



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Päihdeinterventiomallin kehittäminen Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle

Kaasinen, Juha

2012 Laurea Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Päihdeinterventiomallin kehittäminen Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle

Juha Kaasinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu
 Laurea Hyvinkää
 Sosiaali- ja terveysala
 Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Juha Kaasinen

Päihdeinterventiomallin kehittäminen Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle

Vuosi 2012 Sivumäärä 49

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää päihdeinterventiomalli Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle ja esitellä malli henkilökunnalle. Tarkoituksena oli ehdottaa osastolle päihdeinterventiomallia, joka voitaisiin ottaa jatkossa käyttöön joko sovelletusti tai mallin mukaisesti. Mallin avulla tähdätään alkoholia runsaasti käyttävien sekä alkoholiriippuvaisten potilaiden alkoholin kulutuksen vähentämiseen tai lopettamiseen. Interventiomallin menetelminä käytettiin mini-interventiota ja motivoivaa haastattelua. Opinnäytetyön tavoitteena olivat työelämän käytäntöjen parantaminen, potilaiden saaman hoidon parantaminen sekä oma ammatillisen osaamisen kasvu.

Opinnäytetyöni sisälsi toiminnallisen sekä tutkimuksellisen osuuden. Toiminnallinen osuus muodostui päihdeinterventiomallin kehittämisprosessista, jonka yhtenä tärkeänä vaiheena oli mallin esittäminen kohderyhmälle osastolla. Päihdeinterventiomallin kehittämisprosessissa taustamateriaalina toimivat päihdetyön kirjallisuus sekä alkoholiongelmaisen käypähoitosuosituksen. Nykyään hoitotyön on hyvä perustua näyttöön perustuvaan tutkimukseen. Tutkimuksellinen osuus muodostui kahdesta lomakekyselystä, joilla arvioitiin mm. päihdetyönkoulutuksen tarvetta osastolla yleisesti sekä hoitajien omaa motivaatiota lisäkoulutukseen. Lisäksi kyselyissä tiedusteltiin hoitajien omaa näkemystä interventiomallin sisällöksi, koulutuspäivän onnistumista ja sekä mallin soveltuvuutta osastolle. Molemmissa kyselylomakkeissa kysymykset olivat avoimia. Tulokset analysoitiin teemoittelemalla sekä tyypittelemällä.

Kyselyn tuloksista ilmeni, että hoitajat olivat motivoituneita päihdetyön lisäkoulutukseen ja kokivat, että lisäkoulutus on tarpeellista päihdeongelmien lisääntyessä ja markkinoille jatkuvasti tulevien uusien päihdeiden vuoksi. Interventiomalli otettiin osastolla vastaan positiivisesti. Mini-intervention käyttöönotto koettiin periaatteessa mahdolliseksi, sen sijaan motivoivan haastattelun käyttöön ottaminen koettiin haastavammaksi. Kyseiseen menetelmään tarvittaisiin laajaa koulutusta koko henkilökunnalle. Päihdeinterventiomallin esityspäivänä hoitajille jaettiin kirjallista materiaalia menetelmien käyttämisen tueksi sekä kirjallinen versio päihdeinterventiomallista, joka toimii hoitajille muistilistana interventiomallin käytössä.

Asiasanat: alkoholin suurkulutus ja sen terveysvaikutukset, kaksoisdiagnoosipotilas ja hoidon järjestäminen, mini-interventio ja motivoiva haastattelu.

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Hyvinkää
 Health Care, Social Services and Sport
 Degree Programme in nursing

Abstract

Juha Kaasinen

Developing of substance abuse intervention model for Kellokoski hospital admission ward

Year	2012	Pages	49
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to make a model of substance abuse intervention for Kellokoski psychiatric hospital admission ward and to present the model to the staff. The purpose was to provide a model of substance abuse intervention and to offer it to ward for later use. The aim of the model was to reduce alcohol consumption or to quit drinking of those patients who are alcohol risk user patients and alcohol addiction patients. The substance abuse intervention model uses brief intervention and motivational intervention as its methods. The aim of this study was to improve the work in psychiatric ward, to improve the care of patients and to progress my own professional growth.

