

Eveliina Jantunen

ADDIKTIOPOLIKLINIKAN PÄIHDESAIRAANHOITAJATOIMINTA:
ASIAKASPALAUTELOMAKKEEN TUOTTAMINEN
PROJEKTIMAISENA OPINNÄYTETYÖNÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

ADDIKTIOPOLIKLINIKAN PÄIHDESAIRAANHOITAJATOIMINTA:
ASIAKASPALAUTELOMAKKEEN TUOTTAMINEN PROJEKTIMAISENA
OPINNÄYTETYÖNÄ

Jantunen, Eveliina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2012
Ohjaaja: Kangassalo, Ritva
Sivumäärä: 40
Liitteitä: 4

Asiasanat: alkoholi, päihdesairaanhoitaja, motivoiva haastattelu

Opinnäytetyön aiheena oli suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan Addiktiopoliklinikan päihdesairaanhoitajatoiminta ja asiakaspalautelomakkeen tuottaminen projektimaisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tavoitteena oli palautelomakkeen avulla kehittää Addiktiopoliklinikan työtä asiakaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyö tehtiin Addiktiopoliklinikan työntekijöiden toiveesta.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa asiakaspalautelomake Addiktiopoliklinikan käyttöön. Palautelomake on tarkoitus antaa asiakkaille päihdesairaanhoitajakonsultaatiokäynnin jälkeen. Lomakkeessa kysytään nimenomaan alkoholinkäyttöön ja asiakkaan omaan motivaatioon sekä hoitoon sitoutumiseen liittyviä asioita. Palautelomake tehtiin yhteistyössä Addiktiopoliklinikan työntekijöiden kanssa.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käydään läpi suomalaista alkoholin käyttöä, alkoholin vaikutuksia elimistöön sekä alkoholin käytöstä johtuvien ongelmien ehkäisyä ja hoitoa. Hoitomalleista perehdytään tarkemmin motivoivaan haastatteluun ja mini-interventioon. Lisäksi esitellään Addiktiopoliklinikka.

Opinnäytetyön tuotoksena laaditussa kyselylomakkeessa on esitietoihin neljä ja konsultaatioon liittyen seitsemän strukturoitua kysymystä, joiden avulla saadaan palautetta päihdesairaanhoitajan konsultaatiokäynnistä. Teoreettisessa osuudessa kuvataan myös projektimaisen opinnäytetyön eteneminen, työn tuotos sekä arviointi. Projektimainen opinnäytetyö tehtiin kevään 2011 ja 2012 välisenä aikana.

THE CONSULTATION OF THE SUBSTANCE ABUSE SPECIALIZED NURSE OF THE CLINICS OF ADDICTIONS: PRODUCING A CUSTOMER FEEDBACK FORM AT A PROJECT THESIS

Jantunen, Eveliina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2012

Supervisor: Kangassalo, Ritva

Number of pages: 40

Appendices: 4

Keywords: alcohol, substance abuse specialized nurse, motivational interviewing

The subject of this thesis was the consultation of the substance abuse specialized nurse of the clinics of addictions in a Finnish university central hospital and producing a customer feedback form at a project thesis. The target was to develop the work at the clinics of addictions to be more customer-oriented. The basis of this thesis was the wish of the people working at the clinics of addictions.

The purpose of this thesis was to produce a customer feedback form that can be used at the clinics of addictions. The form is supposed to give to the customers after the consultation of the substance abuse specialized nurse. The things asked in the form are related to alcohol abuse, motivation and the adherence to the treatment. The form was made as co-operation with the workers of the clinics of addiction.

The topics discussed in the theoretical part of the thesis include the alcohol abuse in Finland, the effect of alcohol on the system and the prevention and the treatment of the problems that have been caused by alcohol abuse. The theoretical part also deals closer with motivational interviewing and brief intervention. The clinic of addictions is also introduced in the thesis.

The produced customer feedback form includes structured questions, four as preliminary information and seven related to the consultation. The answers give feedback from the consultation of the substance abuse specialized nurse. The theoretical part of the thesis includes the progression, the output and the assessment of the thesis. The thesis was conducted between the spring of 2011 and 2012.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA.....	6
3	ALKOHOLIN VAIKUTUKSET ELIMISTÖÖN.....	8
3.1	Ruoansulatuskanava.....	9
3.2	Haima	10
3.3	Maksa	11
3.4	Sydän ja verenkierto	14
3.5	Keskushermosto.....	15
3.5.1	Akuutit hermostovaikutukset	15
3.5.2	Krooniset hermostovaikutukset.....	16
3.6	Aineenvaihdunta ja umpieritys	17
3.7	Mielenterveys.....	18
4	ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ JOHTUVIEN ONGELMIEN EHKÄISY JA HOITO	19
5	MINI-INTERVENTIO	22
6	MOTIVOIVA HAASTATTELU	23
6.1	Muutoksen vaiheet.....	25
6.2	Motivoivan haastattelun periaatteet	26
6.3	Motivaatiota edistävä terapia (MET).....	28
7	ADDIKTIOPOLIKLINIKKA	28
7.1	Addiktiopoliklinikan toimenkuva.....	28
7.2	Päihdesairaanhoidajatoiminta	29
7.3	Päihdesairaanhoidajakonsultaation rakenne	30
8	PROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
8.1	Projektimaisen opinnäytetyön määrittely	31
8.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	32
8.3	Opinnäytetyön rajaus ja riskit	33
8.4	Opinnäytetyön henkilöstö	33
9	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS	34
9.1	Suunnitteluvaihe	34
9.2	Toiminnallinen vaihe	35
9.3	Projektin tuotos, asiakaspalautelomake	36
10	PROJEKTIN PÄÄTTYMINEN JA ARVIOINTI.....	37
10.1	Arviointi	37
10.2	Pohdinta	38
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalainen alkoholin kulutus asukasta kohti on noin nelikertaistunut 1960- luvun alkuvuosiin verrattuna, eli vuonna 2010 se oli 10 litraa 100 % alkoholia asukasta kohti vuodessa. Kulutus jakautuu epätasaisesti: lähes puolet kulutetusta alkoholista juo eniten juova 10 %. Kulutuksen kasvu 2000-luvulla on ollut yhteydessä käyttöön liittyvien haittojen kasvuun: alkoholin määrän kasvaessa alkoholiin liittyvät haitat lisääntyvät.

Alkoholisairaudet muodostavat 1,7 % kaikista sairaalahoitopäivistä Suomessa. Vuonna 2010 alkoholisairaus oli päädiagnoosina 22 889 hoitokäynnillä. Vuodesta 2005 alkaen alkoholi on ollut merkittävin työikäisten kuoleman aiheuttaja: vuonna 2009 kuoli 2 918 ihmistä alkoholinperäisten syiden johdosta.

Vuonna 2009 alkoholi aiheutti suomalaisille 0,8 - 1,0 miljardin euron välittömät ja 3,2 - 5,9 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Alkoholiriippuvuutta voidaan pitää yleisyytensä perusteella kansansairautena: suomalaisista miehistä 8 % ja naisista 2 % on alkoholiriippuvaisia. Alkoholiriippuvuuden hoito on kannattavaa: yli puolet potilaista hyötyy hoidosta.

Alkoholin aiheuttamat vauriot voivat kohdistua yhteen tai moneen elimeen ja ilmetä vasta myöhemmin. Suurin osa alkoholin aiheuttamista sairauksista paranee alkoholin käytön lopettamisen jälkeen ainakin osittain, joten tärkein hoito niihin on alkoholiongelman tai riippuvuuden hoito.

Suomalaisen alkoholipolitiikan perustavoite on alkoholilaissakin mainittu alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Käytännön tavoitteina ovat alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentäminen, alkoholin riskikäyttöön liittyvien haittojen vähentäminen ja alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun.

Suomessa kunnat ovat avainasemassa alkoholihaittojen ehkäisyssä, koska lain mukaan ne vastaavat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Hoitopaikoissa

onkin tärkeää muistaa alkoholiongelman yleisyys ja etsiä ongelmaa aktiivisesti eri potilasryhmistä. Ammatilaisen tulee pyrkiä motivoimaan potilasta huomaamaan alkoholinkäytön yhteyden terveysongelmiin ja käynnistämään tarvittavat hoitotoimet. Tehokkaan hoidon edellytys on varhainen havaitseminen. Lyhytneuvonta (mini-interventio) on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja.

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana on suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan Addiktiopoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien ilmaisema toive saada käyttöön kyseisen organisaation hoitotyön toimintaohjelman mukainen asiakaspalautelomake päihdesairaanhoitajakonsultaation läpikäynneille asiakkaille.

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa asiakaspalautelomake Addiktiopoliklinikan käyttöön. Palautelomake on tarkoitus antaa asiakkaille päihdesairaanhoitajakonsultaatiokäynnin jälkeen. Lomakkeessa kysytään nimenomaan alkoholinkäyttöön ja asiakkaan omaan motivaatioon sekä hoitoon sitoutumiseen liittyviä asioita. Tavoitteena on palautelomakkeen avulla kehittää Addiktiopoliklinikan työtä asiakaslähtoisemmäksi.

2 ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA

Suomalaisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Alkoholinkulutus asukasta kohti on noin nelikertaistunut 1960-luvun alkuvuosiin verrattuna ollen vuonna 2010 kymmenen litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohti vuodessa. Kuitenkin vuoteen 2009 verrattuna alkoholinkulutus väheni noin 2 %. Alkoholinkulutus jakautuu väestössä epätasaisesti: lähes puolet kulutetusta alkoholista juo eniten juova 10 %. Arvioidaan, että suurkuluttajien määrä, samoin kuin heidän juomansa alkoholin määrä on kasvanut 2000-luvulla. Alkoholinkulutuksen kasvu 2000-luvulla on ollut yhteydessä alkoholin käyttöön liittyvien haittojen kasvuun. Nyt kuitenkin haittojen kasvu näyttäisi pysähtyneen ja osin kääntyneen laskuun. (Alho ym. 2010: 5,7,11; Duodecim ym. 2010: 2 - 3; THL 2011: 16.)

Suomessa alkoholinkulutus on eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus eli humalajuominen. Alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: riskikäyttö lisää haittoja. Vuonna 2010 sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin 22 889 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosina, ja 33 568 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Edellisvuoteen verrattuna alkoholiehtoiset hoitotaksot ovat vähentyneet noin 8 %, ja hoitotaksot määrä on nyt alhaisempi kuin 2000-luvun alussa. Suurin osa hoitotaksista oli miehillä eli noin 78 %, mutta naisten osuus näyttäisi olevan kasvussa. Vuodesta 2005 alkaen alkoholista on tullut merkittävin työikäisten kuoleman aiheuttaja. Suomessa kuoli vuonna 2009 alkoholiperäisiin syihin kaikkiaan 2 918 ihmistä. Vuonna 2010 päihtyneenä tapaturmaan ja väkivaltaan kuoli 763 henkeä, mikä on 85 henkeä vähemmän kuin edellisellä vuonna. Vuonna 2009 alkoholin käyttö aiheutti 0,8 - 1,0 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 3,2 - 5,9 miljardin euron välilliset haittakustannukset. (Alho ym. 2010: 5,7,11; Duodecim ym. 2010 2 - 3; THL 2011: 16, 21 - 22, 24; THL 2011: 6.)

Alkoholiongelma on yksi suomalaisen yhteiskunnan merkittävistä terveysuhkista. Noin joka viides mies ja joka kymmenes nainen käyttää alkoholia yli riskirajojen. Näin ollen alkoholin riskikäyttäjää on Suomessa 300 000 - 500 000. Alkoholiriippuvuutta voidaan pitää yleisyytensä perusteella kansansairautena: miehistä 8 % ja naisista 2 % on alkoholiriippuvaisia. (Alho ym. 2010: 5,7,11; Duodecim ym. 2010: 2-3.)

