työasenne parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Tutkijan oman toiminnan ja valintojen analysointi koko tutkimusprosessin ajan ja näiden perustelu lisää luotettavuutta. Oman toiminnan arviointi, eli reflektio, ja sen dokumentointi sisältyy koko tutkimuksen arviointiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 27.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastelin tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetti, eli tutkimusmenetelmän luotettavuus, on sitä parempi, mitä todennäköisimmin tutkimuksen uudelleen toistamisella saataisiin samanlaiset tulokset. Validiteettia, eli tulosten pätevyyttä, arvioitaessa kiinnitetään huomio mitattavaan ilmiöön ja siihen, onko tutkimuksessa onnistuttu tarkastelemaan juuri kyseistä ilmiötä. Kyselytutkimuksessa validiteettia parantavat muun muassa kysymysten tarkka laatiminen ja arviointi; antavatko kysymykset tietoa tutkimuskysymyksiin? (Vilpas s.a., Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189.) Opinnäytetyössäni pohdin kyselyn väittämät huolellisesti, jotta ne vastaavat olemassa oleviin tutkimuskysymyksiin ja mittaavat juuri oikeaa ilmiötä. Kyselyn väittämät muodostin käyttämäni tutkimusaineiston pohjalta ja niin, että ne antoivat vastauksia mahdollisimman moneen integroidun hoidon toteutumiseen vaikuttavaan tekijään. Tutkimusaineiston valikoin huolella ja luotettavista lähteistä.

Opinnäytetyön validiteettia heikentää mahdollisuus, että jotakin väittämää ei ymmärretty, niin kuin oli tarkoitus. Samaa aihetta käsittelevien väittämien vastausten ristiriitaisuus voisi viitata tähän. Kyselyyn vastanneiden pienen määrän vuoksi on mahdollista, että kyselyn uusinnalla vastauksia saisi enemmän tai vähemmän, joka voisi vaikuttaa samanlaisten tuloksien saamiseen. Tämä heikentää työn reliabiliteettia. Vastajia kyselyyn oli 19 kun perusjoukon henkilömäärä oli noin 55, vastausprosentiksi muodostui 10,45 %. Opinnäytetyön reliabiliteettia vahvistaa tulosten samansuuntaisuus aikaisempien tutkimusten kanssa.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tuloksista voi tehdä johtopäätöksiä integroidun hoidon toteutumisesta ja myös hoitohenkilökunnan asenteesta. Tuloksista nousi esille yhteistyön haasteellisuus kahden eri erikoisalalan työntekijöiden yhdistyessä. Hoitohenkilökunnan muutosprosessi ja tottuminen uuteen tilanteeseen voi olla vielä kesken, minkä vuoksi yhteistyö ei vielä toimi suunnitellusti. Tulokset antoivat kuvan, ettei integraation toteuttamisvaiheessa huomioitu hoitohenkilökunnan näkemyksiä tai osaamista aiheesta. Olisiko integraation tilanne nyt toinen, jos hoitohenkilökunnan näkemykset ja lisäkoulutuksen tarve olisi huomioitu jo suunnitteluvaiheessa?

Aihealue on mielenkiintoinen ja se sisältää monia näkökulmia. Samankaltaisen kartoituksen hoitohenkilökunnan kokemuksista voisi toteuttaa myöhemmin. Kartoituksen avulla voisi seurata, onko kehitys edennyt ja mihin suuntaan. Mielensterveys- ja päihdehoitotyön integraatiota voisi tarkastella myös asiakkaiden/ potilaiden näkökulmasta ja kartoittaa heidän kokemuksensa integroidusta hoidosta. Hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksista saisi hyvin tietoa vielä kehittämisen tarpeessa olevista asioista. Jatkokehittämisideana on kehittämistarpeen seurantalomake. Lomakkeella voisi seurata ja kartoittaa eri yksiköiden kehittämistarvetta.

