

Jonna Ahlroos & Marjo Hanski

**Integroidun hoitomallin käyttö kaksois-
diagnoosipotilaan hoitotyössä**
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sairaanhoidajakoulutus

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

2020



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkintonimike	Aika
Jonna Ahlroos & Marjo Hanski	Sairaanhoitaja (AMK)	Lokakuu 2020
Opinnäytetyön nimi		
Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä		47 sivua 19 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu		
Ohjaaja		
Pirjo Heimo & Niina Luukkonen		
Tiivistelmä		
<p>Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan komorbiditeettia eli monihäiriöisyyttä tai yhteisesiintyvyyttä. Kaksoisdiagnoosipotilas kärsii päihteiden haitallisesta käytöstä tai päihderiippuvuudesta sekä samanaikaisesta vähintään yhdestä mielenterveyden häiriöstä. Integroidussa hoitomallissa samanaikaisesta mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivän potilaan hoito toteutetaan samanaikaisesti samassa hoitoyksikössä.</p>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tavoitteena oli lisätä tietoa integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat. Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä? Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä?</p>		
<p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tiedonhaku toteutettiin sähköisistä tietokannoista tutkimuskysymysten ohjaamina. Katsaukseen valikoitui yksitoista (11) englanninkielistä julkaisua vuosilta 2006–2019. Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>		
<p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan integroidussa hoitomallissa sama hoitoyksikkö hoitaa molempia häiriöitä samanaikaisesti. Hoitoa toteutetaan moniammatillisen tiimin toimesta, muutosvaiheiden mukaisesti. Hoidossa käytetään psykososiaalisen terapian muotoja sekä motivoivaa haastattelua ja yksilöllinen hoitosuunnitelma ohjaa hoidon toteutusta. Integroidun hoitomallin käyttö on saattanut parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tuloksia. Alkoholin ja muiden päihteiden käytön vähentymisestä raportoitiin neljässä tutkimuksessa. Tämän lisäksi tuloksissa esiteltiin useita muita hyödyllisiä hoidon tuloksia.</p>		
<p>Johtopäätöksenä on tärkeää mainita, että esittelemämme tulokset ovat peräisin kansainvälisistä lähteistä. Suomen palvelujärjestelmien rakenteet eroavat lähteissä mainittujen maiden palvelujärjestelmien rakenteista. Siksi tuloksia ei välttämättä voi siirtää suoraan Suomen palvelujärjestelmiin sopiviksi.</p>		
<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja voi hyödyntää tästä kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetuksessa.</p>		
Asiasanat		
Mielenterveys- ja päihdehäiriö, kaksoisdiagnoosi, komorbiditeetti, integroitu hoitomalli		

Author (authors)	Degree	Time
Jonna Ahlroos & Marjo Hanski	Bachelor of Health Care	October 2020
Thesis title		
Usage of the integrated treatment model for dually diagnosed patients		47 pages 19 pages of appendices
Commissioned by		
South-Eastern Finland University of Applied Sciences		
Supervisor		
Pirjo Heimo & Niina Luukkonen		
Abstract		
<p>Dual diagnosis refers to co-morbidity or co-occurring disorders. A person diagnosed with a dual diagnosis is suffering from at least one psychiatric disorder with a co-morbid substance abuse problem. In the integrated treatment model, patients suffering from both psychiatric and substance abuse disorders are treated concurrently in the same treatment unit.</p>		
<p>The purpose of this thesis was to produce a descriptive literature review of the use of an integrated treatment model in treating dually diagnosed patients. The objective of this thesis was to increase the knowledge on using the integrated treatment model for dually diagnosed patients. The research questions were the following: How is the integrated treatment model used in treating dually diagnosed patients? What kinds of results have been found when using the integrated treatment on dually diagnosed patients?</p>		
<p>The research method used in this thesis was a descriptive literature review. Research questions directed the search for data, and the publications were collected from online databases. The eleven (11) selected publications, all in English, were published between 2006 and 2019. Inductive content analysis was used as an analysing method.</p>		
<p>According to the results of this literature review, integrated treatment addresses both disorders concurrently with the same treatment team. The treatment is carried out by a multidisciplinary team using stage-by-stage treatment. Psychosocial therapies and motivational interviewing are used as a part of the treatment, and the treatment is directed by the patient's individualised treatment plan. The results also indicated that the use of the integrated treatment model may have improved the treatment results for dually diagnosed patients. Decrease in alcohol and other substance use was reported in four studies. The results also presented several other useful results of treatment.</p>		
<p>In conclusion, it is important to mention that the presented results were obtained from international sources. The structures of the Finnish service systems differ from the countries mentioned in the sources. Therefore, the results may not be transferred directly into the Finnish service systems.</p>		
<p>The commissioner of this thesis may utilise the results of this literature review in the teaching of mental health and substance abuse nursing.</p>		
Keywords		
Dual diagnosis, co-occurring disorder, comorbidity, integrated treatment		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KAAKKOIS-SUOMEN AMMATTIKORKEAKOULU	2
3	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT SUOMESSA	3
3.1	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen.....	4
3.2	Mielenterveysstrategiat.....	5
4	KAKSOISDIAGNOOSI.....	6
4.1	Päihdehäiriöt.....	7
4.2	Mielenterveyshäiriöt.....	8
5	INTEGROITU HOITOMALLI.....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	19
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	20
7.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	20
7.2	Aineiston haku ja valinta	20
7.3	Aineiston analyysi.....	23
8	TULOKSET.....	26
8.1	Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä	27
8.2	Integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset	28
9	POHDINTA.....	31
9.1	Tulosten tarkastelu	31
9.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	34
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	36
9.4	Opinnäytetyöprosessi	40
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	

Liite 1. Integroidun hoitomallin käyttö: pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen.

Liite 2. Integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset: pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen.

Liite 3. Kirjallisuustaulukko

1 JOHDANTO

Mielenterveys on osa suomalaisten kansanterveyttä sekä hyvinvointia. Sen merkitys on kasvanut yhteiskunnassamme. Samaan aikaan kun fyysinen terveys paranee, mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat lisääntyviä haasteita kansanterveydelle. Jopa puolet väestöstä sairastuu mielenterveyden häiriöön jossain elämänsä vaiheessa, ja liki puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveyshäiriöistä. Päihteiden käytöstä aiheutuu ennenaikaisia kuolemia. Fyysisten sairauksien hoidossa palvelut ovat kehittyneet ja niitä on nykyisin helpommin saatavilla, mutta samaa kehitystä ei ole tapahtunut mielenterveyspalveluissa. Tarvitaan siis voimavaroja ja sitoutumista, jotta mielenterveyspalvelut saadaan kehitettyä samalle tasolle kuin muut terveyspalvelut ovat Suomessa. (Vorma ym. 2020; Wahlbeck ym. 2012, 11–12.)

Kaksoisdiagnoosipotilas kärsii samanaikaisesti päihdehäiriöstä eli päihteiden haitallisesta käytöstä tai riippuvuudesta sekä vähintään yhdestä mielenterveyden häiriöstä. (Aalto 2018; Kylmänen 2020.) Suomessa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikainen esiintyminen oli vuosina 2007–2015 yleistä; 56–60 prosenttia päihdehäiriöistä kärsineistä potilaista raportoi kärsineensä myös mielenterveyshäiriöstä. (Kuussaari ym. 2019, 507.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on käytetty rinnakkaista sekä jaksotustaista hoitomallia, joissa hoitoa tarjotaan kahdesta eri yksiköstä. Näiden hoitomallien rinnalle on noussut **integroitu hoitomalli**, jossa moniammatillinen hoitotiimi hoitaa samanaikaisesta mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivää potilasta samassa hoitoyksikössä, samanaikaisesti. (Aalto 2018; Lotvonen & Lindroos 2015.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) ylläpiti HILMO-hoitoilmoitusrekisteriä, johon kirjataan tiedot kaikista sairaalahoitojaksoista ja hoidettujen potilaiden uloskirjausdiagnooseista (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1674). Nykyisin Hilmo-järjestelmää hallinnoi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, joka kerää tietoja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta että yksityisiltä palveluntuottajilta (THL 2020). Tästä rekisteristä saatujen tietojen mukaan sairaalahoitojaksojen määrä, joissa potilaalla oli vähintään yksi psykiatrinen

diagnoosi sekä päihdediagnoosi, olivat lisääntyneet tämän vuosikymmenen vaihteessa. Merkittävin hoitojaksojen määrän kasvu oli tapahtunut kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa, joilla oli taustalla psykoottisia häiriöitä; näiden hoitojaksojen määrä oli viisinkertaistunut vuodesta 1987 vuoteen 2002 mennessä. Psykiatrisia laitoshoitopaikkoja on vähennetty vuosikymmenten kuluessa, mutta samaan aikaan kaksoisdiagnoosien vuoksi toteutuneiden sairaalahoidojen jakso on ollut noususuhdanteessa. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1674.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoa integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyömme aiheen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyö löysimme koulumme opinnäytetyöpankista. Rajasimme opinnäytetyömme aiheeksi integroidun hoitomallin käytön kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa, koska aihe on mielestämme tärkeä ja mielenkiintoinen, eikä Suomesta löydy vastaavaa aihetta käsittelevää kirjallisuuskatsausta.

2 KAAKKOIS-SUOMEN AMMATTIKORKEAKOULU

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Xamk, aloitti toimintansa vuonna 2017 Mikkelin ja Kymenlaakson ammattikorkeakoulujen fuusioituttua. AMK ja ylempään AMK-tutkinnon opiskelijoita on ammattikorkeakoulun kampuksilla Mikkelissä, Kotkassa, Kouvolassa ja Savonlinnassa yhteensä noin 9 300. Lisäksi avoimen ammattikorkeakoulun opiskelijoita Xamkissa on vuosittain yli 5 000. Tutkintoon johtavia koulutuksia on tarjolla lähes 90. Työntekijöiden määrä on 733, liikevaihdon ollessa noin 73 miljoonaa euroa. (Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2020a.)

Xamkin Savonlinnan kampuksella koulutusta tarjotaan sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalta sekä tekniikan ja turvallisuuden alalta. Opiskelijoita Savonlinnan kampuksella on noin 720. (Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2020b.) Sairaanhoidaja AMK tutkintoa (210 opintopistettä) opiskellessa opintojen kliinisen hoitotyön osioon sisältyy viiden opintopisteen Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintopaketti. Lisäksi opintojen loppuvaiheessa on mahdollista opiskella

yhteensä 15 opintopisteen Mielenterveystyön täydentävät opinnot, jossa opiskelija kehittää asiantuntijuuttaan nuorten mielenterveys- ja päihdetyössä sekä hoitosuhdetyöskentelyssä. (Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2020c.)

3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT SUOMESSA

Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään kunnissa valtion tuella. Palveluita tuotetaan kuntien lisäksi yksityisissä ja kolmannen sektorin yrityksissä. Kunnista muodostetaan sairaanhoitopiirejä, jotka vastaavat erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on valmista lainsäädäntöä, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamista. Suomessa on kuusi aluehallintovirastoa, jotka valvovat ja ohjaavat kunnallisen ja yksityisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumista. (STM 2020a; STM 2020b.)

Sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa on säädetty sekä mielenterveysttä päihdepalvelujen järjestämisestä. Lisäksi mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on säädetty erikseen mielenterveyslaissa, ja päihdepalveluiden järjestämisestä on säädetty erikseen esimerkiksi päihdehuoltolaissa. (STM 2020c; STM 2020d.)

Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) on määritetty, että mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan mielenterveyshäiriöiden tutkimista ja lääkinällistä kuntoutusta. Päihdetyön palveluilla tarkoitetaan päihteistä aiheutuneiden sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluita (Terveydenhuoltolaki 3. § 28. mom). **Mielenterveyslaissa** (14.12.1990/116) on määritetty, että ”kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa säädetään”. **Sosiaalihuoltolaissa** (1301/2014) on määritetty, että ”päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa”. **Päihdehuoltolaissa** (17.1.1986/41) on määritetty, että ”päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyvä ongelma, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava

henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.”

3.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Kunnilla on vastuu terveydenhuollon peruspalveluiden järjestämisestä. Palvelut voi tuottaa yksin tai muodostaa kuntayhtymiä. (STM 2020a.) Suomessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen on yhdistetty useissa kunnissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä, päihteettömyyden edistämisessä ja päihde- sekä mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja kehittämisessä tehdään yhteistyötä sosiaali- ja terveystoimen välillä. Kuntien tehtävänä on huolehtia siitä, että julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin järjestämät mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään toimiviksi kokonaisuuksiksi. (STM 2020c; STM 2020d.)

Kunnan järjestämät mielenterveys- ja päihdepalvelut

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa asukkaidensa mielenterveyshäiriöiden ehkäisystä, tunnistamisesta, hoidosta sekä kuntoutuksesta (STM 2020c). Ensisijaisesti palvelut on järjestettävä avopalveluina siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tuetaan (Mielenterveyslaki 1. § 4 mom). Psykiatrisilla poliklinikoilla ja sairaaloissa järjestetään erikoissairaanhoidolliset mielenterveyspalvelut. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielenterveyskuntoutujille kuntoutavaa työtoimintaa, kotipalveluita ja asumispalveluita. (STM 2020c.)

Myös päihdepalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina siten, että ne ovat helposti tavoitettavissa (Päihdehuoltolaki 1. § 6 mom). Kuntoutus, katkaisuhoido ja erilaiset terapiat ovat esimerkkejä saatavilla olevista palveluista. Laitoskuntoutusta järjestetään niille, joille avohoidon palvelut eivät ole riittäviä. Katkaisuhoidossa päihteiden käyttö keskeytyy ja vieroitusoireita sekä päihteistä aiheutuneita haittoja hoidetaan. Sosiaalihuollon järjestämät päiväkeskukset, asumispalvelut ja sosiaalinen kuntoutus tukevat hoitoa ja kuntoutusta. (STM 2020d.)

Yksityisen ja kolmannen sektorin järjestämät palvelut

Kunnat voivat tuottaa palvelunsa itse, yhdessä toisen kunnan kanssa tai ostaa ne esimerkiksi yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta (STM 2020e). Yksityisillä sosiaali- ja terveystalouksilla täydennetään julkisia palveluita. Erilaiset yritykset, järjestöt ja säätiöt voivat myydä palveluitaan kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. (STM 2020f.)

Monet yksityiset järjestöt ja yhdistykset tarjoavat tukea päihdekuntoutujille sekä heidän omaisille. Vertaistukea tarjotaan esimerkiksi nimettömät alkoholistit -ryhmissä (AA-ryhmä) sekä A-killoissa. Läheistensä päihdekäytöstä kärsivät omaiset voivat hakea tukea esimerkiksi Al-Anon:sta, joka on vertaistukiryhmä. (STM 2020d.) A-klinikka oy on yksityinen mielenterveys- ja päihdepalvelujen erikoisosaaja, joka tarjoaa palveluita 13 paikkakunnalla, esimerkiksi poliklinikkapalveluita ja vieroitus- ja korvaushoitoa. (A-klinikka s.a.)

3.2 Mielenterveysstrategiat

Vuonna 2009 julkaistu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli linjasi ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä valtakunnallisella tasolla, yhtenä kokonaisuutena. Vuosina 2009–2015 toteutetussa Mieli-suunnitelmassa painotettiin mielenterveyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä, asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä sekä ohjauskeinojen kehittämistä. Toimeenpanosta vastasivat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM). (THL s.a; Vormo ym. 2020, 9.)

Ohjelman todettiin olleen hyödyllinen, ja se saikin jatkoa vuonna 2020, kun Suomeen luotiin Mielenterveysstrategia, joka ulottuu vuodesta 2020 vuoteen 2030. Strategian tavoitteena on turvata mielenterveystyön tavoitteellisuus ja jatkuvuus. (THL s.a; STM 2020g.)

Uudessa strategiassa painotetaan mielenterveyttä pääomana, lasten ja nuorten mielenterveyttä, mielenterveysoikeuksia, tarpeenmukaisia laaja-alaisia palveluita sekä mielenterveysjohtamista. Lähtökohtana on se, että

mielenterveydellä on vaikutusta niin terveyteen kuin taloudelliseen ja sosiaalisempaan hyvinvointiin. Strategiassa korostuu yhteistyön lisäämisen tarve; eri hallinnon alojen sekä julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin pitäisi toimia tulevaisuudessa samansuuntaisesti. Mielenterveyttä edistävästä työstä tarvitaan siltoja sairaanhoitoon ja kuntoutukseen. Jotta hoidosta saadaan tehokkaampaa, tarvitaan enemmän yhteistyötä psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välille. Työterveys-, sosiaali- ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välille tarvitaan kiinteämpää yhteistyötä. (STM 2020g; Vormo ym. 2020, 14–17.)

4 KAKSOISDIAGNOOSI

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan komorbiditeettia eli monihäiriöisyyttä tai yhteisesiintyvyyttä. Kaksoisdiagnoosipotilas kärsii päihteiden haitallisesta käytöstä tai päihderiippuvuudesta ja samanaikaisesti vähintään yhdestä mielen-terveyden häiriöstä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden mielenterveysongelmat eivät johdu yksin päihteiden aiheuttamista vaikutuksista, kuten vieroitusoireista tai päihtymyksestä, sillä psyykkiset oireet eivät häviä, vaikka potilas olisi kauankin raitis. Päihteiden käyttö voi silti vaikuttaa psyykkisiin oireisiin aiheuttamalla uusia oireita tai pahentamalla jo ilmeneviä oireita eli aiheuttamalla psykiatrisia komplikaatioita. Taustalla voi olla myös traumaattinen kokemus, joka on johtanut päihteiden väärinkäyttöön. (Aalto 2007, 1293; Aalto 2018; Kylmänen 2020; NIDA 2018, 3–13.)

Päihteiden käyttäjillä yleisimmin ilmeneviä mielen-terveyden häiriöitä ovat persoonallisuushäiriöt, joista kärsii 50–90 prosenttia kyseisestä potilasryhmästä. Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöistä kärsii 20–60 prosenttia ja psykoottisista häiriöistä 15–20 prosenttia päihteiden käyttäjistä. Päihderiippuvaisista nuorista ja aikuisista joka toinen kärsii oirekuvan mukaisista psyykkisistä sairauksista. Päihteiden käyttäjien keskuudessa samanaikaiset mielenterveysongelmat ovat siis yleisiä. Heidän keskuudessaan huumaavien aineiden käyttöä on ollut melko kauan, mutta käytössä on tapahtunut muutoksia: alkoholin sijaan on alettu käyttää enemmän myös muita huumaavia aineita. (Kuussaari ym. 2019; Kylmänen 2020.)