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä 2003 vahvistettiin Suomen alkoholipolitiikan perustavoitteeksi alkoholilaisissa mainittu alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Tämän mukaan alkoholipolitiikan keskeisinä käytännön tavoitteina ovat alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentäminen, alkoholin riskikäyttöön liittyvien haittojen vähentäminen ja alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. Myöhemmin linjauksia ovat vahvistaneet hallituksen lakipaketti alkoholihaittojen vähentämiseksi vuonna 2006, kansalliset alkoholiohjelmat 2004 - 2007 ja 2008 - 2011 sekä ehkäisevän päihdetyön tehostaminen ja alkoholijuomien valmisteverojen korottaminen kolme

kertaa vuosien 2008 ja 2009 aikana. Lisäksi alkoholihaitat ovat nousseet vahvasti esiin terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa ja sisäisen turvallisuuden ohjelmassa. (THL 2011: 16.)

Alkoholiohjelma 2004 - 2007 ja 2008 - 2011 on työkalu alkoholihaittojen vähentämiseen. Sen tavoitteena on vähentää alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamia haittoja, vähentää alkoholin riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja sekä kääntää alkoholijuomien kokonaiskulutus laskuun. Alkoholiohjelma koostuu toiminnan suuntaviivoista ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön koordinoimasta laajapohjaisesta yhteistyöstä. (STM 2005: 3.)

Vuonna 2011 toimintansa aloittaneen hallituksen ohjelmassa todetaan alkoholiohjelman jatkuvan myös vuoden 2011 jälkeen. Lisäksi hallitusohjelmaan on kirjattu alkoholilain kokonaisuudistus. (THL 2011: 6.)

3 ALKOHOLIN VAIKUTUKSET ELIMISTÖÖN

Alkoholisairaudet lisääntyvät alkoholin ongelmakäytön myötä. Pitkään jatkuva alkoholinkäyttö on haitallista elimistölle monin tavoin. Vauriot voivat kohdistua yhteen tai moneen elimeen ja ilmetä vasta myöhemmin. Suurin osa alkoholisairauksista paranee käytön lopettamisen jälkeen ainakin osittain, ja siksi tärkeä osa alkoholisairauksien hoitoa on alkoholiongelman tai riippuvuuden hoito. Hoitopäivinä tarkasteltuna alkoholisairaudet muodostavat 1,7 % kaikista sairaalahoitopäivistä. (Alho ym. 2010: 156; THL 2009: 3.)

Alkoholin ongelmakäyttö näkyy usein ihmisen ulkoisessakin olemuksessa. Tällaisen potilaan oireita ja löydöksiä voivat olla yleisoireet ja elintoimintojen muutokset (yleistilan lasku, lämpöily tai kuume, ikterus eli keltaisuus, ascites eli neste vatsaontelossa, turvotukset ja heikko virtsantulo), elinten ja hermoston muutokset (pieni, suuri tai aristava maksa, kookas perna, korvasylkirauhasten suurentuminen, lihaskato ja perifeerinen neuropatia), psyykkiset oireet (sekavuus, delirium tremens

ja dementia), iho-oireet (kämmenten punoitus ja hämähäkkiluomet) ja / tai muutokset sukupuolielimissä ja seksuaalisuudessa (gynekomastia eli rintojen kasvu miehellä, kivesten surkastuminen, impotenssi ja hirsutismi eli karvoituksen lisääntyminen naisella). (Alho ym. 2010: 159.)

3.1 Ruoansulatuskanava

Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa haittoja koko ruoansulatuskanavaan: suuhun, ruokatorveen, mahalaukuun ja suolistoon sekä maksaan ja haimaan. (Alho ym. 2010: 157.)

Alkoholin vaikutuksesta syljeneritys *suussa* lisääntyy ohimenevästi. Alkoholisteista 15 %:lla todetaan sylkirauhasten ja erityisesti korvasylkirauhasten suurentumista (parotishyperplasia). Lisäksi heillä on usein suun ja ienten tulehduksia liittyen huonoon suuhygieniaan ja ravisemukseen. Vahvat alkoholijuomet voivat vaurioittaa koko yläruoansulatuskanavan limakalvoja. Runsas alkoholin käyttö on tärkeimpiä suun, nielun ja kurkunpään syöpää lisääviä riskitekijöitä. (Alho ym. 2010: 160; Kiianmaa ym. 2003: 346.)

Ruokatorvessa pitkälle edenneet alkoholisairaudet aiheuttavat verenkierron muutoksia. Kun maksan sidekudos lisääntyy, maksaan verta tuovan porttilaskimon paine kasvaa ja veri ohjautuu maksan ohi ruoansulatuskanavaan, erityisesti ruokatorveen muodostumien laskimolaajentumien läpi. Laskimolaajentumia eli varixia voi muodostua myös mahalaukun yläosaan ja ne voivat revetessään aiheuttaa hengenvaarallisen verenvuodon. Arviolta 30 – 50 % maksakirroosipotilaista saa akuutin varixien verenvuodon, ja riippuen sairauden vaikeusasteesta noin 5 – 50 % menehtyy siihen. (Alho ym. 2010: 160; Kiianmaa ym. 2003: 346.)

Suurina annoksina alkoholi laskee ruokatorven alasulkijan painetta ja vähentää ruokatorven liikettä niin, että ruokatorven alaosaan nousseen mahahapon puhdistuma-aika pitenee. Tämä taas voi johtaa ruokatorven refluksitaudin, limakalvovaurioiden ja tätä kautta ruokatorven tulehduksen syntyyn. Alkoholisteilla on tavallista enemmän vaikeaa refluksitautia ja sen komplikaatioita (mm. Barretin

limakalvo, joka on ruokatorven adenokarsinooman riskitekijä). Alkoholin suurkulutus lisää riskiä sairastua ruokatorven levyepiteelisyöpään. (Alho ym. 2010: 160; Kiianmaa ym. 2003: 347.)

Mahalaukussa alkoholi voi aiheuttaa liikehäiriöitä ja limakalvovaurioita. Kolmasosalla katkaisuhoidon tulevista on hoidon alussa ylävatsakipua, pahoinvointia, oksentelua ja närästystä. Alkoholi alentaa mahan limakalvon suojaimekanismeja, ja tätä kautta mahahappo pääsee limakalvon alle aiheuttamaan tulehduksen eli akuutin alkoholigastriitin. Tällöin mahan limakalvon verekkyyks ja kosketusvuotoherkkyys kasvavat. Alkoholi voi aiheuttaa myös pitkäaikaisia muutoksia mahan limakalvolle eli reaktiivisen gastriitin. Maksakirroosipotilailla porttilaskimopaineen nousu aiheuttaa usein myös mahan limakalvon hyperplasiaa eli liikakasvua (portahypertensiivinen gastropatia). (Alho ym. 2010: 160 – 161; Kiianmaa ym. 2003: 348.)

Suolistossa runsas alkoholin käyttö lisää ohutsuolen limakalvon läpäisevyyttä, ja tätä kautta bakteerien erittämät myrkyt pääsevät porttilaskimoverenkierron kautta maksaan ja voivat vaikuttaa maksasoluvaurion syntyyn. Ripuli on yleistä alkoholia runsaasti käyttävillä. Se johtuu yleensä alkoholin vaikutuksesta veden ja natriumin imeytymiseen ja eritykseen. Alkoholin käyttö lisää riskiä saada paksusuolisyöpä ja paksusuolen adenoomapolyyppeja. (Alho ym. 2010: 161; Kiianmaa ym. 2003: 349 - 350).

3.2 Haima

Yleisin syy sekä akuuttiin että krooniseen haimatulehdukseen eli pankreatiittiin Suomessa on alkoholi: akuuteista noin 70 % ja kroonisista noin 60 - 70 % on alkoholin käytön aiheuttamia. Vuonna 2009 jokin alkoholiperäinen haimasairaus oli päädiagnoosina 1434 potilaalla aiheuttaen yhteensä 2055 hoitojaksoa. Alkoholin aiheuttama haimasairaus on alkoholisairauksista kolmanneksi yleisin. Kroonista haimatulehdusta sairastavalla on 5-15- kertainen riski normaaliväestöön verrattuna sairastua haimasyöpään. (Alho ym. 2010: 162; THL 2009: 5.)

Haimatulehdus syntyy, kun alkoholi vaurioittaa haimasoluja, mikä johtaa tärkeimmän haimaentsyymien eli trypsiinin aktivaatioon jo haimassa (normaalisti aktivoituu vasta ohutsuolessa). Suojamekanismien puuttuessa trypsiinin aktivoituminen johtaa haimakudoksen tuhoon ja tulehdusreaktioon sekä sen välittäjäaineiden vapautumiseen. Näin haimasolut voivat aktivoitua tuottamaan sidekudosta ja aiheuttaa kroonistumisen. Akuutin haimatulehduksen oireet ovat pahoinvointi, oksentelu ja selkään säteilevä kova ylävatsakipu. Akuutti haimatulehdus voi muutamassa tunnissa edetä rajuksi johtaen vaikean monielinvaurion kehittymiseen (keuhkot ja munuaiset) ja tätä kautta myös kuolemaan. (Alho ym. 2010: 162; Kiianmaa ym. 2003: 352.)

Krooninen haimatulehdus aiheuttaa oireita, kun yli 90 % haimakudoksesta on korvautunut sidekudoksella. Näitä ovat aterian jälkeinen ylävatsakipu, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja laihtuminen. Alkoholin käytön lopettaminen helpottaa kipua ja hidastaa sairauden etenemistä, mutta ei pysäytä sitä kokonaan. Haimaentsyymien tuotannon vähetessä rasvojen pilkkoutuminen häiriintyy, mistä seuraa rasvaripulia. Myös sapen erityksen häiriöitä ilmenee, koska sappitiet kulkevat haiman läpi. Tästä oireina ovat kutina ja keltaisuus. Diabeteksen saa noin 10 % potilaista, ja neljäsosalla on samanaikainen alkoholimaksasairaus. (Alho ym. 2010: 162; Kiianmaa ym. 2003: 354.)

3.3 Maksa

Alkoholimaksasairaudet (rasvamaksa, alkoholihepatiitti eli maksatulehdus ja maksakirroosi) ovat tärkein maksasairauksien ryhmä Suomessa. Alkoholi aiheuttaa yli 90 % suomalaisten maksakirrooseista, ja rasvamaksamuutoksia on 90 – 100 %:lla alkoholia runsaasti käyttävillä. Alkoholimaksasairauksien riski kasvaa ja määrä lisääntyy suhteessa käytetyn alkoholin määrään, kun alkoholin päivittäinen käyttö ylittää naisilla 40g eli kolme annosta ja miehillä 60g eli viisi annosta. Vuonna 2009 jokin alkoholimaksasairaus oli päädiagnoosina 1565 potilaalla ja se aiheutti 3251 hoitajaksoa. Alkoholimaksasairaus on alkoholin aiheuttamista sairauksista toiseksi

yleisin ja niihin kuoli vuonna 2009 1106 henkeä eli 13 henkeä vähemmän kuin edellisenä vuonna. (Alho ym. 2010: 157, 163; THL 2010: 21; THL 2009: 5.)

Maksasolujen rasvoittuminen kertoo jo varhaisessa vaiheessa liiallisesta alkoholin käytöstä ollen yleisin alkoholin aiheuttama muutos maksassa. Rasvoittuminen johtuu alkoholin palamisen aiheuttamista muutoksista maksasolujen toiminnassa, ja se johtaa maksan suurentumiseen eli hepatomegaliaan. Rasvamaksapotilaat ovat yleensä oireettomia, ja rasvamaksa paranee itsestään jopa kahdessakin viikossa abstinenssin eli juomattomuuden aikana. Käytön jatkuessa 10 – 35 %:lla rasvoittuminen etenee alkoholihepatiittiin ja noin 8 – 20 %:lla maksakirroosiin. (Alho ym. 2010: 163; Kiianmaa ym. 2003: 344.)

