



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Hoito päihdekllinikalla

---

Nikkilä, Sini

Toivonen, Tiina-Maija

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Hoito päihdekllinikalla

Nikkilä Sini  
Toivonen Tiina-Maija  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2013

Nikkilä, Sini ja Toivonen, Tiina-Maija

Hoito päihdekllinikalla

Vuosi 2013 Sivumäärä 70

---

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään päihdekliniikan työntekijöiden kanssa. Opinnäytetyö oli toiminnallinen, jonka tarkoituksena oli kehittää erään päihdekliniikan hoitoprosessia, jotta hoito olisi strukturoitua ja tasalaatuista. Tavoitteena oli tuottaa hoitoprosessiin keskusteluhoidon sisältöön liittyvää materiaalia ja laatia kuntouttavaan laitoshoitoon ohjaamisen kriteerit.

Opinnäytetyö toteutettiin juurruttamisen menetelmällä. Tässä työssä hiljainen tieto saatiin kartoittamalla nykytilanne haastattelun keinoin. Tiedonkeruussa menetelminä olivat teema-haastattelu ja aineiston analysointi sisällönanalyysillä.

Uutta toimintatapaa on kuvattu työssä kahdella vuokaaviolla, jotka ovat tehty haastattelussa ilmitulleiden kehittämiskohteiden perusteella. Nämä auttavat havainnollistamaan opinnäytetyön tuloksia ja kaaviot ovat päihdekliniikan työntekijöille avuksi heidän työssään.

Toteuttamisosiossa haasteena koettiin kehittämiskohteiden puuttuminen. Päihdekliniikan toiminnan kehittäminen, joka oli tämän työn tarkoitus, jäi osittain täyttymättä. Kuntouttavan laitoshoidon kriteerien osalta nykyinen toimintamalli oli työntekijöiden mukaan riittävää.

Tuloksena keskusteluhoidon apuvälineiksi on kerätty erilaisia kyselylomakkeita, jotka mittavat päihteiden käytön ongelman syvyyttä ja laajuutta sekä psyykkisiä oireita. Kyselylomakkeet yhdenmukaistavat asiakkaiden hoitoa, antavat rungon keskusteluhoidolle sekä helpottavat asiakkaan hoidon edistymisen seuraamista. Kyselylomakkeet auttavat työntekijää hahmottamaan myös asiakkaan laitoshoidon tarvetta. Kuntouttavan laitoshoidon kriteereitä ei tässä työssä kyetty määrittelemään, koska päihdekliniikan työntekijät kokivat tämänhetkisen toimintamallin riittäväksi.

Päihdekliniikan työntekijät halusivat aluksi perehdytyskansion koko hoitoprosessista uusille työntekijöille ja ohjeeksi hoidon yhtenäistämiseksi. Työn alussa pohdittiin yhdessä henkilökunnan kanssa, että koko hoitoprosessin avaaminen on liian laaja kokonaisuus yhden opinnäytetyön täytettäväksi. Jatkotoimenpiteenä hoitoprosessien muiden vaiheiden avaamisesta tulisi monta uutta opinnäytetyöaihetta.

Asiasanat: päihdekuntoutus, keskusteluhoito, kuntouttava laitoshoido, avohoito, päihteet.

Nikkilä, Sini ja Toivonen, Tiina-Maija

Treatment in a rehabilitation clinic

Year	2013	Pages	70
------	------	-------	----

---

This study was conducted in co-operation with the staff members of a rehabilitation clinic. The study was functional. The aim was to develop the treatment process of the rehabilitation clinic so that the treatment would be structured and consistent. This was done by creating material for the conversational treatment and by formulating criteria for counseling in a rehabilitation institute.

The method used in the study was instillation. In this study the silent knowledge was gained by charting the current situation through interviews. The methods used in the data collection were semi-structured interviews and content analysis.

The new course of action is described in two flow charts. They were created based on the new targets of development that were suggested in the interviews. The flow charts help to illustrate the results of the study and will be further used by the rehabilitation clinic in their work.

The lack of targets of development was seen as a challenge as the study was executed. The staff members found the current operations model sufficient when it comes to the criteria of rehabilitative institutional care. Thus, the aim of the study, which was to develop the treatment process of the rehabilitation clinic, could not be fulfilled entirely.

Various questionnaires that measure psychiatric symptoms and the extent of the drug abuse were collected as a tool for the conversational treatment. The questionnaires standardize the treatment, bring a structure to the conversations and facilitate the monitoring of the progress of the treatment. The questionnaires also help the employee to estimate the client's need for institutional care. Criteria for rehabilitative institutional care could not be formulated in this study as the rehabilitation clinic staff found the current operations model satisfactory.

Upon request of the staff members material on the treatment process was created for the orientation of new employees and as a guideline to standardize the treatment. The treatment process as a whole was found to be too wide a topic for one thesis, and thus covering of specific stages of the treatment process will be left for future studies.

Key words: drug rehabilitation, conversational treatment, rehabilitative institutional care, treatment of outpatients, intoxicants.

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Kehittämistoiminnan ympäristö .....	8
3	Kehittävän toiminnan teoreettiset perustelut .....	10
3.1	Päihdekuntoutus .....	10
3.1.1	Hoitoprosessi .....	10
3.1.2	Kuntoutus .....	11
3.1.3	Keskusteluhoito .....	11
3.1.4	Mielenterveys- ja päihdehuoltolaki .....	13
3.1.5	Syrjäytyminen .....	14
3.2	Riippuvuus .....	15
3.3	Päihteet .....	16
3.3.1	Alkoholi .....	16
3.3.2	Huumeet .....	18
3.3.3	Lääkeriippuvuus .....	20
4	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	22
4.1	Juurruttaminen .....	22
4.2	Laadullinen tutkimus .....	23
4.3	Teemahaastattelu ja sisällönanalyysi .....	24
4.4	Eettiset- ja salassapitokysymykset .....	25
5	Kehittämistoiminnan toteutus .....	26
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta .....	26
5.1.1	Laitoshoidon kriteeristö .....	26
5.1.2	Keskusteluhoito .....	28
5.1.3	Kehityskohteen valinta .....	29
5.2	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta .....	30
5.3	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	31
6	Uusi toimintatapa .....	32
6.1	Toimintatavan kuvaus .....	32
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet .....	37
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	38
7.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi .....	38
7.2	Eettiset kysymykset kehittämistyössä .....	39
8	Lopuksi .....	40
	Lähteet .....	41
	Diagrammit .....	44
	Kuvat .....	44
	Kaaviot .....	44

Liitteet.....	44
---------------	----

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhdessä työyhteisön kanssa erään päihdekliniikan hoitoprosessia. Tavoitteena on ollut tuottaa hoitoprosessiin keskusteluhoidon sisältöön liittyvää materiaalia ja laatia kuntouttavaan laitoshoidon ohjaamisen kriteerit. Työn tarkoituksena on kehittää päihdekliniikan toimintaa, jotta asiakkaat saisivat strukturoitua ja tasa-laatuista hoitoa. Opinnäytetyö on toteutettu juurruttamisen menetelmällä.

Opinnäytetyön aiheena ovat hoitoprosessikuvaukset päihdekliniikalla. Prosessikuvauksessa kuvataan hoito päihdekliniikalla asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta klinikalle aina hoidon päättymiseen saakka. Tässä opinnäytetyössä on keskitytty tarkemmin keskusteluhoitoon ja kuntouttavan laitoshoidon tarpeen kriteereihin.

Opinnäytetyön alussa vuonna 2012 yhdessä päihdekliniikan kanssa määriteltiin hoitoprosessi-kaaviosta kaksi kehitystä tarvitsevaa kohdetta, jotka olivat kuntouttavan laitoshoidon kriteerit ja keskusteluhoito. Päihdekliniikan haastattelun tarkoituksena oli kartoittaa toiminnan nykytilanne näiden kahden kohteen osalta ja haastattelun perusteella löysimme muutamia tarkempia kehityskohteita, joita työssä lähdettiin kehittämään.

Opinnäytetyö on osa Pumppu-hankkeen PolkuPärjäin-osahanketta. Pumppu-hankkeen osatarkoitus on parantaa syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. (Meristö & Tuohimaa 2011). Tämän työn osalta hoitoprosessin kehittäminen auttaa asiakkaita hoitoon sitoutumisessa. Päihdekuntoutuksen onnistuminen ehkäisee syrjäytymistä. Ihmisen voidessa hyvin omasta hyvinvoinnista on helpompi huolehtia.

## 2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Opinnäytetyö kuuluu Pumppu-hankkeen PolkuPärjäin-osahankkeeseen. Hanke rahoitetaan Euroopan aluekehitysrahastosta. Hankkeen kesto on 1.5.2011- 28.2.2014. PolkuPärjäin-osahankkeen yhtenä tavoitteena on parantaa omasta terveydestä huolehtimisen valmiuksia syrjäytymisvaarassa olevien kohdalla. (Meristö & Tuohimaa 2011.)

Opinnäytetyön toteuttamisympäristönä on eräs päihdekliniikka. Yhteistyökumppaneina ovat päihdekliniikan moniammatillinen henkilökunta. Päihdekliniikka on osa erään eteläsuomalaisen kaupungin terveystalveta. Päihdekliniikka tarjoaa palveluita yksilö-, perhe- ja ryhmäkeskustelujen muodossa. Ammattihenkilöille on mahdollista järjestää myös konsultaatiota ja koulutusta päihteisiin liittyvissä asioissa. Avokatkaisuhoito päihdekliniikalla keskittyy vieroitusoireiden hoitoon ja juomiskiirteen katkaisemiseen. Päihdekuntoutujilla on mahdollisuus avohoidon puolella asumispalveluihin, jolla tarkoitetaan päihteetöntä tukiasumista. Päihdekliniikalla arvioidaan myös mahdollinen laitoshoidontarve. (Päihdekliniikka 2011.) Toiminta päihdekliniikalla perustuu luottamuksellisuuteen, vapaaehtoisuuteen ja maksuttomuuteen. Muita toiminnan arvoja ovat rohkeus, oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus, vuorovaikutteisuus ja yhteisöllisyys. (Perusturvakeskus 2012.) Henkilöstöön kuuluvat palvelupäällikkö, kaksi sairaanhoitajaa, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja, kaksi toimistosihiteeriä ja lääkäripalvelu, joka toteutetaan ostopalveluna 8 tuntia viikossa. (Päihdekliniikka 2011.)

Vuonna 2011 päihdekliniikalla (Diagrammi 1) oli varsinaisia asiakkaita 428 sekä muita asiakkaita 20. Asiakkaista naisia oli 123 ja miehiä 325. Uusia asiakkaita vuonna 2011 hoitoon tuli 149, entisiä asiakkaita oli 299. Koko vuonna asiakaskäyntejä oli 3873. Ikäjakaumaltaan suurin asiakasmäärä oli 30 - 49-vuotiaat ja heitä oli 190. Vuonna 2011 50 - 59-vuotiaita asiakkaita oli yhteensä 101. Alaikäisiä asiakkaita oli 18, joista alle 15-vuotiaita oli 4. Yli 60-vuotiaita asiakkaita oli 60. (Päihdekliniikalla käynnit vuonna 2011.)





Diagrammi 1: Päihdeklinikan asiakkaiden ikäjakauma vuonna 2011 (Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011)

Asiakkaita työssä olevia oli 189, opiskelijoita 34 ja eläkeläisiä 84. Työttömiä asiakkaita vuonna 2011 oli 103 (Diagrammi 2). Ajokorttiseurannassa asiakkaita oli 36, lastensuojelun ohjaamina 17, työpaikalta ohjattuina 20 ja kriminaalihuollosta ohjattuina 3 asiakasta. Asiakkaita vuonna 2011 naimisissa oli 116, eronneita oli 102, leskiä 9 sekä naimattomia oli 164. (Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011.)



Diagrammi 2: Päihdeklinikan asiakkaat vuonna 2011 (Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011)

### 3 Kehittävän toiminnan teoreettiset perustelut

#### 3.1 Päihdekuntoutus

##### 3.1.1 Hoitoprosessi

Hoitoprosessilla tarkoitetaan asiakkaan hoidon kulkua sairaalaan tai muuhun laitokseen saapumisesta kotiutumiseen ja jatkohoitoon asti. Siihen kuuluu hoidon tavoitteiden laatiminen sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Lopuksi hoitoprosessista voidaan vielä kirjoittaa lyhyt yhteenveto. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyön tavoitteita laatiessa tulee tietää, millaista muutosta asiakas odottaa tilanteelleen ja voinnilleen tapahtuvan. Esitiedot ja tulohaastattelu ovat tavoitteiden ja suunnitelman laatimisessa tärkeässä asemassa. Tällöin hoidosta tulee yksilöllistä ja se perustuu asiakkaan tarpeisiin. Tavoitteita laadittaessa on myös hyvä pohtia, kuinka arviointi toteutetaan ja milloin se voidaan toteuttaa eli kuinka kauan hoito kestää. Hoitotyön suunnitteluvaiheessa asiakkaan omaisten on hyvä olla läsnä, koska se motivoi ja sitoo asiakasta toimimaan suunnitelman mukaisesti. (Ahonen ym. 2007.)

Hoitoprosessi etenee suunnitellusti, kun koko hoitohenkilökunta sekä moniammatillinen ympäristö toimii suunnitelman mukaisesti. Huolellisesti laaditun suunnitelman avulla kaikki tietävät oman tehtävänsä, vastuunsa ja aikataulunsa sekä sen, miten oma työ vaikuttaa koko hoitoprosessin etenemiseen. Turhilta ja päällekkäisiltä toiminnoilta vältytään, kun suunnitelmat ovat kaikkien luettavissa. (Ahonen ym. 2007.)

Hoitoprosessin edetessä asiakkaasta kerätään tietoja ja ne analysoidaan. Se auttaa hoitotyöntekijöitä keskittymään vain asiakkaan oleellisiin tarpeisiin. Sairaanhoidajan tehtävänä on toimia asiakkaan edustajana ja arvioida ja kirjata asiakkaan kannalta keskeiset asiat kokonaisuusiksi. Hänen vastuullaan on se, että kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat henkilöt ovat selvillä asiakkaan senhetkisestä tilasta, jotta hoitoprosessi etenee suunnitellusti ja täyttää tavoitteet. (Ahonen ym. 2007.)

Viimeisenä osana hoitoprosessissa on hoidon arviointi. Arvioinnissa ammattihenkilö pohtii, onko tavoitteet saavutettu ja millainen muutos asiakkaan tilassa hoidon aikana on tapahtunut. Ammattihenkilön tulee myös arvioida, miten asiakas on kokenut hoidon ja onko tarpeet, tavoitteet ja suunnitelmat muuttuneet hoidon aikana. (Ahonen ym. 2007.)

Hoitoprosessista voidaan kirjoittaa lyhyt yhteenveto, joka tehdään, kun asiakas kotiutuu tai siirtyy toiseen yksikköön. Yhteenvedossa tarkoituksena on verrata asiakkaan tulotilannetta

kotiutustilanteeseen. Siinä kootaan myös hoitojakson aikana suoritettut olennaiset tapahtumat. Yhteenvedon avulla olisi tarkoitus seuraavassa hoitopaikassa päästä helposti hoidon alkuun. Se siis antaa kattavan tiedon hoidon kulusta ja asiakkaan nykyisestä voinnista. (Ahonen ym. 2007.)

### 3.1.2 Kuntoutus

Kuntoutuminen voidaan määritellä muutosprosessiksi, joka tapahtuu joko ihmiselle tai ihmiselle ja ympäristölle. Kuntoutuksessa tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn edistäminen sekä auttaa asiakasta itsenäiseen selviytymiseen. Sen tavoitteena on myös edistää työllisyyttä ja hyvinvointia. Se on pitkäjänteistä toimintaa, suunnitelmallista sekä monialaista. Kuntoutuksen päämääränä on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Raja kuntoutuksen ja hoidon välillä ei ole aina selvä. Kuntoutus eroaa hoidosta menetelmiensä ja monialaisuutensa vuoksi. Ydinkysymyksiä kuntoutuksessa on kuntoutujan oma osallisuus prosessiin ja vaikuttaminen ympäristöön. Kuntoutukseen liitetään yhä useammin psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a.)