Osa potilaista voi koettaa lievittää masennuksesta johtuvia oireita juomalla alkoholia. Juomisesta voi aiheutua mielenterveysongelmia, ja psyykkisten oireiden hoitoon käytetyistä lääkkeistä voi aiheutua riippuvuutta. Alkoholi-ongelmaisen potilaan psyykkisiä oireita ovat persoonallisuushäiriöt, psykoottisuus, masennus, unettomuus ja ahdistuneisuus. Nämä häiriöt täytyy tunnistaa ja hoitaa samanaikaisesti päihdeongelman kanssa huomioiden, että luotettava diagnosointi vaatii neljän viikon raittiin jakson, jotta ohimenevät oireet voidaan sulkea pois. (Alkoholi-ongelmaisen hoito 2018; NIDA 2018, 12.)

Kaksoisdiagnoosia selittävät teoreettiset mallit

Kaksoisdiagnoosit ovat väestössä yleisiä, mutta pelkkä sattuma ei niitä selitä. Voidaan olettaa, että mielenterveys- ja päihdehäiriön välillä on yhteys, jonka avulla toisen häiriön esiintyminen mahdollistuu. Kolmella teoreettisella mallilla pyritään selittämään näitä yhtäläisyyksiä. **Sekundaarisessa patopsykologian mallissa** ajatellaan, että päihdeongelma johtaa pitkään kestäväan mielenterveyshäiriöön tai laukaisee sen. **Sekundaarisessa päihdehäiriön mallissa** päihdehäiriön ajatellaan johtuvan mielenterveyshäiriöstä: esimerkiksi siitä, että potilaat hoitavat mielenterveysongelmiaan päihteillä. **Yhteisessä selittävän tekijän mallissa** kuvataan erilaisia tekijöitä, jotka voivat selittää päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhtäaikaista ilmenemistä. Esimerkiksi työttömyys lisääntyy mielenterveydenhäiriöiden vuoksi, mikä puolestaan altistaa ihmistä päihteiden väärinkäytölle. Teoreettiset mallit perustuvat teoriasta johdettuihin olettamuksiin, koska niiden toimivuutta pystytään testaamaan sairastuneiden keskuudessa. Todennäköistä on, että useat tekijät vaikuttavat monihäiriöisyyden esiintymiseen. (Aalto 2007, 1294–1295; NIDA 2018, 8.)

4.1 Päihdehäiriöt

Päihteet vaikuttavat aivojen rakenteisiin sekä toimintaan. Yleisimpiä Suomessa käytettyjä päihteitä ovat alkoholi, nikotiini, kofeiini, kannabis, opiaatit, unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet sekä amfetamiini ja muuntohuumeet. Alkoholin väärinkäyttö on yksi keskeisistä uhista terveydelle ja hyvinvoinnille. Joka kymmenes nainen ja joka viides mies käyttää alkoholia terveyttä vaarantavissa määrin. (Huttunen 2018a; Kuoppasalmi ym. 2019a; Kuoppasalmi ym.

2019b.) Vuonna 2019 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli Suomessa 8,4 litraa asukasta kohden (Sotkanet 2020a). Samana vuonna koko maassa myytiin 8,2 litraa alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohden (Sotkanet 2020b).

Päihdyttävien aineiden käytöstä johtuvia häiriötiloja voidaan luonnehtia myös addiktioksi, riippuvuudeksi tai haitalliseksi käytöksi. Haitallisessa käytössä ei riippuvutta ole vielä syntynyt, mutta käytön fyysiset ja psyykkiset haitat ovat havaittavissa. Häiriötila on syntynyt, kun käyttö alkaa muodostua pakonomaiseksi. Samaan aikaan päihdehäiriöstä kärsivä ihminen tarvitsee yhä suurempia annoksia päihtyäkseen. Lopettamisesta tulee vaikeampaa, muu elämä alkaa kapeutua, terveysriskit lisääntyvät ja läheiset alkavat huolestua päihteiden käyttämisestä. Ainekohtaisesti päihteisiin liittyy omanlaisia erityispiirteitä, jotka on tärkeä tiedostaa hoitosuhteissa. (Alkoholiongelman hoito 2018; Huttunen 2018a; Kuoppasalmi 2019a.)

Päihderiippuvaiselle on ominaista päihteen jatkuva käyttö, joka on usein toistuvaa ja pakonomaista, käytön aiheuttamista terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista välittämättä. Päihderiippuvaiselle kehittyy fysiologinen riippuvuus, joka ilmenee toleranssin kasvamisena, sekä päihteiden käytön lopettamisen aiheuttamina vieroitusoireina. Päihderiippuvuutta voi ilmetä myös ilman fysiologisia oireita. Tällöin riippuvuuden ajatellaan olevan psykologista luonteeltaan perustuen aineen tuottamaan hyvään oloon, mieltä stimuloiviin aistiharhoihin tai muihin, toivottuihin psyykkisiin vaikutuksiin. (Huttunen 2018a; Huttunen 2018b.)

4.2 Mielensterveyshäiriöt

Alaluvussa 4.2 käsittelemme yleisiä kaksoisdiagnostisia mielensterveyshäiriöitä eli persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa, muita psykooseja ja viimeisenä depressiota. Aloitamme persoonallisuushäiriöistä.

Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan haitallisia käyttäytymismalleja, jotka ilmenevät erilaisissa elämäntilanteissa. Usein ne ovat vakiintuneita, pitkäaikaisia ja joustamattomia, ja poikkeavat kulttuurin normeista, mutta henkilö ei välttämättä itse tiedosta persoonallisuushäiriön olemassaoloa. Ongelmia voi esiintyä esimerkiksi havainnoinnissa, tavassa tulkita tunteita sekä tunneilmaisujen häilyvyydessä sekä voimakkuudessa. Persoonallisuushäiriöiden diagnostiikkaan liittyy ongelmia, sillä monella on sekatyypisiä oireita, tai heille voidaan asettaa useamman häiriön diagnoosi kerralla. Yleisyyttä on siis hankala määrittää. Laajoissa kansainvälisissä yleisväestötöksissä esiintyvyyttä on arvioitu 5–15 prosentin välille. (Marttunen ym. 2019; Huttunen 2018c.) Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys väestössä on noin kuusi prosenttia (Epävakaa persoonallisuus 2020).

Persoonallisuushäiriöt luokitellaan hallitsevasti esiintyvän käytösmallin mukaan. DSM-5-luokitus eli yhdysvaltalainen mielenterveys- ja käytöshäiriöiden diagnoosijärjestelmä erottelee persoonallisuushäiriöt kolmeen pääryhmään. Ryhmä A käsittää psykoosiin liittyvän, eristäytyvän sekä epäluuloisen persoonallisuushäiriön. Kun taas ryhmä B käsittää narsistisen, huomiohakuisen sekä epä-sosiaalisen persoonallisuushäiriön. He ovat usein epävakaita ja dramaattisia. Kolmas ryhmä eli ryhmä C taas käsittää tarkemmin määrittelemättömän, estyneen sekä riippuvaisen persoonallisuushäiriön. He ovat usein pelokkaita tai ahdistuneita. (Marttunen ym. 2019.)

Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuushäiriöillä on yleisimpinä mielenterveyden häiriöinä suuri merkitys kansanterveydelle; 25 prosenttia ihmisistä kärsii häiriöistä elämänsä aikana. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu erilaisia oireyhtymiä, joissa vaikean ja pitkäkestoisen ahdistuneisuuden lisäksi on myös muita oireita. Keskeisimpiä oireita ovat välttämiskäyttäytyminen sekä oireet, joissa autonominen hermosto aktivoituu. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat muun muassa paniikkihäiriö, jossa esiintyy voimakkaita ahdistuskohtauksia eli paniikkikohtauksia. Agorafobisissa peloissa ahdistuneisuus liittyy esimerkiksi ihmisjoukkoihin, jonossa tai sillalla olemiseen, poistumiseen kotoa tai matkustamiseen autolla tai julki-

sella kulkuvälineellä. Yleistyneeseen ahdistuneisuuteen liittyy useiden so-
maattisten oireiden lisäksi liiallinen huolestuneisuus esimerkiksi terveydentilaa
tai taloudellista asemaa koskien. Sosiaalisten tilanteiden pelko aiheuttaa in-
tensiivistä ahdistuneisuutta sosiaalisia tilanteita kohtaan. (Isometsä 2019a;
Koponen & Lepola 2018.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastutaan tyypillisesti nuoruudessa tai
nuorena aikuisena, ja sitä sairastaa noin 1–2 prosenttia suomalaisista. Sai-
raus on voimakkaasti periytyvä, heritabiliteetin vaihdellessa tutkimuksissa 60–
90 prosentin välillä. Sairaus jaksottuu manian, depression sekä sekamuotoi-
suuden vaiheisiin, sairausjaksojen esiintyessä joko yksittäin tai monivaihei-
sina. Sairausjaksojen välillä potilas voi olla täysin oireeton tai lieväoireinen,
mutta jäännösoireet lisääntyvät etenkin jaksojen toistuessa. Kaksisuuntainen
mielialahäiriö jaetaan kahteen päätyyppiin. Tyypin I häiriössä jaksottuu mania,
depressio sekä sekamuotoisuus, kun taas tyypin II potilas kärsii hypomania- ja
depressiojaksojen vaihtelusta ilman varsinaista maniaa. Kaksisuuntaista mie-
lialahäiriötä sairastavilla on korkea itsemurhariski, sillä puolet yrittävät itsemur-
haa. (Isometsä 2019b; Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.) Sairauden diag-
nosointi perustuu sairauden aiempaan kulkuun sekä ajankohtaisen sairausvai-
heen oiretilaan (Isometsä 2019c).

Skitsofrenia

Skitsofreniaan sairastunut kärsii toistuvista psykoosijaksoista sekä muutok-
sista toimintakyvyssä, tunne-elämässä sekä kognitiivisissa toiminnoissa. Skit-
sofreenikon sairaudenkuvaa on yksilöllinen, useimmiten potilas toipuu psykoo-
sijaksosta, mutta kärsii jäännösoireista ja toimintakyvyn haasteista. Ääripäät,
kuten toipuminen täydellisesti tai joutuminen pysyvästi laitoshoittoon, ovat har-
vinaisia. Kuitenkin vain kymmenesosa sairastuneista tarvitsee apua päivittäi-
sistä toiminnoista selviämiseen. (Suvisaari ym. 2019a; Tuominen & Salokan-
gas 2020.)

Skitsofrenia alkaa yleensä nuoruusiässä, ja siihen sairastuu suomalaisista noin prosentti. Oireet vaihtelevat elämän eri vaiheissa, eikä minkään yksittäisen oireen voida sanoa olevan tunnusomaista skitsofreenikolle. Sairastunut saattaa oirehtia harhaluuloisesti, hänellä voi olla aistiharhoja, hajanaisuutta puheessa tai käyttäytymisessä. Niin sanotuista negatiivisista oireista kärsivän potilaan puhe saattaa köyhtyä ja tunneilmaisu laimentua. Skitsofrenian etiologia on monitekijäinen, perimän ja ympäristötekijöiden vaikuttaessa sairauden puhkeamiseen. Tämänhetkisen teorian mukaan kyseessä on jo sikiövaiheessa alkava häiriö aivojen kehityksessä, mitä lapsuus- ja nuoruusiän sekä varhaisaikuisuuden ympäristötekijät voivat vaikeuttaa edelleen. (Suvisaari ym. 2019b; Tuominen & Salokangas 2020.)

Muut psykoosit

Lyhytkestoista, skitsofreenistyyppistä häiriötä kutsutaan skitsofreniformiseksi psykoosiksi. Skitsoaffektiivisessä häiriössä toistuvat mielialahäiriö- sekä psykoosijaksot. Harhaluuloisuushäiriötä sairastava ihminen kärsii deluusioista eli harhaluuloista, jolloin henkilö todellisuuden vastaisesti uskoo vahvasti johonkin, eikä jouta ajatuksistaan, vaikka asian paikkansapitämättömyys olisi todistettavissa. (Huttunen 2018d; Suvisaari ym. 2019c.)

Skitsofrenian lisäksi myös somaattiset sairaudet voivat aiheuttaa psykooseja. Jopa 60 prosentilla Alzheimer-potilaista esiintyy psykoosioireita, ja niitä tavaataan myös Lewyn kappale -tautia sekä vaskulaarista ja frontotemporaalista dementiaa sairastavilla. Myös harvinaisemmissa, dementoivissa Creutzfeldt-Jacobin ja Huntingtonin taudissa voi esiintyä psykoosioireita. Parkinsonin tautia, MS-tautia, erilaisia endokriinisia ja autoimmuuni- sekä aineenvaihduntasairauksia sairastavilla voi myös esiintyä eri syistä johtuvia psykoottisia oireita. (Suvisaari ym. 2019c.)

Traumaattisen tapahtuman, kuten läheisen kuoleman tai voimakkaan stressin laukaisema lyhytaikainen psykoosi, on kestoaltaan alle kuukauden. Runsasta päihteidenkäyttöä voi seurata päihdepsykoosi, kuten kannabis-, amfetamiini- tai alkoholipsykoosi. Synnyttäneillä naisilla voi esiintyä lapsivuodepsykoosia

eli postpartumpsykoosia kuukauden sisällä synnytyksestä. (Huttunen 2018e; Suvisaari ym. 2019c.)

Depressio

Depressiosta kärsii Suomessa vuositasolla 5–7 prosenttia aikuisväestöstä, sen ollessa yksi suurimpia kansanterveysongelmiamme. Myönnettyihin työttömyyseläkkeisiin depressio liittyy noin 3 500 tapauksessa vuosittain. Lisäksi vuodessa noin 500 depressiosta kärsivää ihmistä päätyy itsemurhaan. Depressio on oireyhtymä, jonka diagnosointi perustuu masennusoireiden kestoon, vaikutusasteeseen, lukumäärään ja ajalliseen vallitsevuuteen, keskeisten diagnoosien ollessa masennustila tai jatkuva masennus. Diagnoosin edellytyksenä on kliinisesti merkittävien oireiden päivittäinen ja yhtäjaksoinen esiintyminen vähintään kahden viikon ajan. Vaikeusastetta arvioidessa käytetään ICD-10 luokittelua, jolloin diagnoosin saadakseen on oireita oltava vähintään neljä kymmenestä kriteerioireesta. Lisäksi masennustilat voidaan jaotella lieviin (oireita 4–5), keskivaikeisiin (oireita 6–7) tai vaikeisiin (oireita 8–10). Masennuksen riskitekijöiksi mainitaan muun muassa perinnöllisesti haavoittuva luonne, lapsena koettu traumatisoiva kokemus sekä suuret, ajankohtaiset muutokset elämässä. (Depressio 2020; Isometsä 2019d.)

ICD-10-kriteereiden mukaisesti masennustilassa olevalla potilaalla voi esiintyä muun muassa masentunutta mielialaa, uupumusta, mielihyvän ja mielenkiinnon menetystä, kohtuutonta itsekritiikkiä tai perusteetonta syyllisyyden tunnetta, toistuvia ajatuksia kuolemasta tai itsetuhosta sekä itsetuhoista käytöstä. Lisäksi potilas voi tuntea aloitekyvyttömyyttä, päättämättömyyttä tai keskittymiskyvyttömyyttä. Hänellä voi myös olla psykomotorista hidastuneisuutta tai kiihtyneisyyttä, unihäiriöitä sekä muutosta ruokahalussa tai painossa. (Isometsä 2018; Pulkkinen & Vesanen 2017.)

5 INTEGROITU HOITOMALLI

Samanaikaisesta mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa on perinteisesti käytetty jaksottaista sekä rinnakkaista hoitomallia, joissa hoitoa annetaan kahdesta eri yksiköstä (Aalto 2018; Drake ym. 1998).

Jaksottaisen mallin mukaan ensin hoidetaan toista häiriötä, esimerkiksi päihdeongelmaa A-klinikalla. Kun riittävä hoitotulos on saavutettu, siirrytään hoitamaan mielenterveysongelmaa psykiatrisella poliklinikalla. Rinnakkaisessa hoitomallissa potilas saa hoitoa samanaikaisesti molempiin ongelmiinsa, mutta eri hoitotahojen toimesta. Haasteelliseksi näissä hoitomalleissa on muodostunut tiedonkulku ja ymmärrys siitä, kumpaa häiriötä pitäisi hoitaa ensin. Sekä Suomessa että kansainvälisesti on havaittu, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito jaksottaisesti tai rinnakkaisesti ei ole tuottanut toivottuja tuloksia. Paras hoitotulos voi olla mahdollista saavuttaa toteuttamalla kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito saman tahon toimesta eli **integroidusti**. (Aalto 2018; Lotvonen & Lindroos 2015; Pirkola & Wahlbeck 2004, 1675–1677.)

Integroidussa hoitomallissa tutkitaan, hoidetaan ja seurataan mielenterveys- ja päihdehäiriötä samanaikaisesti ja samassa hoitoyksikössä. Integroitu hoito voi olla osittain jaksottaista, mutta hoito määrittyy potilaan tarpeista. Moniammatillisuus on keskeistä, ja työryhmän jäseniltä vaaditaan perehtyneisyyttä mielenterveys- ja päihdeongelmien kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Aalto 2018; Lotvonen & Lindroos 2015.)

Kansainvälisesti integroitu hoitomalli koostuu useista komponenteista: moniammatillisesta hoitotyöstä, yhdessä toimivista eri erikoisalojen ammattilaisista, tukevien palveluiden (asunto ja työpaikka) saatavuudesta, motivoivasta haastattelusta, erilaisista ryhmä-, yksilö- ja perheterapioista, lääkehoidosta, ohjauksesta, osallistumisesta vertaistukiryhmiin ja yleisistä terveyttä edistävästä interventioista. (Delos Reyes ym. 2012, 4; SAMHSA 2009, 2.)

On havaittu, että integroidun hoitomallin mukainen hoito voisi olla vaikuttavuudeltaan parempaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Kansainvälisesti parhaita hoitotuloksia onkin saavutettu etenkin vaikeissa kaksoisdiagnooseissa silloin, kun hoito on toteutettu saman hoitotahon järjestämänä. Tarvitaan kuitenkin lisätutkimuksia, jotta voidaan hioa hoitomallissa käytettyjä interventioita, tutkia hoidon vaikuttavuutta, osoittaa epäyhteneväisyyksiä ja selventää hoidosta koituvia haittoja ja hyötyjä. Tämän lisäksi on tärkeää ratkaista palvelujen hajanaisuudesta johtuvat ongelmat. (Aalto 2007; Drake ym. 2004, 371; Pirkola & Wahlbeck 2004, 1676.)

Integroidun hoitomallin mukaisen hoidon vaikuttavuuden tutkiminen on haasteellista muun muassa siksi, että kaksoisdiagnoosipotilaat sitoutuvat hoitoon huonommin ja keskeyttävät hoidon useammin kuin yksöisdiagnoosipotilaat. Integroitua hoitomallia ei siis voida pitää varmasti tehokkaampana hoitomallina kuin muita käytössä olevia hoitomalleja. (Aalto 2007; NIDA 2018, 18.)

Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä

Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden samanaikainen hoito koostuu monista eri vaiheista. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa tärkeää on tarkastella psyykkisiä oireita sekä päihteen käyttämistä kokonaisuutena siten, että yhdellä hoitoyksiköllä on vastuu psykiatrisen ja päihdehuollon hoidon järjestämisestä. (Aalto 2018; Kylmänen 2020.)

Moniammatillisuus on keskeistä integroidussa hoitotyössä. Työryhmään kuuluu sekä sosiaalityön että terveydenhoidon ammattilaisia, kuten sairaanhoitajia, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja. Edellytys on, että ryhmän jäsenillä on monipuolista perehtyneisyyttä sekä mielenterveys- että päihdehäiriöiden hoitoon. (Lotvonen & Lindroos 2015; SAMHSA 2009, 17.)

Heti hoitosuhteen alussa valikoidaan potilaalle vastuuhoitaja tai ryhmä. Keskeistä hoidossa on potilaan motiivointi kuntouttavaan hoitoon, luottamuksellisen suhteen luominen sekä se, että vuorovaikutus potilaan kanssa onnistuu. Luottamuksellisuutta korostetaan hoitosuhteessa, ja pitkissä hoitosuhteissa tarkoituksena on sitouttaa potilas hoitopaikkaan. Hoidon alkuvaiheessa tehdään somaattisia perusverikoetutkimuksia. Oireiden mukaisesti käytetään myös huume- ja alkoholitestejä. (Kylmänen 2020; Lotvonen & Lindroos 2015.)

Muutosvalmius ja hoidon vaiheet

Tarkoituksena on auttaa potilasta löytämään sisäinen motivaatio muutoksen tekoon. Muutosvalmius on siksi määriteltävä. (Kylmänen 2020; Lotvonen & Lindroos 2015.) Kansainvälisesti muutosvalmius on jaettu viiteen vaiheeseen:

esiharkinta-, harkinta-, päättämisen-, toiminta- ja ylläpitövaihe (Delos Reyes ym. 2012, 29; SAMHSA 2009, 3), jotka on esitelty määritelmien taulukossa 1. Suomessa muutosvalmiuksiin on kuvattu edellisten lisäksi myös retkahdusvaihe (Kylmänen 2020).

Taulukko 1. Muutosvaiheet (mukaillen Delos Reyes ym. 2012, 29)

Vaihe	Määritelmä
Esiharkinta	Potilas ei ajattele tai aio muuttaa ongelmakäyttäytymistään lähitulevaisuudessa. Potilas ei yleensä ymmärrä käytöksestään aiheuttamia riskejä.
Harkinta	Potilas haluaa muuttaa käyttäytymistään ja pohtii muutoksesta aiheuttamia hyviä ja huonoja puolia.
Päättäminen	Muutoksesta koetut hyvät puolet voittavat sen huonot puolet. Toiminta on tarkoitus aloittaa lähitulevaisuudessa.
Toiminta	Varsinainen käyttäytymisen muuttaminen alkaa. Potilas on osoittanut jatkuvaa edistystä käyttäytymisen muuttamisessa, mutta taantumisen edellisiin vaiheisiin on mahdollista.
Ylläpito	Potilas on saavuttanut ja ylläpitänyt käyttäytymisen muutosta ainakin kuusi kuukautta. Repsahtamisriski on yhä olemassa, mutta se on pienempi.

Taulukosta 1 käy ilmi viisi muutosvaihetta ja niiden määritelmät. Integroidussa hoitomallissa on neljä hoidon päävaihetta, jotka ovat yhteydessä potilaan muutosvaiheisiin (Delos Reyes ym. 2012, 29).

Ensimmäisessä hoitovaiheessa luodaan potilaaseen hoitosuhde ja tarjotaan käytännön tukea päivittäiseen asumiseen. Toisessa hoitovaiheessa ymmärretään hoitoon sitoutuneen potilaan omat hoidon tavoitteet. Potilasta autetaan löytämään motivaatio päihteiden käytön vähentämiseen ja kuntouttavaan toimintaan osallistumiseen. Aktiivisessa hoitovaiheessa motivoitunutta potilasta autetaan vähentämään päihteiden käyttöä. Potilasta autetaan hankkimaan taitoja molempien häiriöiden oireiden hallitsemiseen, hänen pyrkiesään itse asettamiinsa hoidon tavoitteisiin. Neljännessä hoitovaiheessa autetaan remissiossa olevaa potilasta kehittämään ja käyttämään toimintasuunnitelmia, joiden avulla he ylläpitävät päihteettömyyttä ja toipumista, ja estävät retkahduksia päihteisiin. (Delos Reyes ym. 2012, 29; SAMHSA 2009, 3.)

Hoidon tavoitteet

Potilaat ylläpitävät muutosprosessia todennäköisemmin, jos he työskentelevät kohti henkilökohtaisia tavoitteitaan. Ammattilaisten on siksi tärkeää asettautua samalle tasolle potilaiden tavoitteiden kanssa. Hoidossa on useita tavoitteita (Delos Reyes ym. 2012, 32), jotka on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tavoitteet (Delos Reyes ym. 2012, 32).

- Elämänlaadun parantuminen
- Merkityksellisen aktiviteetin lisääntyminen
- Sosiaalisten suhteiden parantuminen
- Tietoisuuden ja itsehillinnän lisääntyminen molempien häiriöiden oireiden hoidossa
- Häiriöiden negatiivisten oireiden väheneminen
- Haitallisten psykologisten käytösmallien muuttaminen terveiksi, mukautuviksi selviytymiskeinoiksi
- Itsenäisen asumisen lisääntyminen yhteiskunnassa
- Päihteiden käytön väheneminen / pitkäaikainen päihteettömyys

Kuten taulukosta 2 käy ilmi, kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on useita keskeisiä tavoitteita. Delos Reyesin ym. (2012, 32) mukaan elämänlaadun paranemisella tarkoitetaan turvallisen oman asunnon löytämistä, rahankäytön hallinnan oppimista, osa- tai täysiaikaisen työn löytämistä ja terveyden lisääntymistä. Merkityksellisellä aktiviteetilla tarkoitetaan etenkin töissä ja koulussa käymistä. Sosiaalisten suhteiden parantumisella tarkoitetaan perheenjäsenen, ystävien sekä muiden toipumista tukevien yhteistyöhenkilöiden kanssa sujuvammin toimivan kanssakäymisen lisääntymistä.

Hoitosuunnitelma

Kliinisenä työvälineenä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä toimii yksilöllinen hoitosuunnitelma. Potilaan henkilökohtaiset tavoitteet hoidolle ohjaavat hoitosuunnitelman tekoa, ja toteutuksen vaiheet pilkotaan konkreettisesti näkyviin. Psykologisen hoidon jatkuvuus on tärkeä kirjata suunnitelmaan. Potilaalle tehdään apteekkisopimus ja sähköiset reseptit. (Kylmänen 2020.) Hoitosuunnitelmaan sisällytetään potilaan senhetkinen muutosvaihe. Muutosvaihetta

verrataan säännöllisesti potilaan hoidon edistymiseen, jotta hoito vastaa sen hetkistä muutosvaihetta ja on linjassa potilaan henkilökohtaisten tavoitteiden kanssa. (Delos Reyes ym. 2012, 31.)

Hoito- ja lääkevastetta arvioidaan säännöllisesti hoitosuunnitelman pohjalta. Kun potilas on motivoitunut hoitoon, estetään retkahduksia päihteiden käyttöön. Potilasta autetaan löytämään uusia keinoja säilyttää päihteettömyys ja hallita psyykkisiä oireita. Mikäli retkahdus tapahtuu, ei se ole syy hoidon lopettamiseen, vaan sen tiivistämiseen. Tarvittaessa konsultoidaan psykologeja, erikoislääkäreitä sekä sosiaalityöntekijöitä, sillä sosioekonomisilla tekijöillä voi olla toipumista estäviä vaikutuksia. (Delos Reyes ym. 2012, 29–30; Kylmänen 2020; Lotvonen & Lindroos 2015.)

Lääkehoito

Lääkehoito on tärkeä osa hoitoa etenkin vakavia kaksoisdiagnostisia häiriöitä hoidettaessa. Lääkärit määräävät psykotrooppisia lääkkeitä varoen potilaille, jotka kärsivät vakavista mielenterveysongelmista ja käyttävät samanaikaisesti päihteitä, sillä lääkkeitä voi aiheutua negatiivisia vaikutuksia. Lääkityksellä on kuitenkin tärkeä rooli mielenterveyshäiriöiden hoidossa, ja esimerkiksi antipsykoottisia, masennusta vähentäviä sekä mielialaa tasaavia lääkkeitä käytetään. Päihdehäiriöiden hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi naltreksonia ja buprenorfiinia, ja alkoholiriippuvuuden hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi akamprosaattia. (Delos Reyes ym. 2012, 31–36.)

Psykososiaalinen terapia

Kansainvälisesti tehokkaimpia hoitotuloksia on saatu yhdistämällä lääkehoito erilaisiin psykososiaalisiin interventioihin, esimerkiksi motivoivaan haastattelun, yksilö-, ryhmä- tai perheterapiaan, 12 askeleen vertaistukiryhmiin ja kognitiiviseen käytösterapiaan. Erilaisia terapiamuotoja käytetään hoidon eri vaiheissa. Niiden avulla autetaan potilasta vähentämään päihteidenkäyttöä ja hallitsemaan molempien häiriöiden oireita. (Delos Reyes ym. 2012, 32–33; SAMHSA 2009, 21.)

Motivoiva haastattelu on vuorovaikutusmenetelmä, jonka avulla pyritään yhteistyöhön ammattilaisen ja potilaan välillä. Sen avulla pyritään vahvistamaan motivaatiota elämäntapamuutoksiin. Keskeistä on empatian osoitus, jotta potilas kokee tulleensa kuulluksi ja ymmärretyksi. Uskoa muutосkykyyn vahvistetaan ja etsitään potilaan vahvuuksia. Ristiriitaa tavoiteltavan ja nykyisen tilan välillä korostetaan, ja sitä kautta autetaan potilasta puhumaan muutoksesta. Väittelyä potilaan kanssa vältetään ja keskustelu pidetään myönteisenä myös mahdollisen vastarinnan herätessä. Tärkeää on, että potilasta ei kritisoida. (Järvinen 2020.)

Yksilöterapiassa lähtökohtana on kuulluksi tuleminen ja se, että omat tunteet saa tuoda esille. Käsittelemällä vaikeita asioita terapeutin kanssa potilas saa konkreettista apua ongelmiinsa. Tarkoituksena on katsoa oireiden taakse ja käsitellä oireita synnyttäneitä asioita. (Väestöliitto ry s.a.)

Ryhmäterapiassa sovelletaan yksilöpsykoterapian menetelmiä (Rytsälä 2018). Se perustuu olettamukseen, että vaikeus luoda tyydyttäviä ihmissuhteita on aiheuttanut yksilöille ongelmallisia kokemuksia. Ryhmissä opetellaan vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Tarjolla on myös vertaistukea. (Mehiläinen oy s.a.)

Perheterapiassa perheen sisäistä vuorovaikutusta tai yksittäisen perheenjäsenen häiriöitä käsitellään. Tavoitteena on löytää myönteisiä voimavaroja ja muuttaa perheen sisäistä vuorovaikutusjärjestelmää. (Rytsälä 2018.)

12 askeleen vertaistukiryhmät perustuvat vertaistukeen, joka antaa tukea, tietoa ja voimavaroja yksilön päivittäiseen elämään. Samassa elämäntilanteessa olevat ihmiset tukevat toisiaan ja jakavat omia kokemuksiaan tasavertaisesti ja vastavuoroisesti. Ryhmät ohjataan vapaaehtoisten tai ammattilaisten toimesta. (Yli-Pirilä 2017.) Esimerkiksi Alcoholics Anonymous (AA) järjestää 12 askeleen vertaistukiryhmiä, jossa kuvailut 12 askelta ovat ehdotus henkilökohtaiseksi toipumisohjelmaksi (Alcoholics Anonymous s.a.).

Kognitiivisessa terapiassa pyritään käsitteellistämään ja ymmärtämään potilaan ongelmia. Terapia kohdistetaan haitallisiin ajatuksiin ja niihin liittyviin

hankaliin tunteisiin. Ajatuksia joustavammaksi muokkaamalla saadaan aikaan muutoksia tunnekokemuksiin. Tutkiessaan omia vääristyneitä kognitioitaan potilas oppii näkemään todellisuuden selvemmin. Kognitiivinen terapia on psykososiaalisista terapiamuodoista kaikkein tutkituin, ja sen vaikuttavuus on voitu osoittaa selkeästi. (Rytsälä 2018.)

Psykososiaalisia terapiamuotoja on olemassa useita erilaisia. Vaikeista psyykkisistä sairauksista kärsivien potilaiden keskuudessa mikään yksittäinen psykososiaalinen hoitomuoto ei välttämättä ole toista psykososiaalista hoitomuotoa tehokkaampi vähentämään päihteiden käyttöä tai parantamaan mielenterveyttä. (Hunt ym. 2019.)

Hoidon ennuste

Vaikka hoidosta on apua, kaksoisdiagnoosipotilaan ennuste on huonompi kuin niiden potilaiden, joilla on vain yksi diagnoosi. Jo lähtötilanteessa kaksoisdiagnoosipotilaalla on vaikeampi oirekuva, ja tämä voi vaikuttaa ennusteeseen, ei niinkään huono hoitovaste. Tuettu asuminen hoidon aikana sekä moniammatillisen tiimin käyttö potilaiden hoidossa voivat edistää hoidon tuloksellisuutta. (Aalto 2018; Kylmänen 2020; NIDA 2018.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä.

Tavoitteena on lisätä tietoa integroidun hoitomallin käytöstä

kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä?
2. Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä?

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kun pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen, joka kohdistuu aiheeseen, jossa ilmiön yleisyys ei ole keskeistä, voi kuvaileva kirjallisuuskatsaus olla tarkoituksenmukaisin menetelmä vastauksen saamiseen (Kangasniemi ym. 2013, 293).

7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa useaan päätyyppiin, joista kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi käytetyimmistä, etenkin tutkittaessa hoito- tai terveystieteitä. Katsauksesta käytetään Suomessa useita nimityksiä: *narratiivinen*, *laadullinen*, *perinteinen* tai *kuvaileva*, mutta tulkinnoissa heijastuu yhdenmukainen käsitys menetelmän luonteesta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luonne on aineistolähtöinen, ja siinä pyritään ilmiön ymmärrettävään kuvaamiseen. Katsauksen perustana on tutkimuskysymys, johon kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston analysoinnin avulla etsitään kuvaileva, laadullinen vastaus. (Kangasniemi ym. 2013, 291–293; Salminen 2011, 6.)

Burnsin ja Groven (2005) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla etsitään usein vastauksia siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Menetelmästä voidaan erottaa neljä vaihetta: tutkimuskysymyksen muodostuminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotettujen tulosten tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Suhonen ym. (2016) kuvaavat prosessiin kuuluvan myös taulukkomuodossa tapahtuvan aineiston synteessin sekä analyysin olemassa olevan tutkimuksen arvosta (Stolt ym. 2016, 9).

7.2 Aineiston haku ja valinta

Rhoadesin (2011) mukaan tutkimuskysymys ohjaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessin etenemistä, ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen vastaava aineisto. Aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat aineistolähtöisesti ja osittain samaan aikaan. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Paniaguan (2002) mukaan aineisto käsittää yleensä viimeaikaisimmat tutkimukset, mutta merkittävin kriteeri sopivuudessa on, että sen

avulla ilmiötä voidaan tarkastella tutkimuskysymykseen suhteutettuna tarkoituksenmukaisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Rotherin (2007) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta voidaan jakaa eksplisiittiseksi ja implisiittiseksi prosessiksi, joissa raportointitapa sekä tulosten systemaattisuus eroavat toisistaan (Kangasniemi ym. 2013, 295). Paniaguan (2002) mukaan eksplisiittisessä valintatavassa kuvataan kirjallisuuden valitseminen tarkasti (Kangasniemi ym. 2013, 296). Tiedonhaussa hyödynnetään esimerkiksi kieli- ja aikarajoituksia, mutta Greenin ym. (2006) mukaan tästä prosessista voidaan poiketa, mikäli se on tarpeellista tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta (Kangasniemi ym. 2013, 296). Betty-Saltikovin (2010) mukaan keskeisin peruste mukaan otettavalle aineistolle on sen sisältö sekä suhde toisiin valittuihin tutkimuksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ohjaavat mukaan otettavien tutkimusten valintaa. Tyypillisesti tarkastellaan vertaisarvioituja tutkimuksia. (Stolt ym. 2016, 9–27.)

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin eksplisiittisesti tutkimuskysymysten ohjauksella koko prosessia. Haut rajattiin alustavissa haussa vuosien 2010 ja 2020 välille, mutta tätä rajausta jouduttiin laajentamaan vähäisten maksuttomien tulosten vuoksi vuosien 2006–2020 välille. Julkaisukieliksi rajattiin englanti. Mukaan hyväksytyt aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin, ja oli vertaisarvioitu. Aineisto oli saatavilla kokonaisuudessaan ilmaiseksi.

Valittava aineisto haetaan joko elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisesti tieteellisistä julkaisuista (Kangasniemi ym. 2013, 295). Tämän opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin sähköisistä tietokannoista Ebsco, PubMed ja ScienceDirect. Alustavissa haussa pois jäivät kotimaiset tietokannat Finna ja Medic, sillä pian huomattiin, että aiheesta ei ehkä löydy kotimaisia sisäaiontokerien mukaisia julkaisuja, ja suomi jätettiin pois myös kielirajauksista. Haussa hyödynnettiin myös Cochrane sekä Google Scholar -tieteellisten dokumenttien verkkohakupalveluja. Kyseiset verkkohakupalvelut jäivät kuitenkin pois lopullisista hausta, aineiston rajaamismahdollisuuksien ollessa puutteellisia ja valtaosan otsikon perusteella lupaavista artikkeleista johtaessa maksullisiin artikkeleihin.

Niela-Vilénin ja Hamarin (2016) mukaan tutkimuksista tarkastellaan ensin otsikkoa, sitten abstraktia, ja lopuksi tarkastellaan kokotekstiä. Hakuprosessi tulisi kuvata siten, että lukija voi sen halutessaan toistaa. (Stolt ym. 2016, 27.) Tässä opinnäytetyössä julkaisuja tarkasteltiin yllä kuvatun prosessin mukaisesti, ja hakuprosessi on kuvattu seuraavissa kappaleissa tekstin ja taulukon avulla siten, että lukija pystyy sen halutessaan toistamaan.