8.5 Oman oppimisen arviointi

Koen, että onnistuin opinnäytetyössä hyvin. Aloitin opinnäytetyön tekemisen jo vuoden 2021 alussa, jolloin mielensterveys- ja päihdehoitotyön integraatio oli vasta toteuttamisen alkumetreillä. Alkuperäinen opinnäytetyöni aihe silloin oli ”Mielensterveys- ja päihdehoitotyön integraation toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana”. Opinnäytetyön tarkoituksena tällöin oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, kuinka integraatio on lähtenyt toteutumaan palveluiden ollessa vielä erillisiä. Tapasin työni tilaajan yhteyshenkilön ja suunnitelimme yhdessä työn rakennetta ja tarkoitusta. Oman elämäntilanteeni muututtua yllättäen opinnäytetyö jäi suunnitelmavaiheeseen reiluksi puoleksi vuodeksi, jonka jälkeen tilanne integraation suhteen oli jo muuttunut. Integraatio

oli edistynyt, ja palvelurakenteissa oli tapahtunut suuria yhdistymisiä ja muutoksia, joten työni aihe ei ollut enää validi. Olin jo tähän mennessä kerännyt opinnäytetyönsuunnitelmaani kirjallisuutta ja tietoa aihetta koskien. Halusin aihepiiriin pysyvän muutenkin samanlaisena sen kiinnostavuuden vuoksi. Näin opinnäytetyön aiheeksi muotoutui ”Mielenterveys- ja päihdehoitotyön integraatio, integroidun hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana”. Ai-hemuutos sopi myös työn tilaajan yhteyshenkilölleni, jonka kanssa tilannetta pohdittiin puhelimitse.

Aikaisempien tutkimusten löytämisen koin haastavaksi niiden vähyyden vuoksi. Integroidun hoidon tehokkuutta on tutkittu paljonkin, mutta integroidun hoidon toteutumista henkilökunnan kokemana ei. Ajan kanssa onnistuin löytämään luotettavaa kirjallisuutta aihepiiristä, ja tämä antoi lisämotivaatiota ja kasvatti mielenkiintoa aihetta kohtaan entisestään.

Opinnäytetyön aikatauluttamisen koin erittäin haastavaksi, koko prosessin ajan. Tämä johtui oman arjen rakentumisesta suuren perheen äitinä. Minään päivänä ei voinut olla varma, riittääkö aika tai jaksaminen keskittyä opinnäytetyöhön suunnitellun mukaisesti. Aikataulua muokkasinkin usein suunnitelmaa tehdessäni. Vasta suunnitelmavaiheen lopussa osasin olla armollinen itselleni ja varata aikatauluun tarpeeksi aikaa eri vaiheiden toteuttamiseen.

Lopulliseen opinnäytetyön suunnitelmaan olin tyytyväinen. Näin jälkeen päin hahmottaa suunnitelman tekemisen prosessin aivan eri tavalla, kuin sitä aloittaessa ja tehdessä. Jos nyt aloittaisin opinnäytetyön uudestaan sen kerran tehtyäni, niin osaisin edetä paremmin vaihe vaiheelta ja aikatauluttaa prosessin realistisesti.

Toteuttamisvaihe eteni hyvin. Vastauksia olisin toivonut saavani enemmän, mutta olen tyytyväinen saatuihin vastauksiin. Kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Vastausten vähäisyydestä johtuen, kysely avattiin vielä toiseksi kahden viikon jaksoksi. Tämän toteuttaisin nyt eri tavalla ja lyhentäisin vastausaikaa viikkoon, jonka jälkeen uusisin kyselyn tarvittaessa. Vastausaikoja tarkistelemalla huomasin, että suurin osa vastaajista vastasi parin päivän sisällä saatteen ja kyselyn lähettämisestä. Toisella vastausviikolla ei vastauksia tullut

juuri yhtään, joten kysely oli niin sanotusti turhaan auki. Kyselyn kohdehenkilöiden voisi ajatella unohtaneen kyselyn olemassaolon muutaman päivän päästä saatteen vastaanottamisesta. Unohtaminen on ymmärrettävää kiireisen työn keskellä. Tuloksien käsittely ja analysointi sujui suunnitelman mukaisesti ja se oli mielenkiintoista. Vastauksissa oli myös ristiriitaisuuksia, jotka hieman mietityttivät analysointivaiheessa. Tästä heräsi itselle ajatuksia, oliko väittämien rakenne täysin ymmärrettävä tai ymmärrettiinkö se niin, kuin oli tarkoitus. Väittämien rakenteeseen perehtyisin vielä paremmin jatkossa. Opinnäytetyötä tehdessäni opin todella paljon lisää määrällisestä tutkimusmenetelmästä. Mitä enemmän sitä ymmärsin, sitä enemmän menetelmässä tuntui olevan vielä opittavaa. Opin näkemään prosessin eri vaiheista koostuvana kokonaisuutena ja se helpotti etenemistä. Opinnäytetyön alkuvaiheessa tuntui, kuin edessä olisi ollut suuri vuori yli kiivettävänä. Nyt kaiken oppimani jälkeen uskon, että jos jokin päivä vielä opinnäytetyötä teen, niin ajatus vuoresta ei ole enää läsnä. Opin paljon uutta myös integroidusta hoidosta, sen kehittymisestä ja kaikesta mitä se vaatii onnistuakseen.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo96517>

Aalto, M. 2018. Kaksoisdiagnoosi. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 7.5.2021].