Kuntien tehtävä on tarjota päihdehuollon palveluita tarpeen mukaan, kun taas sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii niiden toimivuudesta. Palveluja on tarjolla yleisinä palveluina sosiaali- ja terveydenhuollon toimesta, erityispalveluina päihdehuollon toimesta sekä tarvittaessa erityistason sairaanhoitona. Päihdehuollon palvelumuodot ovat erilaisia käyttäjän tarpeen mukaan. Avohoito on kokonaisvaltaista ja yleensä ensisijainen hoitomuoto. Se tarjoaa kuntoutusta, eri terapiamuotoja, katkaisuhoidon ja apua arkeen liittyvissä asumis- ja toimeentulokysymyksissä. Katkaisuhoidon tavoite on keskeyttää päihteidenkäyttö ja hoitaa vieroitusoireita. Henkilö, jolle avohoidon palvelut eivät sovellu tai eivät ole riittäviä, laituskuntoutus on yksi vaihtoehto. Päinvastoin kuin avohoidossa, laituskuntoutukseen tarvitaan yleensä lääkärin lähetä. Tuki- ja asumispalvelut edistävät kuntoutumista ja ne perustuvat vapaaehtoisuuteen. Tuki- ja asumispalvelun muotoja ovat päiväkeskukset, palvelutalot ja hoito- ja huoltokodit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.)

### 3.1.3 Keskusteluhoito

Keskusteluhoidossa on aina ammatillinen suhde. Siinä asiakkaalla pitää olla mahdollisuus puhua itsestään ja elämästään sekä kokemuksistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Keskusteluhoito on aktiivista työtä ja sen tavoitteena on aina asiakkaan terveyden edistäminen sekä hyvinvoinnin lisääminen. Keskusteluhoidolla tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitteellista ja tietoista tapaa käyttää vuorovaikutusta asiakkaan hoitamisessa. Keskusteluhoidosta on käytetty myös käsitteitä yhteistyö ja yhteistyösuhde. Potilas sitoutuu keskusteluhoitoon siihen saak-

ka, kunnes asteittain tulee toimeen ilman sitä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski. 2001, 11-12, 23-24.)

Keskusteluhoito on määräaikainen suhde. Tämän takia heti alussa tulee luoda yhteiset pelisäännöt. Asiakkaan ja hoitajan tulee yhdessä sopia yhteistyön aika, paikka, kesto ja tapaamisten tiheys. Tavoitteet ja päämäärä tulee sopia heti alussa. Keskusteluhoito voi olla vain muutamien tapaamisten mittainen tai se voi kestää muutamia vuosia. Keskusteluhoito on kuitenkin aina prosessi. (Mäkelä ym. 2001, 34.)

Keskusteluhoito voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Vaiheita ovat tutustumisvaihe, samaistumisvaihe, hyväksikäyttövaihe ja päätösvaihe. Tutustumisvaiheessa asiakas on kokenut hoitotyön tarpeen ja on kääntynyt ammattiauttajan puoleen. Tässä vaiheessa asiakas ja hoitaja tutustuvat toisiinsa, jotta luotettava keskustelusuhde voidaan muodostaa. Samaistumisvaihe ja hyväksikäyttövaihe ovat työskentelyvaiheita. Samaistumisvaiheessa asiakas samaistuu hoitajaan. Hyväksikäyttövaiheessa asiakas käyttää hyväkseen keskustelusuhdetta, jotta tämä vois eheytyä ja parantua. Päätösvaiheessa keskusteluhoito päätetään. Keskusteluhoito päätetään silloin, kun molemmat ovat sitä mieltä, että asiakas pärjää ilman sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön apua ja hoitoa. (Mäkelä ym. 2001, 34-36.)

Hoitotyössä asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu vuorovaikutussuhteeseen, joka on tasavertainen ja vastavuoroinen. Vuorovaikutus tapahtuu asiakkaan ja hoitajan välillä. Vuorovaikutuksellisessa hoitotyössä asiakkaalla on mahdollisuus kasvuprosessiin. Vuorovaikutuksessa vaihdetaan ajatuksia ja tunteita. Vuorovaikutusta voi tapahtua myös erilaisissa käyttäytymistavoissa. Kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin. Sen tehtävänä on saada aikaan ammatillinen suhde hoitajan ja asiakkaan välille ja ylläpitää vuorovaikutusta näiden kahden ihmisen välillä. Kommunikaatioita on kahdenlaista, sanallista ja sanatonta. Sanallinen kommunikaatio on vain pieniosa kommunikaatiosta. Sanaton kommunikaation, ilmeet, eleet ja äänenpaino, ilmaisevat usein enemmän kuin sanallinen kommunikaatio. (Mäkelä ym. 2001, 11- 21.)

Auttavassa vuorovaikutussuhteessa asiakas voi käyttää hoitajaa apuna kasvussa, muutoksessa ja kehittämisessä. Hoitajan tunteet ovat aitoja ja todellisia auttavassa vuorovaikutussuhteessa ja siinä asiakas hyväksytään sellaisena kuin on, arvoineen ja oikeuksineen. Hoitajan tulee näyttää sanoin ja käytöksellä omia tunteitaan ja asenteitaan. Tärkeää on näyttää kiintymyksen ja hyväksymisen tunteet, tällöin asiakas saa mahdollisimman suuren hyödyn keskusteluhoidosta. Hoitajalla tulee olla taito kuunnella sekä taito hyväksyä erilaisuutta ja kritiikkiä, se on avoimuutta. Keskusteluhoidossa avoimuus vaatii hoitajalta paljon rohkeutta, sillä se tekee sekä hoitajasta että asiakkaasta haavoittuvaisia. Auttavasta vuorovaikutussuhteesta tulee aito, kun asiakas haluaa kokemuksia ja ymmärrystä elämänsä asioihin. Asiakkaalla tulee myös olla halua tulla ehyemmäksi sekä selviytyä elämänsä vaikeuksista. (Mäkelä ym. 2001, 14-15.)

Kun vuorovaikutussuhteessa on hyväksyntää, asiakas voi kokea keskusteluhoidossa turvallisuutta ja lämpöä sekä sen, että hänet hyväksytään sellaisena kuin on. Hyväksynnästä ei kuitenkaan ole hyötyä, jos se ei johda siihen, että hoitaja ymmärtää asiakasta. Hoitajan tulee ymmärtää asiakkaan tunteet sellaisena, kun hän ne itse kokee. Tällöin asiakas voi keskusteluhoidossa liikkua tietoisella ja tiedostamattomalla tasolla sitä mukaan kuin hän itse uskaltaa lähestyä asiaa ja omaa itseään. Tärkeää on, että hoitaja ei pyri moralisoimaan asiakasta, se vain pahentaa asiakkaan tilannetta. Kun keskusteluhoito on tyydyttävää, asiakas alkaa ymmärtää elämänsä tuskaa ja tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä. (Mäkelä ym. 2001, 15-16.)

Keskusteluhoidossa yhteistyön tärkein edellytys on luottamus ja se alkaa kehittyä heti keskusteluhoidon alussa. Luottamuksen ja yhteistyön kehittyminen keskusteluhoidossa edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. Asiakkaan tulee kokea keskusteluhoidossa hyväksymistä ja ymmärrystä, heikkouksiensa vastaanottamista ja pelkojen lievittymistä, jotta tämä voi turvautua hoitajaan. Kun asiakas luottaa tarpeeksi hoitajaansa, tämä voi alkaa kasvaa kohti suurempaa eheyttä. (Mäkelä ym. 2001, 19.)

Keskusteluhoidossa keskeisenä asiana ovat asiakkaan tunteet. Hoitajan tulee tunnistaa asiakkaan tunteita, kuten vihaa, katkeruutta, toivottomuutta ja ahdistuneisuutta. Asiakkaan tunteisiin on reagoitava, jotta hoitaja voi vaikuttaa potilaan kokemuksiin. Asiakkaiden voi olla vaikea tunnistaa itse omia tunteitaan ja tämän takia he tarvitsevat apua huomaamisessa, tunnistamisessa ja nimeämisessä. Hoitajan tulee keskusteluhoidossa opettaa asiakkaalle, miten erilaisten tunteiden kanssa tullaan toimeen. Kun tunteista puhutaan ja niitä työstetään, asiakas voi eheytyä. Hoitajan tehtävänä on luoda keskusteluhoitoon sellainen ilmapiiri, että asiakas uskaltaa puhua vaikeistakin asioista. (Mäkelä ym. 2001, 20 - 25.)

#### 3.1.4 Mielenterveys- ja päihdehuoltolaki

Mielenterveystyön tarkoituksena on edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua. Työllä pyritään myös ehkäisemään erilaisten mielenterveydenhäiriöiden ja mielisairauksien syntyä. Mielenterveystyön piiriin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka suunnataan mielenterveyshäiriötä sairastavalle henkilölle. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 1§.)

Mielenterveislain (2009/1066) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö vastaa yleensä mielenterveystyön suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta. Mielenterveyspalvelut tulee järjestää kunnissa mielenterveislain (2009/1066) mukaan osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. (Mielenterveyslaki 2009/1066.)

Periaatteena mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa on, että ne vastaavat kunnan tai kuntayhtymän tarpeita sekä sisällöltään että laajuudeltaan. Mielenterveyspalvelujen lähtökohdina ovat avopalvelut, jotka mahdollistavat ja tukevat asiakkaan hakeutumista hoitoon oma-toimisesti. (Mielenterveyslaki 2009/1066.)

Psykiatriseen hoitoon, joka on tahdosta riippumatonta, voidaan määrätä vain, jos henkilö täyttää tietyt kriteerit. Henkilön tulee olla mielisairas ja kyseisen sairauden takia hoidon puute pahentaisi mielisairautta tai vaarantaisi henkilön oman tai muiden henkilöiden turvallisuuden tai terveyden. Muut mielenterveyspalvelut pitää olla todettu riittämättömiksi tai soveltumattomiksi ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Päihdehuollon ensisijainen tavoite on ennaltaehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siitä aiheutuvia muita haittoja käyttäjälle itselleen sekä läheisille. (Päihdehuoltolaki 1986/41, 1§.) Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan kuntien on järjestettävä sekä laajuudeltaan että sisällöltään kunnan tarvetta vastaavia päihdepalveluja. Päihdehuollon palveluja tulee olla tarjolla sekä terveydenhuollon peruspalveluina että päihdehuollon erityispalveluina. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

Keskeisiä periaatteita päihdehuollossa on päihdehuoltolain (1986/41) mukaan, että tarjolla oleviin palveluihin on mahdollista hakeutua omasta aloitteesta. Palveluiden olisi tuettava asiakkaan itsenäistä suoriutumista, joka puhuu avohoidon puolesta. (Päihdehuoltolaki 1986/41.) Järjestettäessä päihdepalveluita tulee muistaa, että palvelut suunnataan ensisijaisesti päihdeongelmaiselle, unohtamatta kuitenkaan perheen ja läheisten avun ja tuen tarvetta. Päihdehuoltolaissa korostetaan asiakkaan omaa osallistumista hoitoon ja päätöksentekoon. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

Huomioitavaa on myös (Mielenterveyslaki 1990/1116) henkilön tahdosta riippumaton hoitoon määrääminen lääkärinlausunnolla enintään viideksi vuorokaudeksi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen edellyttää, että vapaaehtoisuuteen perustuva hoito ei ole enää mahdollista tai riittävää. Toiseksi päihteidenkäyttäjä on aiheuttamassa itselleen välittömään hengenvaaran, terveysvaaran tai väkivaltaisuuksellaan vaarantaa muiden terveyden tai turvallisuuden. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

### 3.1.5 Syrjäytyminen

Syrjäytyminen käsitteenä luo lähes aina negatiivisen mielikuvan. Syrjäytyminen ei kohdistu pelkästään yksilöihin vaan myös ryhmiin. Ryhmän kohdalla syrjäytymisessä kyse voi olla sukupuolesta, uskonnollisesta vakaumuksesta tai etnisestä taustasta. Syrjäytymisellä tarkoitetaan

sivuun joutumista toimeentulosta ja sitä kautta kulutukseen sekä yhteisölliseen toimintaan. Työttömyys ja yhteisöllisestä toiminnasta ulkopuolelle jääminen altistaa sosiaalisten suhteiden heikentymiselle ja vaikuttamisen mahdollisuuksiin omassa elämässä. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 11-13.)

Yhteiskunnasta sivuun joutuminen voi olla tapahtumaketju tai prosessi, joka etenee rauhallisesti tai joukko nopeita tapahtumia, jotka aiheuttavat myöhemmin syrjäytymisen. Pitkään jatkunut heikko tai huono asema yhteiskunnassa vakiintuessaan olotilaksi saa aikaan syrjäytyneen aseman. Syrjäytyminen on siirtymistä tilasta toiseen, vastakkaisiin olotiloihin, esimerkiksi työkykyisestä työkyvyttömäksi. Syrjäytymisprosessin alussa voidaan usein tunnistaa riski- ja vaaratilanteita, jotka edeltävät syrjäytymistä, esimerkiksi nuori jää koulutuksen ulkopuolelle tai ihminen kärsii jostakin riippuvuudesta. Syrjäytymisprosessin lopputuloksena on usein syrjäytyneen asema. (Laine ym. 2010, 11-13.)

Yhteiskunnassa työ nähdään yhtenä parhaimmista keinoista ehkäistä syrjäytymistä ja köyhyyttä. Työttömyyttä ennaltaehkäistään monin eri tavoin, koska se on yhteydessä monenlaisiin ongelmiin yksilön hyvinvoinnissa. Pitkittyneen työttömyyden tiedetään aiheuttavan muita ongelmia. Yhteiskunnassa korostetaan ryhtymistä toimenpiteisiin, joilla parannetaan ammatillista osaamista, työkyvyn ylläpitämistä, sairaudesta ja tai työttömyydestä johtuvien poissaolojen vähenemiseen ja työiän nostamiseen. (Maunu & Simonen 2010, 85-95.)

### 3.2 Riippuvuus

Riippuvuuden muodostuminen on monen eri tekijän lopputulos. Se on yksilöllistä ja sen edellytyksenä on, että riippuvuutta aiheuttava toiminta tai aine tuottaa psyykkistä ja fyysistä mielihyvää. Mitä nopeampaa mielihyvän kokemuksen saaminen on, sitä nopeammin riippuvuus muodostuu. Riippuvuudelle on ominaista toistuva ja pakottava tarve käyttää tai toteuttaa mielihyvää aiheuttavaa ainetta tai toimintaa. (Koski-Jännes 2009.)

Altistavia tekijöitä ovat lapsuuden ja nuoruuden kokemukset oppimisen osalta, perinnölliset tekijät ja aikuisiällä riippuvuutta laukaisevana tekijänä voidaan pitää myös erilaisia elämänsä kriisejä. Mielihyvän kääntöpuolena riippuvuudesta kärsivällä henkilöllä on usein syyllisyyttä, häpeää ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa. Päihdyttävät aineet vaikuttavat itsehallintaan aiheuttaen negatiivisia tunteita, joiden takia riippuvainen henkilö päätyy usein kieltämään kasvavan ongelman sekä itseltään että muilta. (Koski-Jännes 2009.)

Riippuvuus voi olla sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä tai näitä kaikkia yhdessä. Sen muodostumiseen kuuluu aivojen hermostollisia muutoksia ja neurokemiallisia sekä fysiologisia muutoksia. Riippuvuudella tavoitellaan kokemusta, jonka tavoite on yksilöllinen. Esimerkkejä tavoit-

teista ovat stressin lievittäminen, surun unohtaminen ja todellisuuden pakeneminen. (Koski-Jännes 2009.)

Päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat voivat olla seurausta toisistaan tai aiheuttaa toinen toisiaan. Niiden taustalla saattaa olla yhteisiä laukaisevia tai altistavia tekijöitä. Moniammatillinen yhteistyö päihdekuntoutuksessa on tärkeää. Päihdehuollon ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistoiminta voi helpottaa päihdekuntoutujan toipumista. Riippuvaisen ihmisen saapuessa päihdehuollon piiriin asiakkaan ongelman alkukartoitukseen sopivat myös erilaiset riippuvuuden tasoa mittaavat testit, joita on esim. huumeidenkäyttötesti DAST (Liite 5). Mielenterveysongelmien liittyessä kiinteästi päihdeongelmiin masennuskysely BDI (Liite1) on myös toimiva työkalu alkutilanteen ja psykiatrisen sairaanhoidon tarpeen kartoittamiseen. (Aho, Salaspuro & Savolainen 2006.)