Ebsco-tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”dual disorders OR dual diagnoses OR co-occurring” AND ”integrated treatment”. Tulokset rajattiin koskemaan vertaisarvioituja ilmaiseksi saatavia kokotekstejä. Hakusanat tuottivat 53 tulosta, joista otsikon perusteella tarkasteltiin 17 julkaisua. Tiivistelmän perusteella tarkasteltiin 11 julkaisua. Koko tekstin perusteella mukaan hyväksyttiin 7 julkaisua.

PubMed-tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”integrated treatment” AND ”dual diagnosis”. Runsaiden tulosten (297) vuoksi rajausta lisättiin koskemaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, artikkeleita ja katsauksia, jolloin hakusanat tuottivat 98 tulosta. Otsikon perusteella tarkasteltiin 11 julkaisua. Tiivistelmän perusteella tarkasteltiin 6 julkaisua. Koko tekstin perusteella hyväksyttiin 2 julkaisua.

ScienceDirect-tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”dual diagnosis” AND ”integrated treatment”. Runsaiden tulosten (14 600) vuoksi rajausta lisättiin koskemaan tutkimus- ja katsausartikkeleita, jolloin hakusanat tuottivat 91 tulosta. Tiivistelmän perusteella tarkasteltiin 3 julkaisua. Koko tekstin perusteella hyväksyttiin 2 julkaisua. Yllä kuvattu tiedonhakuprosessi eri tietokannoista on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Tiedonhakuprosessi.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Hakutulosten määrä	Rajaus otsikon mukaan	Rajaus tiivistelmän mukaan	Hyväksytyt julkaisut
Ebsco	”dual disorders OR dual diagnoses OR co-occurring”	Full text Peer reviewed English 2006–2020	53	17	11	7

	AND "integrated treatment"					
PubMed	"integrated treatment" AND "dual diagnosis**"	Free full text 2006–2020 English review, article, randomized controlled trial	98	11	6	2
Science-Direct	"dual diagnosis" AND "integrated treatment"	Open access 2006–2020 Research articles Review articles	91	7	3	2
Yhteensä			242	35	20	11

Kuten taulukosta 3 käy ilmi, yhteensä kaikista tietokannoista saatiin hakutuloksia 242. Niistä otsikon perusteella tarkasteltiin 35 julkaisua. Tiivistelmän perusteella tarkasteltiin 20 julkaisua. Lopullisen aineiston laajuus on 11 tutkimusta ja artikkelia.

Opinnäytetyöhön valituista 11 tutkimuksesta ja artikkelista seitsemän on julkaistu Yhdysvalloissa. Kanadasta, Saksasta, Alankomaista ja Norjasta valikoitui kustakin yksi tutkimus. Tutkimusten julkaisuajankohdat ajoittuivat vuosien 2006–2019 välille. Taulukossa 8 on esitelty valittujen tutkimusten bibliografiset tiedot, tutkimuskohteet, otoskoot, menetelmät, keskeiset tulokset ja omat intressimme tuloksiin tarkemmin (liite 3).

7.3 Aineiston analyysi

Saadakseen tutkimuksen tulokset näkyviin täytyy kerätty aineisto analysoida (Leino-Kilpi 1997, Kylmän & Juvakan 2012, 112 mukaan). Kun analyysi on aineistolähtöistä, on tarkoituksena luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöisessä analyysissä voi vapaasti määritellä tutkittavan ilmiön käsitteen suhteessa tietoon, joka tutkittavasta ilmiöstä on jo tiedossa. Induktiiviseksi analyysiksi kutsutaan aineistolähtöistä analyysiä, jossa halutaan painottaa päättelyn logiikkaa. Induktiivisen päättelyn tarkoituksena ei suinkaan ole kaiken tiedon analysointi, vaan vastauksen löytäminen asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018; Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Miles ja Huberman (1994) jaottelevat induktiivisen eli laadullisen aineiston analyysin kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin sekä teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Bryman (2004) toteaa, että sisältöä kuvaavat luokat ohjautuvat aineistosta käsin laadullisessa sisällönanalyysissä (Kylmä & Juvakka 2012, 112.)

Alkuperäisaineiston pelkistäminen eli **redusointi** on analyysin ensimmäinen vaihe. Aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimuskysymystä. Tarkoituksena on löytää kaikki tutkimuskysymystä kuvaavat alkuperäisilmaukset. Löydetyt ilmaukset listataan ilman, että mitään tietoa hävitetään. Alkuperäistä tietoa pelkistetään niin, että tutkimukselle epäolennaiset asiat karsiutuvat tutkimuksesta pois, ja ne listataan. Pelkistäessä on huomioitava, että yhdestä lausumasta voi löytyä useampikin pelkistetty ilmaus. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tässä opinnäytetyössä analyysi aloitettiin lukemalla tutkimuksia läpi useita kertoja. Tutkimuskysymyksiin liittyviä alkuperäisilmauksia alleviivattiin alkuperäistutkimuksista, ja ne listattiin erilliseen analysointitaulukkoon. Koska alkuperäisilmaukset olivat kaikki englanninkielisiä, ne suomennettiin ennen pelkistystä. Esimerkki aineiston pelkistämisestä käy ilmi taulukosta 4.

Taulukko 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistys
In integrated care model the care for both/all alcohol and other drug (AODs) and co-occurring disorders (CODs) is provided by the same cross-trained clinicians and in the same program (Sterling ym. 2011)	Integroidussa hoitomallissa sekä alkoholi-, päihde- että mielialahäiriöiden hoito toteutuu samojen molempiin aloihin koulutettujen ammattilaisten toimesta samassa hoitopaikassa.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroitu hoito toteutetaan saman hoitopaikan toimesta.

Taulukossa 4 on kuvattu eteneminen alkuperäisilmauksen listauksesta pelkistettyyn suomennokseen.

Redusoinnin eli pelkistämisen jälkeen aineistoa **klusteroidaan** eli ryhmitellään. Alkuperäisilmaukset käydään läpi ja samanlaisuuksia tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä etsitään. Ilmiöt, jotka kuvaavat samaa käsitettä, yhdistellään ja ryhmitellään alaluokiksi. Alaluokat nimetään sisältöään kuvaavaksi. Kun yk-

sittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin, aineisto tiivistyy. Ryhmitte-
lyssä siis luodaan alustavat kuvaukset tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sara-
järvi 2018.) Tässä opinnäytetyössä analyysia jatkettiin ryhmittelemällä samaa
käsitettä käsittelevät alkuperäisilmaukset allekkain. Samaa käsitettä kuvaavat
käsitteet yhdisteltiin alaluokiksi. Alaluokat nimettiin pelkistettyjen ilmausten si-
sältöä kuvaaviksi.

Klusteroinnin eli ryhmittelyn jälkeen aineisto käsitteellistetään eli **abstrahoi-
daan** erottelemalla tutkimukselle olennainen tieto. Tästä valikoidusta tiedosta
muodostetaan teoreettiset käsitteet etenemällä alkuperäisilmausten ilmauk-
sista johtopäätöksiin ja teoreettisiin käsitteisiin. Käsitteellistämistä jatketaan
niin kauan, kun on mahdollista luokituksia yhdistämällä. (Tuomi & Sarajärvi
2018.) Tässä opinnäytetyössä ryhmittelyn jälkeen analyysia jatkettiin erottele-
malla se tieto, joka oli olennaista tutkimuksellemme. Samaa käsitettä kuvaavia
alaluokkia yhdisteltiin yläluokiksi. Yläluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat
nimet. Näistä käsitteistä muodostuivat teoreettiset käsitteet ja vastaukset ase-
tettuihin tutkimuskysymyksiin.

Taulukossa 5 on kuvattu esimerkki tehdystä ryhmittelystä ja käsitteellistämi-
sestä. Esimerkiksi alaluokka ”Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiagnoosipo-
tilaita hoidetaan samassa yksikössä” muodostettiin samaa käsitettä käsittele-
vistä pelkistyksistä. Alaluokasta muodostettu yläluokka ”Sama hoitoyksikkö”
kuvaa, kuinka integroitua hoitomallia toteutetaan kaksoisdiagnoosipotilaan
hoitotyössä saman hoitoyksikön toimesta.

Taulukko 5. Esimerkki ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
In integrated care model the care for both/all alcohol and other drug (AODs) and co-occurring disorders (CODs) is provided by the same cross-trained clinicians and in the same program (Sterling ym. 2011)	Integroidussa hoito- mallissa sekä alko- holi-, päihde- että mielialahäiriöiden hoito toteutuu sa- mojen molempiin aloihin koulutettujen ammattilaisten toi- mesta samassa hoitopaikassa.	Kaksoisdiagnoo- sipotilaiden integ- roitu hoito tapahtuu saman hoitopaikan toimesta.	Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiag- noosipotilaita hoidetaan samassa yk- sikössä	Sama hoi- toyksikkö

In integrated approach ongoing evaluation and treatment are provided under one roof (--) with patients presenting with co-occurring alcohol use disorder and depressive symptoms (DeVido & Weiss 2012)	Integroidussa lähestymistavassa samanaikaisesta alkoholinkäytönhäiriöistä ja masennusoireista kärsivien potilaiden menettämällä oleva hoidon tarpeen arviointi ja hoito tarjotaan saman katon alla.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroitu hoidon tarpeen arviointi ja hoito toteutetaan samassa yksikössä.		
--	---	--	--	--

Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan koko analyysin ajan on huolehdittava siitä, että polku alkuperäisilmauksiin säilyy. Taulukossa 5 on kuvattu esimerkki siitä, kuinka polku alkuperäistutkimuksiin pyrittiin säilyttämään tässä opinnäytetyössä.

Analysoimme aineistoa tutkimuskysymys kerrallaan analyysin helpottamiseksi. Taulukossa 6 on kuvattu ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysin vaiheet ja tutkimuskysymykseen saadut vastaukset (liite 1). Taulukossa 7 on kuvattu toisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysin vaiheet ja tutkimuskysymykseen saadut vastaukset. (liite 2).

8 TULOKSET

Tulosten tarkastelu on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe. Rhoadesin (2011) mukaan tässä vaiheessa tiivistetään kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät tulokset. Vaiheeseen liittyy olennaisesti myös pohdinta tuotetuista tuloksista. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa etsittiin vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: ”Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä?” ja ”Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä?”. Seuraavissa alaluvuissa 8.1 ja 8.2 kuvailemme tutkimuskysymyksiin löydetty keskeiset vastaukset teksti- ja taulukkomuodossa.

8.1 Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä

Integroidussa hoitomallissa sama hoitoyksikkö hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita (DeVido & Weiss 2012; Sterling ym. 2011). Hoitoa toteutetaan moniammatillisesti (Kikkert 2018; Yule & Kelly 2019). Hoito on muodoltaan pitkäkestoisista ja motivoivaa (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015) ja potilaan muutosvaiheiden mukaista (Boyle & Kroon 2006; Wusthoff ym. 2014; Yule & Kelly 2019). Hoidossa hyödynnetään psykososiaalisen terapian elementtejä (DeVido & Weiss 2012), kuten behavioraalista terapiaa (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015; Yule & Kelly 2019), motivoivaa haastattelua (Kikkert ym. 2018) ja 12 askeleen vertaistukiryhmiä (Boyle & Kroon 2006; DeVido & Weiss 2012; Yule & Kelly 2019). Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitosuunnitelmassa huomioidaan sairauksien vaikeusaste ja hoitomieltymykset, lääkehoito, potilaan yksilölliset voimavarat ja potilaan toipumisen tukeminen (Yule & Kelly 2019).

Taulukossa 9 integroidun hoitomallin toteutus kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä on havainnollistettu lukijalle selkeämpään muotoon.

Taulukko 9. Integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä (Boyle & Kroon 2006; DeVido & Weiss 2012; Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015; Kikkert ym. 2018; Sterling ym. 2011; Wusthoff ym. 2012; Yule & Kelly 2019).

Teoreettinen käsite	Hoidon toteutus
Sama hoitoyksikkö	Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaan samassa hoitoyksikössä
Moniammatillinen hoitotyö	Integroitua hoitomallia toteutetaan moniammatillisesti
Muutosvaiheen mukainen hoitotyö	Integroitua hoitomallia toteutetaan potilaan muutosvaiheiden mukaisesti
Pitkäkestoinen ja motivoiva hoito	Integroitua hoitomallia toteutetaan pitkäkestoisesti ja motivoivasti
Psykososiaalinen terapia <ul style="list-style-type: none"> • Behavioraalinen terapia • 12 askeleen vertaistukiryhmät 	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään psykososiaalisen terapian elementtejä, kuten <ul style="list-style-type: none"> • Behavioraalista terapiaa • 12 askeleen vertaistukiryhmiä
Motivoiva haastattelu	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään motivoivaa haastattelua
Hoitosuunnitelma	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuunnitelmassa huomioidaan <ul style="list-style-type: none"> • Sairauksien vaikeusaste ja hoitomieltymykset • Lääkehoito • Potilaan yksilölliset voimavarat • Potilaan kuntoutumisen tukeminen

Kuten taulukosta 9 käy ilmi, sisällönanalyysin mukaiset pääluokat on kuvattu teoreettisina käsitteinä. Hoidon toteutus -laatikossa avatut asiat on kuvattu sisällönanalyysin alaluokkien mukaisesti, ja näin on saatu vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen (kts. liite 1).

8.2 Integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset

Yleisistä hoidon tuloksista raportoitiin kolmessa julkaisussa. Integroidun hoitomallin avulla on saatettu parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tuloksia. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015; Samokhvalov ym. 2017; Sterling ym. 2011).

Psykiatrinen sairaalahoito

Psykiatrisen sairaalahoidon esiintyvyyden vähentyä integroidussa hoitoryhmässä seurantajakson aikana 12,2 prosentista 3,3 prosenttiin niiden kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa, joita hoidettiin psykiatrisissa sairaaloissa. Tämän lisäksi psykiatristen sairaalahoitopäivien kokonaismäärät laskivat kuudesta päivästä hieman alle kahteen ja puoleen päivään. (Mangrum ym. 2006.)

Sairaalahoito

Sairalahoitopäivien määrät vähenivät. Vuosittainen sairaalahoitopäivien keskiarvo oli 219,8 päivää ennen integroituun ohjelmaan osallistumista. Ohjelmaan osallistumisen jälkeen sama laskettu keskiarvo oli 3,3 päivää vuodessa. (Tsai ym. 2009.)

Hoidon keskeytys

Hoito keskeytettiin harvemmin. Integroidussa hoitoketjussa keskeyttämisprosentti oli 18,5. Perinteisesti hoidetussa ryhmässä vastaava tulos oli 69,1 prosenttia. (Samokhvalov ym. 2017.)

Hoitotyytyväisyys

Hoitotyytyväisyys lisääntyi. Integroitu hoitomalli kasvatti kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyytyväisyyttä. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.)

Hoitomotivaatio

Hoitomotivaatio kasvoi. Integroidusti hoidetun ryhmän motivaatio päihdehoitoon kasvoi enemmän kuin perinteisesti hoidetun hoitoryhmän hoitomotivaatio. (Wusthoff ym. 2014.)

Päihteiden käyttö

Päihteiden käyttö vähentyi. Samokhvalovin ym. (2017) tutkimuksessa todettiin, että alkoholin käyttö vähentyi merkittävästi niin viikoittaisten alkoholinoktien määrien kuin alkoholin käytön päivien suhteen integroidusti hoidetussa ryhmässä. Wusthoffin ym. (2014) tutkimuksessa todettiin, että alkoholin ja muiden päihteiden käyttö vähentyi integroidun hoitjakson aikana. Kikkertin ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että integroidun hoitomallin aloittamisen jälkeisenä vuotena alkoholin ja huumeiden käyttöpäivät vähentyivät. Davisin ym. (2006) tutkimuksessa todettiin, että alkoholin ja huumeiden käyttö vähentyi huomattavasti integroidun hoidon aloituksen jälkeen ja sitä seuranneiden 18 kuukauden hoidon seurannan aikana.

Päihteettömyys

Motivaatio päihteettömyyteen kasvoi. Integroitu hoito kasvatti kaksoisdiagnoosipotilaiden motivaatiota pysyä päihteettömänä (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015.)

Alkoholin käyttötavat

Tulokset osoittivat, että alkoholin käyttötavat muuttuivat vähemmän haitalliseksi (Samokhvalov ym. 2017).

Pidätykset

Pidätyksien määrät vähentyivät. Mangrumin ym. (2006) tutkimuksessa todettiin, että integroitua hoitoa saaneiden potilaiden pidätysten esiintyvyyttä vähentyi 12 kuukauden hoitoseurannan aikana. Tsain ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden vangitseminen vähentyi.

Masennusoireet

Masennusoireet vähenivät. Integroidusti hoidetun ryhmän seurannassa huomattiin, että vakavat masennusoireet vähenivät huomattavasti (Samokhvalov ym. 2017).

Työllistyminen

Tulokset osoittivat työllistymisen lisääntyneen (Tsai ym. 2009).

Fyysinen terveys

Fyysinen terveys parantui. Kikkertin ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että potilaat arvioivat fyysisen terveytensä parantuneen, kun integroitua hoitomallia oli toteutettu vuosi.

Kodittomuus

Kodittomuus vähentyi. Tsain ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että kodittomuus vähentyi jatkuvasti integroidun hoidon aikana, ja loppui kokonaan toisen hoitovuoden loppuun mennessä.

Taulukkoon 10 on tiivistetty yllä kuvatut integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset siten, että lukijan on helppo hahmottaa ne kokonaisuutena.

Taulukko 10. Integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä (Davis ym. 2006; Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015; Kikkert ym. 2018; Mangrum ym. 2006; Samokhvalov ym. 2017; Sterling ym. 2011; Tsai ym. 2009; Wüsthoff ym. 2014).

Teoreettinen käsite	Hoidon tulokset
Yleiset hoidon tulokset	Integroidun hoitomallin avulla on saatettu parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tuloksia
Psykiatrinen sairaalahoito	Psykiatrisen sairaalahoidon esiintyvyys vähentyi Psykiatriset sairaalahoitopäivät vähenivät
Sairaalahoito	Sairaalahoitopäivien määrät vähenivät
Hoidon keskeytys	Hoito keskeytettiin harvemmin
Hoitotyytyväisyys	Hoitotyytyväisyys lisääntyi
Hoitomotivaatio	Motivaatio päihdehoitoon kasvoi
Päihteiden käyttö	Alkoholin sekä muiden päihteiden käyttö vähentyi
Päihteettömyys	Motivaatio pysyä päihteettömänä kasvoi
Alkoholin käyttötavat	Alkoholin käyttötavat parantuivat
Pidätykset	Pidätyksien määrät vähentyivät
Masennusoireet	Masennusoireet vähenivät
Työllistyminen	Työllistyminen lisääntyi

Fyysinen terveys	Fyysinen terveys parantui
Kodittomuus	Kodittomuus vähentyi

Kuten taulukosta 10 käy ilmi, sisällönanalyysin mukaiset pääluokat on kuvattu teoreettisina käsitteinä. Hoidon tulokset -laatikossa avatut asiat on kuvattu sisällönanalyysin alaluokkien mukaisesti, ja näin on saatu vastaus toiseen tutkimuskysymykseen (kts. liite 2).