Maksavaurio syntyy alkoholin, sen aineenvaihdunnan tai aineenvaihduntatuotteiden, mm. asetaldehdydin, vaikutuksesta. Alkoholi muuttaa solukalvojen läpäisevyyttä, ja asetaldehydi voi sitoutua monien eri proteiinien kanssa aiheuttaen muutoksia niiden toimintaan. Toinen tärkeä asia maksavaurion synnyssä on suoliston bakteerien myrkkyjen eli endotoksiinien pääsy verenkiertoon ja maksaan suoliston limakalvon läpäisevyyden kasvamisen myötä. Niiden aiheuttamat muutokset johtavat tulehdussolujen lisääntymiseen maksassa. Alkoholiaineenvaihdunnassa syntyvät reaktiiviset tuotteet ja endotoksiinit aktivoivat lisäksi maksan omia tulehdussoluja, jotka vapauttavat tulehduksen välittäjäaineita eli sytokiineja lisäten ja voimistaen edelleen tulehdusreaktiota. Lopputuloksena on voimakas tulehdusreaktio, alkoholihepatiitti, ja maksasolujen tuhoutuminen. (Alho ym. 2010: 163 – 164.)

Alkoholihepatiitti on vakava sairaus, johon liittyy suuri kuolleisuus, ja siksi se tulisi tutkia ja hoitaa ajoissa. Vaikeaan alkoholihepatiittiin 50 – 60 % ja kaikista potilaista 17 % kuolee kuukauden sisällä diagnoosin saamisesta. Alkoholihepatiitti on kuitenkin parantuva sairaus. 75 % maksamuutoksista paranee, jos potilas pystyy lopettamaan alkoholin käytön, muuten sairaus etenee kirroosiksi. (Alho ym. 2010: 164; Kiianmaa ym. 2003: 344).

Vaikeaan alkoholihepatiittiin liittyvät oireet ovat keltaisuus eli ikterus, kuumeilu, ylävatsakipu, ascites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon, turvotukset, kookas ja aristava maksa, maksan vajaatoiminta, hepatorenaalinen syndrooma eli munuaisten

pettäminen maksasairauden vuoksi, enkefalopatia eli aivosairaus, bakteeritulehdukset ja ruoansulatuskanavan verenvuodot. (Alho ym. 2010: 164; Kiianmaa ym. 2003: 342.)

Alkoholimaksakirroosi kehittyy 40 – 50 %:lle alkoholihepatiitti- ja 8 – 20 %:lle alkoholirasvamaksapotilaista. Parantavaa hoitoa siihen ei ole, mutta osittaista palutumista voi tapahtua, jos alkoholin käyttö lopetetaan. Kirroottinen maksa pienenee ja sidekudoksen ympäröimiä uudissolukkokertymiä eli regeneraationoduluksia muodostuu, jolloin maksan normaali rakenne tuhoutuu ja mikroverenkierto maksassa häiriintyy. Lisääntyneen verenvirtauksen johdosta porttilaskimopaine nousee ja veri ohjautuu ruoansulatuskanavaan. Porttilaskimopaineen kohoaminen voi johtaa asciteksen muodostumiseen, jolloin vatsa turpoo voimakkaasti. Maksan toiminta heikkenee verenkierron heikentyessä, eikä maksa enää pysty valmistamaan veren hyytymistekijöitä (tästä johtuu verenvuotoherkkyys) ja albumiinia, poistamaan punasolujen hajoamistuotteena syntyvää bilirubiinia (tästä johtuu keltaisuus) eikä tuhoamaan suolistosta tulevaa ammoniakkia (tästä johtuu sekavuus) ja muita myrkyjä. Tämä voi pahimmillaan johtaa hepaattiseen enkefalopatiaan eli maksakoomaan ja tajuttomuuteen. (Alho ym. 2010: 165 – 166; Kiianmaa ym.2003: 338.)

Maksakirroosin ennusteen kannalta tärkein hoito on alkoholiabstinenssi. Sairaus pyritään pitämään tasapainossa, jotta pystytään pitämään komplikaatiot, kuten ascites ja verenvuodot, hallinnassa. Komplikaatiot huonontavat maksakirroosipotilaan ennustetta. Maksansiirtoa voidaan harkita, jos alkoholinkäytön lopettaneella potilaalla on hoitoon reagoimattomia, vakavia komplikaatioita. Jos komplikaatioita ei ole ja abstinenssi pitää, eliniän ennuste ei poikkea normaalista vuosi alkoholi käytön lopettamisen jälkeen. Maksakirroosiin liittyy kuitenkin kohonnut maksasolusyövän riski: kirroosi on 70 %:lla maksasolusyöpään sairastuneista. (Alho ym. 2010: 166; Kiianmaa ym. 2003: 344.)

3.4 Sydän ja verenkierto

Alkoholin vaikutukset sydämeen ja verenkiertoelimistöön riippuvat oleellisesti käytetyn alkoholin määrästä ja käytön kestosta. Alkoholi läpäisee helposti solukalvoja päästen kaikkiin kudoksiin. Se laajentaa ääreisverisuonia sekä nostaa verenpainetta (tästä johtuu kasvojen punotus), lisää sydämen minuuttitilavuutta sekä syketaajuutta aktivoimalla sympaattista hermostoa. Virtsaneritys voi aluksi lisääntyä, mutta krapula voi johtaa kuivumiseen. Pidempi juominen saattaa vähentää natriumin erittymistä virtsaan ja aiheuttaa nesteen kertymistä elimistöön. Runsas alkoholinkäyttö voi kertaluontoisesti aiheuttaa oireita terveellekin ihmiselle tai vaikeuttaa merkittävästi jo olemassa olevan sydänsairauden oireita nostaessaan syketaajuutta ja verenpainetta, tai pahimmillaan johtaa esimerkiksi sepelvaltimotautipotilaan äkkikuolemaan. Krapula ja runsas kertajuominen altistavat lisäksi sekä eteis- että kammioeräisille rytmihäiriöille ja vaurioittaa sydänlihasta. (Alho ym. 2010: 157, 166 – 167; Kiianmaa ym. 2003: 356.)

Satunnaisen alkoholin käytön vaikutukset sydänlihakseen menevät ohi nopeasti. Runsaan ja pitkäkestoisen alkoholinkäytön vaikutukset sydänlihakseen voivat kuitenkin olla monenlaisia. Se heikentää sydänlihaksen supistumisvireyttä ja voi aiheuttaa vasemman kammion seinämien paksuuntumista, jolloin niiden elastisuus vähenee aiheuttaen vasemman kammion täyttymisen ja supistumisen hidastumista. Alkoholisteille voi myös kehittyä dilatoivan kardiomyopatian eli laajentavan sydänlihasrappeuman kaltainen tila, jossa vasen kammiolaajenee ja sen supistumisteho pienenee merkittävästi aiheuttaen sydämen vajaatoiminnan kaltaisia oireita, hengenahdistusta ja nesteen kertymistä elimistöön. Alkoholi vaikuttaa merkittävästi sydämen vajaatoiminnan kehittymiseen ja pahenemiseen kerryttämällä nestettä, nostamalla sykettä tai aiheuttaen rytmihäiriön, huonontamalla vasemman kammion supistusvoimaa tai aiheuttamalla sydänlääkkeiden unohtamisen. (Alho ym. 2010: 157, 168; Kiianmaa ym. 2003: 356 - 358.)

3.5 Keskushermosto

Alkoholin aiheuttamat keskushermostosairaudet voivat olla seurasta joko sen suorista vaikutuksista (akuutit vaikutukset), pitkään kestävä juomisen ja siihen liittyvän poikkeavan ravitsemustilan seurauksista aivoissa (krooniset vaikutukset) tai pitkään kestäneen juomisen äkillisestä lopettamisesta (lievät tai vaikeat vieroitusoireet). Suurin osa terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidetuista alkoholin aiheuttamista sairauksista vuonna 2009 liittyi alkoholin aiheuttamiin käyttäytymisen häiriöihin ja elimellisiin aivo-oireyhtymiin (alkoholin aiheuttama päihtymystila, alkoholiriippuvuus ja alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja muut käyttäytymishäiriöt), eli 11 795 potilasta. (Alho ym. 2010: 158; THL 2009: 4-5.)

3.5.1 Akuutit hermostovaikutukset

Alkoholin käytön aiheuttama humalatila heikentää kognitiivisia toimintoja, kuten reaktioaikaa, tarkkaavuutta, muistia ja keskittymiskykyä. Se aiheuttaa tasapainovaikeuksia ja käsien vapinaa. Tapaturmariski kasvaa huomattavasti jo pienessäkin humalatilassa. Suurten alkoholimäärien juominen voi johtaa alkoholimyrkytykseen etenkin nuorilla; yli kolmen promillen humalatila saattaa tappaa, ellei alkoholi sietokyky ole kasvanut. Tottumattomalla alkoholin käyttäjällä sen aiheuttamat keskushermostovaikutukset ovat suuremmat pienemmälläkin veren alkoholipitoisuudella. Alkoholimyrkytyksiin kuoli vuonna 2009 473 henkeä eli 78 henkeä vähemmän kuin vuonna 2008. (Alho ym. 2010: 169; THL 2010: 21.)

Alkoholin vieroitusoireet ovat joskus hengenvaarallisia, kun elimistön lämmön, verenpaineen ja unirytmien säätelyt häiriintyvät, harhat ja levottomuus valvottavat ja toipumista ei tapahdu ilman vahvaa rauhoittavaa lääkitystä. Tällainen delirium tremens eli juoppohulluus voi kestää useampia päiviä ja vaatii aina sairaalahoitoa. Se alkaa yleensä 1-3 vuorokauden kuluttua pitkään kestäneen runsaan alkoholin käytön lopettamisesta, ja sitä edeltävät usein lievemmat vieroitusoireet (pahoinvointi, päänsärky, oksentelu, sydämen tykyttely, vapina, hikoilu, univaikeudet, ahdistuneisuus ja pelokkuus) ja epileptiset kouristukset. Myöhemmässä vaiheessa

ilmenee tajunnan hämärtymistäm, sekavuutta, aistiharhoja sekä voimakaampaa vapinaa. Lisäksi ilmenee myös harhaluuloja, kiihtymistä ja autonomisen hermoston yliaktiivisuutta, mm. takykardiaa ja hikoilua. (Alho ym. 2010: 137, 141, 170; Kiianmaa ym. 2003: 190.)

3.5.2 Krooniset hermostovaikutukset

Pitkään jatkuessaan alkoholin ongelmakäyttö johtaa aivosolujen kuolemaan eli aivoatrofiaan aiheuttaen älyllisten toimintojen heikkenemisen. Yleisimpiä tästä johtuvia ongelmia ovat muistivaikeudet, informaation prosessoinnin hidastuminen, toiminnan ohjauksen vaikeudet sekä persoonallisuuden muutokset. Pikkuaivoatrofia aiheuttaa kävelyn vaikeutumisen, ns. katkokävelyn. Osa aivosoluista voi toipua alkoholin käytön lopettamisen jälkeen, ja sekä fyysiset että älylliset oireet voivat lieventyä tai jopa hävitä. Jatkuessaan alkoholin käyttö johtaa pysyviin muutoksiin aivoissa. (Alho ym. 2010: 169 – 170; Kiianmaa ym. 2003: 316.)

Alkoholisteista jopa 10 % sairastuu dementiaan eri syistä. Sen voi aiheuttaa mm. Wernicken enkefalopatia tai toistuvat aivovammat. Traumaattiset aivovammat ovat alkoholisteilla ainakin kolme kertaa yleisempia, kuin väestöllä keskimäärin. Alkoholienkefalopatia eli aivorappeuma johtuu runsaan alkoholin käytön aiheuttamasta aivosolujen tuhoutumisesta, ja aiheuttaa häiriöitä aivojen säätelemissä henkisissä toiminnoissa. Alkoli aiheuttaa tuhoa myös ääreishermostossa (polyneuropatia), mistä seuraa tuntohäiriöitä sekä pistelyä, puutumista ja voimattomuutta raajoissa. Alkoholin ongelmakäyttäjillä on suurentunut riski saada aivovamma, aivoverenvuoto, aivoinfarkti sekä maksan vajaatoiminnasta aiheutuva hepaattinen enkefalopatia eli maksakooma. Alkoholi aiheuttaa myös erilaisia liikehäiriöitä, kuten Parkinsonin taudin kaltaista lepovapinaa, sekä unenaikaisia hengityskatkoja. (Alho ym. 2010: 169 – 170; Kiianmaa ym. 2003: 319.)