### 3.3 Päihteet

#### 3.3.1 Alkoholi

Maailman eniten käytetty päihde on alkoholi. Se luokitellaan lamaavaksi päihdeeksi, koska sillä ei ole aivoissa tiettyä vaikutuskohtaa. Alkoholi vaikuttaa laajasti koko hermojärjestelmään, erityisesti keskushermostoon. (Päihdelinkki 2011a.)

Humalalla tarkoitetaan alkoholin vaikutusta käyttäytymiseen, suorituskyykyyn ja mielentilaan. Veren alkoholipitoisuus vaikuttaa humalan ilmenemiseen. Nautitun alkoholin määrä on suoraan suhteessa nautitun humalatilasta asteeseen. Humalatilasta vaikuttavia tekijöitä ovat myös alkoholin imeytyminen elimistöön ja edeltävä käyttökokemus. (Ahlström, Kii-  
nmaa, Seppälä & Salaspuro 2003, 120-122.)

Suurin osa aikuisista käyttää alkoholia kohtuullisesti. Suomalaisten yksi vakavimmista terveysuhista on kuitenkin alkoholin käyttö. Se lisää yleistä sairastavuutta ja pahentaa monien jo olemassa olevien sairauksien oireilua. Alkoholista johtuvat terveysongelmat ovat suoraan verrannollisia kulutuksen määrään. Kulutuksen määrä on yhä kasvussa, jolloin alkoholiin liittyvät sairaudet ja kuolemat lisääntyvät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a.) Alkoholista johtuva myrkytys tai sairaus on työikäisten yleisin kuolemaan johtava syy 15 - 64-vuotiaiden keskuudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b).

Vuonna 2007 sataprosenttista alkoholia yhtä henkeä kohti kulutettiin 10,5 litraa. Kokonaiskulutus oli vuonna 2006 sataprosenttisena alkoholina noin 55 miljoonaa litraa ja alkoholikäyttö aiheutti samana vuonna yhteiskunnalle kuluja 675-908 miljoonan euron edestä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b.)



Maailmanlaajuisesti alkoholin käytöstä ja siitä johtuvista sairauksista, kuten syövästä, sydän- ja verisuonisairauksista sekä maksakirroosista, seuranneita kuolemia on 4 % kaikista maailman kuolemista. Koko maailman miesten kuolemista 6,2 % liittyy alkoholiin. Naisilla vastaava luku on 1,1 %. Alkoholista johtuen vuosittain kuolee 320 000 15-29 vuotiaista nuorta maailmanlaajuisesti. Harvalla valtiolla on käytössään tehokasta menettelytapaa, jonka avulla voitaisiin ehkäistä alkoholiin liittyviä kuolemia, tapaturmia ja sairauksia. Rajoitukset alkoholin myynnissä ja alkoholivaikutuksenalaisena ajamisessa ovat kiristyneet monessa valtiossa, kun muita ehkäisy menetelmiä ei ole ollut käytössä. Vuonna 2010 laadittiin maailmanlaajuinen strategia vähentää alkoholinkulutusta WHO:n jäsenmaiden kesken. Strategiaan kuuluu korottaa alkoholiverotuksia, rajoittaa alkoholin myyntiä vain muutamaiin kauppaketjuihin sekä nostaa alkoholin ostamiseen oikeuttavaa ikärajaa. (Garwood 2012.)

Alkoholin välittömiä haittavaikutuksia voivat olla mm. alkoholimyrkytys, pahoinvointi, kómpe-lyys, onnettomuusalttius, reagoitakyvyn heikentyminen ja muistin heikentyminen. Runsaan alkoholinkäytön pitkäaikaishaittoina on vakavia ajattelu- ja havaintotoimintojen häiriöitä, psykooseja, sydän- ja verenkiertosairauksia, ravitsemushäiriöitä, ääreishermosto- ja lihassairauksia, osteoporoosia ja paljon erityyppisiä syöpiä. Tunnetuimpia haittavaikutuksia alkoholisteilla on rasvamaksa, alkoholihepatiitti, maksakirroosi ja krooninen haimatulehdus. (Päihdelinkki 2011a.)

Alkoholinkulutuksen lisääntyminen on ollut suurinta naisten ja nuorten keskuudessa. Nuoret eivät aloita juomistaan sattumalta tai yksin. Juomatavan omaksuminen alkaa jo nuorena, koska he opettelevat ja seuraavat ympäristössään vallitsevia juomatapoja. Vanhempien juominen vaikuttaa siten myös nuoren ihanteisiin, tapoihin ja mahdollisiin ongelmiin alkoholin käytön osalta. (Maunu & Simonen 2010, 88.)

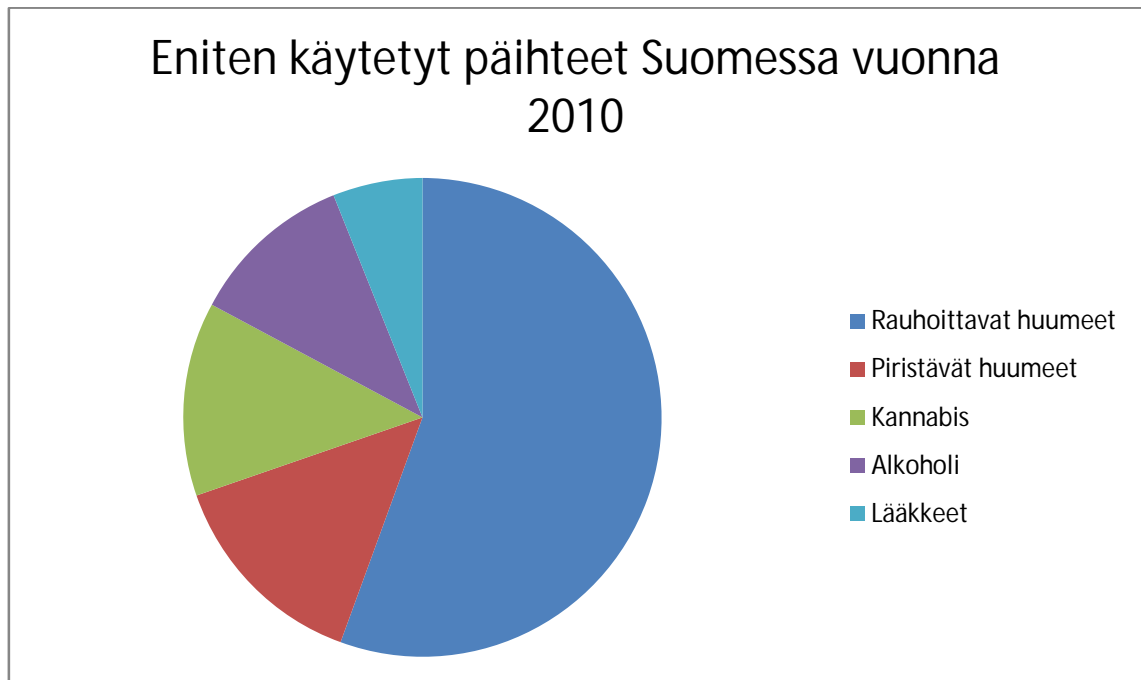
Alkoholiriippuvuus ja haitallinen alkoholinkäyttö ovat diagnostisia määritelmiä. Vuonna 2007 terveydenhuollon hoitajaksoista yli 26 700 tapauksessa alkoholisairaus oli päädiagnoosina. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009b.) Alkoholiriippuvuudessa henkilöllä esiintyy fyysisistä psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Käytännössä riippuvuuden merkkejä ovat voimakas ja pakonomainen alkoholinkäyttö, vaikeus lopettaa alkoholinkäyttö ja vieroitusoireet. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 56.)

Terveydenhuoltoon on juurtunut myös käsite alkoholin suurkulutuksesta. Suurkuluttajaksi määritellään henkilö, jonka alkoholinkäyttö on terveysriski. Suurkulutuksen riskirajat ovat kuitenkin vain suuntaa antavia, koska riippuvuuden muodostumiseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, terveydentila ja paino. Riippuvuuden muodostuminen on yksilöllistä. (Ahlström ym. 2003, 48.)

Terveydenhuollossa käytetään alkoholinkäytön arviointilomakkeita. Lomakkeet testaavat henkilön alkoholinkäyttöä erilaisin kysymyksin. AUDIT (Liite 2) eli Alcohol Use Disorders Identification Testi, jota käytetään kartoittamaan alkoholinkäytön riskejä. Toinen käytössä oleva testi on SADD (Liite 3) eli Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire, jolla selvitetään alkoholin riippuvuuden tasoa. Juomatapoja selvitetään juomatapatestissä (Liite 4). (Havio ym. 2008, 202-204.) Suurkulutus kehittyy vähitellen ja huomaamatta. Lisääntynyt sietokyky saa aikaan alkoholikulutuksen huomaamatonta nousemista, joka aiheuttaa fyysistä riippuvuutta. Suurkulutuksen riskirajat on suunnattu terveille aikuisille. Miehillä suurkulutuksen alarajana on 24 annosta ja naisilla 16 annosta viikossa. Kertakulutuksen yläraja miehillä on 7 annosta ja naisilla 5 annosta. Ylä- ja alarajojen erot miesten ja naisten välillä johtuvat ruumiinpainoista sekä ruumiinrakenteen koostumuksesta. (Havio ym. 2008, 56-58.)

### 3.3.2 Huumeet

Huumeiden käyttö Suomessa on yhteiskunnallisesti melko tuore ongelma. Useilla huumeiden käyttäjillä on myös monia muita sosiaalisia ja terveyteen liittyviä ongelmia sekä he ovat usein syrjäytyneitä. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (2010) mukaan eniten käytettyjä päihteitä (Diagrammi 3) oli opiaatit, eli rauhoittavat huumeet (55 %), piristävät huumeet (14 %), kannabis (13 %), alkoholi (11 %) ja lääkkeet (6 %). (Tanhua, Virtanen, Knuutti, Leppo & Kotovirta 2011, 57.) WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti huumeita käytti 3,5 - 5,7 % 15-64 vuotiaista ihmisistä. Ihmiset ovat käyttäneet päihteitä mielialan, ajatuksien sekä käyttäytymiseen vaikuttamiseen. Huumeet voivat vaikuttaa joko rauhoittavasti tai piristävästi. Ne voivat myös aiheuttaa hallusinaatioita. Huumeita käytetään joko hengittäen, pureskellen, polttaen, suonensisäisesti tai nuuskaten. Huumeita voidaan valmistaa luonnollisesti kasveista tai synteettisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b.)



Diagrammi 3: Eniten käytetyt päihteet Suomessa vuonna 2010 (Huumetilanne Suomessa 2011, 57)

Rauhoittavat huumeet lamauttavat keskushermostoa ja näin puhe, hengitys, refleksit ja muut elintoiminnot hidastuvat. Ne antavat myös hyvänolon tunteen ja rentouttavat. Rauhoittavat huumeet poistavat kipua ja ahdistusta. Ne johtavat helposti psyykkiseen ja fyysiseen riippuvuuteen. Niillä on myös erittäin voimakkaat vieroitusoireet. Yleinen kuolinsyy rauhoittavien huumeiden käyttäjillä on hengityksen pysähtyminen, kun elintoiminnot käyvät liian hitaiksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b.) Rauhoittaviin huumeisiin luokitellaan opiaatit, kuten heroini, morfiini ja synteettiset lääkevalmisteet, kuten metadoni, kodeiini, buprenorfiini sekä dekstropropoksifeeni. (Irti huumeista ry 2012a.)

Piristävät huumeet kiihdyttävät keskushermostoa. Niiden käytön suoria vaikutuksia ovat hyvänolon ja energisyyden tunne. Käyttäjä voi tuntea itsensä ylivertaiseksi ja voimakkaaksi. Tämä saattaa johtaa aggressiiviseen ja arvaamattomaan käytökseen. Piristävien huumeiden käyttäjillä myös harkintakyky yleensä heikkenee. Pitkäaikaiskäyttäjillä voi ilmetä amfetamiinipsykoosia, joka on skitsofreniaa muistuttava tila. Pahoinvointia, sydämen lyöntitiheyden nopeutumista, verenpaineen kohoamista sekä pupillien laajenemista voi ilmetä jo pienillä annoksilla. Piristäviksi huumeiksi luokitellaan mm. amfetamiini. Se vähentää ruokahalua, jonka seurauksena voi syntyä vajaaravitsemus ja vastustuskyvyn heikkeneminen. Kuolemansyyt, jotka johtuvat amfetamiinin käytöstä, ovat mm. aivoverenvuodot, sydänhalvaus sekä korkea kuume. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b.) Muita piristäviä huumeita on mm. ekstaasi, kokaiini ja khat (Irti huumeista ry 2012a).

Hallusinaatioita aiheuttavilla huumeilla haetaan usein vahvoja tunne-elämyksiä. Niillä on myös monenlaisia psyykkisiä vaikutuksia. Hallusinogeenien käyttäjät hakevat huumeilla myös aistinharjoja, jolloin he näkevät ja kuulevat asioita, joita ei todellisuudessa ole. Aistiharhat ja mielialat voivat käytön aikana muuttua dramaattisestikin. Hallusinogeenien käyttö voi aiheuttaa lisäksi harhaluuloja, pelkoa, masennusta, ahdistusta ja paniikkia. Fyysisiä vaikutuksia voi olla mm. verenpaineen kohoaminen, sydämen lyöntitiheyden nopeutuminen sekä pupillien laajeneminen. Tunnetuin hallusinogeeni on LSD. Ne aiheuttavat psyykkisiä ongelmia, mutta fyysistä riippuvuutta tai vieroitusoireita niiden ei tiedetä aiheuttavan. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009b.)

Kannabis on maailmalaajuisesti yleinen huume, joka voi vaikuttaa piristävästi, rauhoittavasti ja se voi aiheuttaa hallusinaatioita. WHO:n mukaan 129 - 190 miljoonaa ihmistä käyttää kannabista. Kannabista on marihuana, hasis ja kannabisöljy. Yleensä sitä poltetaan joko savukkeena tai piipussa. Kannabista on myös mahdollista lisätä ruokaan. Sen käytön vaikutukset vaihtelevat eri käyttäjillä. Se vaikuttaa keskushermostoon, joka aiheuttaa mielihyvän tunnetta, puheliaisuutta, iloisuutta sekä estojen katoamista. Kannabiksen käytön seurauksena on myös ajan, paikan, nopeuden ja etäisyyden arvioinnin heikentyminen. Sen vaikutuksesta koordinaatio- ja reaktiokyky huononee sekä lähimuisti voi huonontua. Käytön aikana voi ilmetä myös sekavuustiloja, aistinharjoja ja aistinkokemusten voimistumista. Kannabiksen käytön fyysisinä oireina on mm. pulssin kiihtyminen, silmien verestäminen, huimaus, yskä sekä silmien, suun ja nielun kuivuminen. (Irti huumeista ry 2012a.)

Kannabiksen pitkäaikaisella käytöllä on myös vaikutuksia. Kannabikseen kehittyy sietokyky, jolloin annokset suurenevät. Se aiheuttaa väsymystä, haluttomuutta, ahdistuneisuutta sekä masennusta. Muutoksia voi tulla myös persoonaan ja sosiaaliseen elämään. Pitkäaikaisessa käytössä voi myös ilmetä käytöshäiriöitä, oppimis- ja keskittymisvaikeuksia sekä erilaisia elimistön hormonihäiriöitä. Suun, nielun ja ruokatorven syöpäriski lisääntyy. Se voi aiheuttaa myös astmaa, keuhkoputken tulehduksen, skitsofrenian ja alkoholiriippuvuuden pahentumisen. Kannabiksen käyttö aiheuttaa yleensä psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Vieroitusoireina on levottomuus, ärtyneisyys, masentuneisuus, harhaisuus, ruokahaluttomuus, vapina, univaikeudet, vilunväreet, hikoilu sekä lihas-, vatsa- ja päänsärky. (Irti huumeista ry 2012a.)