My thesis comprises two parts. The first consist of development of the substance abuse intervention model, based on literature and treatment recommendations for abusers, and the presentation of model to the staff of the psychiatric ward. The second part consists of two survey inquiries to assess, for example the department's need for substance abuse education and the nurse's personal motivation for further substance abuse education. In addition, the nurses were asked about their own views of the contents of the intervention model, how successful they considered the presentation and the model's suitability in the department. Both questionnaires consisted of open-ended questions. Thematising and making typologies were the analyzing methods used in the study.

The results showed that the nurses were motivated to attend further substance abuse education, and they felt that additional education was necessary for substance abuse problems because of the new illegal drugs constantly coming to the streets. The staff of the department was positive towards the intervention model. Brief intervention was considered possible but the use of motivational interviewing was regarded as more challenging. This method would require lots of education for all of the staff. On the day the substance abuse intervention model was presented the nurses were given written material in support of the use of the methods, as well as a written version of the substance abuse intervention model that worked as a checklist for the intervention model

Keywords: excessive alcohol consumption and its health effects, dual diagnosis and the organization of care, brief intervention, motivational interview

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus	6
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet	8
2.1	Alkoholin suurkulutus ja sen terveysvaikutukset	8
2.2	Kaksoisdiagnoosipotilas ja hoidon järjestäminen.....	12
2.3	Mini-interventio	15
2.3.1	Riskikäytön tunnistaminen.....	16
2.3.2	Motivoiva neuvonta	17
2.3.3	Muutoksen suunnittelu	17
2.3.4	Muutoksen tuki.....	17
2.3.5	Mini-intervention teho.....	18
2.4	Motivoiva haastattelu.....	18
2.4.1	Muutosmotivaatio ja viestinnän vuorovaikutus	19
2.4.2	Transteoreettinen muutosvaihemalli	20
2.4.3	Kenelle motivoiva haastattelu sopii.....	21
2.4.4	Motivoivan toimintatavan periaatteet.....	22
2.4.5	Motivoivan vuorovaikutuksen perustaidot.....	23
3	Päihdeinterventiomallin kehittämisprosessi.....	25
3.1	Kehittämisympäristö.....	26
3.2	Päihdeinterventio malli Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle	27
3.3	Tutkimuksellinen osio	29
3.3.1	Arviointi-aineiston keruu.....	31
3.3.2	Arviointi-aineiston analyysi	32
3.3.3	Arvioinnin tuloksia	33
4	Pohdinta	37
	Lähteet	41
	Taulukot	43
	Liitteet.....	45

1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Alkoholin käyttö on nopeasti lisääntymässä yhteiskunnassamme ja siitä johtuvat ongelmat ovat tulleet yhdeksi pahimmista uhista kansanterveydelle Suomessa. Kulutuksen lisääntymiseen on vaikuttanut alkoholin saatavuuden helpottuminen ja hinnan aleneminen. Vuonna 2006 alkoholijuomien tilastoitu kulutus kasvoi edellisvuodesta. Kulutus lisääntyi 2.1 prosenttia edellisestä vuodesta ja nousi 44.4 miljoonaan litraan 100 prosenttista alkoholia, eli tämä tekee 8.4 litraa ihmistä kohden. Alkoholin kokonaiskulutuksen odotetaan lisääntyvän lähi-vuosinakin. Kulutuksen lisääntyessä todennäköisesti myös alkoholihaittojen määrä lisääntyy. (Lönqqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 419-420 ; Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 18-19.) Vuosittain Suomessa kuolee alkoholiin yli 3000 henkilöä. Vuonna 2006 sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin 36 463 alkoholiin liittyvää hoitojaksoa. Vuonna 2006 alkoholikuolemista tuli työikäisten miesten ja naisten yleisin kuolinsyy. Viimeisen 10 vuoden aikana alkoholisairaudet pää- ja sivudiagnooseina ovat kasvaneet noin 10 prosentilla. Yleisimmät yksittäiset kuolinsyyt ovat maksakirroosi, alkoholimyrkytykset ja alkoholipäihtymykseen liittyvät tapaturmat. (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 95-96 ; Lönqqvist ym. 2008, 420; Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17.)