Wernicken enkefalopatia johtuu pitkäaikaisen alkoholin käytön aiheuttaman huonon ravitsemuksen aiheuttamasta tiamiinin eli B1- vitamiinin puutoksesta, kun alkoholimetabolia loppuu ja hiilihydraattiaineenvaihdunta kiihtyy hiilihydraattien

nauttimisen jälkeen. Oireyhtymässä aivojen harmaa alue tuhoutuu laajalti aivokammioita ympäröivissä kudoksissa, aivorungon, pikkuaivojen sekä isoainvojen ohimolohkojen alueella sekä väli- ja keskiaivoissa. Sen oireita ovat silmävärve, kahtena näkeminen, tasapainohäiriöt sekä mieleenpainamiskyvyn katoaminen, joka aiheuttaa muistamattomuutta, ajan ja paikan tajun katoamista, satuilua ja mielialan muutoksia. Oireyhtymään voi liittyä myös alhainen verenpaine, uneliaisuus, tajuttomuus ja lämmön säätelyn vaikeudet. (Alho ym. 2010: 170; Kiianmaa ym. 2003: 322.)

3.6 Aineenvaihdunta ja umpieritys

Alkoholin runsas käyttö häiritsee sekä miehen että naisen sukuhormonitasapainoa. Muutokset ovat erittäin vaikeita silloin, kun henkilöllä on alkoholimaksasairaus. Alkoholi lisää stressihormonien eli kortisolin, adrenaliinin ja noradrenaliinin erittymistä lisämunuaisista etenkin krapulavaiheessa. Kortisolin lieväkin liikatuotanto saattaa vaikuttaa haitallisesti sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan, immuniteettiin, luustoon sekä verenpaineeseen. Alkoholi myös lisää uraatin muodostumista ja estää sen poistumista virtsaan, joten kihti on tavallinen sairaus alkoholin suurkuluttajilla. (Alho ym. 2010: 158; Kiianmaa ym. 2003: 367.)

Sukuhormonit: Runsas alkoholin kertakäyttö laskee voimakkaasti testosteronin, miehen tärkeimmän sukuhormonin, pitoisuutta. Tämä johtuu suurimmaksi osaksi alkoholin suorasta vaikutuksesta kiveksen testosteronituotantoon. Se lisää myös prolaktiinin eli maitohormonin eritystä, mikä voi osaltaan heikentää testosteroni- ja siittiötuotantoa kiveksissä. Muutokset korjaantuvat alkoholin käytön lopettamisen myötä. Jos kuitenkin alkoholin käyttö johtaa maksakirroosiin, testosteronitaso laskee pysyvästi. Ilman maksakirroosiakin pitkäaikainen alkoholin käyttö nostaa miehen estrogeeni- ja eli naishormonitasoa, ja tämä aiheuttaa mm. gynekomastiaa eli rintojen kasvua ja häiritsee kiveksen toiminnan säätelyä hypotalamuksessa ja aivolisäkkeessä, mikä taas vähentää testosteronin ja siittiöiden tuotantoa kiveksissä. Alkoholia runsaasti käyttävillä impotenssi ja hedelmättömyys ovatkin yleisiä ongelmia. (Alho ym. 2010: 171; Kiianmaa ym. 2003: 366.)

Vähäinenkin alkoholin kertakäyttö nostaa hedelmällisessä iässä olevien naisten testosteronin ja muiden mieshormonien pitoisuutta. Vaihdevuosi-iässä olevilla estrogeenipitoisuus nousee, etenkin estrogeenikorvaushoitoa käytettäessä. Tällä voi olla osuutta alkoholin käytön aiheuttamaan kohoneeseen rintasyöpäriskiä. Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa lisäksi munasarjojen koon pienenemistä ja toimintahäiriöitä, kuukautiskierron häiriöitä, munasolun irtoamisen estymistä ja lapsettomuutta. (Alho ym. 2010: 172; Kiianmaa ym. 2003: 366 - 367.)

Sokeri- ja rasva-aineenvaihdunta: Koska alkoholi sisältää runsaasti energiaa, se lisää painonnousutaipumusta ja saattaa johtaa insuliinin tehon heikkenemiseen ja metabolisen oireyhtymän tai 2 tyypin diabeteksen kehittymiseen. Myös alkoholin käytöstä johtuva krooninen haimatulehdus voi johtaa diabeteksen syntymiseen, kun tulehdus tuhoaa tarpeeksi haiman insuliinia tuottavia saarekesoluja. Toisaalta alkoholin käyttö saattaa yhdessä huonon ravitsemuksen ja oksentelun kanssa johtaa ketoasidoosiin ja hypoglykemiaan. (Alho ym. 2010: 174; Kiianmaa ym. 2003: 300, 305.)

Alkoholi lisää triglyseridien määrää, runsaan käytön aikana niitä muodostuu niin paljon, ettei maksa ehdi poistaa niitä samaa vauhtia ja ne varastoituvat maksaan synnyttäen ns. rasvamaksan. Alkoholin ongelmakäyttö lisää myös triglyseridien määrää veressä, mikä saattaa nopeuttaa ateroskleroosia eli verisuonten ahtautumista. (Alho ym. 2010: 175; Kiianmaa 2003: 307.)

3.7 Mielenterveys

Alkoholin käyttö eri vaiheissaan aiheuttaa psyykkisiä oireita: päihtymystilassa, vieroitusvaiheessa, psykoottisina oireina sekä jäännöstilana esiintyvinä oireina. Alkoholiriippuvuuden lisäksi alkoholin ongelmakäyttäjillä esiintyy normaalia enemmän psyykkisiä sairauksia, kuten persoonallisuushäiriöitä, ahdistuneisuutta, mielialahäiriöitä sekä psykoottisia tiloja. Pitkäaikaisen alkoholin käytön psyykkiset

seuraukset voivat lisäksi muistuttaa lähes mitä tahansa psyykkistä häiriötä. (Alho ym. 2010: 182 – 183; Kiianmaa ym. 2003: 181 - 182.)

Ns. kaksoisdiagnoosipotilaalla on alkoholiriippuvuuden tai ongelmakäytön lisäksi alkoholin vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö, jolloin hoidossa pitää kiinnittää huomiota sekä päihde- että psykiatrisen häiriön hoitoon. Psyykkisistä oireista suuri osa lievenee tai katoaa alkoholiongelmaa hoidettaessa. Alkoholiriippuvaisista ja ongelmakäyttäjistä noin 40 – 50 %:lla on jossain elämänsä vaiheessa jokin psykiatrinen häiriö, jota alkoholin käyttö usein ylläpitää tai pahentaa. (Alho ym. 2010: 182 – 183; Kiianmaa ym. 2003: 181 - 182.)

4 ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ JOHTUVIEN ONGELMIEN EHKÄISY JA HOITO

Alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa terveydenhuollolla on keskeinen asema. Kunnat ovat avainasemassa alkoholihaittojen ehkäisyssä, koska lain mukaan ne vastaavat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Kaikissa hoitopaikoissa onkin tärkeää muistaa alkoholiongelman yleisyys ja etsiä ongelmaa aktiivisesti eri potilasryhmistä. Ammattilaisen tulee pyrkiä motivoimaan potilasta huomaamaan alkoholinkäytön yhteyden terveysongelmiin ja käynnistämään tarvittavat hoitotoimet. Tehokkaan hoidon edellytys on varhainen havaitseminen. Lyhytneuvonta (mini-interventio) on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Alkoholiriippuvuuden hoito on kannattavaa: yli puolet potilaista hyötyy hoidosta. (Alho ym. 2010: 7; Duodecim ym. 2010: 2; STM 2005: 8.)

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen ja hänen omaisensa riittävä ja asiallinen hoito. Päihdeongelmaan liittyvät somaattiset taudit hoidetaan yleensä terveystaloudessa tai sairaalassa.

Tavoitteena on havaita alkoholin ongelmakäyttö varhain, ennen siitä aiheutuvia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. (Duodecim ym. 2010: 3.)

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 1. luvun 2§:n mukaan ”lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta.”

Terveyden edistäminen on lain mukaan toimintaa, joka kohdistuu yksilöön, väestöön, yhteisöihin sekä elinympäristöön ja jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 2010: 1 luku 3§.)

Tutkimuksen keskeisiä tavoitteita ovat yksilön ja väestön terveyden edistäminen sekä terveydenhuoltojärjestelmän ja terveystalouden toimivuuden parantaminen. Tärkeitä mittareita ovat elämän laatu sekä pitkäjänteiset terveystaloudelliset vaikutukset. (Terveydenhuoltolaki 2010: 1 luku 3§.)

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä-, vaikuttavuus- ja hoitotieteellisen tutkimuksen tulee liittyä kiinteästi kliiniseen tutkimukseen ja sen pitää tukea strategisia painopistealueita. Terveydenhuollon johtaminen yhdessä lääketieteellisten sekä muiden interventioiden vaikutusten arvioinnin kanssa liittyvät tähän läheisesti. (Terveydenhuoltolaki 2010: 1 luku 3§.)

Päihdehuoltolain 17.1.1986/41 1. luvun 1§:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Kunnan tulee huolehtia päihdehuollon järjestämisestä sekä sisällöltään että laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaiseksi. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestämisestä ja kehittämisestä kunnassa vastaa sosiaalihuollon

osalta sosiaalilautakunta ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunta. (Päihdehuoltolaki 1986: 1 Luku 3§.)

Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten tulee ehkäistä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan tulee seurata päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välittää tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä. Ne myös antavat asiantuntija-apua muille viranomaisille sekä kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. (Päihdehuoltolaki 1986: 1 Luku 5§.)

Yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä kehitetään osaltaan myös päihdehuollon palveluja. Lisäksi annetaan erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Yleisiä palveluja tulee kehittää niin, että niiden piirissä pystytään hoitamaan riittävästi päihteiden ongelmakäyttäjää. Tarvittaessa avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö tulee ohjata erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Palvelujen tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia, ja ne tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. (Päihdehuoltolaki 1986: 1 Luku 6§.)

Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. (Päihdehuoltolaki 1986: 1 Luku 7§.)

Päihdehuollon palvelut tulee järjestää ajatellen ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etua. Palvelujen piiriin tulee voida hakeutua oma-aloitteisesti, ja hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Päihteiden ongelmakäyttäjää on tarvittaessa pystyttävä auttamaan ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. (Päihdehuoltolaki 1986: 1 Luku 8§.)

Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen keskinäinen yhteistyö on tärkeää. Erityistä huomiota tulee kiinnittää päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten,

koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.
(Päihdehuoltolaki 1986 1 Luku 9§.)

5 MINI-INTERVENTIO

Mini-interventio (brief intervention) on alkoholin käytön puheeksi ottoa varten kehitetty menetelmä, jonka perustana on alkoholiongelman yleisyyden tiedostaminen terveydenhuollossa sekä alkoholi asioiden kysyminen potilaalta. Se on kehitetty terveydenhuollon työntekijöiden avuksi havaitsemaan alkoholin suurkulutusta, ja sen perustana on potilaan alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja alkoholihaitta- sekä itsehallintatiedon antaminen motivoivalla tavalla. (Inkinen ym. 2006: 65, 118 – 119.)

Tutkimusten mukaan mini-interventio on oikein kohdistettuna yhtä tehokasta, kuin syvemmälle menevä ja pitkäkestoisempi hoito. Mini-interventioon kuuluu alkoholin käytöstä kysymisen ja siihen liittyvän palautteen antamisen lisäksi neuvontaa ja suunnittelua sekä alkoholin haitoista tiedottamista, ja sen tavoite on motivoida potilasta muutokseen. Mini-interventio kuuluu riskiryhmien neuvontaan eli on osa sekundaaripreventiota toteutuen osana potilaan kokonaishoitoa. Lyhimmillään se voi sisältää vain yhden käynnin ja kestää alle viisi minuuttia. Tavallisesti interventiokäyntejä on kolme. Ajankäytöltään ja sisällöltään mini-interventio soveltuu hyvin terveydenhuollon käyttöön sen kaikilla tasoilla perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. (Inkinen ym. 2006: 65 – 67, 118 – 119.)