### 3.3.3 Lääkeriippuvuus

Lääkeriippuvuus on kolmanneksi yleisin päihdemuoto. Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan lääkkeen tietoista käyttämistä päihtymystilan saavuttamiseksi tai sen muuttamiseksi. Päihderiippuvaiset usein käyttävät lääkkeitä yhdessä alkoholin tai huumeiden kanssa päihtymystilan muuttamiseen, välttääkseen vieroitusoireet eikä saavuttaakseen päihtymistilaa. Lääkkeiden väärinkäytössä lääkettä nautitaan muussa muodossa, kuin sen on alun perin tarkoitettu nau-

tittavan. Esimerkiksi nieltäväksi tarkoitettu lääkettä liuotetaan ja käytetään suonensisäisesti tai kielen alla sulava tabletti nuuskataan. (Irti huumeista ry 2012b.)

Yleisimpiä lääkkeitä, joita käytetään väärin, ovat rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet. Näistä esimerkkejä on mm. bentsodiatsepiinit ja barbituraatit. Bentsodiatsepiinien yleisimpiä kauppanimiä ovat Diapam, Valium, Medpam ja Stesolid. Keskushermostoon vaikuttavia opiaatteja käytetään myös väärin. Näitä ovat esimerkiksi Subutex, Temgesic, Abalgin ja Indalgin. Laihdutuslääkkeitä, jotka ovat amfetamiinin kaltaisia, käytetään myös väärin. Kodeiinia ja efedriiniä sisältävät yskänlääkkeet ovat myös yleisiä väärinkäytettyjä lääkkeitä. (Irti huumeista ry 2012b.)

Alkoholilla ja lääkkeillä on monia yhteisvaikutuksia, joista jotkut voivat olla hengenvaarallisiaakin. Alkoholien nauttiminen yhdessä lääkkeiden kanssa muuttaa lääkkeiden vaikutusta usein lisäämällä sitä. Toisaalta ne voivat myös heikentää lääkkeen terapeuttista tehoa. Mahan tyhjenemisenopeuteen vaikuttavat lääkkeet voivat joko nopeuttaa tai hidastaa alkoholin imeytymistä, joten se vaikuttaa veren alkoholipitoisuuteen. Alkoholien ja lääkkeiden yhteisvaikutus lisäävät myös lääkkeiden haittavaikutuksia, kuten maksavaurion mahdollisuutta. Alkoholien lisää keskushermostoa lamaavien lääkkeiden tehoa ja lisää rytmihäiriöalttiutta. Esimerkiksi opioidianalgeettien keskushermostolama lisääntyy alkoholin vaikutuksesta ja voi näin aiheuttaa hengityksen lamaantumista. (Ahlström ym. 2003, 213.)

Lääkeriippuvuuden välittömiä vaikutuksia on monia ja ne riippuvat käytettävistä lääkkeistä, kaikilla lääkkeillä ei ole samaa vaikutusta. Yleisiä oireita ovat jännityksen ja ahdistuksen lievittyminen, lihasten rentoutuminen sekä mielialan kohoaminen. Lääkeriippuvuuden pitkäaikaisia vaikutuksia ovat mm. tasapainohäiriöt, ahdistuneisuus, paniikkiherkkyys ja masennus. Pitkäaikaisella lääkeriippuvuudella voi olla vaikutusta myös muistiin ja keskittymiskykyyn. Sen oireita ovat myös erilaiset kivut, vatsavaivat ja impotenssi. Väärinkäyttö aiheuttaa myös voimakasta fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. Vieroitusoireet ovat yleensä vakavia ja pitkäkestoisia. Lääkeriippuvuus aiheuttaa myös sen, että huumeista tai alkoholista irti pääseminen on entistä vaikeampaa, jos lääkkeitä käytetään vieroitusoireiden lievittämiseen. Lääkeriippuvuus myös lisää tapaturma- sekä kuolemanriskiä. (Irti huumeista ry 2012b.)

## 4 Kehittämistoiminnan menetelmät

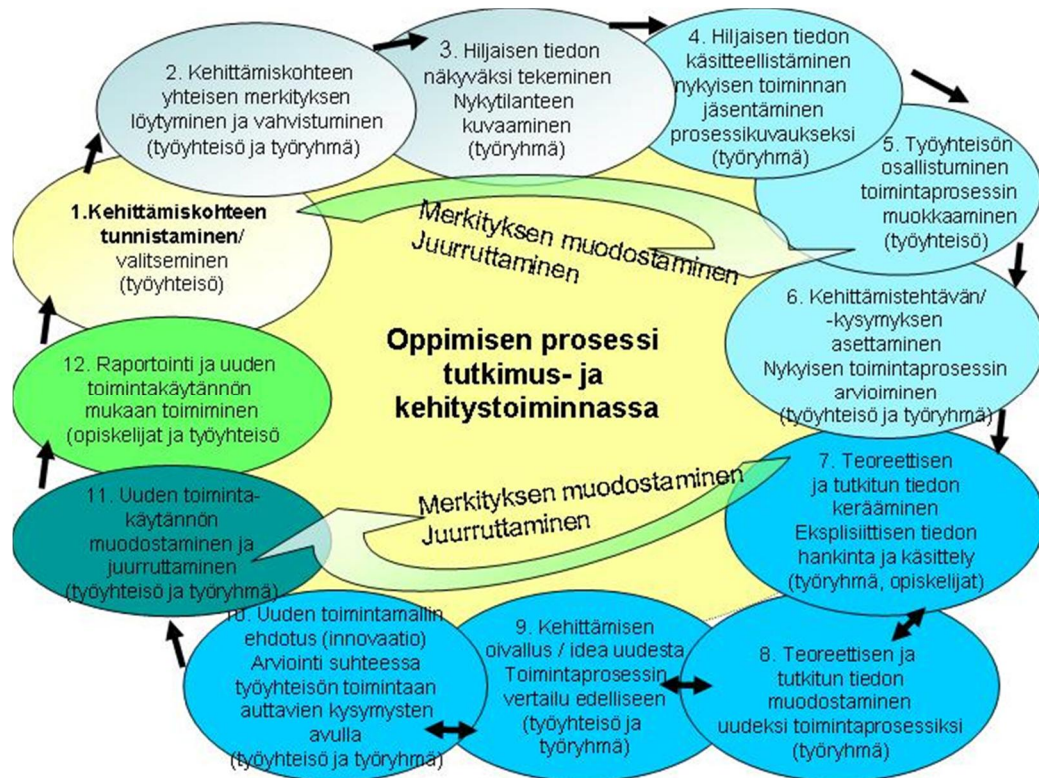
### 4.1 Juurruttaminen

Valitsimme opinnäytetyön menetelmäksi juurruttamisen menetelmän (Kuva 1). Juurruttaminen on oppimis- ja kehittämisprosessi, jossa käytetään paljon vuorovaikutusta (Kivisaari. 2001). Juurruttaminen on kehittämisen menetelmä, jonka avulla päästään tavoitteeseen, joka yleensä on työyhteisön kehittäminen. Työyhteisön kehittäminen tapahtuu tuottamalla uusia toimintamalleja. Niiden käyttöönotto toteutuu vaiheittain työryhmän ja työyhteisön yhteisen oppimisen kautta. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Tavoitteena juurruttamisella on uusi osaaminen, joka syntyy oppimisen tuloksena. Uutta tietoa syntyy, kun yhdistetään hiljaista ja eksplisiittistä tietoa. (Ahonen ym. 2007.) Eksplisiitti tieto saadaan kirjoista, manuaaleista ja tutkimuksista. Hiljainen tieto saadaan uskomuksista, ennakko-oletuksista ja esimerkeistä, jotka ovat yleisiä jossain tietyssä kulttuurissa. (Nonaka & Takeuchi 1995).

Juuruttamisessa on aina mukana työryhmä ja työyhteisö. Juurruttamisen menetelmä koostuu viidestä kierroksesta. Ensimmäisessä kierroksessa työyhteisö valitsee kehittämiskohteen, joka palvelee heidän kehittämistyötään. Seuraavaksi työryhmä ja työyhteisö yhdessä vahvistavat ja tarkentavat kehittämiskohdetta. Tämän jälkeen työryhmä kuvaa työyhteisön nykytilannetta. Tässä hiljainen tieto tehdään näkyväksi. Kun hiljainen tieto on saatu kerättyä, se käsitteellistetään, eli puretaan käsitekartaksi. Käsitekarttaa hiotaan vielä yhdessä työyhteisön kanssa. Työyhteisö ja -ryhmä arvioi nykytilanteen ja asettaa yhdessä kehittämistehtävän tai kehittämiskysymykset. Tämä on kokonaisuudessaan toinen kierros. (Ahonen ym. 2007.)

Näiden vaiheiden jälkeen tulee kolmas kierros, jossa hankitaan eksplisiittistä tietoa eli kerätään teoreettista ja tutkittua tietoa. Teoreettisesta ja tutkitusta tiedosta muodostetaan käsitekartta. Tämän jälkeen käsitekarttoja verrataan toisiinsa, josta saadaan uusia innovatiivisia ideoita. Seuraavaksi lähdetään ehdottamaan uusia toimintamalleja työyhteisölle, jonka jälkeen uusia toimintamalleja lähdetään käyttämään ja juurruttamaan työyhteisössä. Tämä on neljäs kierros. Lopulta vielä viidennessä kierroksessa työryhmä tekee prosessista raportin ja työyhteisö alkaa käyttää uusia toimintamalleja työssään. (Ahonen ym. 2007.)



Kuva 1: Juurruttamisen kehä (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2006)

#### 4.2 Laadullinen tutkimus

Valitsimme opinnäytetyön muodoksi laadullisen tutkimuksen, koska se vastaa parhaiten työmme päämäärää, joka on täydentää ja syventää päihdekliniikan jo olemassa olevia hoito-prosessikaavioita.

Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa monella erilaisella menetelmällä. Opinnäytetyömme menetelmä on toiminnallinen opinnäytetyö, koska tavoitteena on toteuttaa kohderyhmän eli päihdekliniikan idea prosessikaavioiden täydentämisen muodossa. Lopputuloksena tulisi olla apuvälineitä keskusteluhoitoon ammatilliseen käyttöön ja määritellä tarkemmin kuntouttavan laitoshoidon kriteerejä. (Airaksinen & Viikka 2003, 9.)

Tyypillistä laadulliselle eli kvalitatiiviselle tutkimukselle on selvä etenemispolun puuttuminen, vaikka toimitaankin tiettyjen sääntöjen puitteissa. Tämä tuo prosessiin ja työhön joustavuutta ja samalla myös epävarmuutta. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan induktiivisesta otteesta, jossa edetään yksityisestä asioiden tarkastelusta yleisiin merkityksiin. (Kananen 2010, 37.) Toiminnallisen opinnäytetyön teoriapohja voi koostua myös pelkästään keskeisten alan käsitteiden määrittelystä (Airaksinen & Viikka 2003, 43).

Kirjoittaminen on keskeinen osa laadullista tutkimusta. Tutkimusprosessissa aloitetaan empiirisistä havainnoista, joita ovat esim. haastattelut ja kirjalliset dokumentit. Tämän jälkeen edetään etsimään työn kannalta merkittäviä teemoja päätyen yleisempiin luokittelukategorioidiin, jonka takia laadullinen tutkimus edellyttää tutkimusaineiston hyvää tuntemusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 267.)

Kirjoittamisen tärkeyden kannalta tutkijan on hyvä merkitä huolellisesti ajatuksiaan, huomioidaan, omia tuntemuksiaan ja havaintoja tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimusta analysoitaessa, muistiinpanoilla on ennen kaikkea merkittävä rooli, mutta niitä voidaan käyttää myös suoraan osana tutkimusta. (Hirsjärvi ym. 2009, 267.) Päiväkirjat ja muistiinpanot sekä dokumentaatio nostavat tutkimuksen uskottavuutta (Kananen 2010, 69).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija tarkkailee omia havaintojaan, menetelmiään ja tulkintojaan. Tutkimuksen luotettavuuden huomioiminen tulee aloittaa jo prosessin suunnitelmavaiheessa. Aineiston keruun ja analyysin jälkeen luotettavuuden parantaminen ei onnistu, sillä jälkikäteen sitä on mahdoton korjata. Luotettavuus kuuluu prosessin jokaiseen vaiheeseen. Valittaessa tutkimuksen menetelmiä koskien tiedonkeruuta, analysointia tai tulkintaa, on kirjoitettava valinnan syistä ja sen perusteluista. Lähdekritiikki on tärkeä osa työn luotettavuuden rakentamista. Lähteitä tulee valita harkiten ja niihin tulee suhtautua kriittisesti. (Kananen 2010, 69-76.)

#### 4.3 Teemahaastattelu ja sisällönanalyysi

Teemahaastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruutavoista laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuskohdetta lähestytään eri teemojen eli aihealueiden kautta. Se voidaan toteuttaa erilaisilla tavoilla, joita ovat esim. yksilöhaastattelu tai ryhmähaastattelu. Yksilöhaastattelussa saadaan tarkempaa ja luotettavampaa tietoa kuin ryhmähaastattelussa. Ryhmähaastattelun tulokseen vaikuttaa ryhmän vaikutus. Haastattelijan tulee osata koota mielipiteet ja ajatukset, jolloin lopputuloksena on tiivistettyä tietoa. (Kananen 2010, 87-90.)

Luotettavan haastattelun muodostamiseksi on tärkeä valita haastateltavat, joita tutkittava ilmiö koskettaa. Joissakin tapauksissa haastateltavien määrittäminen voi olla äärimmäisen haastavaa. Valinnassa tulisi pyrkiä löytämään henkilöt, jotka tietävät asiasta eniten. Saturatiolla tarkoitetaan haastateltavien määrää, jota ei voi ennalta määrittellä. (Airaksinen & Vilka 2003, 40-63)

Haastattelun teemat tulee valita niin, että ne kattavat ilmiön mahdollisimman hyvin. Teemahaastattelun tarkoitus on edetä yksityisestä yleiseen. Teemahaastattelun alussa ei ole tarkoi-



tus mennä yksityiskohtiin, sillä se saattaa sulkea pois yleisiä ja tutkimuksen kannalta merkityksellisiä asioita. (Kananen 2010, 87-92.)

Sisällönanalyysi jaetaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. Tässä opinnäytetyössä käytetään menetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysia, johon aineisto saadaan teemahaastattelulla. Ennen analyysia nauhoitettu haastattelu puretaan kirjoittamalla se sanasta sanaan eli litteroimalla. Purettu haastattelu on sellaiseen valmis analysoitavaksi. Sisällönanalyysin tarkoitus on tuottaa käsiteluoituksia tai käsitelajitelmiä, jotka helpottavat tutkittavan ilmiön kuvailemista ja suhteiden selvittämistä sekä vertailua. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 45-60.)

Aineistoyksikön valinta on tärkeä, jotta ei rajaa ilmiötä liian pieniin tai liian suuriin aineistoyksiköihin, jolloin tutkittavan ilmiön analysointi vaikeutuu tai vääristyy. Yksiköitä voi olla sana, lause tai vaikka koko dokumentti. Yksiköitä vertaillaan ja yhdistetään tutkittavaan ilmiöön ja sen kautta koko analyysin ajan. (Hirsjärvi ym. 2009, 142-163.)

Teemojen valinta, jossa luokitellaan sanoja ja lauseita on myös tärkeä osa sisällönanalyysia. Tämän jälkeen aloitetaan aineiston ryhmittely, jossa samaa tarkoittavat asiat yhdistellään samoihin luokkiin. Luokkien tulee olla toisensa poissulkevia. Abstrahoinnilla pyritään yhdistelemään samaa tarkoittavat luokat, jonka lopputulos on yläluokka. Sisällönanalyysin tuloksena pyritään etsimään tutkittavan ilmiön tarkoituksia, seurauksia, yhteyksiä, jotka puolestaan helpottavat tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 45-60.)

#### 4.4 Eettiset- ja salassapitokysymykset

Perustuslain (1999/731) on suojattu oikeus yksityisyyteen ja se on myös tärkeä periaate opinnäytetyötä tehdessä. Yksityisyydensuojan periaate jaetaan kolmeen osaan, joita on tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaiheiden säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimusjulkaisut. Päihdekliniikan työntekijät haluavat pitää opinnäytetyön tulokset yksityisinä. Yksityisyyden lain (1999/731) mukaan henkilötietoja saa käsitellä tutkimuksessa tutkittavan suostumuksella. Tässä opinnäytetyössä yhteistyökumppanit halusivat pysyä nimettöminä. Tämän takia käytämme yhteistyökumppaneista epäsuoria tunnisteita. (Tampereen yliopisto 2011.)

Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina eettisiä kysymyksiä. Eettiset kysymykset liittyvät yhteisiin toimintatapoihin ja plagiointiin. Suomessa on julkisia elimiä, jotka valvovat tutkimushankkeiden eettisyyttä. Heidän ohjeiden mukaan tiedeyhteisön on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta itse tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-24.)

Opinnäytetyötä tehdessä on vältettävä epärehellisyttä. Epärehellisyyteen kuuluu mm. plagiointi. Plagiointi on toisen henkilön tekstin luvaton lainaamista, tekstin esitetään olevan kirjoittajan omaa tekstiä. Tekstejä saa lainata lainausmerkkejä käyttäen ja asianmukaiset lähdemerkinnät tulee näkyä selvästi tekstissä. Myöskään omaa tekstiä ei saa plagioida. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Epärehellisyyteen kuuluu myös se, että sellaisia tuloksia yleistetään, joita ei voida yleistää. Tuloksia ei myöskään saa kaunistella, vaan asiat tulee kertoa niin kuin ne ovat. Tulokset eivät saa myöskään olla harhaanjohtavia tai puutteellisia. Alkuperäisiä havaintoja ei saa muokata eikä niitä saa vääristää. Kaikki käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

### 5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Luku sisältää päihdeklinikan nykytilan laitoshoidon kriteerin ja keskusteluhoidon osalta. Nykytilaa on kartoitettu haastattelemalla (Liite 9) päihdeklinikan henkilökuntaa.

#### 5.1.1 Laitoshoidon kriteeristö

Erään päihdeklinikan kuntouttavan laitoshoidon tarpeen kriteeristö ja arviointi lähtee asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen ja päihdeongelman syvyyden sekä laajuuden selvittämisestä. Kokonaisvaltaiseen tilanteeseen sisältyvät sosiaalisuus, perhetilanne, asuminen, toimeentulo sekä asiakkaan fyysinen tila. Päihdeklinalilla ei ole käytössä tiettyä kriteeristöä laitoshoidon tarpeen selvittämiseksi. Päihdeklinikan ensisijainen hoitomuoto on avohoito. Asiakkaat pyritään aina sitouttamaan avohoitoon.

Päihdeklinikan työntekijä kuvaa päihdeklinikan toimintaa:

Jokaisen tilanne arvioidaan kyllä aika pitkälti sen henkilön kautta. Et jos lähetään siihen et pitää jotkut tietyt ehdot aina täytyä ni mun mielest menee kaavamaiseksi ja jäykäksi ja asiakas ei saa tarvitsemaan apua.

Avohoidon toimimattomuus tai asiakkaan sitoutumattomuus avohoitoon johtaa usein asiakkaan toistuvaan hoidon katkeamiseen, jonka jälkeen asiakas palautuu akuuttihoitoon ja siitä edelleen takaisin avohoidon piiriin. Päihdeklinikan henkilökunnan havaitessa, että avohoito ei johda tuloksiin, henkilökunta tuo esille laitoshoidon mahdollisuuden.

Päihdeklinikan työntekijä kuvaa hoitokertomusta:

Hoitokertomuksesta pystyy niinku näkemään, että se ihminen on yrittänyt ja yrittänyt ja yrittänyt ja tavallaan sil avohoidolla ei olla päästy niinku tuloksiin.

Päihdekliniikan henkilökunnan työhön sisältyy motivoida asiakasta haluamaan muutosta ja hoitoon menemistä. Päihdehoito on vapaaehtoista ja laitoshoitoon päädytään omasta tahdosta. Laitoshoittoa voidaan tarjota asiakkaalle suoraan fyysisen ja psyykkisen kunnan tasaamiseksi. Pienten lasten vanhemman tai vanhempien päihdeongelman kohdalla suositellaan usein suoraan laitoshoittoa perhetilanteen tasaamiseksi. Tämä edellyttää edelleen asiakkaan halukkuutta laitoshoittoon.

Päihdekliniikan työntekijä kuvaa kuntouttavan laitoshoidon tarpeen arviointia:

Nähdään se tilanne et tää on niin kriittinen nyt et täs ei avohoito tule riittä-  
mään, se täytyy arvioida aika nopeesti tossa vastaanotolla, ni silloin me lähe-  
tään puuhastelemaan sitä laitoskatkos paikkaa suoraan tosta vastaanotolta.

Päihdekliniikalla on käytössä moniammatillinen SAS -työryhmä (selvitä, arvioi, sijoita), joka ei ole kaupungin tai hallinnon asettama. SAS-työryhmä kokoontuu kolmen viikon välein. Työryhmään kuuluu päihdekliniikan työntekijän lisäksi aikuissosiaalityön johtava sosiaalityöntekijä, terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä ja päihdetyön avopalveluohjaaja. Asiakas voi tulla työryhmän tapaamiseen yksin tai yhdessä perheensä kanssa kertomaan, miksi haluaa laitostuntoutukseen. SAS -työryhmän toiminnan tarkoituksena on arvioida asiakkaan laitostuntoutuksen tarpeita, kun tilanne on monimutkainen ja päihdekliniikka on epätietoinen asiakkaan laitoshoidon tarpeesta. SAS -työryhmä ei päättää asioista, vaan toimii neuvoa-antavana yhteistyötahona. Virallisen päätöksen tekee palvelupäällikkö yhdessä päihdekliniikan henkilökunnan kanssa. SAS -työryhmä voi todeta laitostuntoutukseen pääsemisestä palaverin päätyttyä joko myöntävästi tai kieltävästi. Erityistilanteissa, joissa on lastensuojelu mukana, päihdekliniikka voi tehdä päätöksen laitostuntoutuksesta jo ennen SAS -työryhmän kokoontumista. Asiakas ei voi valita laitosta, mutta hän voi esittää toiveensa laitospaikasta.

Päihdekliniikan työntekijä kuvaa kuntouttavaan laitoshoittoon pääsyyn liittyviä tekijöitä:

Lakihan lähtee siitä, et jos avohuolto ei riitä tai sitä ei voida toteuttaa ni sit  
laitostuntoutus on mahdollinen.

Päihdekliniikan henkilökunta tuo esille, että laitoshuollon tarkka kriteeristö jäykistää ja yksipuolistaa laitoshoittoon pääsyä yksilön kohdalla.

Päihdekliniikan työntekijä kertoo SAS -työryhmän toimintaa:

Et ainut nii millä me voitais ehkä terävöittää, että tätä niin sanottuja kalliita  
turhia laitostuntoutus jaksoja ei tulis, ni on ehkä se, et venytetään sitä laitosh-  
oittoon pääsyä niillä, et on se SAS-ryhmän käsittely aina, et se on pääsääntö et on se  
SAS.

Päihdekliniikan työntekijä toteaa laitoshoidosta:

Ihminen saattaa kokee, et hän on täällä turvassa siltä viinapirulta, kun hän on  
täällä laitoksessa. Täällä avohoidossa hän joutuu niin lujille, kun ne kiusaukset  
on niin ne on kokoajan tossa vieressä.

Laitoskuntoutusjakson yks tavoite on saada ihminen sellaseen vakaammal pohjalle. Hänel on voimaa ja vahvuutta enemmän jatkaa avohoidossa.

### 5.1.2 Keskusteluhoito

Päihdeklinikan työntekijöiden mukaan keskustelukäynneille saapuvat asiakkaat ovat paikalla joko omasta tahdosta tai hoitoon ohjattuina. Osa asiakkaista hakeutuu itse päihdeklinalle varaamalla itse ajan ja he haluavat muutoksia omaan päihteidenkäyttöön. Toinen osa asiakkaista tulee velvoitettuina päihdeklinalle, esimerkiksi lastensuojelun tai työpaikan hoitoon ohjaamina.

Asiakkaan ensimmäisellä käynnillä päihdeklinalle tehdään perusteellinen selvitys päihteiden käytöstä, sosiaalisesta, psyykkisestä ja fyysisestä tilanteesta. Selvitetään aikaisemmat hoitokontaktit, lääkitys ja muut hoitavat tahot. Ensimmäisellä kerralla pyritään selvittämään myös asiakkaan omat hoidon tavoitteet ja muutoksen tarpeet. Seuraavilla käynneillä selvitetään tapaamisten välillä tapahtuvaa päihteiden käyttöä. Keskusteluhoitokäynneillä arvioidaan psyykkistä tilaa, johon kuuluvat masentuneisuus ja psykoottisuus sekä uni-valve rytmi. Keskusteluhoiton tarkoituksena on etsiä yhdessä asiakkaan kanssa keinoja ja tapoja päästä kohti muutosta ja tavoitteita. Henkilökunnan yhtenä tavoitteena keskusteluhoitossa on selvittää asiakkaan muutosvalmius ja motivaation taso. Tämä vaikuttaa henkilökunnan työskentelyyn ja työn vaatavuuteen.

Päihdeklinikan työntekijöiden mielestä lomakkeiden tulisi olla valmiiksi täytettyinä vastaanotolle tullessa, jotta siihen ei kuluisi tapaamisesta liian paljon aikaa. Vastaanottoaika päihdeklinalle on neljäkymmentäviisi minuuttia. Aikoja keskusteluhoitoon pystytään varaamaan asiakkaalle noin kahden viikon välein. Hoidontarpeen kasvaessa otetaan käyttöön aamun päivystysajat.

Päihdeklinikan työntekijä kuvaa lomakkeiden käyttöä päihdeklinalle:

Varmaa niinku käytetään varmaa jotaki lomakkeita, et jotku käyttää jotai Audit-lomaketta ja itte en juurkaan käytä, et mielummi sit iha vapaamuotoisesti haastattelen ne asiat, mitä siin kaavakkees kysytään.

Jokaisella käynnillä tulee arvioida asiakkaan hoidon tarvetta, hoitokäyntien tiivistämistä tai harventamista sekä tarvittaessa lääkäriajan varaamista. Hoidon tarpeen arviointi jokaisella käynnillä on tärkeää, koska suunnitelmat usein muuttuvat moneen kertaan, jolloin arvioidaan tekemään uudelleen. Päihdeklinikan työntekijä kertoo olevansa tietoinen erilaisista kyselylomakkeista. Työntekijä mainitsee AUDIT, BDI, päiväkirjatyyppisen juomanlaskijan oppaan sekä Minimental -testin, jonka tarkoituksena on kartoittaa psyykkisiä oireita.

Päihdeklinikan työntekijä tuo esille, että usein asiakkaat tuottavat hyvin vähän puhetta, eivätkä ole oma-aloitteisia. Keskustelukäynneillä työntekijät kokevat vuorovaikutuksen avaamisen olevan ajoittain olevan haastavaa. Työntekijät tuovat esille, että olisi tärkeää päästä itse asiaan eli päihdeongelmaan, mahdollisimman nopeasti. Työntekijät kokevat, että vuorovaikutuksen ja luottamuksen syntymiseen tarvitaan keveämpiä keskustelun aiheita tapaamisen alussa.

Päihdeklinikan työntekijä pohtii päihdekllinikalla käytössä olevia apuvälineitä:

Aina miettinyt et onks teknisiä apuvälineitä meillä, kun on olemas tämmösiä keskusteluu avaavia kortteja.

Päihdeklinikan työntekijöiden mukaan hoitotulos voi olla myös luottamuksellinen ihmissuhde. Tärkeintä ei välttämättä ole päihdekeskustelu, vaan etsiä syitä päihteidenkäytölle. Esimerkkinä voi olla vaikeat perhe- ja parisuhdeongelmat, jotka ahdistavat asiakasta. Työntekijät tuovat esille, että luottamuksellisella hoitosuhteella on merkitystä vastaanottotilanteen ulkopuolellakin.

Päihdeklinikan työntekijä kuvaa keskusteluhoitoa seuraavasti:

Et se hoito ei periaatteessa oo sitä mitä täällä tapahtuu, vaan sen pitäis tapahtuu siellä omas elämässä, niinku omana aikana, siis se muutos ja täällä vaan niinku käydään tankkaamassa ja kertomas ja hakemas sitä vastaavuut ja niinku kertomas ja keskustelemas niist tilanteista.

Kyl se aika iso on se kirjo, mistä asioista, mitä täällä puhutaan.

Päihdeklinikan työntekijä kuvaa ammatillista hoitosuhdetta:

Jotkuthan pitää asiakkaat sitäkin hyvänä vaan, että tota et on se ikään kuin aika, et pitää tul jolleki kertomaan, et mitä olen esimerkiks juonu, tai silleen et se jotenki se työntekijän naama kulkee tuolla mukana.

### 5.1.3 Kehityskohteen valinta

Opinnäytetyön alussa yhdessä päihdeklinikan kanssa määriteltiin hoitoprosessikaaviosta kaksi kehitystä tarvitsevaa kohdetta, jotka olivat laitoshoidon kriteerit ja keskusteluhoito. Kehityskohteen valinta rajasi myös opinnäytetyötä. Päihdeklinikan haastattelun (Liite 9) tarkoituksena oli kartoittaa toiminnan nykytilanne näiden kahden kohteen osalta ja haastattelun perusteella löysimme muutamia tarkempia kehityskohteita. Näistä kehityskohteista syntyi uusi mahdollinen toimintatapa päihdeklinikan henkilökunnalle. Uudet toimintatavat esitellään tämän opinnäytetyön kohdassa 6.1.

## 5.2 Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta

Opinnäytetyön on toteutettu eräällä päihdekllinikalla. Yhteistyökumppaneina ovat päihdekliniikan henkilökunta. Päihdekliniikka kuuluu erään eteläsuomalaisen kaupungin terveystalouteen. Päihdekliniikka tarjoaa palveluita yksilö-, perhe- ja ryhmäkeskustelujen muodossa. Päihdekliniikalla arvioidaan myös mahdollinen laitoshoidontarve. (Päihdekliniikka 2011.) Henkilöstöön kuuluvat palvelupäällikkö, kaksi sairaanhoitajaa, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja, kaksi toimistosihteerä ja lääkäripalvelu, joka toteutetaan ostopalveluna 8 tuntia viikossa. (Päihdekliniikka 2011.)

Kuntoutuminen voidaan määritellä muutosprosessiksi, joka tapahtuu joko ihmiselle tai ihmiselle ja ympäristölle. Kuntoutuksessa tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn edistäminen sekä auttaa asiakasta itsenäiseen selviytymiseen. Sen tavoitteena on myös edistää työllisyyttä ja hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a.)

Päihdehuollon palvelumuodot ovat erilaisia käyttäjän tarpeen mukaan. Avohoito on kokonaisvaltaista ja yleensä ensisijainen hoitomuoto. Henkilö, jolle avohoidon palvelut eivät sovellu tai eivät ole riittäviä, laituskuntoutus on yksi vaihtoehto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.)

Keskusteluhoitolla tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitteellista ja tietoista tapaa käyttää vuorovaikutusta asiakkaan hoitamisessa. Potilas sitoutuu keskusteluhoitoon siihen saakka, kunnes asteittain tulee toimeen ilman sitä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-12, 23-24.) Keskusteluhoito voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Vaiheita ovat tutustumisvaihe, samaistumisvaihe, hyväksikäyttövaihe ja päätösvaihe. (Mäkelä ym. 2001, 34-36.)

Hoitotyössä asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu vuorovaikutussuhteeseen, joka on tasa-arvoinen ja vastavuoroinen. Kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin. Sen tehtävänä on saada aikaan suhde hoitajan ja asiakkaan välille ja ylläpitää vuorovaikutusta näiden kahden ihmisen välillä. Kommunikaatioita on kahdenlaista, sanallista ja sanatonta. Sanallinen kommunikaation on vain pieniosa kommunikaatiosta. Sanaton kommunikaation, ilmeet, eleet ja äänenpaino, ilmaisevat usein enemmän kuin sanallinen kommunikaatio. (Mäkelä ym. 2001, 11-14, 21.)

Tärkeää on, että hoitaja ei pyri moralisoimaan asiakasta, se vain pahentaa asiakkaan tilannetta. Kun keskusteluhoito on tyydyttävää, asiakas alkaa ymmärtää elämänsä tuskaa ja tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä. (Mäkelä ym. 2001, 15-16.) Keskusteluhoitossa yhteistyön tärkein edellytys on luottamus ja se alkaa kehittyä heti keskusteluhoitonsa alussa. Luottamuksen ja yhteistyön kehittyminen keskusteluhoitossa edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Mäkelä ym.