9 POHDINTA

Pohdinta pitää sisällään tulosten tarkastelun, työstä syntyneet johtopäätökset sekä jatkotutkimusaiheet, eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnin sekä opinnäytetyön prosessin pohdinnan.

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tuloksista nousi esille, että integroidussa hoitomallissa sama yksikkö hoitaa molempia häiriöitä samanaikaisesti. Hoitoa tulisi toteuttaa moniammatillisesti ja potilaan muutosvaiheiden mukaisesti. Myös teoreettisesta viitekehuksesta nousi esiin asioita, jotka ovat keskeisiä integroidussa hoitomallissa; samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoito samassa hoitoyksikössä moniammatillisesti ja potilaan muutosvaiheiden mukaisesti. (Aalto 2018; Kylmänen 2020; Lotvonen & Lindroos 2015; Delos Reyes ym. 2012, 4). Mielestämme tulokset olivat tältä osin linjassa teoreettisen viitekehysten kanssa.

Tuloksista nousi esille myös seuraavia seikkoja. Integroidun hoitomallin mukaisen hoidon tulisi olla pitkäkestoista ja motivoivaa, ja siinä pitäisi hyödyntää psykososiaalisen terapian muotoja, kuten behavioraalista terapiaa ja 12 askeleen vertaistukiryhmiä. Näiden lisäksi motivoivan haastattelun kuvattiin olevan keskeinen menetelmä integroidun hoitomallin toteutuksessa. Myös teoreettisesta viitekehuksesta nousi esille, että integroitu hoitomalli koostuu useista komponenteista. Keskeistä on, että hoidossa hyödynnetään motivoivaa haastattelua, erilaisia psykososiaalisen terapian muotoja sekä vertaistukiryhmiin osallistumista (Delos Reyes ym. 2012, 4; SAMHSA 2009, 2–29). Mielestämme tulokset olivat tältäkin osin linjassa teoreettisen viitekehysten kanssa.

Yllä mainittujen seikkojen lisäksi tulosten mukaan hoidossa on keskeistä yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka ohjaa hoidon toteutusta. Myös teoreettisessa viitekehyksessä todettiin, että yksilöllinen hoitosuunnitelma ohjaa hoidon toteutusta (Kylmänen 2020), mutta teoreettisessa viitekehyksessä hoitosuunnitelmasta mainittiin vain seuraavat asiat: hoitosuunnitelmaan tulisi sisällyttää lääkehoito ja siitä tulisi käydä ilmi psykiatrisen hoidon jatkuvuus (Kylmänen 2020). Sen tarkemmin teoreettisessa viitekehyksessä ei käsitelty sitä, mitä hoitosuunnitelman tulisi konkreettisesti sisältää. Tuloksissa taas todettiin, että lääkehoidon lisäksi yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida moolimpien sairauksien vaikeusaste, potilaan hoitomieltymykset, potilaan yksilölliset voimavarat sekä se, kuinka potilaan kuntoutumista tuetaan yhteiskunnassa. Voidaan siis todeta, että kirjallisuuskatsaus tarjosi uutta tietoa siitä, mitä potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman tulisi sisältää.

Integroidun hoitomallin toteutuksen lisäksi tuloksissa kuvailtiin tuloksia, joita kyseessä olevan hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tuloksissa todettiin yleisellä tasolla, että integroidun hoitomallin avulla on saatettu parantaa hoidon tuloksia kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa. Myös teoreettisessa viitekehyksessä todettiin, että integroidun hoitomallin mukainen hoito saattaa olla vaikuttavuudeltaan parempaa (Aalto 2007; Drake ym. 2004; Kylmänen 2020). Tulokset ovat siis teoreettisen viitehyksen kanssa linjassa sen suhteen, että integroitu hoitomalli on voinut parantaa hoidon tuloksia ja täten hoidon vaikuttavuutta. Tosin kirjallisuuskatsauksen aineistossa mainittiin, että lisätutkimusten tarve on ilmeistä, jotta integroidun hoitomallin käytöstä saatuja hyötyjä sekä haittoja voitaisiin arvioida laajemmin (Tsai ym. 2009; Kickert ym. 2018). Myös teoreettisessa viitekehyksessä mainittiin, että tarvitaan lisätutkimuksia, jotta voidaan tutkia hoidon vaikuttavuutta, osoittaa epäyhteneväisyyksiä ja selventää hoidosta koituvia haittoja ja hyötyjä (Drake ym. 2004).

Teoreettisesta viitekehksestä nousi esille useita hoidon tavoitteita, joita voidaan peilata hoidon avulla saavutettuihin tuloksiin. Hoidon tavoitteissa mainittiin häiriöiden negatiivisten oireiden väheneminen sekä se, että hoidolla pyritään päihteiden käytön vähenemiseen ja pitkäaikaiseen päihteettömyyteen.

(Kylmänen 2020; Delos Reyes ym. 2012, 32). Tulosten mukaan psykiatrisen sairaalahoidon esiintyvyys ja sairaalahoitopäivien määrät vähentyivät. Alkoholien ja muiden päihteiden käyttö vähentyi, ja sen lisäksi motivaatio säilyttää jo saavutettu päihteettömyys lisääntyi. Lisäksi masennuksesta kärsivien potilaiden masennusoireet vähenivät. Tulokset ovat täten linjassa teoreettisen viitekehyksen kanssa siinä suhteessa, että hoidossa pyritään päihteiden käytön vähenemiseen, päihteettömyyteen sekä negatiivisten oireiden vähenemiseen.

Teoreettisesta viitekehyksestä nousi esille myös se, että hoidon tavoitteisiin kuului myös elämänlaadun paraneminen, merkityksellisen aktiviteetin, kuten työllisyyden lisääntyminen sekä itsenäisen asumisen lisääntyminen (Delos Reyes ym. 2012, 32). Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi esille, että elämänlaatu oli parantunut useilla osa-alueilla, kuten koetun fyysisen terveyden parantumisen, työllisyyden lisääntymisen sekä kodittomuuden vähentymisen suhteen.

Lopuksi voidaan todeta, että kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat monilta osin linjassa teoreettisen viitekehyksen kanssa. Kirjallisuuskatsaus tarjosi myös uutta tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman suhteen. Teoreettisesta viitekehyksestä nousi kuitenkin esiin joitakin asioita, joita ei mainittu tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Esimerkiksi hoidon tavoitteisiin kuului sosiaalisten suhteiden parantuminen ja itsehillinnän lisääntyminen molempien oireiden hoidossa (Delos Reyes ym. 2012, 32). Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksista ei noussut esille sitä, olivatko sosiaaliset suhteet parantuneet integroidun hoitomallin avulla. Tämä näkökulma olisi kuitenkin ollut tärkeä, sillä sosiaaliset suhteet ovat tärkeä osa jokaisen ihmisen elämää, mutta emme löytäneet tutkimusta, jossa tätä asiaa olisi käsitelty. Tuloksissa ei myöskään kuvattu, kuinka itsehillinnän lisääntyminen mielenterveyshäiriöiden oireiden hoidossa olisi lisääntynyt. Päihdehäiriöiden osalta tuloksissa todettiin, että nekin potilaat, jotka jatkoivat alkoholin käyttöä, paransivat alkoholinkäyttötapaansa ja heidän motivaationsa säilyttää jo saavutettu päihteettömyys lisääntyi. Siksi olisi ollut mielenkiintoista nähdä, kuinka integroidun hoitomallin avulla itsehillintä olisi voinut lisääntyä mielenterveyshäiriöiden hoidossa, mutta tästäkään aiheesta emme löytäneet tutkimustietoa.

9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä kirjallisuuskatsaus tarjoaa tietoa siitä, kuinka integroitua hoitomallia voidaan toteuttaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyössä. Hoidon toteutukseen liittyy useita osa-alueita. Keskeistä on samassa hoitoyksikössä tapahtuva, muutosvaiheiden mukainen pitkäkestoinen hoito. Psykososiaalisten terapiamuotojen, kuten behavioraalisen terapian ja 12 askeleen vertaistukiryhmien lisäksi hyödynnetään motivoivan haastattelun menetelmiä. Yksilöllinen hoitosuunnitelma ohjaa hoidon toteutusta.

Lisäksi kirjallisuuskatsaus esittelee tuloksia, joita integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kansainvälisesti. Alkoholin ja muiden päihteiden käytön vähenemisestä raportoitiin neljässä eri tutkimuksessa, ja siksi koemme sen olevan keskeisin integroidun hoitomallin käytöstä saatu tulos. Sen lisäksi työssä esiteltiin useita muita hyödyllisiä tuloksia.

Mielestämme tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset ovat kuitenkin hajanaisia. Integroidun hoitomallin toteutukseen ja saavutettuihin hoidon tuloksiin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä ei ollut tarjolla niin paljon tietoa, kuin olisi voinut luulla. Seitsemän tutkimukseen valitusta 11 julkaisusta on julkaistu Yhdysvalloissa, jossa integroidun hoitomallin mukainen hoito ja siitä saatujen tulosten tutkiminen on aloitettu 1990-luvulla (Boyle & Kroon 2006). Ilmaisten lähteiden käyttö vaikutti tulosten laatuun niitä heikentävästi.

Huomasimme, että maksullisissa lähteissä olisi ollut ajankohtaista ja uutta tietoa integroidun hoitomallin toteutukseen ja hoidon tuloksiin liittyen, mutta tätä tietoa ei voitu hyödyntää. Artikkeleiden käytöstä olisi voinut koitua huomattavat kustannukset, sillä maksullisia artikkeleita oli useita kymmeniä. Yksittäisten artikkeleiden hinnat tai käyttö-oikeudet vaihtelivat 60 eurosta 300 euroon. Täten kustannukset olisivat nousseet meille liian suuriksi. Mielestämme on siis tärkeää suhtautua tutkimuskysymyksiin saatuihin vastauksiin kriittisesti. Tuloksia ei voi yleistää käytäntöön myöskään siitä syystä, että kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten otoskoot ovat olleet pieniä verrattuna tutkimusmaiden (Yhdysvallat, Kanada, Norja, Saksa ja Alankomaat) väestömääriin.

Opinnäytetyötä tehdessä havaitsimme myös, että integroidun hoitomallin käytöstä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä on Suomessa saatavilla hyvin vähän tutkimustietoa. Kaikki tuloksissa käsitelty tieto on siis saatu kansainvälisistä lähteistä, mikä on mielestämme nostanut työmme arvoa. Haluamme pohtia asiaa myös toiselta kannalta. Suomen palvelujärjestelmät eroavat esimerkiksi Yhdysvaltojen palvelujärjestelmien rakenteesta huomattavasti, ja siksi tuloksia ei välttämättä voi siirtää suoraan Suomen palvelujärjestelmiin so-piviksi. Siksi koemme tärkeäksi pohtia nykyistä Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen tilannetta.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään Suomessa kuntien, yksityisen sekä kolmannen sektorin toimesta erillisinä palveluina. Useissa kunnissa palveluiden järjestäminen on kuitenkin yhdistetty. (STM 2020a; STM 2020b.) Esimerkiksi Tampereen kaupunki ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri aloittivat mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation keväällä 2019. (Tampereen kaupunki s.a).

Nykyjärjestelmissä voi kuitenkin olla kipupisteitä, jotka heikentävät mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatua. Sektorien välisen yhteistyön puute ja palveluiden heikko asiakaslähtöisyys ovat esimerkkejä näistä ongelmista. Saatavilla olevat palvelut eivät ole vastanneet väestön tarpeita, ja palvelujärjestelmä on pirstaloitunut. Varhaista apua ei ole ollut saatavilla, ja kiireetömään hoitoon pääsyä on joutunut odottamaan liian kauan. Odottavien potilaiden tilanne on huono; odottaminen ruuhkauttaa yhteispäivystyksellisiä palveluita ja lisää ongelmien pahentumisriskiä ennen hoitoon pääsyä. Maakunnissa on eroja hoidon saatavuudessa, laadussa sekä turvallisuudessa. Näiden seikkojen vuoksi mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon pääsy sekä psykososiaalisten hoitojen saatavuus ovat puuttellisia. Myös syrjäytymisen ja syrjinnän riski sekä häpeän tunteet liittyvät voimakkaasti mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Palvelut eivät nykyään toteudu yhdenvertaisesti, vaan järjestelmälähtöisesti. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus... 2020, 11; Vormaa ym. 2020, 13; Wahlbeck ym. 2018, 15.)

Palvelujen uudistus ja integraatio olisi tärkeää ja ajankohtaista, jotta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelut voitaisiin järjestää laadukkaasti. Kansainvälisesti suositellaan, että mielenterveys- ja päihdepalvelut pitäisi integroida osaksi muuta perustason terveydenhuoltoa. (Wahlbeck ym. 2018, 125.) Siksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotammekin seuraavaa: millaisia muutoksia Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmässä tarvitaan, jotta integroidun hoitomallin mukaista hoitotyötä olisi mahdollista toteuttaa laadukkaasti samanaikaisesta mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivien potilaiden hoitotyössä. Mielestämme olisi tarpeellista tutkia tarkemmin myös sitä, millaiseksi kaksoisdiagnoosipotilaat kokevat mielenterveys- ja päihdepalvelujen tämänhetkisen palveluntarjonnan.

Lopuksi toteamme, että mielestämme opinnäytetyön toimeksiantaja voi hyödyntää kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetuksessa, jotta tieto tärkeästä ja ajankohtaisesta aiheesta saavuttaisi tulevaisuuden hoitoalan ammattilaiset. Lisäksi tietoa voivat hyödyntää jo alalla työskentelevät mielenterveys- ja päihdealan ammattilaiset ja muut asiasta kiinnostuneet.

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Heinrich (2002) on kuvannut eettisyyden korostuvan tutkijan valinnoissa ja raportoinnissa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmän väljyyden takia. Kun tutkimusetiikkaa korostetaan aineistoa valittaessa ja käsitellessä, varmistetaan raportin rehellisyys, tasavertaisuus sekä oikeudenmukaisuus. Johdonmukainen ja läpinäkyvä eteneminen selkeästi esitellyistä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin parantaa toisiinsa sidoksissa olevaa eettisyyttä ja luotettavuutta. (Baumeister & Leary 1997; Heinrich 2002; Grant & Booth 2009, Kangasniemen ym. 2013, 297 mukaan.)

Luotettavaa ja eettisesti hyväksyttyä, uskottavia tuloksia antavaa tieteellistä tutkimusta voidaan toteuttaa vain noudattamalla hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimustyötä tehdessä, arvioidessa tutkimuksia ja niiden tuloksia, toiminnan on oltava rehellistä ja huolellista. Työssä käytetyt tiedonhaku-, tutkimus- ja ar-

viointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä, täyttäen tieteellisen tutkimuksen kriteerit. Avoinuus ja vastuullisuus tulevat esiin tutkimusta toteuttaessa ja tuloksia julkaistaessa. Kunnioitus toisia tutkijoita kohtaan tulee näkyä asianmukaisina viittauksina aiempiin julkaisuihin antaen näin toisten saavutuksille ansaitsemansa arvon. Myös tarvittavien tutkimuslupien hankinta kuuluu eettisesti hyväksyttävän, tieteellisen tutkimuksen tekemiseen. Vastuu tutkimuksen teosta hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen on tekijällä itsellään. (TENK 2012, 6–7.)

Tämän opinnäytetyön eettisyydestä on huolehdittu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti läpi koko prosessin, aina ideointivaiheesta tutkimustulosten julkaisuun saakka. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin perehdyttiin huolellisesti ennen opinnäytetyön aloittamista, ja tästä tiedosta saatua ymmärrystä syvennettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymykset ovat harkittuja, pitkällisen pohdinnan tuloksia. Tutkimusta tehdessä on edetty rauhallisesti, kutakin työn vaihetta huolellisesti pohtien ja arvioiden, rehellisyyteen, tarkkuuteen ja objektiivisuuteen pyrkien. Tätä on varmistettu tieteellisten menetelmien huolellisella käytöllä. Lähdeviittaukset on tehty täsmällisesti ja rehellisesti arvostaen täten toisten tutkijoiden työtä antamalla kunnia alkuperäisten tutkimusten tekijöiden saavutuksille.

Koemme tärkeäksi mainita työssä tehtyt viittaukset toissijaisiin lähteisiin. Kangasniemen ym. (2013) artikkelia ”Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon” käytettiin työssä tutkimusmenetelmän kuvaamiseen. Kyseisessä artikkelissa viitataan useiden ulkomaisten kirjoittajien alkuperäislähteisiin: Burns ja Grove, Rhoades, Rother, Paniagua ja Bettany-Saltikov. Kyseisten kirjoittajien alkuperäisartikkeleita etsittiin kaikista käytössä olleista tietokannoista. Löydetyt alkuperäisartikkelit olivat maksullisia, hintojen vaihdellessa 100 eurosta 200 euroon. Siksi työssä on päädytty viittamaan toissijaiseen lähteeseen, koska emme löytäneet toista riittävän luotettavaa lähdettä tutkimusmenetelmän kuvaamiseen. Rehellisyyden vuoksi työssämme on kunnioitettu alkuperäistä kirjoittajaa mainitsemalla se toissijaisena lähteenä.

Tuloksia raportoidessa on toimittu totuudenmukaisesti, raportoinnin ollessa selkeää ja alkuperäisaineistoja kunnioittavaa. Tehdessä kirjallisuuskatsausta tutkimusluville ei ollut tarvetta. Työn kirjoittajat tiesivät vastuunsa sekä toteuttivat tutkimusetiikkaa parhaalla mahdollisella ymmärryksellä.

Luotettavuus

Kylmän ja Juvakan (2012, 127) mukaan tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa, kun tuotetaan tieteellistä tekstiä tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuutta voidaan arvioida eri tavoin, ja tutkijan onkin arvioitava jokaisen yksittäisen tekemänsä valinnan luotettavuus tutkimuksen edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä sekä siirrettävyyttä. (Eskola & Suoranta 2000, Vilkan 2007, 159 mukaan; Kylmä & Juvakka, 2012, 128.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sekä tulosten että tutkimuksen uskottavuutta sekä sen osoittamista. Uskottavuus lisääntyy työn tekijän tutustuessa tutkittavaan ilmiöön sekä tarpeeksi tarkasti että riittävän pitkään. (Kylmä & Juvakka, 2012, 128.) Vahvistettavuus liittyy koko prosessiin; sitä tekijä voi lisätä kirjoittamalla tekstinsä niin, että lukija pystyy seuraamaan prosessin kulkua. Tutkijan on myös kuvattava, kuinka tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Reflektiivisyyttä voidaan lisätä siten, että tutkimuksen tekijä tiedostaa omat lähtökohtansa tutkimuksen teossa sekä arvioi vaikutustaan tutkimusprosessiin sekä aineistoon koko tutkimuksen teon ajan. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä vastaaviin tilanteisiin. (Lincoln & Cuba 1985; Mays & Pope 2000; Yardley 2000; Malterud 2001; Horsburgh 2003, Kylmän & Juvakan 2012, 129 mukaan.)