Riskikäytön tunnistamisen lähtökohta on päihteiden käytöstä kysyminen. Saadun tiedon pohjalta annetaan potilaalle palaute hänen kulutuksestaan sekä tietoa siihen liittyvistä riskeistä. Tässä apuna voidaan käyttää erilaisia kyselyjä, esimerkiksi WHO:n Audit- kyselyä (Alcohol Disorders Identification Test, LIITE 4). Yli 8 pistettä Audit- kyselystä pidetään viitteenä alkoholin suurkulutuksesta. Audit- kysely soveltuu hyvin varhaisen alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen, ja sen herkkyyys ja tarkkuus suurkulutuksen tunnistamisessa on noin 90 %. Audit- kysely suositellaan

tehtäväksi kaikille uusille potilaille sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanotolla. (Inkinen ym. 2006: 119; Kiianmaa ym. 2003: 58 – 59, 62.)

Kyselyjen lisäksi on tärkeää tehdä potilaasta alkoholianamneesi. Alkoholianamneesin avulla pyritään saamaan tietoa takautuvasti käytetyn alkoholin määrästä, juomishistorian pituudesta ja alkoholin käyttöön liittyvistä seuraamuksista. (Kiianmaa ym. 2003: 58.)

6 MOTIVOIVA HAASTATTELU

”Motivaatio voidaan ymmärtää pikemminkin joksikin, mitä ihminen tekee kuin joksikin, mitä hänellä on. Se edellyttää ongelman tajuamista, muutoskeinojen etsimistä ja valitun muutosstrategian käynnistämistä ja siinä pitäytymistä. On olemassa monia tapoja auttaa ihmisiä etenemään kohti ongelman tajuamista ja toimintaa.” (Koski - Jännes ym. 2008: 16.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen, direktiivinen menetelmä, jolla lisätään asiakkaan sisäistä muutosmotivaatiota tutkimalla ja selvittämällä muutokseen liittyvää ambivalenssia. Tämä ambivalenssi on tarkoitus saada myös asiakkaan tietoisuuteen. Tavoitteena on auttaa ratkaisemaan myönteisiä käyttäytymismuutoksia ehkäiseviä motivaatoristiriitoja. Olennaista on, että ihminen alkaa itse pohtia tilaansa, tunnistaa muutoksen edut ja tekee itsenäisiä päätöksiä eli alkaa tuottaa itseään motivoivaa ”sisäistä puhetta.” (Kiianmaa ym. 2003: 214; Koski - Jännes ym. 2008: 42 - 43.)

Motivoivaa haastattelua koskevat ensimmäiset artikkelit on julkaistu Yhdysvalloissa -80- luvulla. Ensimmäinen kirja aiheesta julkaistiin 1991: William Miller & Stephen Rollnick: *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour*, ja myöhemmin korjattu ja laajennettu versio alaotsikkolla: *Preparing people to change*. Suomessa menetelmää on alettu opettaa päihdehuollon työntekijöille 80-

luvun puolivälissä ja myös vankeinhoidon piirissä jo 90- luvulta lähtien. (Koski - Jännes ym. 2008: 11.)

Riippuvuusongelmissa, kuten myös muissa haitallisissa käyttäytymismalleissa, on kyse motivaatio-ongelmasta, joten addiktio on silloin ihmisen motivaatiojärjestelmän pitkäkestoinen häiriö. Tässä tilanteessa ihminen alkaa suosia jotakin välittömästi palkitsevaa, mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä. Päihteiden käyttöön liittyy välitön mielihyvän tunne, joten se tuottaa välitöntä nautintoa ja tyydytystä. Motivaatiojärjestelmän voimat vaikuttavat ihmisen sekä tietoisiin että tiedostamattomiin valintoihin ja ohjaavat näin käyttäytymistä. (Inkinen ym. 2006: 32 - 33; Koski - Jännes ym. 2008: 7.)

Ihmisen toimintaa ohjaavat tavoitteet. Addiktiivisesti käyttäytyvillä nämä tavoitteet ovat usein ristiriitaisia: toisaalta haluaa kokea mielihyvän tunteen ja välittömän tyydytyksen, joka toiminnasta seuraa ja toisaalta haluaa välttää toiminnasta aiheutuvat haitat ja syyllisyydentunteet. Motivoivan haastattelun perustavoite onkin tällaisten tavoiteristiriitojen ratkaiseminen ja tätä kautta siirtyminen muutoksen vastustamisesta sitä tukevalle puolelle. Motivaatio on tila, joka voi vaihdella tilanteen mukaan, ja johon terapeutti voi vuorovaikutuksellaan vaikuttaa. Työntekijän suhtautuminen voi lisätä asiakkaan muutoshalukkuutta ja muutokseen sitoutumista. (Inkinen ym. 2006: 33; Koski - Jännes ym. 2008: 8, 43.)

Jotta ihmisellä heräisi aito kiinnostus jonkin toiminnan lopettamiseen, ihmisen täytyy kokea kyseinen asia itselleen tärkeäksi. Tämä sisäinen motivaatio on tehokkaampi muutoksen aikaansaamisessa kuin ulkoinen motivaatio, esim. rangaistus. Se myös tuottaa pidempiaikaisia ja subjektiivisesti tyydyttävämpiä muutoksia. Muutosmotivaatio alkaa herätä, kun ihminen alkaa kyseenalaistaa omia käyttäytymismallejaan. Muutokselle suotuisia, sisäistä motivaatiota vahvistavia ympäristöjä on mahdollista luoda, kun otetaan huomioon ihmisen perustarpeet: autonomia, sosiaalinen yhteys ja kompetenssi. Henkilökohtainen autonomia tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että ihminen voi itse päättää omasta toiminnastaan. Yhteyden tarve tyydyttyy, kun ihminen saa tukea ajatuksilleen ja tunteilleen, ja kompetenssin tarve on ihmisen halua tuntea että omalla toiminnalla on vaikuttavuutta

ja tuloksia. Näihin tarpeisiin pyritään vastaamaan motivoivan haastattelun menetelmillä. (Inkinen ym. 2006: 33; Koski - Jännes ym. 2008: 9.)

Motivaation lisäksi ihmisellä on oltava valmius, halu ja kyky muuttua. Kyky tarkoittaa muutoksen kannalta tarpeellisia taitoja, voimavaroja ja luottamusta. Ihminen voi myös toisaalta kyetä muutokseen, mutta ei halua sitä. Kaikki haluavat ja kykenevät eivät välttämättä ole valmiita muutokseen. Motivoivan haastattelun avulla ihmistä autetaan tulemaan valmiiksi, halukkaaksi ja kykeneväksi. (Koski - Jännes ym. 2008: 33 - 34.)

Motivoivassa haastattelussa keskeistä on yhteistyö, evokaatio eli esiin kutsuminen sekä asiakkaan autonomian kunnioittaminen. Yhteistyön edellytys onkin osapuolten välillä vallitseva tasa-arvoisuus ja vastavuoroisuus. Työntekijän tehtävä on auttaa asiakasta löytämään muutosvalmius itsestään. (Koski - Jännes ym. 2008: 45.)

6.1 Muutoksen vaiheet

Muutosprosessi on etenee sykleissä, ja ihmiset etenevät edestakaisin eri vaiheiden välillä eri nopeuksilla. Työntekijän on siis ensin tunnistettava, missä vaiheessa asiakas on. (Koski - Jännes ym. 2008: 30 - 31, 44.)

Esiharkintavaiheessa ihminen ei vielä harkitse muutosta eikä aio muuttaa käyttäytymistään. Hän ei välttämättä edes tiedosta ongelman olemassaoloa tai avun tarvetta. Tässä vaiheessa eniten avuksi on ongelmaa koskevan tietoisuuden lisääminen sekä valistustoimet. (Kiiänmaa ym. 2003: 213; Koski - Jännes ym. 2008: 31; Lahti 2010: 4)

Harkintavaiheessa ihminen alkaa tiedostaa ongelmaa ja sen myötä syitä mahdolliseen muutokseen. Ihminen on tässä vaiheessa yleensä ambivalentti päihteiden käytön suhteen, ja tähän vaiheeseen voikin jäädä pidemmäksi aikaa harkitsemaan muutoksen hyötyjä ja haittoja. Tässä vaiheessa on tärkeää asiakkaan ambivalenssin ratkaiseminen, sisäisen muutoksen voimistaminen sekä asiakkaan

tilan uudelleenarviointi. (Kiiianmaa ym. 2003: 213; Koski - Jännes ym. 2008: 31, 56; Lahti 2010: 4.)

Päätösvaihe seuraa usein pitkääkin pitkääkin ambivalenssijaksoa. Tässä vaiheessa ihmisen mielessä muutoksen edut ja päihteiden käytön kielteiset seuraukset ovat painoarvoltaan suurempia, kuin päihteiden käytön hyvät puolet. Tässä vaiheessa ihminen tekee päätöksen muutoksesta ja on jo saattanut kokeilla tai kokeilee muutosta. Tässä vaiheessa apua tarvitaan keinojen etsimisessä. (Kiiianmaa ym. 2003: 214; Koski - Jännes ym. 2008: 32; Lahti 2010: 4.)

Toimintavaiheessa ihmiset valitsevat muutosstrategian ja alkavat aktiivisesti muuttaa tapojaan sekä ympäristöään, päihteiden käyttöään ja siihen liittyviä uskomuksiaan. Toimintavaihe voi kestää kolmesta kuuteen kuukautta päihteiden käytön lopettamisen tai vähentämisen jälkeen. Tässä vaiheessa asiakas tarvitsee paljon tukea ja kannustusta, laaditaan muutossuunnitelma ja vahvistetaan muutokseen sitoutumista. (Kiiianmaa ym. 2003: 214; Koski - Jännes ym. 2008: 31, 56; Lahti 2010: 4.)

Ylläpitovaiheessa ihminen pyrkii säilyttämään saavuttamansa edut. Tässä vaiheessa opetellaan tunnistamaan ja karttamaan yllykkeitä ja retkahdusta edesauttavia tekijöitä. Eniten apua onkin juuri retkahduksen ehkäisymenetelmistä sekä omien uskomusten ja asenteiden työstämisestä. Ylläpito vaatii pitkäaikaista käyttäytymisen muutosta ja jatkuvaa tarkkaavaisuutta, ja se voi kestää vähintään kuudesta kuukaudesta useaan vuoteen. Useimmilla vakavasta alkoholiongelmasta kärsivillä tapahtuu kuitenkin retkahduksia, josta palataan takaisin harkinta- tai toimintavaiheeseen. (Kiiianmaa ym. 2003: 214, Koski - Jännes ym. 2008: 32 - 33; Lahti 2010: 4.)

6.2 Motivoivan haastattelun periaatteet

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian ilmaiseminen, ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan henkilökohtaisten arvojen välisen ristiriidan

voimistaminen ja suuntaaminen kohti muutosta, väittelyn välttäminen ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Näitä noudatetaan vuorovaikutustaitojen avulla. (Koski - Jännes ym. 2008: 46, 50; Lahti 2010: 5-6.)

Vahvistaminen tarkoittaa asiakkaan itsetunnon ja asiantuntemuksen tukemista. Asiakkaan vahvuuksia pyritään tunnistamaan ja nimeämään, ja osoitetaan aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan. Näin työntekijä osoittaa luottamusta potilaan kykyyn muuttua sekä vahvistaa hänen jo olemassa olevia voimavarojaan. (Inkinen ym. 2006: 124; Koski - Jännes ym. 2008: 50.)

Avointen kysymysten kautta saadaan esille asiakkaan omaa ajattelua. Niiden avulla asiakas voi kertoa enemmän omasta tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Avoimet kysymykset ovat sellaisia, joihin ei voi vastata vain ”kyllä” tai ”ei”. (Inkinen ym. 2006: 124; Koski - Jännes ym. 2008: 51.)

Heijastavassa kuuntelussa työntekijä toistaa asiakkaan ajatuksen ääneen tarkistaakseen, onko ymmärtänyt sen oikein. Työntekijä siis toimii asiakkaan tunteiden ja ajatusten peilinä. Tämän avulla asiakas voidaan saada tunnistamaan omia toimintatapojaan, tunteitaan ja ajatuksiaan. Se auttaa myös määrittelemään tavoitteita ja tunnistamaan voimavaroja sekä jatkamaan omaa pohdintaa toistettujen asioiden pohjalta. (Inkinen ym. 2006: 124; Koski - Jännes ym. 2008: 52.)