2001, 19.) Hoitajan tehtävänä on luoda keskusteluhoitoon sellainen ilmapiiri, että asiakas uskaltaa puhua vaikeistakin asioista (Mäkelä ym. 2001, 20, 25).

### 5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen

Tämä opinnäytetyö aloitettiin keväällä 2012 nimellä työntekijän käsityksiä päihteiden käytön vaikutuksesta asiakkaan syrjäytymiseen. Alustava suunnitelma palautettiin 6.4.2012. Ensimmäinen tapaaminen yhteistyökumppaneiden kanssa eräällä päihdekllinikalla oli 18.4.2012. Tässä tapaamisessa läsnä olivat kaksi päihdekliniikan henkilökunnan jäsentä sekä opinnäytetyön tekijät.

Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin opinnäytetyön toteuttamisesta. Henkilökunta antoi hoito päihdekllinikalla -hoitoprosessikaavion. Prosessikaaviossa on kuvattu asiakkaan hoitoprosessi päihdekllinikalla hoidon tarpeen alkamisesta hoidon päättymiseen. Henkilökunta toivoi, että opinnäytetyössä kuvataan hoitoprosessia ja avataan se. Toiveena opinnäytetyön tuotokseksi oli käsikirjamainen materiaali henkilökunnalle, joka antaa työkaluja ja yhtenäistää henkilökunnan toimintatapoja. Tapaamisessa mietittiin opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä sekä työn tavoitteita ja tarkoitusta.

Opinnäytetyöpajassa 26.4.2012 tavattiin opinnäytetyöohjaaja. Tapaamisessa käytiin läpi alustava suunnitelma ja työhön tehtiin tarvittavat muutokset. Opinnäytetyöohjaajan kanssa keskusteltiin ensimmäisen päihdekliniikatapaamisen sisällöstä ja todettiin, että koko hoitoprosessin avaaminen on liian laaja yhden opinnäytetyön tehtäväksi. Opinnäytetyön nimi vaihdettiin nimeen Hoito päihdekllinikalla. Tapaamisessa sovittiin, että hoitoprosessista valitaan kaksi pääkohtaa, joita kehitetään. Päihdekliniikka määrittelee seuraavassa tapaamisessa tärkeäksi näkemäänsä kaksi pääkohtaa.

Toinen tapaaminen päihdekliniikan henkilökunnan kanssa oli 9.5.2012. Paikalla oli henkilökunnan ja tämän opinnäytetyöntekijöiden lisäksi myös opinnäytetyön ohjaaja. Tapaamisessa sovittiin työntekijöiden kanssa, että opinnäytetyön nimeksi vaihdetaan Hoito päihdekllinikalla, menetelmäksi valittiin juurruttamisen menetelmä sekä hoitoprosessin pääkohdiksi valittiin yhdessä päihdekliniikan henkilökunnan kanssa laitostuntoutuksen kriteerit sekä keskusteluhoito. Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa 25.9.2012, joka anottiin erään kaupunginorganisaatiosta.

Kolmas tapaaminen päihdekliniikalla 30.8.2012 peruttiin esteen vuoksi. Nykytilan kartoitus toteutettiin haastatellen (Liite 9) päihdekliniikalla 25.9.2012. Paikalla olivat kaksi päihdekliniikan työntekijää sekä perehdytettävä uusi työntekijä. Haastattelu toteutettiin päihdekliniikan tiloissa. Sovittu tapaaminen 30.10.2012 peruttiin, koska sisällönanalyysi ei ollut valmis. Sisäl-

lönanalyysi valmistui kevään 2013 aikana. Opinnäytetyön loppuun saattaminen tehtiin syksyllä 2013.

## 6 Uusi toimintatapa

### 6.1 Toimintatavan kuvaus

Työntekijöille tehdyn haastattelun perusteella nousi esille muutamia kehityskohteita päihdekliniikan toimintatavoissa koskien keskusteluhoitoa ja laitoshoidon kriteereitä. Työntekijät kertovat haastattelussa, että hoitoprosessin alussa ensimmäisessä tapaamisessa asiakkaan kanssa tulee selvittää asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne. Tähän kuuluvat päihdeongelman syvyys ja laajuus, perhetilanne, sosiaalisuus, psyykinen ja fyysinen tila, edelliset hoitokontaktit, hoitavat tahot sekä lääkitys.

Päihdeongelman syvyyttä ja laajuutta voidaan selvittää käyttämällä kyselylomakkeita. Opinnäytetyöhön on kerätty liitteiksi alkoholikäytön riskit- eli AUDIT -kysely (Liite 2), alkoholi riippuvuus- eli SADD -kysely (Liite 3), juomatapatesti (Liite 4), huumeiden käyttökyselyt, DUDIT- (Liite 7) ja DAST- kysely (Liite 5). Asiakkaan psyykkistä tilaa voidaan kartoittaa käyttämällä siihen tarkoitettuja kyselylomakkeita. Opinnäytetyöhön on kerätty liitteeksi mielialahäiriökysely eli MDQ -kysely (Liite 6), masennusseula eli DEPS -kysely (Liite 8) ja masennustesti eli BDI -testi (Liite1). Päihdekliniikan työntekijät ovat tietoisia muutamista kyselylomakkeista (AUDIT ja BDI) ja mainitsevat haastattelussa, että käyttävät niitä ajoittain.

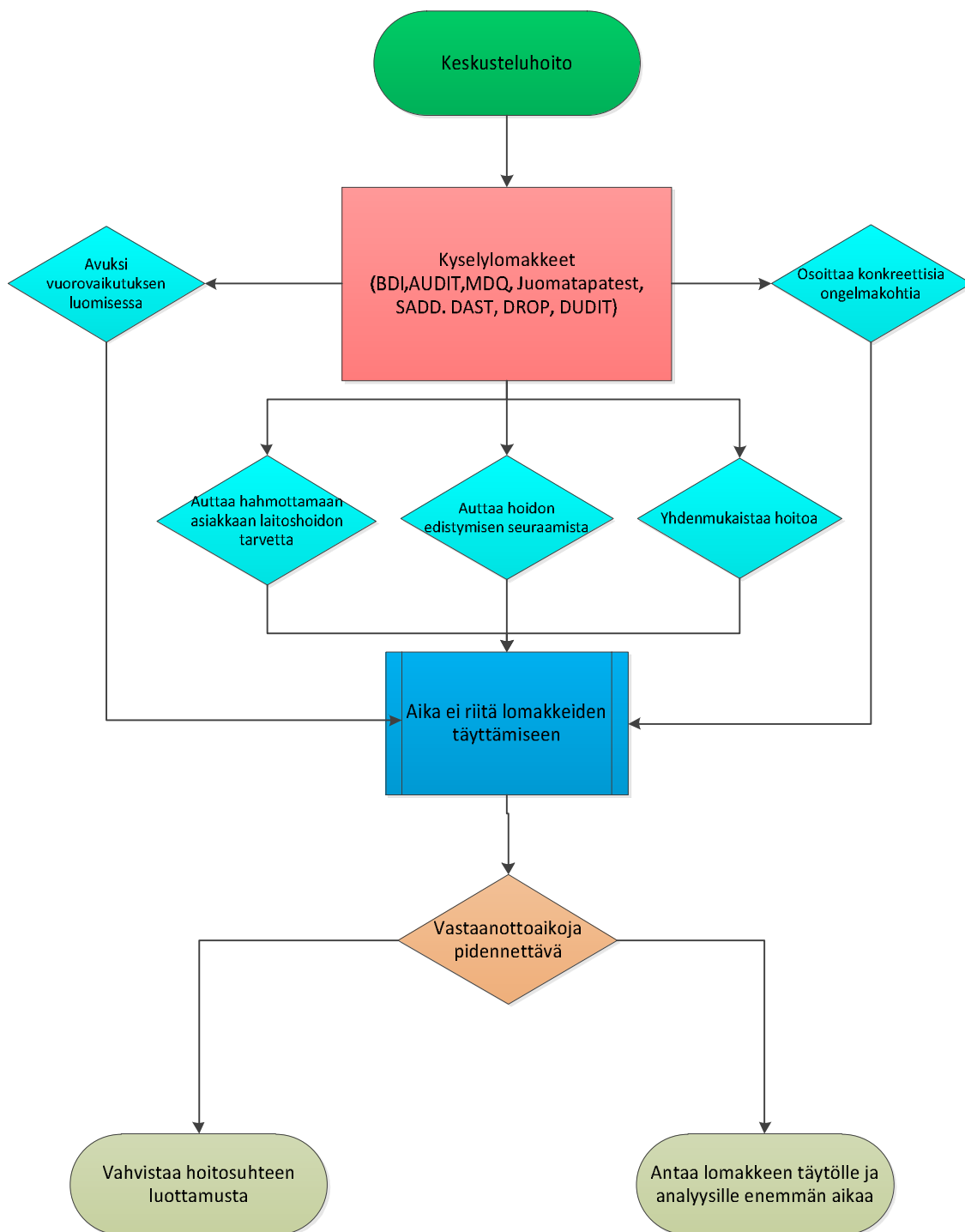
Kyselylomakkeiden tarkoituksena on yhdenmukaistaa asiakkaiden hoitoa ja antaa runko keskusteluhoidolle sekä helpottaa asiakkaan hoidon edistymisen seuraamista. Kyselylomakkeita voidaan täyttää useaan kertaan hoitoprosessin aikana, jolloin nähdään hoidon edistyminen tai vastaavasti hoidon toimimattomuus. Kyselylomakkeet osoittavat sekä asiakkaalle että työntekijälle konkreettisesti ongelmakohdat, joihin etsitään ratkaisuja. Kyselylomakkeet auttavat työntekijää hahmottamaan myös asiakkaan laitoshoidon tarvetta.

Keskusteluhoitoon osalta kyselylomakkeet ovat avuksi vuorovaikutuksen luomisessa ja ovat hyvä keskustelurunko sellaisenaan tai vapaamuotoisemmin käytettynä. Haastattelussa kävi ilmi, että työntekijät kokevat vuorovaikutuksen aloittamisen olevan joidenkin asiakkaiden kohdalla haastavaa. Yksi työntekijöistä toi esille, että kyselylomakkeiden täyttäminen vastaanottoajalla vei liian paljon aikaa, lomakkeet ovat kuitenkin hyvät. Ne tulisi olla täytetty ennen vastaanotolle saapumista. Vastaanottoajalla voi täyttää kyselylomakkeita, koska lomakkeita täytettäessä voidaan havaita asiakkaan täyttämiseen käytetystä ajasta, tyylistä ja kehonkielestä tärkeää tietoa, joka ei tule esille valmiiksi täytetystä lomakkeesta. Kotona tai ennen vastaanottoaikaa täytetyistä lomakkeista voi jäädä helposti tärkeää tietoa saamatta. Kyselylomak-



keiden täyttämiseen käytetty aika on tärkeä osa vastaanottokäyntiä. Lomakkeiden täyttämiseen voi käyttää yhden tapaamiskerran ja seuraavalla kerralla voidaan tarkastella lomakkeiden tuloksia yhdessä asiakkaan kanssa.

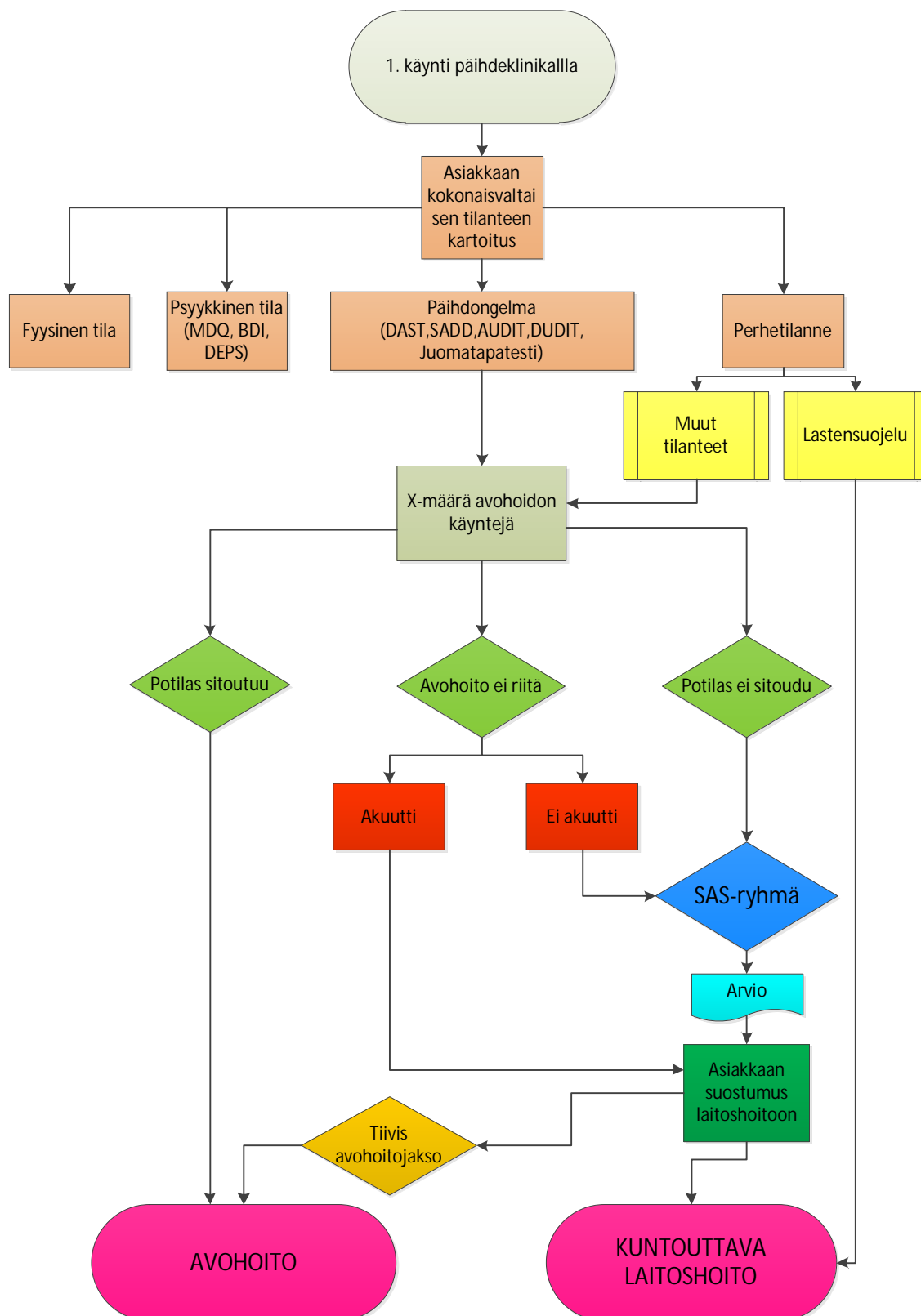
Neljänkymmenenviiden minuutin aika ei ole kaikkien asiakkaiden kohdalla riittävä. Kehitysehdotuksena on, että ennalta tunnetuille asiakkaille voidaan varata pidempiä vastaanottoaikoja. Pidempi vastaanottoaika on aiheellinen, koska asiakkaat ovat yksilöllisiä. Toisille ihmisille puhuminen on luontevampaa kuin toiselle. Vastaanottoajan pidentäminen mahdollistaa myös keskustelun avaamisen pidentämistä, jolloin pidättyväisemmätkin ihmiset saavat helpommin tunteen luottamussuhteen syntyä. (Kaavio 1).



Kaavio 1: Keskusteluhoito

Laitoshoidon kriteerit ja nykyinen toimintatapa on riittävä. Päihdekllinikalla on käytössä neuvoo-antava SAS-työryhmä. Työryhmän tarkoitus on arvioida laitoshoidon tarvetta asiakkaan kohdalla yksilöllisesti. SAS-työryhmä ei tee päätöksiä. Työntekijöiden mukaan myös avohoidon riittämättömyys tai toteutumattomuus mahdollistavat laitoshoidon. SAS-työryhmälle voisi antaa entistäkin enemmän ratkaisuvalltaa. SAS-työryhmä kokoontuu kolmen viikon välein. Mitä useamman asiakkaan laitoshoidon tarve viettäisiin SAS-työryhmän pohdittavaksi sitä enemmän asiakkaille itselleen jäisi aikaa miettiä omaa tahtoaan. Laitoshoidon todellista tarvetta pohdittaisiin työryhmässä tarkkaan, jolloin tarpeettomat laitoshoidojaksot vähenisivät. Tämä säästää resursseja ja tuottaa taloudellista säästöä.