Tässä opinnäytetyössä aihealueeseen on tutustuttu kattavasti ja montaa eri näkökulmaa käyttäen. Tiedonhaun osoittautuessa aiheen vuoksi toivottua haasteellisemmaksi, haettiin siihen ohjausta Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Savonlinnan kampuksen informaattikolta maaliskuussa 2020. Ohjauksen myötä saatu vahvistus tiedonhakumenetelmien toimivuudesta osaltaan varmistaa myös tutkimuksen luotettavuutta. Tiedonhaku on toteutettu

tarkkojen kriteerien sekä tutkimuskysymysten ohjaamana luotettavista, tieteellisistä tietokannoista. Alustavia hakuja tehtiin useita kymmeniä, ennen kuin tiedonhaussa käytetyt hakuyhdistelmät muodostuivat lopulliseen muotoonsa.

Osaltaan luotettavuutta on lisännyt opinnäytetyön tekeminen parityönä, jolloin työtä on ollut mahdollista peilata parin kautta läpi koko prosessin, toisen päätyessä samanlaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Jotta lukijalle prosessin kulun seuranta olisi vaivatonta, on opinnäytetyön vaiheet dokumentoitu selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Se, miten ja miksi tiettyihin johtopäätöksiin ja tuloksiin on päädytty, on kuvailtu läpinäkyvästi, erityistä tarkkuutta noudattaen. Mielestämme löydetty tulokset ovat siirrettävissä muihin samasta aiheesta tehtäviin töihin.

Luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa heikentävästi tekijöiden kokemattomuus tieteellisen tutkimuksen teon suhteen. Lähtökohdat aloittelevina opinnäytetyön tekijöinä on tiedostettu, ja ohjaavien opettajien tuki opinnäytetyön prosessin aikana on ollut erityisen arvokasta. Ohjauksen voi ajatella vieneen opinnäytetyötä eteenpäin ja mahdollistaneen osaltaan eettisesti kestävä opinnäytetyön toteuttamisen. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt julkaisut ovat kokonaisuudessaan kansainvälistä tutkimustietoa. Käännöstyö on ollut osin haasteellista sekä aikaa vievää. Vaikka englannin kielitaitomme onkin kiitettävällä tasolla, täytyy tieteellistä tekstiä käännettäessä ja luotettavuutta arvioi-
dessa ottaa huomioon myös käännöstyössä tapahtuneiden virheiden mahdollisuus. Tämä on ymmärrettävästi voinut laskea kirjallisuuskatsauksen tulosten laatua. Mahdollisimman luotettavan käännöstyön toteutumisesta on huolehdittu pohtien asioita jatkuvasti yhdessä ja auttaen toisiamme käännöstyössä. Lisäksi on hyödynnetty käännössivustoja, joita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu tarjoaa käyttöömme.

On myös mahdollista, että tiedonhaussa englannin kielen valitsemisen myötä on tutkimuksesta voinut jäädä pois relevantteja julkaisuja, tietyn kielisyyden (esimerkiksi ruotsi ja alustavissa hauissa pois jäänyt suomi) jäädessä sisäänottokriteerien ulkopuolelle. Abstraktien perusteella tutkimukseen soveltuvia julkaisuja on jouduttu jättämään pois niiden myöhemmässä tarkastelun vai-

heessa ilmaantuneen maksullisuuden vuoksi. Näin ollen kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle on mahdollisesti voinut jäädä hyvinkin osuvasti tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimuksia tai artikkeleita, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä on pyritty etsimään tuorein mahdollinen tutkimustieto aiheesta. Julkaisujen ajankohtakriteerissä on jouduttu kuitenkin joustamaan relevantin tutkimusmateriaalin vähyyden vuoksi, vanhimpien tutkimukseen mukaan otettujen julkaisujen ollessa vuodelta 2006. Aineiston valinnassa pyrittiin huomioimaan jokaisen mukaan otetun tutkimuksen sisältö suhteessa muuhun hyväksytyyn aineistoon, ja siksi on koettu tärkeäksi sisällyttää kirjallisuuskatsaukseen myös vuosina 2006 ja 2009 julkaistuja artikkeleita.

9.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön tekeminen on ollut kokonaisuudessaan mielenkiintoinen, osin haastavakin, sekä erittäin opettavainen prosessi. Aihe on kiinnostava ja tärkeä, mutta yllättävän vähän tutkittu. Suppea tutkimustieto aiheesta lisäsi opinnäytetyön teon haasteellisuutta, mutta samalla haastoi meitä tekijöinä lisäten prosessin mielekkyyttä ja antaen onnistumisen tunteita tutkimuksen edetessä haasteista huolimatta.

Prosessin myötä on saatu valmiuksia erilaisten tutkimusmenetelmien käyttöön sekä varmuutta toimia lähdekriittisesti, lisäksi kirjalliset taidot ovat kehittyneet. Ammatillisessa mielessä kehitystä on tuonut kasvanut ymmärrys niin kaksoisdiagnooseista, kaksoisdiagnoosipotilaista kuin heidän hoidostaan. Olemme myös heränneet kriittisesti pohtimaan sitä, kuinka eri tavoin mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoa toteutetaan niin Suomessa kuin muissakin maissa. Koemme kansainvälisten, englanninkielisten tutkimusten käytön vahvistaneen kielellisiä valmiuksiamme.

Koska Covid-19:sta johtuva tilanne rajoitti työn tekemistä yhdessä, olemme opinnäytetyön prosessin aikana tehneet huomattavan paljon töitä puhelimitse sekä viestien välityksellä. Mielestämme tämä oli meille varsin toimiva keino, ja yhteistyö olikin koko prosessin ajan saumatonta ja joustavaa.

Ammatillisesti opinnäytetyön teko on kehittänyt valmiuttamme siirtyä työelämään sairaanhoitajina, kasvattanut ammatti-identiteettiämme sekä antanut it-seluottamusta ja varmuutta tieteellisen tutkimuksen tekijöinä. Vaikkakin kyseessä on ensimmäinen kirjoittamamme kirjallisuuskatsaus, olemme tyytyväisiä sen toteutukseen. Saimmehan vastauksen tutkimuskysymyksiimme, työ sujui jouhevasti, ja yhteistyö toimi niin tekijöiden kuin ohjaajienkin kesken.

Opinnäytetyön prosessi pysyi suunnilleen aikataulussaan, vaikkakin pidimme kesällä tietoisesti taukoa opinnäytetyön teosta. Opinnäytetyön teko onkin herättänyt miettimään myös omaa jaksamista, henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin merkitystä elämässä. Tästä, jos mistä hyödyimme varmasti myös tulevaisuudessa työelämän pyörteissä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2018. Kaksoisdiagnoosi. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.6.2018. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 8.3.2020].

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123 (8), 1293-1298. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf> [viitattu 27.3.2020].

Alkoholiongelman hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 21.08.2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#readmore> [viitattu 8.4.2020].

Alcoholics Anonymous s.a. Toipuminen – AA:n 12 askelta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.aa.fi/index.php?type=0&id=56&pageid=56> [viitattu 15.9.2020].

A-klinikka oy s.a. A-klinikka oy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/tietoa-meista/a-klinikka-oy> [viitattu 17.9.2020].

Boyle, P.E. & Kroon, H. 2006. Integrated dual disorder treatment: comparing facilitators and challenges of implementation for Ohio and the Netherlands. *International Journal of Mental Health* 35, 70–88. Verkkolehti. Saatavissa: <http://doi.org/10.2753/IMH0020-7411350205> [viitattu 26.8.2020].

Davis, K.E, Devitt, T., Rollins, A, O'Neill, Pavick, D., & Harding, B. 2006. Integrated Residential Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: Lessons in Recovery. *Journal of Psychoactive Drugs* 38 (3), 263–272. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/02791072.2006.10399852> [viitattu 26.8.2020].

Depressio. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 8.1.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> [viitattu 23.5.2020].

DeVido, J.J. & Weiss, R.D. 2012. Treatment of the depressed alcoholic patient. *Current Psychiatry Reports* 14 (6), 610–618. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0314-7> [viitattu 29.8.2020].

Delos Reyes, C.M., Kubek, P.M., Kruszynski, R., Boyle, P.E. & Kola, L. A. 2012. Clinical guide for integrated dual disorder treatment. Cleveland, Ohio: Center for Evidence-Based Practices at Case Western Reserve University. PDF-dokumentti Saatavissa: <https://www.centerforebp.case.edu/client-files/pdf/iddtclinicalguide.pdf> [viitattu 21.4.2020].

Drake, R., Mueser, K., Brunette, M. & McHugo, G. 2004. A Review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 4. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 8.4.2020].

Drake, R., Mercer-McFadden, Mueser, T. McHugo, G. & Bond, G. 1998. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorder. *Schizophrenia Bulletin* 4, 589–608. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 23.5.2020].

Epävakaata persoonallisuus. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 08.06.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50064#R22> [viitattu 14.9.2020].

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.* 112 (4), 683–691. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0683> [viitattu 27.8.2020].

Hunt, G., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, K. & Cleary, M. 2019. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4> [viitattu 21.4.2020].

Huttunen, M. 2018a. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414 [viitattu 11.4.2020].

Huttunen, M. 2018b. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407#s2 [viitattu 13.4.2020].

Huttunen, M. 2018c. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196 [viitattu 11.4.2020].

Huttunen, M. 2018d. Harhaluuloisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Lääkärin tietokannat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 24.5.2020].

Huttunen, M. 2018e. Lyhytkestoinen psykoosi. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=dlk00387 [viitattu 15.9.2020].

Isometsä, E. 2018. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 12.4.2020].

- Isometsä, E. 2019a. Ahdistuneisuushäiriöt. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].
- Isometsä, E. 2019b. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [Viitattu 13.4.2020].
- Isometsä, E. 2019c. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostiikka. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].
- Isometsä, E. 2019d. Depressiiviset häiriöt. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 14.4.2020].
- Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02109> [viitattu 15.9.2020].
- Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2020a. Xamkin avainluvut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/xamkin-avainluvut/#/0> [viitattu 8.3.2020].
- Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2020b. Savonlinnan kampus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/savonlinnan-kampus/> [viitattu 8.3.2020].
- Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulut 2020c. Opinto-opas. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/30/fi/127614> [viitattu 10.4.2020].
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvavaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuksesta jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301. Verkkolehti. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 25.4.2020].
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin Suomen Psykiatriayhdistys ry:n ja Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 19.6.2013. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076#s6> [viitattu 24.5.2020].
- Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J. & Dekker, J. 2018. Effectiveness of integrated dual diagnosis treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 95, 35–42. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005> [viitattu 20.8.2020].
- Koponen, H. & Lepola, U. 2018. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 12.4.2020].
- Kuussaari, K., Karjalainen, K. & Niemelä, S. 2019. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study.

Sosial Psychiatry and Psychiatrid Epidemiology 55, 507–516. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01753-3> [viitattu 9.4.2020].

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2019a. Päihdehäiriöt. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2019b. Päihteiden käytön epidemiologia. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.–2. painos. Helsinki: Edita.

Kylmänen, P. 2020. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.1.2020. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 8.3.2020].

Lotvonen, E. & Lindroos, L. 2015. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Päihdelinkki. WWW-artikkeli. Päivitetty 26.3.2015. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito> [viitattu 23.5.2020].

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2019. Mitä persoonallisuushäiriöt ovat? Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].

Mangrum, L.F., Spence, R.T. & Lopez, M. 2006. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30 (1), 79–84. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004> [viitattu 27.8.2020].

Mehiläinen oy s.a. Ryhmäterapia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/psykoterapia/ryhmaterapiat> [viitattu 15.9.2020].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja 2016: A732. korjattu painos. Turku.

Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 30.12.2010/1326.

NIDA. 2018. Common comorbidities with substance use disorders. National Institute on Drug Abuse. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://d14rmgt-rwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1155-common-comorbidities-with-substance-use-disorders.pdf> [viitattu 23.5.2020].

Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. *Suomen Lääkärilehti* 15–16, 1673–1677. Verkkolehti. Saata-

vissa: [https://www.academia.edu/5432406/Huumausaineisiin liittyvien ja sama-naikaiVarsten muiden mielenterveysh%C3%A4iri%C3%B6iden takia to-teutuneet sairaalahoidot 1987 2002 Substance-related comorbi-dity in the Finnish Hospital Discharge Register in 1987 2002](https://www.academia.edu/5432406/Huumausaineisiin_liittyvien_ja_samanaikaiVarsten_muiden_mielenterveysh%C3%A4iri%C3%B6iden_takia_to-teutuneet_sairalahoidot_1987_2002_Substance-related_comorbi-dity_in_the_Finnish_Hospital_Discharge_Register_in_1987_2002) [viitattu 8.3.2020].

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoido-tan käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 24.5.2020].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Rytsälä, H. 2018. Aikuisten psykoterapiat. Lääkärin käsikirja. WWW-doku-mentti. Päivitetty 10.12.2018. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.9.2020].

SAMHSA. 2009. Integrated treatment for co-occurring disorders. Evidence-based practices. Substance Abuse and Mental Health Services Administra-tion. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.9.2020].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston opetusjulkai-suja 2009: 62, julkisjohtaminen 4. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 24.8.2020].

Samokhvalov, A.V., Awan, S., George, T.P., Irving, J., Le Foll, B., Perrotta, S., Probst, V.P. & Rehm, J. 2017. Integrated care pathway for co-occurring major depressive and alcohol use disorders: outcomes of the first two years. *The American Journal on Addictions* 26, 602– 609. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/ajad.12572> [viitattu 29.8.2020].

Sotkanet. 2020a. Alkoholijuomien kokonaiskulutus asukasta kohti 100 %:n al-koholina, litraa. Indikaattori 3629. Tilasto- ja indikaattoripankki. WWW-doku-mentti. Päivitetty 2.4.2020. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/meta-data/indicators/3629> [viitattu 14.9.2020].

Sotkanet. 2020b. Alkoholijuomien myynti, 100% alkoholia, litraa / 15 vuotta täyttäneet. Indikaattori 3716. Tilasto- ja indikaattoripankki. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.9.2020. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indica-tors/3716> [viitattu 14.9.2020].

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

STM. 2020a. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut> [viitattu 17.9.2020].

STM. 2020b. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastuualueet. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastuualueet> [viitattu 17.9.2020].

STM. 2020c. Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> [viitattu 9.4.2020].

STM. 2020d. Päihdepalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/paihdepalvelut> [viitattu: 9.4.2020].

STM. 2020e. Päihdetyön lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/lainsaadanto/paihdytyo> [viitattu 17.9.2020].

STM. 2020f. Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut> [viitattu 17.9.2020].

STM. 2020g. Mielenterveysstrategian valmistelu. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyslinjaukset> [viitattu 17.9.2020].

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019a. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Psykiatria. E-Kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019b. Mitä skitsofrenia on? Psykiatria. E-Kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 13.4.2020].

Suvisaari, J. & Lönnqvist, J. 2019c. Muut psykoosit. Psykiatria. E-kirja. Päivitetty 11.3.2019. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 24.4.2020].

Sterling, S., Chi, F. & Hinman, A. 2011. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research & Health*. 33 (4), 338–349. Verkkolehti. Saatavissa: <http://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 30.8.2020].

Tampereen kaupunki s.a. Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Tampereen kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/integraatio.html> [viitattu 27.9.2020].

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 23.9.2020].

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. 2020. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 9.4.2020].

THL. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Päivitetty 1.1.2020. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138288/URN_ISBN_978-952-343-346-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 17.9.2020].

THL s.a. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihde-suunnitelma> [viitattu 17.9.2020].

Tuominen, L. & Salokangas, R. 2020. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.5.2020. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 14.9.2020].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 12.5.2020].

Tsai, J., Salyers, M., Rollins, A., McKasson, M. & Litmer, M. 2009. Integrated dual disorders treatment. *Journal of Community Psychology*. 37 (6), 781–788. Verkko-lehti. Saatavissa: <http://doi.org/10.1002/jcop.20318> [viitattu 30.8.2020].

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 17.9.2020].

Väestöliitto ry s.a. Yksilöterapia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://vaestoliitonterapiapalvelut.fi/terapiat/yksiloterapia/> [viitattu 15.9.2020].

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 tutkimustoimikunnan julkaisusarja 2017:89. Helsinki: Valtioneuvosto. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-Yhdessa-Mielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 13.4.2020].

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*. 14 (67). Verkko-lehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-67> [viitattu 30.8.2020].

Yule, A.M. & Kelly, J.F. 2019. Integrating treatment for co-occurring mental health conditions. *Alcohol Research: Current Reviews*. 40 (1), 61–73. Verkko-lehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.07> [viitattu 30.8.2020].

Yli-Pirilä, P. 2017. Vertaistuki. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.9.2020].

Taulukko 6. Integroidun hoitomallin käyttö: pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen.