Yhteenvedo tai tiivistäminen on hyvä tehdä aika ajoin. Se kertoo asiakkaalle, että häntä kuunnellaan ja antaa tilaisuuden korjata väärinkäsityksiä. Näin se vahvistaa muutokseen sitoutumista. Yhteenvedojen avulla työntekijä voi myös ohjata keskustelua tiettyyn suuntaan. (Inkinen ym. 2006: 126; Koski - Jännes ym. 2008: 53.)

Itseä motivoivien lauseiden eli muutospuheen esiin kutsuminen tuo esille asiakkaan muutosoptimismia. Tällöin asiakas saadaan kertomaan tilanteensa eduista ja haitoista, joita voidaan vahvistaa ja kommentoida. Itseä motivoivia lauseita on neljää eri tyyppiä ja ne heijastavat muutoksen kognitiivista (tunnistaminen, optimismi), emotionaalista (huoli) tai behavioraalista (aikomus toimia) ulottuvuutta. Lauseet liittyvät ongelman tunnistamiseen, huolen ilmaisemiseen, muutosaikomuksen

toteamiseen ja muutosta koskevaan toiveikkuuteen. (Koski - Jännes ym. 2008: 54; Kiianmaa ym. 2003: 214.)

6.3 Motivaatiota edistävä terapia (MET)

Motivaatiota edistävä terapia (MET = Motivational Enhancement Therapy) on motivoivaan haastatteluun perustuva hoitomalli, systemaattinen ja direktiivinen interventio, jolla pyritään herättämään käyttäytymisen muutos alkoholiongelmallisessa henkilössä mobilisoimalla asiakkaan omia muutosresursseja. MET pohjautuu transteoreettiseen muutosvaihemalliin, joka perustuu riippuvuusongelmista kärsivien muutoksen vaiheisiin, jotka voidaan havaita sekä hoidon yhteydessä että ilman hoitoa. (Lahti 2010: 4.)

7 ADDIKTIOPOLIKLINIKKA

Addiktiopoliklinikka osasto 723 kuuluu erään suomalaisen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeseen, aikuispsykiatrian erityispalveluihin. Hoitoon tullaan lääkärin läheteellä. Addiktiopoliklinikalla toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä sairaanhoitaja.

7.1 Addiktiopoliklinikan toimenkuva

Addiktiopoliklinikalla toteutuu opiaattiriippuvaisten lääkkeellinen korvaushoito joko buprenorfiinilla tai metadonilla. Korvaushoidolla tarkoitetaan yli kuukauden kestävästä päihteettömyyteen tähtäävää metadoni- tai buprenorfiinihoitoa, joka sisältää psykososiaalisen kuntoutuksen. (<http://psykiatria.vsshp.fi>)

Addiktiopoliklinikalla tehdään opiaattiriippuvaisten potilaiden hoidon tarpeen arvioita sairaanhoitopiirinsä alueella. Haastatteluissa saatujen tietojen perusteella

arvioidaan potilaan hoidon tarve ja annetaan hoitosuositus soveltuvimmasta hoidosta. (<http://psykiatria.vsshp.fi>.)

Addiktiopoliklinikalla hoidetaan kaikki kyseisen kaupungin ja lähikuntien raskaana olevat opiaattiriippuvaiset potilaat. Addiktiopoliklinikalla tehdään päihdeäitien hoidon tarpeen arvioita. Opiaattiriippuvaisilla raskaana olevilla naisilla on mahdollisuus päästä määräaikaiseen korvaushoitoon, joka tarvittaessa voi jatkua myös synnytyksen jälkeen. Päihdeäitien hoitoon kuuluvat olennaisesti verkostopalaverit. (<http://psykiatria.vsshp.fi>.)

Addiktiopoliklinikalta tehdään konsultaatioita ja hoidon tarpeen arvioita sairaalan muilla osastoilla ja poliklinikoilla hoidettavista huumeriippuvaisista potilaista (Hiv-positiivisten ja sairaanhoitopiirin somaattisten klinikoiden aktiivisessa hoidossa olevien muiden erityisryhmien korvaushoito, intervallikorvaushoitajaksot ympäristökuntien poliklinikoille, päihdepsykiatriset arviot sairaanhoitopiirin alueen korvaushoitopotilaille). (<http://psykiatria.vsshp.fi>.)

Addiktiopoliklinikalta tehdään päihdesairaanhoitajakonsultaatioita alkoholiperäisistä syistä sairaanhoitopiiriin somaattisilla osastoilla oleville potilaille. Konsultaatiokäynti tehdään pääsääntöisesti pyydettyinä, tai sitä seuraavana päivänä. Potilaille tarjotaan 4-5 käynnin interventiojaksoa Addiktiopoliklinikalla, jolloin potilaalla on mahdollisuus tavata myös lääkäri, psykologi ja/tai sosiaalityöntekijä. (<http://psykiatria.vsshp.fi>.)

Lisäksi Addiktiopoliklinikan toimintaan kuuluu myös verkostotapaamiset, päihdeyhdyshenkilötoiminnan organisointi ja toteutus, konsultaatioryhmien vetäminen ympäristökuntien korvaushoitoa toteuttaville yksiköille sekä osastotuntien ja koulutusten järjestäminen. (<http://psykiatria.vsshp.fi>.)

7.2 Päihdesairaanhoitajatoiminta

Addiktiopoliklinikalta alettiin tehdä päihdesairaanhoitajakonsultaatioita sairaalan somaattisille osastoille vuonna 2010. Toiminnan kohderyhmänä ovat potilaat, joiden somaattinen hoitajakso liittyy päihteiden käyttöön (mm. alkoholipankreatiitti ja –hepatiitti, alkoholin käyttöön liittyvät traumat) ja potilaan päihteiden käyttöä ja

hoitomotivaatiota halutaan selvittää, sekä potilaat, joiden hoidon toteuttamisessa on ongelmia päihteiden käytön vuoksi (huumeiden käyttäjät). (Heinisuo 2010: 2,19.)

Päihdesairaanhoidajatoiminta kehitettiin, koska päihdepotilaat kuormittavat raskaasti sairaanhoitopiirin toimintayksiköitä ja aiheuttavat usein ongelmatilanteita osastoilla. Toimintayksiköissä kohdataan päihteiden käyttäjiä päivittäin, mutta systemaattinen väliintulo päihdehäiriöihin on vajavaista. Sairaanhoitopiiriltä puuttui määrätietoinen väliintulo etenkin alkon riskikulutukseen ja ongelmia ennakoiviin merkkeihin sekä toimintamalli päihdehäiriöisten potilaiden kohtaamisesta. (Heinisuo 2010: 14.)

Päihdesairaanhoidajatoiminnan tavoitteena on päihdesairauden etenemisen ehkäisy, (esim. ensimmäistä kertaa pankreatiittiin sairastunut potilas), päihde-ehtoisten terveyshaittojen ehkäisy, sekundaaripreventio (esim. tapaturman vuoksi hoitoon tullut suurkuluttaja, jolle ei vielä ole kehittynyt alkoriippuvuutta ja muuta alkoholisairautta), päihdepotilaan hoitojakson onnistumisen turvaaminen sekä hoitoyksikön kuormituksen vähentäminen ja työhyvinvoinnin lisääminen. (Heinisuo 2010: 18.)

7.3 Päihdesairaanhoidajakonsultaation rakenne

Konsultaatiopyynnön tekee somaattisen osaston lääkäri tai sairaanhoitaja. Konsultaatio toteutetaan mini-intervention mallin mukaan, ja päihdesairaanhoidaja tulee osastolle keskustelemaan potilaan kanssa henkilökohtaisesti. Tärkeintä onkin antimoralisoivan kontaktin luominen potilaaseen. Päihdesairaanhoidaja kyselee potilaan ajankohtaisesta sairaalaantulosyystä sekä onko potilaalla aikaisempia psykiatrisia tai päihdehoitojaksoja (LIITE 3). Sairaanhoitaja tekee arvion potilaan päihteiden käytöstä (Audit - kysely, LIITE 4) ja kertoo sen tuloksen eli onko todennäköistä, että potilas sairastuu alkoholin aiheuttamiin sairauksiin, sekä antaa potilaalle palautetta. Samalla sairaanhoitaja hahmottelee potilaan muutosvaiheen suhteessa päihteiden käyttöön. Potilaalle esitellään Addiktiopoliklinikan interventiojakso sekä motivoiva työskentely, tarjotaan käyntiä ja mahdollisuutta ottaa omainen mukaan. Potilaalle annetaan luettavaksi Vähennä vähäsen- opas ja

mahdollisesti juomapäiväkirja, sekä muiden hoitopaikkojen esitteitä (A-Klinikka, katkaisuhuoltoasema ym). Jos potilas ei ole kiinnostunut interventiojaksosta, annetaan hänelle Addiktiopoliklinikan yhteystiedot ja mahdollisuus varata aika kolmen kuukauden sisällä konsultaatiokäynnistä. (Heinisuo 2010: 22.)

Addiktiopoliklinikalla tapahtuvien seurantakäyntien (1-4) aikana käydään läpi somaattisen hoitjakson loppulausunto ja laboratoriokokeet eli alkoholin käytön yhteys sairastuvuuteen. Sairaanhoitaja antaa tietoa alkoholista ja terveydestä. Asiakkaan tarpeiden mukaan käydään läpi juomapäiväkirjaa, työstetään ambivalenssikarttaa ja otetaan mahdollisesti omainen mukaan käynnille ja tarjotaan mahdollisuutta lääkärin, psykologin tai / ja sosiaalityöntekijän vastaanottokäyntiin. Tärkeää on asiakkaan muutosvaiheen tarkastelu ja kirjallisen muutossuunnitelman tekeminen: jos asiakas on edelleen harkintavaiheessa, jatketaan itseä motivoivien lauseiden tuottamista, eikä pyritä vielä muutossuunnitelmaan. Seuraavilla käynneillä tapahtuu muutossuunnitelman uudistaminen. Sairaanhoitaja antaa positiivista palautetta ja vahvistaa asiakkaan omia positiivisia uskomuksia, jolloin kasvaa asiakkaan usko omiin kykyihinsä ratkaista ongelmia. Myöhemmillä käynneillä selvitetään esteitä abstinenssin ylläpitämiseen, käydään läpi retkahduksen ehkäisyyn liittyvää ajattelua sekä riskitilanteiden hallintaa. Käynnin lopuksi tehdään yhteenveto käynnistä ja suunnitelmista. (Heinisuo 2010: 23 – 27.)

8 PROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

8.1 Prjektimaisen opinnäytetyön määrittely

Projekti sanana on latinaa ja tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta. Projektilla on alku- ja päätepiste. Siinä on eri vaiheita: suunnittelu-, aloittamis- ja toteuttamisvaihe. (Paasivaara ym. 2008; Ruuska 2001: 9-11.)

Projektimaisessa opinnäytetyössä on tavoitteena käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen tai toiminnan järjestäminen. Projektimaisen opinnäytetyön toteutustapoja on erilaisia: se voi olla esimerkiksi käytäntöön tarkoitettu ohje tai

opastus. Se voi olla myös jonkin tapahtuman järjestäminen, kuten näyttely tai luento. Opinnäytetyön tuotoksena voi syntyä esimerkiksi kansio, vihko, CD, opas, portfolio tai jokin tapahtuma tai näyttelyn järjestäminen jossakin tilassa. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä pyritään työelämälähtöisyyteen ja käytännönläheisyyteen. Opinnäytetyö tulisi toteuttaa tutkimuksellisella asenteella ja sen tulisi osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Kun opiskelija tekee projektimaisen opinnäytetyön, hänen kannattaa hankkia opinnäytetyölleen toimeksiantaja. Toimeksiannettu työ lisää opiskelijan vastuuntuntoa opinnäytetyön tekemisessä ja samalla opiskelija oppii projektinhallintaa. Projektiin kuuluu täsmällisen suunnitelman tekeminen, tietyt toimintaehdot ja – tavoitteet sekä aikataulun mukainen toiminta ja tiimityöskentely. Työelämästä lähtöisin oleva opinnäytetyön aihe tukee opiskelijan ammatillista kasvua. (Vilkkä ym. 2003, 16- 17.)