Laitoshoidon tarkkoja kriteereitä päihdekllinikalla ei ole olemassa, eikä niille haastattelun perusteella ollut tarvetta. Tarkat kriteerit voivat vaikeuttaa asiakkaan hoitoon pääsyä, yksipuolistaa hoitoon pääsyä ja jäykistää hoidon arviota. Asiakas voi tarvita laitoshoidoa, vaikka ei täyttäisikään kaikkia kriteereitä. Laitoshoidon tarpeenarviointi tulee olla siksi yksilöllistä ja tapauskohtaista. (Kaavio 2).



Kaavio 2: Kuntouttava laitoshoido

## 6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Juuruttamisen kierroksista ensimmäinen eli kehittämiskohteen tunnistaminen toteutui, kun saimme opinnäytetyöaiheen koululta. Työyhteisöksi valikoitui eräs päihdekliniikka, joka oli halukas toteuttamaan tätä opinnäytetyötä ja sitoutui yhteistyöhön. Ensimmäinen tapaaminen tällä päihdekliniikalla oli opinnäytetyön yhteisen merkityksen ja tavoitteen vahvistamista. Seuraavilla käynneillä tavoitteita ja tarkoitusta tarkennettiin yhdessä päihdekliniikan työntekijöiden kanssa.

Hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen toteutui päihdekliniikan nykytilanteen kartoitus- haastattelun avulla. Haastatteluun osallistui kolme päihdekliniikan työntekijää ja opinnäytetyön tekijät. Hiljaisen tiedon käsitteellistäminen ja nykyisen toiminnan jäsentäminen prosessivaukseksi tapahtui haastattelun litteroinnilla eli haastattelun sanasta sanaan auki kirjoittamisella ja sisällönanalyysillä. Toimintaprosessin muokkaamiseen saatiin kehitysehdotuksia työyhteisön haastattelusta. Kehittämistehtävä ja nykyisen toimintaprosessin arvioiminen saatiin esiin haastattelun sisällönanalyysiä purkamalla. Teoreettisen ja tutkitun tiedon kerääminen on aloitettu jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa ja se on jatkunut läpi opinnäytetyöprosessin. Tätä tietoa on käytetty hyväksi teoriaosuuden kirjoittamisessa ja toteutumisessa sekä tulosten purkamisessa.

Haastattelussa ilmenneistä kehityskohteista on muodostettu opinnäytetyöhön muutosehdotuksia ja mahdollisia uusia toimintamalleja päihdekliniikalle. Opinnäytetyössä on kuvattu uusia mahdollisia toimintatapoja keskusteluhoidon ja laitoshoidon kriteerien osalta. Opinnäytetyön julkaisuseminaariin kutsuttiin päihdekliniikan henkilökunta, jossa esiteltiin opinnäytetyön tulokset, jonka jälkeen opinnäytetyö luovutettiin päihdekliniikan työntekijöiden käyttöön.

Opinnäytetyön luovuttamisen tarkoituksena on raportoida opinnäytetyön tulokset ja juurruttaa uudet toimintakäytännöt työyhteisöön keskusteluhoidon ja laitoshoidon kriteerien kohdalla. Valmis opinnäytetyö toimisi päihdekliniikan työntekijöille ohjeena uusille toimintatavoille. Päihdekliniikan työntekijät toivoivat ensin perehdytyskansion koko hoitoprosessista uusille työntekijöille ja ohjeeksi hoidon yhtenäistämiseksi. Työn alussa pohdittiin yhdessä henkilökunnan kanssa, että koko hoitoprosessin avaaminen on liian suuri työ yhdeksi opinnäytetyöksi. Jatkotoimenpiteenä hoitoprosessien muiden vaiheiden avaamisesta tulisi monta uutta opinnäytetyöaihetta.

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

### 7.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Opinnäytetyön alkuvaiheessa työtä alettiin tehdä nimellä työntekijän käsityksiä päihdeiden käytön vaikutuksista asiakkaan syrjäytymiseen. Yhteistyökumppanien ensimmäisessä tapaamisessa kävi kuitenkin ilmi, että tämän tyyppiselle työlle ei ole tarvetta. Työn suunnittelussa ensimmäinen haaste oli koko työn aiheen muutos. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin alusta kartoittamalla päihdeklinikan hoitoprosessin ensisijaiset kehittämistarpeet.

Tällä opinnäytetyöllä haluttiin vastata päihdeklinikan tarpeisiin. Päihdeklinikan työntekijöitä haastateltiin, jotta saatiin selville päihdeklinikan nykyinen toimintamalli ja kehittämistarpeet. Litteroidun haastattelun ja sisällön analyysin pohjalta todettiin, että laitoshoidon kriteerien kohdalla nykyinen toimintamalli on riittävä. SAS-ryhmä on suuressa roolissa laitoshoidontarpeen määrittämisessä, kuitenkin SAS-ryhmä ei päätä kuntouttavaan laitoshoittoon siirtymisestä. Kuntouttavaa laitoshoittoa säätelee myös Suomen lainsäädäntö. Päihdekllinikalla ei ole virallisia kriteerejä eikä niille koettu tarvetta haastattelun perusteella.

Keskusteluhoidon osalta haastattelussa työntekijät toivat esille keskusteluhoidon haasteita ja ongelmakohtia. Lisäkysymyksiä esitettäessä työntekijät olivat sitä mieltä, että nykyinen toimintamalli on toimiva eikä uusille toimintatavoille ole tarvetta. Työntekijät toivoivat sekä keskusteluhoidon että laitoshoidonkriteerien osalta hoidon yhtenäistämistä. Keskusteluhoidon yhtenäistämiseksi opinnäytetyöhön valittiin tiettyjä päihteisiin ja psyykkisten oireiden kartoittamiseen tarkoitettuja lomakkeita yhteensä kahdeksan kappaletta. Toivomme, että päihdeklinikan työntekijät käyttäisivät lomakkeita työssään.

Työn toteuttamisprosessissa oli ajoittain haasteita, koska selviä kehittämiskohteita ei ilmennyt haastattelussa. Työn tarkoitus oli kehittää päihdeklinikan toimintaa ja tavoitteisiin pääseminen oli osittain hankalaa. Valmis opinnäytetyö täytti asetetut tavoitteet keskusteluhoidon osalta, vaan työ ei omalta kohdaltamme vastannut omia ajatuksiamme työnkulusta ja lopputuloksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia kuntouttavan laitoshoidon kriteerit. Tähän tavoitteeseen ei kuitenkaan päästy, koska päihdeklinikan asiakkaiden kuntouttavan laitoshoidon tarpeen arvioivat sellaiset tahot, joihin emme voineet vaikuttaa.

Opinnäytetyön haastatteluvaiheen jälkeen yksi kolmesta haastetulluista työntekijöistä siirtyi muualle. Tämä aiheutti muutoksia työyhteisössä. Merkittävä osa haastattelumateriaalista saatiin pois lähteneeltä työntekijältä. Näimme kuitenkin positiivisena, että juuri kauan työssä ollut työntekijä kertoi näkemyksensä.

## 7.2 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Tämän työn yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä toiminnoista oli tutkimusluvan laatiminen ja sen anominen. Tunnisteellisuudella tarkoitetaan tunnisteiden poistamista tai muuttamista, eli anonymisointia. Päätökset tulisi aina tehdä erikseen jokaisen työn kohdalla. Tunnistamattomuuden periaatetta tutkittavien kohdalla tukee myös tietosuojan lainsäädäntö. Anonyymiteettin säilyttäminen voi olla vaikeaa. (Kuula, A. 117, 200-202.) Päihdeklonikan työntekijät halusivat pysyä anonyymeinä, joten nimiä tässä työssä ei ole mainittu. Päihdeklonikan työntekijät halusivat myös, että kaupunkia ei tule työssä ilmi.

Lähdekritiikillä on suuri merkitys käytetyn tiedon luotettavuuden arviointiin. Opinnäytetyön tekijät käyttävät lähdekritiikkiä arvioidessaan lähteiden luotettavuutta. Lähteiden luotettavuuteen vaikuttaa se, onko käytetty primaari- vai sekundaarilähteitä. Primaarilähteet ovat aidompia ja alkuperäisimpiä. Sekundaarilähteillä tarkoitetaan jo lähteiden pohjalta tehtyä tekstiä. (Mäkinen, O. 128-132.) Tässä opinnäytetyössä lähdekritiikkinä on käytetty aikarajaus- ta, joka on rajattu noin kymmeneen vuoteen eli lähteinä ei ole yli kymmenen vuotta vanhaa materiaalia. Lisäksi työssä on suosittu primaarilähteitä. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat ovat luotettavia ja paljon käytettyjä. Tietokannat sisältävät laadukkaita tutkimuksia. Tiedonhaun kautta löydettiin runsaasti kirjallisia lähteitä. Opinnäytetyössä on myös käytetty lähteenä ammattikirjallisuutta.

Suoritimme tiedonhaun 7.3. 2012, joka oli osa opinnäytetyöhön liittyvää opintojaksoa. Tiedonhaussa käytimme tietokantoina Medic, Ovid (medline) ja Ebsco (cinal) hakukoneita. Hakusanoina oli päihteet and väärinkäyttö, päih\*, syrjäytyminen, eristäytyminen, yksinäisyys, syrjäy\*, drugs and abuse, social exclusion ja social exclusion and drugs. Tiedonhauissa emme käyttäneet yleensä rajausta. Muutamassa haussa käytimme rajana asiasanaa ja aikaväliä 2007-2012.

Tutkimusta analysoitaessa, muistiinpanoilla on ennen kaikkea merkittävä rooli, mutta niitä voidaan käyttää myös suoraan osana tutkimusta. (Hirsjärvi, ym. 2009, 267.) Toimintatapaa rakennettaessa käytettiin päihdeklonikkakäyntien muistiinpanoja, jotka auttoivat tarkentamaan käyntien sisältöä ja aikataulua. Opinnäytetyön haastattelun litteroinnissa ja sisällönanalyysissä pyrittiin olemaan sanatarkkoja.

Yleisimpiä tutkimuseettisiä ongelmia, jotka vaikuttavat työn luotettavuuteen ovat väärentäminen ja plagiointi (Kuula, A., 28-30). Tätä opinnäytetyötä tehdessä ollaan pyritty siihen, että väärentämistä ja plagiointia ei tapahdu.

## 8 Lopuksi

Tämän opinnäytetyön tekemiseen varattiin aikaa puolitoista vuotta. Työn tekeminen aloitettiin tammikuussa 2012 ja työ piti olla valmis keväällä 2013. Työn tekeminen kuitenkin viivästyi muutamalla kuukaudella. Työ valmistui syksyllä 2013. Aikatauluhaasteita toi työharjoittelut eri paikkakunnilla, jotka olivat samaan aikaan opinnäytetyön teon kanssa. Päihdeklinikan työntekijöiden aikataulujen ja opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen oli ajoittain hankalaa.

Tämän työn lopputulos tyydytti työn tehneitä opiskelijoita. Lopputulos ei ollut avain sellainen kuin aluksi toivottiin. Tällaista työtä tehdessä muutoksien ilmaantuminen on aina osa työtä, joka tulee hyväksyä jo työn alkuvaiheessa.

Haluamme kiittää yhteistyössä olleen päihdeklinikan työntekijöiltä yhteistyöstä ja opinnäytetyöhön käytetystä ajasta. Kiitämme myös opinnäytetyöohjaajaa neuvoista koko opinnäytetyöprosessin ajan. Toivomme, että työstä on hyötyä päihdeklinikan henkilökunnalle hoidon laadun tasaamisessa ja työn yhtenäistämässä.



## Lähteet

Aalto M., Koski-Jännes A. & Tammi T. 2009. Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia ehkäisyn ja hoidon menetelmistä. Edita Publishing Oy.

Ahlström, S., Kiianmaa, K., Seppälä, K. & Salaspuro, M. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim.

Aho T., Salaspuro M. & Savolainen A. 2006. Käypähoito. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 29.3.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00056>

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidaja lehti. Vol. 10. Viitattu 2.4.2012.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10\\_2007/muut\\_artikkelit/hyvin\\_suunniteltu\\_on\\_puoliksi\\_te/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2007/muut_artikkelit/hyvin_suunniteltu_on_puoliksi_te/)

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.

Airaksinen, T. & Viikka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Garwood, P. 2012. Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use. WHO. Viitattu 4.5.2012.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol\\_20110211/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/index.html)

Havio, M., Inkinen, M & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Hygieia.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Irti Huumeista ry. Huumeet. 2012a. Viitattu 29.3.2012.  
[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/huumausaineet](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet)

Irti huumeista ry. Lääkkeet ja sekakäyttö. 2012b. Viitattu 2.4.2012.  
[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/huumausaineet/laakkeet\\_ja\\_sekakaytto](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet/laakkeet_ja_sekakaytto)

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. Viitattu 4.5.2012. <http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laine T., Hyväri S. & Vuokila-Oikkonen P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Maunu, A. & Simonen, J. 2010. Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Yliopistopaino.

Meristö, T. & Tuohimaa, H. PolkuPärjäin hanke- esittely. 2011. Viitattu 22.2.2012.  
<https://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=63293>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 ja 2009/ 1066. Viitattu 2.4.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkelä, A., Ruokonen T. & Tuomikoski M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Nonaka, I., Takeuchi, H. 1995 The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. Oxford University Press, New York.

Perusturvakeskus. 2012. Viitattu 22.5.2012  
Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 2.4.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihdelinkki. A-klinikka säätiö. 2011. Viitattu 29.3. 2012.  
<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>

Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011. Viitattu 20.5.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutuselonteko 2002a. Viitattu 2.4. 2012.  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku2.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdepalvelut. 2011b. Viitattu 3.4.2012.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/paihdeyto\\_ja\\_palvelut/paihdeyto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdeyto_ja_palvelut/paihdeyto)

Tampereen Yliopisto. Yksityisyys ja tietosuojat. 2011. Viitattu 25.4.2012.  
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuutti U., Leppo A. & Kotovirta E. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Alkoholi. 2009a. Viitattu 29.3.2012.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/paihteet\\_ja\\_riippuvuudet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/paihteet_ja_riippuvuudet)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tiedote: Alkoholisairauksien hoidot ja alkoholikuolemat kasvussa. 2009b. Viitattu 29.3.2012.  
<http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/081212.htm>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Huumeet. 2009b. Viitattu 29.3.2012.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/huumeet/#navi2](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/#navi2)

Turun kaupunki Sosiaali- ja terveystoimenhallinto. Mistä apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin? Mielialahäiriökysely MDQ. Viitattu 29.8.2012.  
<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=246947>

World Health Organization. WHO. 2010. Management of substance abuse. Other psychoactive substances. Viitattu 4.5.2012.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/psychoactives/en/index.htm](http://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en/index.htm)

## Liitteiden lähteet

Terveysportti. BDI-kysely. 2011. Viitattu 25.3.2012.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/pgr/100.012.html>

Päihdelinkki. Alkoholinkäytön riskit (AUDIT). 2011a. Viitattu 24.4.2012.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Päihdelinkki. Alkoholiriippuvuus (SADD). 2011b. Viitattu 26.4.2012.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd>

Päihdelinkki. Juomatapatesti. 2011c. Viitattu 23.4.2012.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/juomatapatesti>

Päihdelinkki. Huumeidenkäyttötesti (DAST). 2011d. Viitattu 27.4.2012.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/huumeidenkaytto>

Turku. Terveys. 2011. Viitattu 25.5.2012.

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=246947>

Päihdelinkki. DUDIT. 2013. Viitattu 11.9.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/dudit>

Sydänliitto. Tulppa. Deps-kyselylomake. Viitattu 11.9.2013.