Liite 1/1

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
In integrated care model the care for both/all alcohol and other drug (AODs) and co-occurring disorders (CODs) is provided by the same cross-trained clinicians and in the same program (Sterling ym. 2011).	Integroidussa hoitomallissa sekä alkoholi-, päihde- että mielialahäiriöiden hoito toteutuu samojen molempiin aloihin koulutettujen ammattilaisten toimesta samassa hoitopaikassa.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroitu hoito tapahtuu saman hoitopaikan toimesta.	Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaan samassa yksikössä	Sama hoitoyksikkö
In integrated approach ongoing evaluation and treatment are provided under one roof (--) with patients presenting with co-occurring alcohol use disorder and depressive symptoms (DeVido & Weiss 2012).	Integroidussa lähestymistavassa samanaikaisesta alkoholikäytönhäiriöistä ja masennusoireista kärsivien potilaiden meneillään oleva hoidon tarpeen arviointi ja hoito tarjotaan saman katon alla.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroitu hoidon tarpeen arviointi ja hoito toteutetaan samassa yksikössä.		
Treatment that addresses both disorders concurrently with the same provider or treatment team is called integrated treatment (Yule & Kelly 2019).	Integroiduksi hoitomalliksi kutsutaan hoitoa, jossa keskitytään hoitamaan molempia häiriöitä yhtäaikaaisesti saman palveluntarjoajan tai hoitotiimin toimesta.	Sama palveluntarjoaja tai hoitotiimi hoitaa molempia häiriöitä samanaikaisesti integroidussa hoitomallissa.	Integroitua hoitomallia toteutetaan moniammatillisesti	Moniammatillinen hoitotyö
Integrated dual disorder treatment (IDDT) is a collaborative, multidisciplinary team approach (Kikkert ym. 2018).	Integroidussa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallissa moniammatillinen tiimi tekee yhteistyötä.	Integroidussa hoitomallissa työskentelee moniammatillinen tiimi.		
Evidence-based practices for integrated treatment (--) include interventions that match an individual's stage of readiness for treatment engagement (Yule & Kelly 2019).	Näyttöön perustuva integroidun hoitomallin mukainen hoitotyö sisältää interventioita, jotka ovat potilaan hoitoon sitoutumisvaiheen mukaisia.	Integroidussa hoitomallissa hoidossa käytetyt interventiot vastaavat potilaan valmiutta sitoutua hoitoon.	Integroitu hoitomalli toteutetaan potilaan muutosvaiheiden mukaisesti	Muutosvaiheen mukainen hoitotyö

Stage-wise treatment for people with co-occurring disorders is a central tenet of successful integrated dual disorder treatment (Boyle & Kroon 2006).	Muutosvaiheen mukainen hoito on keskeinen periaate onnistuneen integroidun kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallin toteutuksessa.	Muutosvaiheen mukainen hoito on keskeistä integroidun hoitomallin käytössä.		
Integrated treatment is motivation-based, i.e. adapted to the patient's motivation for change. This approach is based on the stages of change. (Wusthoff ym. 2014).	Motivaatioon pohjautuva integroitu hoitomalli mukautuu potilaan muutosmotivaatioon. Lähestymistapa pohjautuu muutosvaihemalliin.	Integroitu hoitomalli pohjautuu muutosvaihemalliin.		
The results imply that a long-term, motivational, integrated treatment program (--) offers at least small advantages compared with treatment as usual (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015).	Tulokset osoittavat, että pitkäkestoinen, motivoiva integroivan hoitomallin mukainen hoito tarjoaa ainakin pieniä etuja verrattuna perinteiseen hoitomalliin.	Pitkäkestoinen ja motivoiva integroitu hoito voi olla hyödyksi hoidossa.	Integroitua hoitomallia toteutetaan pitkäkestoisesti ja motivoivasti	Pitkäkestoinen ja motivoiva hoito
Data also suggests that combining and tailoring psychosocial therapies (--) may further improve treatment outcomes for patients with co-occurring depressive and alcohol use disorders. (DeVido & Weiss 2012).	Aineisto on osoittanut, että yhdistämällä ja räätälöimällä psykososiaalisia terapioita saatetaan lisätä hoidon tuloksia samanaikaisesta masennuksesta ja päihdehäiriöistä kärsivien potilaiden keskuudessa.	Psykososiaalisia terapioita yhdistelemällä ja räätälöimällä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tuloksia saatetaan lisätä.	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään psykososiaalisen terapian elementtejä	Psykososiaalinen terapia
(--) Integrated treatment programs with (--) behavioral therapeutic elements may be helpful in the treatment of dual diagnosis patients and should be more extensively implemented as a part of standard	Integroidut hoito-ohjelmat behavioraalisten terapiamenetelmien kanssa voivat olla hyödyksi kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa, ja niitä pitäisi käyttää laajemmin osana perushoitoa sairaaloissa.	Integroiduissa hoito-ohjelmissa pitäisi hyödyntää behavioraalisen terapian menetelmiä.	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään behavioraalista terapiaa	Behavioraalinen terapia

hospital treatment (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015).				
Behavioural therapy (--) should be considered in treatment plans for patients with co-occurring alcohol use disorder and mental health conditions (Yule & Kelly 2019).	Behavioaraalinen terapia pitäisi ottaa huomioon potilaan hoitosuunnitelmassa hoidettaessa mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä kaksoisdiagnoosipotilaita.	Hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida behavioaraalinen terapia		
Combining and tailoring psychosocial therapies such as (-) other behaviorally-activating interventions such as twelve-step facilitations may further improve treatment outcomes (DeVido & Weiss 2012).	Yhdistämällä ja räätälöimällä psykososiaalisia terapioita, kuten muita käytöstä aktivoivien interventioiden kuten 12 askeleen vertaistukiryhmiä, saatetaan edelleen parantaa hoitotuloksia.	12 askeleen vertaistukiryhmillä saatetaan lisätä hoidon tuloksia.	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään 12 askeleen vertaistukiryhmiä	12 askeleen vertaistukiryhmä
Behavioral therapies, such as (--) 12-step facilitation, (--) are a key part of treatment plan for individuals with co-occurring alcohol use disorder and mental health conditions (Yule & Kelly 2019).	Behavioaraaliset terapiat, kuten 12 askeleen vertaistukiryhmät, ovat keskeinen osa hoitosuunnitelmaa kaksoisdiagnoosipotilailla.	12 askeleen vertaistukiryhmät ovat keskeisiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa.		
Participation on Alcohol and Drug 12-step groups (--) has been an accepted and viable place to seek and obtain help in America (Boyle & Kroon 2006).	Osallistuminen 12 askeleen vertaistukiryhmään on ollut hyväksytty ja käyttökelpoinen tapa hankkia ja saada apua Amerikassa.	12 askeleen vertaistukiryhmistä on haettu apua.		
Integrated dual disorder treatment (IDDT) (--) in which motivational interviewing is a key element (Kikkert ym. 2018).	Integroidussa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomallissa (--) motivoiva haastattelu on keskeinen elementti.	Integroidussa hoitomallissa motivoiva haastattelu on keskeistä.	Integroidussa hoitomallissa hyödynnetään motivoivaa haastattelua	Motivoiva haastattelu

Pharmacotherapy (--) should be considered in treatment plans for patients with co-occurring alcohol use disorder and mental health conditions (Yule & Kelly 2019).	Lääkehoito pitäisi ottaa huomioon potilaan hoitosuunnitelmassa hoidettaessa mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä kaksoisdiagnoosipotilaita.	Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida lääkehoito	Lääkehoito huomioidaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuunnitelmassa	Hoitosuunnitelma
Recovery support in the patients community should be considered in treatment plans for patients with co-occurring alcohol use disorder and mental health conditions. (Yule & Kelly 2019).	Toipumisen tukeminen potilaan yhteisössä pitäisi ottaa huomioon potilaan hoitosuunnitelmassa hoidettaessa mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä kaksoisdiagnoosipotilaita.	Hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida toipumisen tukeminen potilaan yhteisössä	Toipumisen tukeminen huomioidaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuunnitelmassa	
Though not typically assessed, the amount of available resources a person has for stabilization and recovery needs to be included in the assessment to inform the treatment plan. (Yule & Kelly 2019).	Vaikka näin ei tyypillisesti tehdäkään, potilaan omat voimavarat tilansa vakaannuttamisen ja toipumisensa suhteen olisi arvioitava ja nämä tulisi myös sisällyttää mukaan hoitosuunnitelmaan.	Potilaan voimavarat tulee arvioida ja sisällyttää hoitosuunnitelmaan.	Voimavarat huomioidaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuunnitelmassa	
Individualized treatment plans should account for the severity of each disorder and for patient preference regarding interventions. (Yule & Kelly 2019).	Yksilöidyssä hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida potilaan sairauksien vaikeusaste sekä hänen mieltymyksensä tehdyn intervention suhteen.	Hoitosuunnitelmassa huomioidaan sairauksien vaikeusaste ja hoitomieltymykset.	Yksilöllisyys huomioidaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitosuunnitelmassa	

Taulukko 7. Integroidun hoitomallin käytöstä saadut tulokset: pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen.

Although few studies has been done in this field, findings suggest that patients suffering of co-occurring disorders receiving integrated care may have improved outcomes (Sterling ym. 2011).	Vaikka tällä saralla on tehty vähän tutkimusta, havainnot viittaavat siihen, että hoidon tulokset ovat saattaneet parantua integroitua hoitoa saaneiden kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla.	Integroitua hoitoa saaneiden tulokset ovat saattaneet parantua	Integroidun hoitomallin avulla on saatettu parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tuloksia	Yleiset hoitotulokset
The results may indicate that patients in the integrated treatment program benefited from the long-term treatment. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015).	Tuloksien perusteella voisi päätellä integroitua hoitoa saaneiden hyötynneen pitkäkestoisesta hoidosta.	Potilaat hyötyivät integroidusta hoidosta.		
The study demonstrated the overall effectiveness of the integrated care pathway and apparent advantage over treatment as usual. (Samokhvalov ym. 2017).	Tutkimus osoitti integroidun hoitoketjun kokonaisvaltaisen vaikuttavuuden ja selkeän edun verrattuna perinteisesti toteutettuun hoitoon.	Integroitu hoitoketju osoittautui vaikuttavaksi		
Among patients who were treated in psychiatric hospitals, integrated (IT) group demonstrated greater reduction in the incidence of any hospitalization (falling from 12.2% to 3.3% whereas the parallel treatment group evidenced an increase from 6.5% to 10.8%). (Mangrum ym. 2006).	Psykiatrisessa sairaalahoitossa integroidusti (IT) hoidettujen potilaiden kohdalla voitiin osoittaa sairaalahoidon esiintyvyyden vähenemistä (12,2 prosentista 3,3 prosenttiin), verrattuna rinnakkaisesti hoidettuihin potilaisiin, joiden kohdalla sairaalajaksot olivat lisääntyneet (6,5 prosentista 10,8 prosenttiin).	Psykiatrisen sairaalahoidon esiintyvyys vähentyi integroidusti hoidetussa ryhmässä 12,2 prosentista 3,3 prosenttiin	Psykiatrisen sairaanhoidon esiintyvyys vähentyi	Psykiatrinen sairaalahoido

Total number of psychiatric hospitalization days reduced from 5.7 to 2.4, whereas the parallel group evidenced an increase from 2.5 to 6.1 days. (Mangrum ym. 2006).	Psykiatristen sairaalapäivien kokonaismäärät laskivat integroidusti hoidetuilla potilailla vajaasta 6 päivästä hieman alle 2,5 päivään, kun taas rinnakkaisesti hoidetuilla potilailla sairaalapäivien kokonaismäärät kasvoivat 2,5 päivästä hieman yli 6 päivään.	Psykiatristen sairaalahoitopäivien kokonaismäärä laski integroidusti hoidetussa ryhmässä 6 päivästä hieman alle 2,5 päivään.	Psykiatristen sairaalahoitopäivien kokonaismäärä laski	
For the 12 clients who remained on the team, the annual average number of hospital days in the year prior to enrolment in the treatment program was 219.8 days, and the annual average number of hospital days after the program was 3.3 days. (Tsai ym. 2009).	Niiden 12 potilaan kohdalla, jotka jäivät ohjelmaan, vuosittainen sairaalahoitopäivien keskiarvo oli 219,8 päivää ennen ohjelmaan osallistumista. Vuosittainen sairaalahoitopäivien keskiarvo oli 3,3 päivää ohjelmaan osallistumisen jälkeen.	Sairaalahoitopäivät vähenivät huomattavasti ohjelmaan osallistumisen jälkeen, keskiarvoista 219,8 päivästä 3,3 keskiarvoon.	Sairaalahoitopäivien määrät vähenivät	Sairaalahoito
The results showed that the patients in the integrated care pathway (ICP) cohort had a significantly lower dropout rate (18.5%) versus in the treatment as usual (TAU) cohort (69.1%) (Samokhvalov ym. 2017).	Tulosten perusteella integroidun hoitoketjun ryhmässä keskeyttämisprosentti oli merkittävästi matalampi verrattuna kontrolliryhmään, jossa hoitoa toteutettiin kuten yleensä (18,5% vs 69,1%).	Integroidussa hoitoketjussa keskeyttämisprosentti oli 18,5%, perinteisesti hoidettujen potilaiden keskeytysprosenttiin 69,1% verraten.	Hoito keskeytettiin harvemmin	Hoidon keskeytys
The results showed that (--) patients in the integrated treatment program were more satisfied with their treatment. (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015).	Tulokset osoittivat, että integroitua hoitoa saaneet kaksoisdiagnoosipotilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa.	Integroitu hoito kasvatti kaksoisdiagnoosipotilaan tyytyväisyyttä hoitoon	Hoitotyytyväisyys lisääntyi	Hoitotyytyväisyys

However, the integrated group had a greater increase in motivation for substance use treatment after 12 months than had the group receiving treatment as usual. (Wusthoff ym. 2014).	Verrattuna ryhmään, jota hoidettiin perinteisesti, integroidusti hoidetun ryhmän motivaatio päihdehoitoa kohtaan oli vuoden päästä kasvanut huomattavasti.	Integroidusti hoidetun ryhmän motivaatio päihdehoitoon kasvoi enemmän	Motivaatio päihdehoitoon kasvoi	Hoitomotivaatio
Both groups, integrated and as usually treated, demonstrated significant reduction in the number of heavy drinking days and standard drinks per week with a significantly higher reduction on both indicators over time in the integrated care pathway cohort. (Samokhvalov ym. 2017).	Kummankin ryhmän, integroidun ja perinteisesti hoidetun, kohdalla voitiin osoittaa runsaan alkoholin käytön päivien sekä viikoittaisten alkoholiannosten määrien vähentymistä, integroidun ryhmän muutos oli kuitenkin merkittävästi suurempi kummankin indikaattorin kohdalla.	Alkoholin käyttö vähentyi merkittävästi enemmän integroidussa ryhmässä	Alkoholin sekä muiden huumeiden käyttö vähentyi	Päihteiden käyttö
Both integrated and as usually treated groups reduced their alcohol and substance use during the trial (--). (Wusthoff ym. 2014).	Sekä integroidusti että perinteisesti hoidetun ryhmän jäsenet vähensivät alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä tutkimuksen aikana	Päihteiden käyttö vähentyi integroidussa hoitoryhmässä.		
After 12 months of integrated dual disorder treatment (IDDT) implementation a reduction in the number of days patients used alcohol or drugs was found. (Kikkert ym. 2018).	Vuoden integroidun hoitotavan toteutuksen jälkeen voitiin huomata potilaiden alkoholin ja huumeiden käyttöpäivien vähentyneen.	Alkoholin ja huumeiden käyttö vähentyi integroidun hoitotavan toteutuksen jälkeen.		
Alcohol and drug use declined significantly between intake and 18 months. (Davis ym. 2006).	Alkoholin sekä huumeiden käyttö vähentyi huomattavasti hoidon aloituksen jälkeen ja sitä seuraavien 18 kuukauden välillä.	Alkoholin ja huumeiden käyttö vähentyi.		

The results showed that the patients in the integrated treatment program developed a greater motivation to remain abstinent (Gouzoulis-Mayfrank ym. 2015).	Tulokset osoittivat, että integroitua hoitoa saaneet kaksoisdiagnoosipotilaat kasvattivat motivaatiotaan päihteettömyyteen.	Integroitu hoito kasvatti kaksoisdiagnoosipotilaiden motivaatiota pysyä päihteettömänä.	Motivaatio pysyä päihteettömänä lisääntyi	Päihteettömyys
The patients demonstrated improvements on several levels including (--) changes in alcohol drinking patterns. (Samokhvalov ym. 2017).	Potilaat osoittivat parannuksia useilla tasoilla, kuten alkoholin käyttötavoissa	Potilaat paransivat alkoholin käyttötapaan.	Alkoholin käyttötavat parantuivat	Alkoholin käyttötavat
Integrated treatment group evidenced significant reduction in the incidence of arrest during the 12-months pre- and postbaseline whereas the parallel group's arrest rate remained essentially unchanged (Mangrum ym. 2006).	Integroitua hoitoa saaneiden potilaiden pidätyksien esiintyvyys todistettavasti laski huomattavasti 12 kuukauden seurannan aikana, kun taas rinnakkaisesti hoidettujen potilaiden pidätysmäärissä ei havaittu olennaista muutosta	Pidätyksien määrät vähentyivät 12 kuukauden seurannan aikana.	Pidätyksien määrät vähentyivät	Pidätykset
Percentages in the number of clients (--) incarcerated also showed large reductions (Tsai ym. 200).	Potilaiden prosentuaaliset vangitsemislukumäärät vähentyivät suuresti.	Vangitseminen vähentyi.		
Significant reduction in depressive symptoms severity was observed in the integrated care pathway cohort. (Samokhvalov ym. 2017).	Integroidusti hoidetulla ryhmällä havaittiin vakavien masennusoireiden merkittävää vähenemistä.	Vakavat masennusoireet vähenivät	Masennusoireet vähenivät	Masennusoireet
Results showed (--) increases in employment. (Tsai ym. 2009).	Tulokset osoittivat työllistymisen lisääntyneen.	Työllistyminen lisääntyi.	Työllistyminen lisääntyi	Työllistyminen

Liite 2/6

After 12 months of integrated dual disorder treatment (IDDT) implementation (--) self-rated physical health improved. (Kikkert ym. 2018).	Vuoden integroidun hoitomallin toteutuksen jälkeen potilaat arvioivat fyysisen terveydentilansa parantuneen	Fyysinen terveys koettiin paremmaksi vuoden jälkeen.	Fyysinen terveys parantui	Fyysinen terveys
There was a continuous decline in homelessness, reaching 0.0 % by the end of the second year (Tsai ym. 2009).	Kodittomuus vähentyi jatkuvasti, saavuttaen 0.0 % toisen vuoteen loppuun mennessä.	Kodittomuus vähentyi jatkuvasti.	Kodittomuus vähentyi	Kodittomuus

Taulukko 8. Kirjallisuustaulukko.