Delos Reyes, C M., Kubek, P M., Kruszynski, R. & Boyle, P E. 2012. Integrated dual disorder treatment the evidence-based practice. Clinical Guide. Case Western Reserve University. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://case.edu/socialwork/centerforebp/sites/case.edu.centerforebp/files/2021-03/iddtclinicalguide.pdf>

Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. & Daumann, J. 2015. Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. *Dtsch Arztebl -lehti*. 112 (4). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/172416> [viitattu: 16.3.2022]

Hautanen, S. & Korhonen, M. 2020. Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa. YAMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/343325/Opinn%c3%a4ytetyo_YSY18SK_Korhonen_Miia.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.uud.p. Edita Publishing Oy. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKI-MUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hujala, A. & Taskinen, H. 2020. Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere; Tampere University Press. E-kirja. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Innokylä s.a. Työkalut, aivorihi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivorihi> [viitattu: 15.8.2021]

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2021. Mielen terveyden ja riippuvuuksien hoito-osasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/osastot/mtr/> [viitattu: 24.3.2022]

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2022. Organisaatio. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu: 24.3.2022]

Juhila, K. s.a. Teemoittelu. Tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/> [viitattu: 12.3.2022]

Kanto, K. 2021. Ihmisoikeusperustainen psykososiaalinen sosiaalityö mielen-terveys- ja päihdetyön integraatiossa. Maisterin tutkielma. Jyväskylän yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/76618/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-202106173816.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.—5.p. Sanoma Pro. Helsinki. E-kirja. Saatavissa: www.finna.kaakkuri.fi

Kylmänen, P. 2021. Päihde- ja mielen terveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Duodecim. Sairaanhoitajan käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.finna.kaakkuri.fi [viitattu: 31.5.2021]

Lotvonen, E. & Lindroos, L. 2008. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmienhoito/kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito> [viitattu 7.5.2021].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Minkoff, K. & Covell, N. 2019. Integrated Systems and Services for People with Co-occurring Mental Health and Substance Use Conditions: What's Known, What's New, and What's Now? Virginia; National Association of Mental Health Program Directors, NASMHPD. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TAC_Paper_8_508C.pdf

National Institute on Drug Abuse. 2018. Common Comorbidities with Substance Use Disorders. National Institute on Drug Abuse. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1155-common-comorbidities-with-substance-use-disorders.pdf>

Niskanen, Vesa A. 2010. Kohti tutkivaa työtapaa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.mv.helsinki.fi/home/niskanen/kotutapa_niskanen_10_11.pdf

Partanen, M.-L., Paaso, K., Haavisto, K., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Korhonen, J., Voipio-Pulkki, L-M., Ylikoski, M., Vuorilehto, M., Lassila, A., Posio, J., Murto, L., Ruuhonen, M., Tuori, T. & Partanen, A. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2009. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere.

Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. Verkkokäsikirja, Teemoittelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a.a. Mielenterveyspalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> [viitattu: 25.04.2021]

Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a.b. Päihdepalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/paihdepalvelut> [viitattu: 25.04.2021]

Sterling, S., Weisner, C. & Hinman, A. 2010. Access to Treatment for Adolescents With Substance Use and Co-Occurring Disorders: Challenges and Opportunities. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry -lehti. 49 (7). WWW-dokumentti. Saatavissa: www.finna.fi

Suontausta, P. 2016. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit. Tampereen yliopisto. Pro-gradu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100090/GRADU-1479375762.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Sote-uudistus. Sote-palveluiden integraatio. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio> [viitattu: 06.04.2021]

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012> [viitattu: 7.2.2022]

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilpas, P. s.a. Kvantitatiivinen tutkimus. Metropolia. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wüsthoff, L., Waal, H. & Gråwe, R. 2014. The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression – a group randomized trial. BMC Psychiatry. 67 (2014). PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-67>

Liite 1

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

olen sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta, Xamk:sta. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Mielenterveys- ja päihdehoitotyön integraatio, integroidun hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana”. Toteutan opinnäytetyöni kyselynä ja kohderyhmänä on Itä-Savon sairaanhoitopiirin Ky:n aikuispuolen mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitohenkilökunta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia integroidun mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteutumisesta.