[www.sydanliitto.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1445](http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file?folderId=1445)

## Diagrammit

Diagrammi 1: Päihdeklinikan asiakkaiden ikäjakauma vuonna 2011 (Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011)	9
Diagrammi 2: Päihdeklinikan asiakkaat vuonna 2011 (Päihdekllinikalla käynnit vuonna 2011)	9
Diagrammi 3: Eniten käytetyt päihteet Suomessa vuonna 2010 (Huumetilanne Suomessa 2011, 57)	19

## Kuvat

Kuva 1: Juurruttamisen kehä (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2006)	23
---	----

## Kaaviot

Kaavio 1: Keskusteluhoito	34
Kaavio 2: Kuntouttava laitoshoido	36

## Liitteet

Liite 1 BDI-kysely	45
Liite 2 Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)	48
Liite 3 Alkoholiriippuvuus (SADD)	51
Liite 4 Juomatapatesti	54
Liite 5 Huumeidenkäyttöttesti (DAST)	58
Liite 6 Mielialahäiriökysely MDQ	62
Liite 7 DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	64
Liite 8 DEPS-kyselylomake (mahdollisen depression selvittämiseksi)	68
Liite 9 Teemahaastattelun runko	70

## Liite 1 BDI-kysely

Testi on tarkoitettu henkilöille, jotka miettivät masennuksen mahdollisuutta. Testin tarkoitus on mitata masennuksen tasoa. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Terveysportin sivuilta:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/pgr/100.012.html>

1.

- En ole surullinen
- Olen alakuloinen ja surullinen
- Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen
- Olen niin onneton, etten enää kestä

2.

- Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua
- Tulevaisuus pelottaa minua
- Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään
- Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksakaan uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin

3.

- En tunne epäonnistuneeni
- Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset
- Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä

4.

- En ole erityisen haluton
- En osaa nauttia asioista niin kuin ennen
- Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään
- Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen

5.

- En tunne erityisemmin syyllisyyttä
- Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton
- Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina
- Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton

6.

- En koe, että minua rangaistaan
- Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle
- Uskon, että kohtalo rankaisee minua
- Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista

(Terveysportti. 2011.)

7.

- En ole pettynyt itseeni
- Olen pettynyt itseeni
- Inhoan itseäni
- Vihaan itseäni

8.

- Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin
- Kritisoin itseäni heikkouksista
- Moitin itseäni virheistäni
- Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen'

9.

- En ole ajatellut vahingoittaa itseäni
- Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin
- Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat
- Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus

10.

- En itke tavallista enempää
- Itken nykyään aiempaa enemmän
- Itken nykyään jatkuvasti
- En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin

11.

- En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
- Ärsyynny aiempaa herkemmin
- Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan
- Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin

12.

- Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä
- Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän
- Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet
- Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan

13.

- Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin
- Yritän lykätä päätöksentekoa
- Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä
- En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä

14.

- Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
- Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä
- Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä
- Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen

15.

- o Työkykyni on säilynyt ennallaan
- o Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
- o Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
- o En kykene lainkaan tekemään työtä

16.

- o Nukun yhtä hyvin kuin ennen
- o Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen
- o Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen
- o Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pidempään yhtäjaksoisesti

17.

- o En väsy sen nopeammin kuin ennen
- o Väsyn nopeammin kuin ennen
- o Väsyn lähes tyhjästä
- o Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

18.

- o Ruokahaluni on ennallaan
- o Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- o Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- o Minulla ei ole lainkaan ruokahalua

19.

- o Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
- o Olen laihtunut yli 2,5 kg
- o Olen laihtunut yli 5 kg
- o Olen laihtunut yli 7,5 kg

20.

- o En ajattele terveyttäni tavallista enempää
- o Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen
- o Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa
- o Terveysteni ja tuntemusteni ajattelemisen on kokonaan vallannut mieleni

21.

- o Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
- o Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt
- o Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin
- o Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään

(Terveysportti. 2011.)

## Liite 2 Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Ympyröi kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto.

Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Päihdelinkin sivuilta: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Paljonko juot?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

(Päihdelinkki. 2011a.)



Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Ryppyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

(Päihdelinkki. 2011a.)

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastaajan sukupuoli

- Mies
- Nainen

12. Ikä

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän

13. Ketä testaa

- itseään
- puolisoaan
- lastaan
- muuta lähiomaistaan
- asiakastaan

(Päihdelinkki. 2011a.)

### Liite 3 Alkoholiriippuvuus (SADD)

Tämän testin 17 kysymystä auttavat sinua selvittämään alkoholiriippuvuutesi tason. Kysymykset koskevat tuoreinta 12 kuukauden jaksoa. Ympyröi kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto. Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Päihdelinkin sivuilta:

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd>

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

(Päihdelinkki. 2011b.)

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

(Päihdelinkki. 2011b.)

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

16. Ikä:

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän
- En halua kertoa

17. Sukupuoli:

- Mies
- Nainen
- En halua kertoa

(Päihdelinkki. 2011b.)

#### Liite 4 Juomatapatesti

Voit testata ja arvioida omaa juomistasi seuraavan testin avulla. Ympyröi sopivin vaihtoehto ja vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Päihdelinkin sivuilta:

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/juomatapatesti>

1. Kuinka usein juot alkoholijuomia?
  - En koskaan
  - Kerran kuukaudessa tai harvemmin
  - 2 - 4 kertaa kuukaudessa
  - 2 - 3 kertaa viikossa
  - 4 tai useampia kertoja viikossa
  
2. Kuinka monta annosta alkoholia juot tyypillisenä alkoholin käyttöpäivänä?
  - 1 - 2
  - 3 - 4
  - 5 - 6
  - 7 - 9
  - 10 tai enemmän
  
3. Kuinka usein juot enemmän kuin kuusi annosta alkoholia yhdellä kertaa?
  - En koskaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin
  
4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana on käynyt niin, että aloitettuasi et ole voinut lopettaa juomista?
  - Ei kertaakaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin
  
5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet jättänyt tekemättä jotakin sinulta odotettua juomisen takia?
  - En kertaakaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut juomisen jälkeen aamulla krapularyypyn päästäksesi liikkeelle?
  - Ei kertaakaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin
  
7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
  - Ei kertaakaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin
  
8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana on käynyt niin, ettet ole pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia juomisen takia?
  - Ei kertaakaan
  - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - Kerran kuukaudessa
  - Kerran viikossa
  - Päivittäin tai lähes päivittäin
  
9. Oletko sinä tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään juomisesi takia?
  - Ei
  - Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
  - Kyllä - viimeksi kuluneen vuoden aikana
  
10. Onko sukulaisesi, ystäväsi, lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen ollut huolestunut alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että joisit vähemmän?
  - Ei
  - Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
  - Kyllä - viimeksi kuluneen vuoden aikana

(Päihdelinkki. 2011c.)

11. Kirjaa kalenteriin tyypillinen alkoholinkulutuksesi kuukaudessa

Merkitse alkoholijuomien annosmäärät niiden päivien kohdalle, joina tyypillisesti otat alkoholia. Annosmittarin avulla voit laskea alkoholin annosmäärän.

Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Kuukausi						

12. Jos olit kokonaan juomatta joinain kuukausina, niin montako tällaista kuukautta oli?\_\_\_\_\_

13. Montako annosta joit viimeisimmällä juomakerrallasi?\_\_\_\_\_

14. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti ystävyysuhteisiisi tai sosiaaliseen elämääsi?

- Ei
- Kyllä

15. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti terveyteesi?

- Ei
- Kyllä

16. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti mielialaasi?

- Ei
- Kyllä

17. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti perhe-elämääsi tai parisuhteeseesi?

- Ei
- Kyllä

18. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti työhösi, opintoihisi tai työllistymismahdollisuuksiisi?

- Ei
- Kyllä



19. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti taloudelliseen tilanteesi?
- Ei
  - Kyllä
20. Jotta voisimme päätellä, mihin sijoitit juomistapoja kuvaavalla kaaviollamme, kerro meille vielä hieman itsestäsi.
21. Kuinka vanha olet?\_\_\_\_\_ vuotta.
22. Oletko:
- Mies
  - Nainen
23. Kuinka paljon painat?\_\_\_\_\_ kiloa.
24. Juotko enimmäkseen:
- Kotona
  - Ravintolassa
  - Kotona ja ravintolassa suunnilleen yhtä usein

(Päihdelinkki. 2011c.)

## Liite 5 Huumeidenkäyttötesti (DAST)

Lomakkeen kysymykset käsittelevät huumaavien aineiden (ei alkoholin) käyttöä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Lue jokainen kysymys huolellisesti ja vastaa valitsemalla sopiva vaihtoehto ('kyllä' tai 'ei').

Huumaavien aineiden "väärinkäyttö" tarkoittaa joko reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina (liikakäyttö) tai huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen.

Huumaavia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marihuana), kokaiini, opiaatit (morfiini, heroini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. jotkin unilääkkeet) ja hallusinogeenit (mm. LSD). Muista, että kysymykset eivät koske alkoholia.

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos kumpikaan vaihtoehtoista ei tunnu täysin oikealta, valitse lähempänä oikeaa oleva vaihtoehto.

Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Päihdelinkin sivuilta:

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/huumeidenkaytto>

Lomakkeen kysymykset koskevat huumaavien aineiden käyttöäsi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta.

1. Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen?

- kyllä
- en

2. Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan?

- kyllä
- en

3. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti?

- kyllä
- en

4. Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä?

- kyllä
- en

(Päihdelinkki. 2011d.)

5. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön?
- kyllä
  - en
6. Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoksia tai takaumia?
- kyllä
  - ei
7. Tunnetko koskaan syyllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?
- kyllä
  - en
8. Moittivatko vanhempasi tai puolisisi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä?
- kyllä
  - eivät
9. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisisi tai sinun ja vanhempiesi välillä?
- kyllä
  - ei
10. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?
- kyllä
  - en
11. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?
- kyllä
  - en
12. Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin?
- kyllä
  - en
13. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia?
- kyllä
  - en

14. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena?

- kyllä
- en

15. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä?

- kyllä
- en

16. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta?

- kyllä
- ei

17. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen?

- kyllä
- ei

18. Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?

- kyllä
- ei

19. Oletko hakenut apua huume- tai lääkeongelmiisi?

- kyllä
- en

20. Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?

- kyllä
- en

21. Ikä:

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän
- En halua kertoa

(Päihdelinkki. 2011d.)

22. Sukupuoli:

- Mies
- Nainen
- En halua kertoa

(Päihdelinkki. 2011d.)

Liite 6 Mielialahäiriökysely MDQ

1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein ollut oma itsenne ja ...

a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette ollut oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin?

- Kyllä
- Ei

b) olitte niin ärtyisiä, että huusitte ihmisille, tai aloititte väittelyjä tai riitoja?

- Kyllä
- Ei

c) itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi?

- Kyllä
- Ei

d) nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta?

- Kyllä
- Ei

e) olitte paljon puheliaampi tai puhuitte tavallista nopeammin?

- Kyllä
- Ei

f) ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan?

- Kyllä
- Ei

g) ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyennyt keskittymään tai pysymään kärryillä?

- Kyllä
- Ei

h) olitte paljon tavallista energisempi?

- Kyllä
- Ei

(Turku. 2011.)

i) olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti?

- Kyllä
- Ei

j) olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäin suuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä?

- Kyllä
- Ei

k) olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä?

- Kyllä
- Ei

l) teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisena?

- Kyllä
- Ei

m) rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia?

- Kyllä
- Ei

2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan yllä olevista, tapahtuiko useampi näistä saman ajanjakson aikana?

- Kyllä
- Ei

3. Kuinka paljon ongelmia yllä olevat asiat aiheuttivat Teille

- 1 Ei ongelmia esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahan tai virkavaltaan,
- 2 Vähäistä työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja?
- 3 Kohtalaisia
- 4 Vakavia

Olkaa hyvä ja valitkaa vain yksi vaihtoehto.

MDQ-seulan tulkintaohje

MDQ-seula on positiivinen, jos:

kohdassa 1 kyllä-vastauksia on vähintään 7 ja kohtaan 2 on vastattu kyllä ja kohtaan 3 on vastattu 3 tai 4

Tutkimuksen mukaan noin 40 %:lla positiivisen seulan saaneilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Testin tulos on aina suuntaa antava eikä välttämättä merkitse että sinulla olisi kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Diagnoosin teko vaatii aina lääkärin tutkimuksen.

Mikäli epäilet, että sinulla on kaksisuuntainen mielialahäiriö, ota yhteys lääkäriin!

(Turku. 2011.)

## Liite 7 DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)

DUDIT -testin avulla voit saada kokonaiskuvan huumeiden käyttöön liittyvistä ongelmista, haitoista ja niiden asteesta. Palautteessa annetaan myös tietoa mistä voi halutessaan hakea tukea ja apua huumeiden käytön lopettamiseksi.

Testissä on yksitoista kysymystä huumeista. Vastaa mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti valitsemalla omaan tilanteeseesi sopivin vaihtoehto.

Testi on saatavilla sähköisessä muodossa Päihdelinkin sivuilta: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/dudit>

1. Kuinka usein käytät muita päihteitä kuin alkoholia?

- En koskaan
- Kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Käytätkö koskaan samalla kertaa useita eri huumeita?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7 tai enemmän

3. Kuinka monta kertaa otat huumeita sellaisena tyypillisenä päivänä, jona yleensä käytät niitä?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin



4. Kuinka usein olet voimakkaasti päihtynyt huumeista?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

5. Oletko viimeisen vuoden aikana tuntenut niin suurta kaipuuta huumeisiin, että et ole pystynyt vastustamaan sitä?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

6. Onko sinulle viimeisen vuoden aikana käynyt niin, että et ole pystynyt lopettamaan huumeiden ottamista kun olet aloittanut?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet käytettyäsi huumeita jättänyt tekemättä asian, joka sinun olisi pitänyt tehdä?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

(Päihdelinkki. 2013.)

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana sinun on seuraavana aamuna tarvinnut ottaa jotain huumetta käyttäsi runsaasti huumeita edellisenä päivänä?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

9. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai huonoa omaatuntoa huumeiden käyttösi vuoksi?

- En / Ei koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Joka kuukausi
- Joka viikko
- Päivittäin tai lähes päivittäin

10. Oletko satuttanut itseäsi tai muita (henkisesti tai fyysisesti) huumeiden käyttösi seurauksena?

- En / Ei
- Kyllä, mutta en kuluneen vuoden aikana
- Kyllä, kuluneen vuoden aikana
- Päivittäin tai lähes päivittäin

11. Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri, hoitaja tai joku muu ollut huolissaan huumeiden käytöstäsi tai ehdottanut, että lopettaisit huumeiden käytön?

- En / Ei
- Kyllä, mutta en kuluneen vuoden aikana
- Kyllä, kuluneen vuoden aikana

12. Ikä:

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän
- En halua kertoa

13. Sukupuoli:

- Mies
- Nainen
- En halua kertoa

(Päihdelinkki. 2013.)

Liite 8 DEPS-kyselylomake (mahdollisen depression selvittämiseksi)

Seuraavat kysymykset koskevat tuntemuksiasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla se numero, joka parhaiten vastaa tuntemuksiasi.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana:

Kärsin unettomuudesta

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tunsin itseni surumieliseksi

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tunsin itseni tarmottomaksi

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tunsin itseni yksinäiseksi

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tulevaisuus tuntui toivottomalta

- En nauttinut elämästäni
- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tunsin itseni arvottomaksi

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä

- Ei lainkaan
- Jonkin verran
- Melko paljon
- Erittäin paljon

(Sydänliitto. 2013)

Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla

- o Ei lainkaan
- o Jonkin verran
- o Melko paljon
- o Erittäin paljon

(Sydänliitto. 2013.)

#### Liite 9 Teemahaastattelun runko

Halusimme pitää teemahaastattelun kulun vapaana, jotta päihdeklinikan työntekijät voisivat kertoa toimintatavoistaan omin sanoin ja että kaikki tulisi kerrottua. Haastattelua tehdessä ei siis ollut kovin tarkkaa runkoa ja tarkentavia kysymyksiä tehtiin tarvittaessa. Muutama valmiiksi suunniteltu kysymys kuitenkin oli, jotta tarvittavat tiedot saatiin selville.

- Miten te arvioitte asiakkaan kohdalla laitoshoidon tarvetta ja onko teillä valmiita kriteerejä siihen?
- Miten laitoshoidon tarpeen arviointi ja laitoshoitoon pääsy etenee?
- Mitä keskustelukäynti sisältää?
- Mitä keskustelukäynnillä käydään läpi?
- Onko testejä tai lomakkeita käytössä, joita sovelletaan?