8.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Addiktiopoliklinikalla on aloitettu päihdesairaanhoidajatoiminta sairaalan somaattisille osastoille vuonna 2010. Nyt Addiktiopoliklinikalla työtä on tehty kaksi vuotta ja on havaittu tarve saada palautetta työn vaikuttavuudesta. Lähtökohtana opinnäytetyössä oli Addiktiopoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien ilmaisema toive saada käyttöön sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintaohjelman mukainen asiakaspalautelomake päihdesairaanhoidajakonsultaation läpikäynneille asiakkaille.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa asiakaspalautelomake Addiktiopoliklinikan käyttöön. Palautelomake on tarkoitus antaa asiakkaille päihdesairaanhoidajakonsultaatiokäynnin jälkeen. Konsultaatiokäynti perustuu mini-interventioon ja sisältää Audit- kyselyn. Addiktiopoliklinikan interventiojakso puolestaan perustuu Motivaatiota edistävän terapian (MET) periaatteisiin ja sen tarkoitus on motivoida asiakasta muutokseen. Lomakkeessa kysytään nimenomaan alkoholinkäyttöön ja asiakkaan omaan motivaatioon sekä hoitoon sitoutumiseen

liittyviä asioita. Tämän vuoksi sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen asiakaspalautelomake ei ole riittävä. Tavoitteena on palautelomakkeen avulla kehittää Addiktiopoliklinikan työtä.

8.3 Opinnäytetyön rajaus ja riskit

Projektin rajaus on kokonaisuus, joka koostuu tavoitteista ja ehdoista. Rajaus säästää voimavaroja ja saa projektin pysymään oikeissa mittasuhteissa. Rajaus muuttuu työn aikana useaan kertaan ja se vaikuttaa suunnitteluun ja lopputulokseen. (Ruuska 2006, 25.)

Asiakaspalvelulomakkeen tarkoitus on selvittää asiakkaan mielipide. Se annetaan jokaiselle päihdesairaanhoitajakonsultaatiokäynnin läpikäyneelle asiakkaalle tasapuolisesti, joten sen tulee olla yksinkertainen ja selkeä sekä tulokset helposti tulkittavissa.

Projektimaisen opinnäytetyön toteuttamiseen saattaa liittyä monia riskejä. Projekti tulisi saada käyntiin hyvissä ajoin, jotta välttyttäisiin turhalta kiireeltä. Projektin tekijällä tulee olla toimeksiantaja ja riittävät taustatiedot. Projektin rajaus tulee alusta asti olla selkeä, koska riskinä voi olla projektin laajentuminen. Hyväkin projektimainen tuotos voi olla kielteinen, jos toimeksiantajan ja käyttäjien joukossa ilmenee vastustusta projektia kohtaan. (Ruuska 2006, 35- 48.)

Tässä opinnäytetyössä riskit liittyivät pitkälti aikatauluun ja siinä pysymiseen. Myös rajaus asettaa haasteita; on tärkeää että työ sisältää vain olennaiset asiat. Asiakaspalvelulomakkeeseen liittyviä riskejä on paljon; tuleeko siitä objektiivinen, selkeä ja ymmärrettävä ja kysytäänkö siinä oikeita asioita.

8.4 Opinnäytetyön henkilöstö

Opinnäytetyöni toimeksiantaja oli erään suomalaisen sairaanhoitopiirin Addiktiopoliklinikka, jonka käyttöön tuotokseni tulee. Lupa opinnäytetyön tekemiseen saatiin 8.2.2012 sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen johtavalta

ylilääkäriltä. Addiktiopoliklinikalla työskentelee sairaanhoitajia, lääkäreitä, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Päihdesairaanhoitajakonsultaation tekee sairaanhoitaja, ja muut ovat käytettävissä tarvittaessa. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Addiktiopoliklinikan henkilökunnan kanssa.

9 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS

9.1 Suunnitteluvaihe

Projektin alussa laaditaan projektisuunnitelma. Ilman tätä projekti voi olla haasteellinen sen eläväisyyden vuoksi, ja siksi suunnitelmaa tulee noudattaa, jotta saadaan haluttu lopputulos. Suunnitelmaa voidaan kuitenkin matkan varrella muuttaa, jos se koetaan tarpeelliseksi. Pääasia on, että suunnitteluvaihe etenee aikataulun mukaisesti. Suunnitteluvaiheessa luodaan edellytykset projektin onnistumiselle. Tässä vaiheessa varataan resurssit, määritellään aikataulut ja sovitaan käytettävistä menetelmistä. (Ruuska 2006, 99- 101; Ruuska 2001, 115 - 120.)

Suoritin työssäoppimisjakson kyseisen sairaalan Addiktiopoliklinikalla keväällä 2011. Tänä aikana työntekijät ilmaisivat toiveen, että olisi hyvä saada päihdesairaanhoitajatoiminnasta jonkinlainen tutkimus tai opinnäytetyö.

Alun perin opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää tutkimuksella, miten päihdesairaanhoitajatoiminta oli sujunut ja mitä se sisältää. Aineistona olisi ollut arkistoidut tiedot pyydetyistä ja tehdyistä konsultaatioista, tieto jatkokäynneistä kyseisen potilaan sähköisessä hoitokertomuksessa sekä sairaanhoitajien lyhyt haastattelu.

Opinnäytetyön tekemistä varten sairaanhoitopiirillä on olemassa hoitotyön tutkimuslupaohjeet. Sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmässä käsitellään ammattikorkeakouluissa terveysalalla tehtävät opinnäytetyöt. Opinnäytetyön suorittajan tulee opinnäytetyötä aloittaessaan tutustua sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintaohjelmaan ja siinä oleviin hoitotyön painopistealueisiin sekä niihin

perustuviin hankkeisiin. Ennen asiantuntijaryhmän käsittelyä luvan hakija pyytää puoltolausunnon ylihoitajalta, jonka vastuualueella opinnäytetyö aiotaan toteuttaa. Opinnäytehakemuksessa tutkija sitoutuu noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta.

Alustava tutkimussuunnitelma oli valmis 6.4.2011. Tutkimussuunnitelmaa piti vielä hiukan muuttaa opettajan ja Addiktiopoliklinikan työntekijöiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Ensimmäinen sähköposti koskien ylihoitajien puoltoja sekä korjailtu versio tutkimussuunnitelmasta lähtivät eteenpäin marraskuussa 2011. Tässä vaiheessa ongelma oli vielä tutkimusaineisto, lähinnä tilastotietojen kerääminen.

Marraskuussa 2011 tutkimussuunnitelmaa edelleen tarkennettiin ja paranneltiin, ja tammikuussa 2012 tapasimme sekä ohjaavan opettajan että Addiktiopoliklinikan ohjaajan kanssa. Opettajan mielestä oli riittävää tehdä pelkästään asiakaspalautelomake tai haastattelu. Addiktiopoliklinikan ohjaajan mielestä asiakaspalautelomake oli heille hyödyllisempi, joten päädyimme siihen. Samalla tutkimussuunnitelma muuttui projektisuunnitelmaksi, kun työn luonne muuttui.

Helmikuussa 2012 lähti korjattu versio projektisuunnitelmasta eteenpäin opettajalle sekä lupakäsittelyyn, ja 8.2.2012 tutkimuslupa myönnettiin. Tutkimusluvassa ylihoitaja mainitsee, että organisaation nimeä ei saa mainita raportissa. Maaliskuussa 2012 tapaamisessa opettajan kanssa sovittiin valmistumiseen ja työn raportointiin liittyvistä asioista ja käytiin läpi vielä joitakin asioita työn tekemisestä. Viimeinen tapaaminen Addiktiopoliklinikalla oli huhtikuussa 2012 koskien asiakaspalautelomaketta. Päätettiin, että asiakaspalautelomake annetaan vain konsultaatiokäynnin jälkeen, koska lomakkeita ei voi säilyttää mahdolliseen interventiojaksoon asti.

9.2 Toiminnallinen vaihe

Projektimainen opinnäytetyö etenee prosessina (LIITE 2). Työskentelyssä suunnittelu ja toiminta tapahtuivat usein lomittain ja päällekkäin, jolloin suunnittelua tapahtui toiminnan seurauksena ja toisinpäin. Maaliskuussa 2011 vielä harjoittelussa

ollessani aloitin kirjallisen materiaalin etsimisen. Materiaalia keräsin lähes koko työskentelyni ajan, mutta varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen aloitin vasta talvella 2012. Pääsin aloittamaan varsinaisen työn tekemisen niin myöhään, koska en halunnut kirjoittaa paljoa ennen tutkimusluvan myöntämistä.

Tein tietokantahakuja Theseuksesta aihesanoilla ”alkoholi”, ”päihdetyö” ja ”motivoiva haastattelu”. Aiheesta löytyi jonkin verran tutkimuksia, mutta ei aivan omaa aiheitani vastaavia. Päihdesairaanhoidajatoiminnasta ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia.

Tutkimusluvan saatuaani kirjoitin suurimman osan teoriaosuudesta, jotta työni olisi valmis raportoitavaksi 3.5.2012. Edelleen toiminta ja suunnittelu kulkivat käsi kädessä sen mukaan, mitä koin työni tarvitsevan. Vielä piti etsiä tietoa ja miettiä työn lopullista muotoa, ja vasta raportoinnin jälkeen työ saatiin lopulliseen muotoon.

9.3 Projektin tuotos, asiakaspalautelomake

Asiakas / potilaspalautteella tarkoitetaan potilailta / asiakkailta saatua tietoa, kannanottoa ja mielipidettä siitä, mitä hän odottaa hoidoltaan ja mitä hän tarvitsee, sekä kuinka toivoo organisaation toimivan ja miten näissä on potilaan / asiakkaan mielestä onnistuttu. Asiakaspalautemenetelmä on tapa, tekniikka tai keino, jolla potilaiden / as. tarpeista odotuksista ja kokemuksista otetaan selvää. (Outinen ym. 1999: 23.)

Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan hoitotyötä, joka perustuu potilaan yksilöllisiin terveystarpeisiin. Hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi tapahtuvat yhteistyössä potilaan kanssa hänen elämänskatsomuksensa ja kulttuuritaustansa huomioiden. Potilaan hoidossa, ohjauksessa ja neuvonnassa otetaan huomioon hänen henkilökohtaiset tiedon ja tuen tarpeensa, elämäntilanteensa sekä hänen omaisensa ja läheisensä. Potilaslähtöisyyden perustana ovat hoitotyön laatu sekä terveyden edistäminen, ja sitä arvioidaan potilastyytyväisyyskyselyjen ja jatkuvan potilaspalautteen avulla. (VSSH 2010: 5-6.)

Asiakaspalautelomakkeessa kysytään päihdesairaanhoidajakonsultaatiokäyntiin liittyviä asioita. Siinä on esitiedoista neljä ja konsultaatiokäyntiin liittyen seitsemän strukturoitua kysymystä. Jokaiseen kysymykseen on useampi vastausvaihtoehto. Potilaan on tarkoitus vastata kysymyksiin rengastamalla omaa mielepidettä kuvaava vaihtoehto (LIITE 1).

Asiakaspalautelomakkeeni tulee siis Addiktiopoliklinikan käyttöön ja sen on tarkoitus perustua motivoivan haastattelun periaatteisiin.

10 PROJEKTIN PÄÄTTYMINEN JA ARVIOINTI

10.1 Arviointi

Projektin onnistumisen arviointi voi olla haasteellista, koska projektilla on monia tavoitteita, jotka voivat olla ristiriidassa toistensa kanssa. Arviointi riippuu paljon siitä, kenen näkökulmasta tavoitteita katsellaan. Onnistuneessa projektissa tavoitteet on saavutettu aikataulun mukaisesti ottaen huomioon projektisuunnitelman ja päämäärän. Jos aikataulut ja resurssit on määritelty väärin, johtuu se huonosta tai epärealistisesta projektisuunnitelmasta. Hyväkään projektisuunnitelma ei silti pelasta, jos esiintyy ongelmia toteutuksen suhteen. Toteutusprosessi riippuu paljon tekijöiden ammattitaidosta. Myös yhteistyökyky on yksi tärkeä toteutusprosessin sisältävä asia. (Ruuska 2006, 248,251.)