Kysely toteutetaan internetin kautta Webropol -kyselynä täysin anonymisti alusta loppuun, henkilötietoja ei kerätä missään vaiheessa, eikä vastaaja ole tunnistettavissa. Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kyselyyn vastaamalla vastaaja antaa luvan vastauksiensa käyttöön opinnäytetyössä. Saadun aineiston säilytän vain itselläni ja hävitän sen analysoinnin valmistumisen jälkeen.

Kysely sisältää 16 väittämää ja vastaamiseen menee aikaa noin viisi minuuttia. Osallistumaan pääset seuraavasta linkistä: xxxxxx. Kysely on avoinna xx.xx.xx klo: xx:xx saakka.

Kiitos vastauksistasi ja ajastasi.

Ystävällisin terveisin

Eeva-Maria Miettinen

Sairaanhoitajaopiskelija

Xamk, Savonlinna

aeepa004@edu.xamk.fi

Liite 2

Webropol-kysely

Integroitu hoito

Kysely sisältää väittämiä, joihin voit valita omaa mielipidettäsi vastaavan/ lähinnä olevan vaihtoehdon.

Vastaamalla kyselyyn, annat luvan vastauksien käyttöön opinnäytetyössä. Vastaukset säilytetään vain kyselyn tekijällä ja ne poistetaan analysoinnin jälkeen, kysely toteutetaan täysin anonyymisti.

1. Kaksoisdiagnoosipotilaan mielenterveyden- ja päihdehäiriön hoitoa

toteutetaan yhteisten hoitolinjauksien mukaisesti

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

2. Työyksikössäni järjestetään moniammatillisia palavereja

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

3. Olen saanut lisäkoulutusta integroituun hoitoon liittyen

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

4. Hoidon suunnittelussa huomioidaan kaikkien hoitoon osallistuvien näkökulmat ja sovitaan yhteinen tavoite

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

5. Koen integraation positiivisena kehitysaskeleena

- Kyllä
- Ei

6. Miksi?

7. Johto ohjeistaa ja kannustaa integroidun hoidon toteuttamiseen

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

8. Hoitopalaverit toteutetaan moniammatillisen tiimin yhteistyöllä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

9. Koen integroidun hoidon toteutuvan työyksikössäni

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

10. Olen saanut ohjeistusta/ perehdytystä integroidun hoidon toteuttamiseen

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

11. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa huomioidaan niin päihdehäiriö kuin mielenterveydenhäiriökin

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

12. Integroitua hoitoa ohjaavat selkeät hoitolinjaukset ja yhteinen tavoite

Täysin samaa mieltä

- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

13. Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden-/ päihdehäiriön hoidossa

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

14. Kaksoisdiagnoosipotilaat saavat tasavertaisesti hoitoa molempiin häiriöihinsä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

15. Saamme kannustusta ja ohjausta integroituun hoitotyöhön johdolta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

16. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa ohjaa yhteinen tavoite

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

17. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio tarvitsee vielä

kehittämistä

- Kyllä
- Ei

18. Missä asiassa?

Liite 3

Aineistolähtöinen sisällön analyysi, teemoittelutaulukot

Taulukko 17, Koen integraation positiivisena kehitysaskelena – vastausvaihtoehto ”ei” – miksi?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka
<p>Rakenteita yritetty yksinkertaistaa, yhdistää. Käytännössä ei ole keventynyt, edelleen useampi mtr avohoidon tiimi ja mtr osastolla näiden potilasryhmien yhdessä hoitaminen haasteellista.</p>	<p>Käytännössä yksinkertaistaminen ja yhdistäminen ei näy, edelleen useita avohoidon tiimejä ja osastolla molempien potilasryhmien hoito haasteellista.</p>	<p>Toteutuminen käytännössä.</p>	<p>Käytännön toimivuus.</p>
<p>”Ylhäältä päin” tullut muutos, henkilökuntaa ei ole kuunneltu eli käyty keskustelua osaamisesta ja kiinnostuksesta eikä kysytty mikä toimisi?</p>	<p>Henkilökunnan osaamista, kiinnostusta ja mielipidettä käytännön toimivuudesta ei ole kartoitettu.</p>	<p>Käytännön toimivuuden selvittäminen.</p>	