Tutkimusten bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Menetelmä, otoskoko (N=)	Keskeiset tulokset	Omat intressit
<p>Boyle, P.E. & Kroon, H. 2006. Integrated dual disorder treatment: comparing facilitators and challenges of implementation for Ohio and the Netherlands. <i>International Journal of Mental Health</i> 35, 70–88. Julkaisumaa: Yhdysvallat</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä integroitua hoitomallia käyttävät moniammatilliset tiimit</p>	<p>Laadullinen tutkimus Integroidun hoitomallin (IDDT) toteutusta edistäviä ja haastavia tekijöitä vertailtiin Ohiossa ja Alankomaissa toimivien kaksoisdiagnoosipotilaita hoitavien moniammatillisten tiimien välillä. Vertailun kohteena on kolme hoidon pääperiaatetta sekä organisaatiotasolla tapahtuva hoidon toteutuksen valvonta.</p>	<p>Integroitu kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomalli perustuu kolmeen periaatteeseen Ohiossa ja Alankomaissa: vaiheittaisiin ryhmäinterventioihin, alkoholi- ja päihdevertaistukiryhmiin sekä lääkehoitoon.</p> <p>Potilaan vaiheittainen hoito on keskeinen periaate integroidun hoitomallin toteutuksessa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä.</p> <p>Ohiossa eri organisaatioissa järjestetään viikoittain yhteensä yli 20 vaiheittaista interventioryhmää, kun taas Alankomaissa tällaiset ryhmät näyttävät olevan uusia.</p> <p>12 askeleen vertaistukiryhmät ovat olleet hyväksytyjä ja kannattavia paikkoja avun hakemiseen ja saamiseen Amerikoissa, mutta paljon vähemmän yleisiä Alankomaissa.</p> <p>Psykiatrin rooli integroidussa tiimissä on tarjota sopivia, riippuvuutta aiheuttamattomia lääkkeitä potilaille, jotka käyttävät aktiivisesti päihteitä, joilla helpotetaan mielenterveyshäiriöstä johtuvia oireita.</p>	<p>Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä</p>

<p>Davis, K.E, Devitt, T., Rollins, A, O'Neill, Pavick, D., & Harding, B. 2006. Integrated residential treatment for persons with severe and persistent mental illness: lessons in recovery. <i>Journal of Psychoactive Drugs</i> 38 (3), 263–272. Julkaisumaa: Yhdysvallat</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaat, joista valtaosalla oli diagnosoitu alkoholiriippuvuus (95%) ja skitsoaffektiivinen häiriö (68,4 %), ja/tai mielialahäiriö (23,7 %) ja/tai persoonallisuushäiriö (7,9%)</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus Potilaiden (N=38) hoidossa käytetyn tuetun asumisen ja integroidun hoitomallin yhdistelmän 24 kuukauden hoidon tuloksia. Tuloksia verrattiin ohjelmaan jääneiden (N=27) ja ohjelman kesken jättäneiden (N=11) kesken.</p> <p>18 kuukauden kuluttua kaikki, jotka jäivät ohjelmaan, osallistivat retkahduksia ennaltaehkäisevään toimintaan, ja 24 kuukauden kuluttua kaikki pysyivät toiminnassa.</p>	<p>Hoito tuetussa asumisympäristössä koostui rakennuksesta, jossa potilaat asuivat hoito-ohjelman ajan, ja heidän saamaansa integroidusta hoidosta. Hoito perustui työryhmäpohjaiseen tehostettuun avohoittoon, johon oli yhdistetty potilaiden vaiheittaista neuvontaa tai ryhmäterapiaa sekä retkahduksen ehkäisy suunnitelmia. Jokaista potilasta hoidettiin henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman mukaan.</p> <p>Vaiheittaista hoitoa tehtiin sekä yksilöiden kanssa sekä ryhmissä. Hoito oli hyvin yksilölliseksi räätälöityä ja kaikki mahdollinen tehtiin, jotta se vastasi potilaan hoidon vaihetta.</p> <p>Tulokset osoittivat integroidun hoitomallin tehokkuuden tuetussa palveluasumis ympäristössä kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa, joista valtaosalla oli diagnosoitu sekä alkoholiriippuvuus että skitsofreeninen häiriö ja/tai mielialahäiriö ja/tai persoonallisuushäiriö:</p> <p>Alkoholin sekä huumeiden käyttö vähentyi huomattavasti hoidon aloituksen jälkeen ja sitä seuraavien 18 kuukauden aikana</p> <p>Terapiaan liittymättömiä retkahduksia ei tapahtunut viimeisen kuuden kuukauden kuluttua niiden 27 henkilön kohdalla,</p>	<p>Miten integroitua hoitomallia toteutetaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä tuetussa asumisympäristössä</p> <p>Millaisia tuloksia tällä hoitomallilla on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä</p>
---	---	---	--	---

			jotka jäivät. 18 kuukauden kuluttua kaikki, jotka jäivät ohjelmaan, osallistuivat retkahduksia ennaltaehkäisevään toimintaan, ja 24 kuukauden kuluttua kaikki pysyivät toiminnassa.	
DeVido, J.J. & Weiss, R.D. 2012. Treatment of the depressed alcoholic patient. <i>Curr Psychiatry Rep</i> 14 (6), 610–618. Julkaisumaa: Yhdysvallat	Depressiota ja samanaikaista alkoholiriippuvuutta sairastavat potilaat	Lehtiartikkeli	<p>Integroidussa lähestymistavassa samanaikaisesta alkoholinkäytönhäiriöistä ja masennusoireista kärsivien potilaiden meillä olevalle hoidon tarpeen arviointi ja hoito tarjotaan saman katon alla, potilaiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti.</p> <p>Yhdistämällä ja räätälöimällä psykososiaalisia terapioiden avulla luodaan hyvät suhteet ja rakennetaan motivaatiota hoidossa pysymiseen, kognitiivisilla terapioilla, joissa keskitytään keskustelemaan vahingoittavista ajatus- ja käytösmalleista, yhdessä muiden käytöstä aktivoivien interventioiden kuten 12 askeleen vertaistukiryhmien kanssa hoidon tuloksia saataan edelleen parantaa niiden potilaiden keskuudessa, joilla esiintyy samanaikaisesti depressio ja alkoholin käytön häiriö.</p> <p>Antidepressiivisten lääkkeiden hyödyntäminen yhdessä psykososiaalisten terapioiden kanssa saattaa lisätä yleistä hoidon tehokkuutta.</p>	Miten integroitua hoitoa toteutetaan depressiota ja alkoholiriippuvuutta sairastavien potilaiden keskuudessa

			Integroitu lähestymistapa niiden potilaiden hoidossa, joilla esiintyy samanaikaisesti alkoholin käytön häiriö ja masennusoireita, voi olla vaikuttavaa/tehokasta.	
Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. & Daumann, J. 2015. Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction <i>Dtsch Arztebl</i> 112 (4), 683–691. Julkaisumaa: Saksa	Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia, psykoosi tai skitsoaffektiivinen häiriö ja samanaikainen päihdehäiriö/riippuvuus	Satunnaistettu vertailukoe Potilaat (N=100) jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Hoito toteutettiin psykiatrisessa sairaalassa siten, että toisessa ryhmässä hoitoa toteutettiin integroidusti (IntT), ja toisessa hoitoa toteutettiin kuten yleensä (TAU) Seuranta-tutkimukset suoritettiin kolmen, kuuden ja kahdentoista kuukauden kohdalla hoidon aloituksesta.	Tulokset osoittivat, että integroitua hoitoa saaneet kaksoisdiagnoosipotilaat kenellä oli diagnosoitu skitsofrenia, skitsofreniforminen tai skitsoaffektiivinen häiriö sekä samanaikainen päihteiden väärinkäyttö/ riippuvuus, kasvattivat motivaatiotaan päihteettömyyteen. He myös kontrolloivat tarkemmin päihteiden kulutuskäytöstään lyhyellä aikavälillä ja olivat tyytyväisempiä hoitoonsa. Vaikka potilaat jatkoivatkin päihteiden käyttöä, tuloksien perusteella voisi päätellä integroitua hoitoa saaneiden hyötyneen pitkäkestoisesta hoidosta. Matalan kynnyksen integroitu hoito-ohjelma yhdistettynä psykososiaalisen terapian menetelmiin voi olla hyödyksi kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa, tarjoten ainakin pieniä etuja verrattuna tavalliseen hoitoon.	Millaisia tuloksia potilasryhmän kohdalla on saatu integroidun hoitomallin avulla
Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J. & Dekker, J. 2018. Effectiveness of integrated dual Diagnosis treatment (IDDT) in severe mental illness out-patient with co-occurring substance	Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia, psykoottinen häiriö, vakava ahdistus/mielialahäiriö sekä samanaikainen päihdehäiriö sekä heitä hoitava henkilökunta	Satunnaistettu vertailukoe polikliiniset potilaat (N=154) ja Polikliiniset hoitotiimit (N=6) jotka saivat 3 päivän koulutuksen integroidun hoitomallin käyttöön. Tiimeistä valikoitui satunnaisesti 2, jotka toteuttivat hoitomallia 12 kuukautta, jonka	Tulokset osoittavat, että polikliiniset kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla vakava mielen-terveyden häiriö (skitsofrenia, psykoottinen häiriö, vakava mieliala- tai ahdistuneisuus-häiriö) sekä päihdehäiriö, hyötyivät integroidun hoitomallin (IDDT) käytöstä.	Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä

<p>use disorder. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 95, 35–42. Julkaisumaa: Alankomaat</p>		<p>jälkeen toteutettiin jatkoarviointi, ja loput 4 hoitotiimiä alkoivat toteuttaa integroitua hoitomallia. Lopullinen hoidon tehokkuuden arviointi tehtiin 24 kuukauden kuluttua kaikille 6 tiimille.</p>	<p>Kun integroitua hoitoa oli toteutettu vuoden ajan, voitiin huomata potilaiden alkoholin ja huumeiden käyttöpäivien vähentyneen ja potilaat arvioivat fyysisen terveydentilansa parantuneen. Muissa sekundaarisissa lopputuloksissa kuten psykopatologiassa, toimintakyvyssä, terapeuttisessa yhteistyössä tai motivaatiossa muutokseen ei huomattu kehitystä/parannusta.</p> <p>Tulokset osoittivat, että ammattilaisille suunnattu integroidun kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomallin käyttämiseen saatu koulutus ei parantanut ammattilaisten tietämystä ja suhtautumista alkoholin ja huumeiden käyttäjiin. Tulokset nostavat esiin kysymyksen siitä, oliko koulutus puutteellista, ja olisiko intensiivisempi ja/tai pidempi koulutus ollut tarpeen.</p>	
<p>Mangrum, L.F., Spence, R.T. & Lopez, M. 2006. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 30 (1), 79–84. Julkaisumaa: Yhdysvallat</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla diagnosoitu vakava masennus, skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö</p>	<p>Pilottiprojekti Potilaat (N=216) jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista 123 sai hoitoa integroidun (IT) ja 93 rinnakkaisen (PT) hoitomallin mukaisesti 12 kuukauden ajan. Rinnakkainen hoito toteutui eri hoitotahon toimesta erillisillä mielenterveys- ja päihdekliniikoilla.</p> <p>12 kuukauden hoidon tuloksia vertailtiin kahden muuttujan eli</p>	<p>Psykiatrisessa sairaalahoidossa integroidusti (IT) hoidettujen potilaiden kohdalla voitiin osoittaa niin uusien sairaalajaksojen kuin hoitopäivienkin merkittävää vähenemistä (12,2 prosentista 3,3 prosenttiin), verrattuna rinnakkaisesti hoidettuihin potilaisiin, joiden kohdalla sairaalajaksoit olivat lisääntyneet (6,5 prosentista 10,8 prosenttiin).</p> <p>Sairaalapäivien kokonaismäärät laskivat integroidusti hoidetuilla potilailla vajaasta kuudesta päivästä hieman alle kahteen ja</p>	<p>Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä</p>

		psykiatristen sairaalajaksojen ja pidätysmäärien kesken.	<p>ja puoleen päivään, kun taas rinnakkaisesti hoidetuilla potilailla sairaalapäivien kokonaismäärät kasvoivat kahdesta ja puolesta päivästä hieman yli kuuteen päivään.</p> <p>Integroitua hoitoa saaneiden potilaiden pidätyksien esiintyvyys todistettavasti laski huomattavasti 12 kuukauden seurannan aikana, kun taas rinnakkaisesti hoidettujen potilaiden pidätysmäärissä ei havaittu olennaista muutosta.</p>	
Samokhvalov, A.V., Awan, S., George, T.P., Irving, J., Le Foll, B., Perrotta, S., Probst, V.P. & Rehm, J. 2017. Integrated care pathway for co-occurring Major depressive and alcohol use disorders: outcomes of the first two years. <i>The American Journal on Addictions</i> 26, 602–609. Julkaisumaa: Kanada	Vakavasta masennuksesta ja samanaikaisista päihdehäiriöistä kärsivät potilaat	Retrospektiivinen kohorttitutkimus Potilaat (N=81) jaettiin kahteen ryhmään riippuen siitä, saivatko he hoitoa integroidussa hoitoketjussa (ICP) vai tavallisen hoitomallin mukaisesti (TAU). Seuranta toteutettiin kliinisenä kaaviotarkasteluna.	<p>Tulosten perusteella integroidun hoitoketjun ryhmässä keskeyttämisprosentti oli merkittävästi matalampi verrattuna kontrolliryhmään, jossa hoitoa toteutettiin kuten yleensä (18,5% vs 69,1%).</p> <p>Kummankin ryhmän kohdalla voitiin osoittaa runsaan alkoholin käytön päivien sekä viikoittaisten alkoholiannosten määrien vähenemistä, integroidun ryhmän muutos oli kuitenkin merkittävästi suurempi kummankin indikaattorin kohdalla.</p> <p>Integroidusti hoidetulla ryhmällä havaittiin vakavien masennusoireiden merkittävää vähenemistä. He osoittivat parannuksia useilla tasoilla, kuten depressiivisten oireiden ilmenemisessä ja alkoholin käyttöta-voissa.</p>	Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu masennuksesta ja päihdehäiriöistä kärsivien potilaiden keskuudessa

			Tutkimus osoittaa integroidun hoitoketjun kokonaisvaltaisen vaikuttavuuden ja selkeän edun verrattuna tavallisesti toteutettuun hoitoon.	
Sterling, S., Chi, F. & Hinman, A. 2011. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. <i>Alcohol Research & Health</i> . 33 (4), 338–349. Julkaisumaa: Yhdysvallat	Mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivät samanaikaisesti kärsivät potilaat	Artikkeli	<p>Samanaikaisesti alkoholi- ja päihdehäiriöistä ja mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden hoito jakautuu neljään kategoriaan. Niistä integroidussa hoitomallissa sekä alkoholi-, päihde- että mielialahäiriöiden hoito toteutuu samojen molempiin aloihin koulutettujen ammattilaisten toimesta samassa hoitopaikassa. Tämä johtaa kliiniseen palvelujen integraatioon.</p> <p>Vaikka tällä saralla on tehty vähänlaisesti tutkimusta, havainnot viittaavat siihen, että hoidon tulokset ovat saattaneet parantua integroitua hoitoa saaneiden potilaiden kohdalla</p> <p>Valitettavasti minkään hoitomallin paremmuudesta toista kohtaan ei juurikaan ole näyttöä. Se integraation taso, jolla varmistetaan, että kaiken tyyppiset ja vaikeusasteeltaan erilaiset kaksoisdiagnoosipotilaat saavat tarvitsemansa hoidon, on määrittämättä</p>	Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä
Tsai, J., Salyers, M., Rollins, A., McKasson, M. & Litmer. M. 2009. Integrated dual disorders treatment. <i>Journal of Community</i>	Sairaalahoidossa olevat kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla vakava mielenterveys- ja päihdehäiriö.	Pilottihanke Potilaat (N=14) joille tarjottiin integroidun hoidon (IDDT) ohessa työryhmäpohjaisen tehostetun	Niiden potilaiden keskuudessa, joilla oli sekä vakava mielenterveyshäiriödiagnoosi että samanaikainen päihdehäiriö, tulosten perusteella voitiin todeta sairaalahoidon,	Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä

<p><i>Psychology</i>. 37 (6), 781–788. Julkaisumaa: Yhdysvallat</p>		<p>avohoidon (ACT) sekä tuetun asumisen palveluita.</p> <p>Osallistujien sitoutuneisuutta projektiin mitattiin kuuden kuukauden välein kahden arvioijan toimesta, yli kahden vuoden ajan.</p>	<p>kodittomuuden sekä vangitsemisen vähentyneen, lisäksi työllistymisessä sekä päihdehoidon loppuun saattamisessa tapahtui edistystä.</p> <p>12 potilaan kohdalla siirtymä sairaalasta itseenäiseen asumiseen onnistui menestyksekkäästi</p>	
<p>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. <i>BMC Psychiatry</i>. 14 (67). Julkaisumaa: Norja</p>	<p>Kaksoisdiagnoosipotilaat, joilla ahdistuneisuushäiriön tai masennuksen lisäksi persoonallisuushäiriö, sekä alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttö tai riippuvuus</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe Integroidun hoitomallin (N= 55) ja tavallisen hoitomallin (N= 21) vaikuttavuuden eroja verrattiin psykiatrisilla avohoitopotilailla.</p> <p>Viisi poliklinikkaa tarjosi integroitua, ja neljä poliklinikkaa tavallista hoitoa. Integroitua hoitomallia toteuttava henkilökunta sai 35 tuntia koulutusta muun muassa motivoivasta haastattelusta, kognitiivis-behavioraalista menetelmästä, läheisten osallistamisesta hoitoon sekä lääkehoitosta.</p>	<p>Tarkoituksena oli verrata integroidun hoitomallin ja perinteisen hoitomallin vaikutavuuden eroja mielenterveystoimiston asiakkailla. Tutkimukseen hyväksytyt asiakkaat sairastivat ahdistuneisuushäiriötä tai masennusta, lisäksi osalla oli myös persoonallisuushäiriödiagnoosi. Näihin yhdistyi lisäksi joko alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttö tai riippuvuus</p> <p>Vaikka psykiatrisissa oireissa ei huomattuakaan muutosta, kummankin ryhmän jäsenet vähensivät alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä tutkimuksen aikana. Verrattuna perinteisesti hoidettuun ryhmään, integroidusti hoidetun ryhmän motivaatio päihdehoitoa kohtaan oli vuoden päästä kasvanut huomattavasti.</p> <p>Integroitu hoitomalli on tehokas motivoimaan päihdeongelmaisia ahdistuneisuushäiriö- ja/ tai masennuspotilaita hoitoon poliklinikoilla.</p>	<p>Millaisia tuloksia integroidun hoitomallin käytöstä on saatu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä</p>

<p>Yule, A.M. & Kelly, J.F. 2019. Integrating treatment for co-occurring Mental health conditions. <i>Alcohol Reseach: Current Reviews</i>. 40 (1), 61–73. Julkaisumaa: Yhdysvallat</p>	<p>Hoidon integraatio kaksoisdiagnoosipotilailla, jotka kärsivät samanaikaisesta alkoholi- ja mielen-terveyshäiriöstä.</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Riippumatta siitä, miten hoito on järjestetty, behavioraalinen terapia, lääkehoito ja toipumisen tukeminen potilaan yhteisössä pitäisi ottaa huomioon potilaan pitäisi ottaa huomioon potilaan hoitosuunnitelmassa hoidettaessa mielen-terveys- ja päihdehäiriöisiä kaksoisdiagnoosipotilaita.</p> <p>Yksilöidyssä hoitosuunnitelmassa pitäisi huomioida potilaan sairauksien vaikeusaste sekä hänen mieltymyksensä hoitoaan koskien.</p> <p>Vaikka näin ei tyypillisesti tehdäkään, potilaan omat voimavarat tilansa vakaannuttamisen ja toipumisensa suhteen olisi arvioitava ja nämä tulisi myös sisällyttää mukaan hoitosuunnitelmaan.</p>	<p>Kuinka integroitua hoitomallia käytetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä.</p>
---	--	-------------------------	---	---