Työn suunnitteluvaihe ja lopullisen muodon löytäminen kestivät odotettua kauemmin. Aikataulua ei ollut tarkkaan määritelty juuri työn projektimaisen luonteen vuoksi. Tavoitteet ja sitä mukaa suunnitelma vaihtuivat organisaation toiveiden ja tarpeiden mukaan. Lopputulos valmistui kuitenkin kohtuullisessa ajassa ja vastaa hyvin sekä omia että asiakkaan tarpeita. Vaikka työn tuotos eli asiakaspalautelomake on muuttanut muotoaan prosessin aikana, työ pohjautuu edelleen projektisuunnitelmaan ja sen päämäärään.

10.2 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä taival, eikä kaikki ole mennyt niin, kuin aluksi olin suunnitellut. Alun perin työssäni piti olla sekä asiakaspalautelomake että haastatteluosuus. Lopulta todettiin riittäväksi tehdä vain toinen, joten päädyimme asiakaspalautelomakkeen tekemiseen, koska siitä on yhteistyötaholleni enemmän hyötyä.

Opinnäytetyön teoriaosuutta kirjoittaessani perehdyin suomalaiseen alkoholin käyttöön, sen erityispiirteisiin sekä alkoholin käytöstä johtuvien haittojen ehkäisyyn ja hoitoon. Kävin läpi alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuvien ongelmien hoitoa sääteleviä lakeja ja ohjeita ja sainkin niistä kattavan kuvan. Alkoholiongelman hoidossa käytettävistä menetelmistä perehdyin tarkemmin motivoivaan haastatteluun sekä mini-interventioon, koska niitä käytetään Addiktiopoliklinikan päihdesairaanhoidajatoiminnassa.

Perehdyin myös Addiktiopoliklinikan toimintaan, organisaatioon ja henkilöstöön. Tässä auttoi paljon siellä tehty työssäoppimisjakso, jonka aikana ajatus opinnäytetyönkin tekemiseen sai alkunsa. Jakson aikana pääsin osallistumaan myös päihdesairaanhoidajatyöhön liittyvään koulutukseen.

Alkoholin käyttö Suomessa on kasvanut viime vuosikymmenien aikana. Se aiheuttaa suuret kustannukset yhteiskunnalle hoitojaksoineen ja muine haittoineen. Alkoholin käyttö aiheuttaa paitsi yhteiskunnallisia myös henkilökohtaisia ongelmia ja haittoja paitsi ongelmakäyttäjälle myös hänen läheisilleen. Silti alkoholin käytöstä puhuminen on edelleen monessa paikassa tabu ja se on vaikeaa tai noloa ottaa puheeksi.

Terveystieteiden henkilökunnan tehtävä on alkoholin käytöstä kysyminen ja sen puheeksi ottaminen. Mielestäni on tärkeää, että asia otetaan esille ja siihen etsitään toimintamalleja ja menetelmiä. Kuitenkin on tutkimuksilla osoitettu, että alkoholin käytön puheeksi otolla ja jo pienelläkin puuttumisella voi olla suotuista vaikutus alkoholin ongelmakäyttäjään. Koulutusta kuitenkin tarvitaan, koska suurin vaikutus on työntekijän suhtautumisella ja asenteella ongelmakäyttäjää kohtaan.

Asiakaspalautelomakkeen avulla saadaan kuuluviin asiakkaiden mielipide siitä, onko sairaanhoitopiirin ja Addiktiopoliklinikan toimintamalli toimiva ja onko konsultaatiosta apua juomisen vähentämiseen tai lopettamiseen. Sen avulla selviää myös, onko vuorovaikutus ollut onnistunutta ja asenne empaattinen. Asiakaspalautteen avulla Addiktiopoliklinikan tärkeää työtä voidaan kehittää enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

LÄHTEET

Alho, H.; Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Heinisuo, A-M. 2010. Päihdesairaanhoidajatoiminta. Osastokokoukset kevät 2010. TYKS, Addiktiopoliklinikka.

Inkinen, M.; Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Jääskeläinen, M. Addiktiopoliklinikka - Turku. Viitattu 14.3.2012.
<http://psykiatria.vsshp.fi/fi/6166/33405/>.

Kiiänmaa, K.; Seppä, K. & Salaspuro, M. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Koski-Jännes, A.; Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Lahti, J.: 2010. Miksi joisin vähemmän? Motivaatiota edistävä terapia (MET) alkoholiongelman hoidossa. Kognitiivisen psykoterapian ylemmän erityistason koulutuksen 1998 - 2001 lopputyö.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolku. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 24.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Ruuska, K. 2001. Projekti hallintaan. Jyväskylä. Gummerus.

Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektin hallinta. Tammer – paino Oy. Helsinki.

Siren, E. Addiktiopoliklinikka 723. Viitattu 14.3.2012.
<http://psykiatria.vsshp.fi/fi/5942/34747/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2005. Alkoholiohjelma 2004 - 2007. Suomen Printman Oy. Hyvinkää.

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito - suositus. Viitattu 24.4.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 24.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011. Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009. Tilastoraportti. Viitattu 24.4.2012.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr01_11.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri (VSSHPI). 2010. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010 - 2015. Sekpro / Euraprint.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Helsinki.

Palaute konsultaatiokäynnistä.

Toivomme, että vastaisitte lomakkeessa kysyttäviin kysymyksiin ja antaisitte palautetta. Vastaaminen on vapaaehtoista ja se tapahtuu nimettömänä. Mielenpitemme on meille tärkeä hoidon kehittämiseksi ja arvioimiseksi. Vastaaminen tapahtuu rengastamalla mielestänne oikea vastausvaihtoehto.

ESITIEDOT

1. Oletko
 - a) mies
 - b) nainen

2. Ikäsi?
 - a) 18-20v
 - b) 21-30v
 - c) 31- 40
 - d) 41- 50v
 - e) 51- 60v
 - f) yli 60v

3. Asutko
 - a) vanhempien kanssa
 - b) yksin
 - c) avo- tai avioliitossa, ei lapsia
 - d) avo- tai avioliitossa, on lapsia

4. Oletko
 - a) ansiotyössä kokopäiväisesti

- b) ansiotyössä osa-aikaisesti
- c) työtön työnhakija
- d) opiskelija
- e) eläkkeellä
- f) muu, mikä? _____

KYSYMYKSET KOSKIEN PÄIHDESAIRAANHOITAJAN KONSULTAATIOKÄYNTIÄ

1. Varasitko tarjottaessa ajan Addiktiopoliklinikalle?
 - a) kyllä
 - b) en

2. Jos et varannut aikaa, miksi?
 - a) mielestäni sille ei ole tarvetta
 - b) minulla on jos päihdehoitokontakti
 - c) joku muu, mikä? _____

3. Kohteliko työntekijä sinua empaattisesti (ymmärrys, myötätunto, kuunteleminen, kiinnostus)?
 - a) aina
 - b) usein
 - c) joskus
 - d) ei lainkaan

4. Kohteliko työntekijä sinua arvostellen, syytellen tai kritisoiden?
 - a) aina
 - b) usein
 - c) joskus

d) ei lainkaan

5. Kasvattiko konsultaatiokäynti itsetuntoasi ja uskoa omaan kykyihisi?

a) erittäin paljon

b) jonkin verran

c) vähän

d) ei lainkaan

6. Oletko konsultaatiokäynnin jälkeen pystynyt muuttamaan juomatottumuksiasi?

a) en ollenkaan

b) vähän

c) huomattavasti

d) olen lopettanut juomisen kokonaan

7. Saitko konsultaation aikana sinua hyödyttävää tietoa?

a) en ollenkaan

b) vähän

c) huomattavasti

d) paljon

TUTKIMUSLUPA



YHTEISTYÖ
HENKILÖKUNNAN KANSSA:
ideat, toiveet, tarpeet

TEORIATieto + AIKAISEMMAT
TUTKIMUKSET:

Käypä hoito- suositus
MET
Asiakaspalautelomake



ASIAKASPALAUTELOMAKKEEN
RAAKAVERSIO

+

YHTEISTYÖ, ARVIOINTI



MUOKKAUS, JATKOTYÖSTÄMINEN,
VIIMEISTELY

+

TEORIAOSUUDEN
KIRJOITTAMINEN

TESTAUS

PALAUTE TYÖNTEKIJÖILTÄ JA
ASIAKKAILTA



VALMIS LOMAKE

Päihdesairaanhoitaja -konsultaatio

Potilaan nimi: _____ sotu: _____ konsultaatio os: _____

Potilaan kotikunta: _____

Osastohoidon/ konsultaation syy:

Päihdepsykiatrisen hoitohistoria:

Ajankohtainen päihteiden käyttö:

Status:

Suunnitelma:

AUDIT		_____ / 40	
1. Kuinka usein juot alkoholia			
Ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
Noin kerran / kk tai harvemmin	<input type="checkbox"/>	1	
2-4 kertaa / kk	<input type="checkbox"/>	2	
2-3 kertaa / viikko	<input type="checkbox"/>	3	
4 kertaa viikko tai useammin	<input type="checkbox"/>	4	
2. Montako annosta kerrallaan			
1-2 annosta	<input type="checkbox"/>	0	
3-4 annosta	<input type="checkbox"/>	1	
5-6 annosta	<input type="checkbox"/>	2	
7-9 annosta	<input type="checkbox"/>	3	
10 tai enemmän	<input type="checkbox"/>	4	
3. Kuinka usein juot kuusi tai enemmän			
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
4. Kuinka usein et pystynyt lopettamaan juomista			
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
5. Kuinka usein jättit tekemättä jotain juomisen vuoksi			<i>sadd 8</i>
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
6. Kuinka usein otit krapularyypyn			<i>sadd 6</i>
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
7. Kuinka usein hänsit syyllisyyttä tai katsumusta			<i>sadd 10</i>
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
8. Kuinka usein meni muisti			
ei koskaan	<input type="checkbox"/>	0	
harvemmin kuin kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	1	
kerran kuussa	<input type="checkbox"/>	2	
kerran viikossa	<input type="checkbox"/>	3	
päivittäin tai lähes päivittäin	<input type="checkbox"/>	4	
9. Oletko loukannut itseäsi tai muita humalassa			<i>sadd 15</i>
ei	<input type="checkbox"/>	0	
kyllä mutta ei viime vuoden aik.	<input type="checkbox"/>	2	
kyllä viimeisen vuoden aik.	<input type="checkbox"/>	4	
10. Onko läheisesi, ystäväsi, lääkäri ollut huolissaan			
ei	<input type="checkbox"/>	0	
kyllä mutta ei viime vuoden aik.	<input type="checkbox"/>	2	
kyllä viimeisen vuoden aik.	<input type="checkbox"/>	4	

AUDIT	
Pisteytys:	
0-7 Vähäiset riskit	
8-10 Riskit lievästi kasvaneet	
11-14 Riskit selvästi kasvaneet	
15-19 Riskit suuret	
20-40 Riskit erittäin suuret	
SADD	
Kokonaispisteytys 0-45	
Pisteet 1-9: lievä riippuvuus	
10-19: keskivaikkea riippuvuus	
20 tai yli: vakava riippuvuus	

SADD-haastattelukaavake alkoholi-riippuvuuden voimakkuuden arvioimiseksi. Pisteytys kussakin kysymyksessä on 0-1-2-3	
Kokonaispisteet: _____ / 45	
1) Onko sinusta vaikeata olla ajattelematta juomista?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
2) Jätätkö juomisen tähden aterioita väliin?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
3) Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
4) Juotko aamulla, päivällä ja illalla?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
5) Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
6) Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivänä pitäisi tehdä?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
7) Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
8) Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
9) Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
10) Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
11) Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
12) Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
13) Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
14) Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkymiä?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>
15) Tuleeko sinulle muistatukoksia edellisen juomisen tapahtumista?	Ei koskaan <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/>

PT723 ADDIKTIOPOLIKLINIKKA
PÄIHDESAIRAAHOITAJA