Osaamisen puutteita itsellä ja muilla.	Osaamisen puute.	Osaaminen.	Koulutus.
Päihdepotilaiden kuntoutusta toteutetaan heikosti.	Päihdekuntoutus heikkoa.	Päihdekuntoutus.	Päihdekuntoutuksen tila.
Päihdepotilaiden lyhytaikainen osastohoito, ilman toiminnallisuutta ei juurikaan motivoi potilaita päihdeettömyyteen.	Päihdepotilaiden lyhyt hoito, toiminnallisuus puuttuu hoidosta.	Päihdehoito heikkoa.	
Liikaa katkopotilaita.	Katkopotilaiden määrä.	Katkopotilaat.	
Päihdekuntoutusta ei enää ole. Osastolla pelkkä katko, jonka jälkeen mahd. avopuolen kontakti. Tämä yhtälö ei kannata päihdepotilailla. Seinät ja turvallinen ympäristö päihdeongelman hoidossa on ensisijaisen tärkeää varsinkin kuntoutumisen alkuvaiheessa. Nyt annetaan ensiapu fyysiseen vointiin, mutta työskentelyyn itse riippuvuuden kanssa ei pelkkä avohoito riitä.	Päihdekuntoutus puuttuu. Päihdepotilaiden lyhyt hoitoaika osastolla. Riippuvuuden hoidossa ei avohoito riitä.	Päihdekuntoutuksen puute.	

Taulukko 18. Mielensterveys- ja päihdepalveluiden integraatio tarvitsee vielä kehittämistä – vastausvaihtoehto ”kyllä” – Missä asiassa?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
Tietoa, taitoa molemmin puolin. Työtapojen hitsautuminen yhteen vie aikaa.	Tiedossa ja taidossa. Työtapojen hitsautuminen yhteen.	Osaaminen.	Koulutus.
Lisäkoulutusta tarvitaan.	Lisäkoulutus.	Osaaminen.	
Henkilöstön kouluttaminen molempiin erikoisaloihin (tällä hetkellä osaamista suurimmalla osalla vain toisesta). Hoitoprosessien/ mallien laatiminen ja kehittäminen.	Kouluttaminen molempiin erikoisaloihin. Hoitoprosessien/ mallien laatiminen.	Kouluttaminen. Hoitoprosessit-/mallit.	
Yhteistyötoiminnan kehittämisessä. Potilaan hoitopolun selkeyttäminen. Ohjautuminen viiveettä avohoitoon.	Yhteistyötoiminnassa kehittämistä. Hoitopolun selkeyttäminen ja ohjautuminen avohoitoon.	Hoitopolku epäselvä. Ohjautuminen avohoitoon. Yhteistyö.	Hoitomallit ja hoitopolut.

Yhteistyössä.	Yhteistyö.	Yhteistyö.	Moniammatillinen yhteistyö.
Yhteistyö pienen yksikön sisällä. Eri osaajien hyödyntäminen päivittäisessä työssä/ potilaan hoidossa.	Yhteistyö, eri osaamisalojen hyödyntäminen.	Yhteistyö. Moniammatillisuus.	
Josko esihenkilöt kävisivät KOKO henkilökunnan kanssa Kehityskeskustelut?	Kehityskeskustelut koko henkilökunnan kanssa.	Kehityskeskustelut.	
Asenteissa on vielä ongelmaa. Vanhasta poisoppiminen on vielä pahasti kesken.	Asenteissa ongelmaa. Vanhasta poisoppiminen kesken.	Asenteet	
Tasavertaisuudessa.	Tasavertaisuus.	Tasavertaisuus.	
Lähestulkoon kaikessa. Avopuoli pykii ainakin ihan kunnolla. Jal-kautuvasta ei juurikaan apua.	Kaikessa. Avopuoli ei toimi. Jal-kautuvasta ei juurikaan apua.	Avohoito heikkoa.	Avohoito.
			Kokonaisuus.
Kaikessa.	Kaikessa.	Kokonaisuus.	

Liite 4

Kirjallisuustaulukko

Tutkimus/ tietolähde	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat intressit
Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebe, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. & Daumann, J. 2015. Trans-sector integrated treatment in psychosis and ad-diction. Dtsch Arztebl -lehti. 112 (4). WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/172416	Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla oli saman aikainen päihdehäiriö ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö.	Seurantatutkimus N=100	Hoitomotivaatio parani integroidussa hoitomallissa. Integroidusta hoidosta hyötyä, vaikka päihdeiden käyttö jatkuisikin. Potilaat tyytyväisempiä integroituun hoitoon. Integroitu hoito tuloksellista.	Integroidun hoidon vaikuttavuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomotivaatioon.
Hautanen, S. & Korhonen, M. 2020. Hoitajien kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitamisessa. Ylempi AMK opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/343325/Opinn%c3%a4ytetyo_YSY18SK_Korhonen_Miia.pdf?sequence=2&isAllowed=y	Sairaalapsykiatrian ja perusterveydenhuollon osaston sekä kolmannen sektorin päihdepalveluyksikön hoitohenkilökunta/ heidän kokemuksensa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitamisesta	Kvalitatiivinen kyselytutkimus N=14	Lisäkoulutukselle tarvetta sekä psykiatrian- että päihdepuolen hoitotyön osaamiseen ja asiakkaan kohtaamiseen. Integroidut palvelut eivät aina toteudu.	Hoitajien kokemukset lisäkoulutuksen tarpeesta. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyön toteutuminen.

<p>Kanto, K. 2021. Ihmisoikeusperustainen psykososiaalinen sosiaalityö mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa. Maisterin tutkielma. Jyväskylän yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/76618/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-202106173816.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>Sosiaalityöntekijät ja heidän kokemuksensa sosiaalityön asemasta ja autonomiasta mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus N=11</p>	<p>Psykososiaalisen päihdesosiaalityön asema kaventunut integraation jälkeen.</p> <p>Hallinnollinen järjestelmätason integraatio ei ole mahdollistanut yhtenäisiä hoitokäytäntöjä.</p> <p>Lähetekäytäntöjen ja diagnoosikeskeisyyden vahvistuminen heikentäneet sosiaalipuolen matalan kynnyksen lähestymistä.</p>	<p>Sosiaalityön asema integraatiossa.</p> <p>Sosiaalipuolen kokemukset integraation toteutumisesta.</p>
<p>Sterling, S., Weisner, C. & Hinman, A. 2010. Access to Treatment for Adolescents With Substance Use and Co-Occurring Disorders: Challenges and Opportunities. <i>American Academy of Child & Adolescent Psychiatry -lehti</i>. 49 (7). WWW-dokumentti. Saatavissa: www.finna.fi</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroituu hoitoon pääseminen. Terveystenhuollonjärjestelmien roolit ja politiikka (terveysuudistus).</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Integroidun hoidon esteet pääosin terveydenhuoltojärjestelmän organisaation pirstaleisuudesta johtuvia.</p> <p>Integroidun hoidon toteutukselle esteenä myös psykiatrian, perusterveydenhuollon ja päihteiden käytön kliinisen yhteyden heikkous.</p>	<p>Haasteet integroidun hoidon toteutumisessa</p>

<p>Suontausta. 2016. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit. Tampereen yliopisto. Pro-gradu. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100090/GRADU-1479375762.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palelujärjestelmä tiedot</p>	<p>Kuvaileva kvantitatiivinen analyysi</p>	<p>Erot eri alueiden välisissä mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmissä sekä resursseissa suuria.</p> <p>Pääsääntöisesti yhdistetyt palvelut eivät olleet moniammatillisia.</p>	<p>Integroidun hoidon toteutus.</p> <p>Huolenaiheet integroidussa hoidossa.</p>
<p>Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkko-nen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä, työntekijöitä, kolmannen sektorin palveluntuottajia, palveluiden käyttäjien omaisia, vapaaehtois- ja vertaistoimijia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus Kansalaiskysely N=307 Asiantuntijahaastattelu N=27</p>	<p>Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan tavoittaminen helpomaksi ihmisläheisimmillä palveluilla.</p> <p>Mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida perustason terveydenhuoltoon.</p> <p>Tulevaisuudessa tulisi panostaa yhteensovitettuun hoitoon vahvemmin ja valtakunnallisesti yhtenevällä tavalla.</p>	<p>Mielenterveys ja päihdeasiakkaan tavoittaminen ja hoitoon haakeutuminen.</p>
<p>Wüsthoff, L., Waal, H. & Gräwe, R. 2014. The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression – a group randomized trial. BMC Psychiatry. 67 (2014). PDF-dokumentti. Saatavissa: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-67</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla diagnosoitu mielenterveydenhäiriö sekä päihdehäiriö.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus. Vertailukoe perinteinen hoitomalli N=22 ja integroidun hoitomallin N=55 välillä</p>	<p>Integroidulla hoitomallilla motivaatiota lisäävä vaikutus.</p> <p>Päihteiden käyttö väheni integroidussa hoidossa.</p>	<p>Integroidun hoidon vaikuttavuus</p>