Alkoholin ongelmakäyttöön ja etenkin alkoholiriippuvuuteen liittyy usein psyykkisiä sairauksia oireineen. Väestötutkimuksissa on todettu, että alkoholiriippuvaisilla esiintyy muita useammin mielialahäiriöitä, persoonallisuushäiriöitä, ahdistuneisuutta ja psykoottisia tiloja. Psyykkiset oireet ja sairaudet ovat alkoholin ongelmakäyttäjälle joko alkoholin aiheuttamia tai siitä riippumattomia sairauksia. Selvyyden asiasta saa vain lopettamalla alkoholinkäytön, mikä näissä tilanteissa onkin ensisijainen hoitotavoite. Tällöin psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistus useimmiten häviävät viimeistään muutamien viikkojen kuluessa. Jos oireet jatkuvat, vaativat sekä ongelmakäyttö että psykiatrinen sairaus hoitoa, jolloin puhutaan ns. kaksoisdiagnoosista. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 10.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestäminen on haaste Suomalaiselle sosiaali- ja terveysalalle. Tutkimusten mukaan mielenterveys- ja päihdetyön tulisi olla integroitua, eli hoitaa samanaikaisesti, eikä ohjata vain potilasta joko mielenterveys- tai päihdepuolelle. Tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveystyössä hoitajat tarvitsevat yhä enemmän päihdetyön osaamista. Käytännön tutkimukset osoittavat potilaiden kokevan palvelujärjestelmäkentän edelleen liian sirpaleiseksi. (Mantila 2005, 37-39.)

Päihdepotilaiden määrä on jatkuvassa kasvussa ja he ovat yhä moniongelmaisempia. Päihdepotilaan hoito ja kohtaaminen koetaan usein haastavaksi, koska hoitotulokset eivät ole aina hyviä tai tulokset eivät näy välittömästi. Tärkein alkoholiongelman diagnosointikeino on keskustelu potilaan kanssa. Apuna voidaan käyttää myös kyselylomakkeita ja laboratoriomittareita. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen ei aina ole helppoa, vaan se vaatii perehtymistä ja

harjoittelua. Työntekijältä se vaatii avoimuutta, potilaan kunnioittamista, syyllistämistä ja moralisointia välttäen. (Sutinen 2010, 8.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda päihdeinterventiomalli Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle. Interventiomallista järjestin osastolla 19.9.2012 esittelytilaisuuden kohderyhmälle eli osaston henkilökunnalle. Tarkoituksena oli tarjota osastolle päihdeinterventiomallia, joka voitaisiin ottaa jatkossa käyttöön joko sovelletusti tai mallini mukaisesti. Tällä hetkellä osastolla ei ole yhtenäistä päihdeinterventiomallia. Mallin avulla tähdätään alkoholia runsaasti käyttävien sekä alkoholiriippuvaisten potilaiden alkoholin kulutuksen vähentämiseen tai lopettamiseen. Opinnäytetyöni sisältää toiminnallisen sekä tutkimuksellisen osuuden. Toiminnallinen osuus muodostui päihdeinterventiomallin kehittämisprosessista, jonka yhtenä tärkeänä vaiheena oli mallin esittäminen kohderyhmällä osastolla. Tutkimuksellinen osuus muodostui kahdesta lomakekyselystä, joilla arvioitiin mm. päihdetyönkoulutuksen tarvetta vastaanotto-osastolla sekä koulutuspäivän onnistumista ja tarkoituksenmukaisuutta.

Opinnäytetyön tavoitteena olivat työelämän käytäntöjen parantaminen, potilaiden saaman hoidon parantaminen sekä oma ammatillisen osaamisen kasvu. Ensimmäinen tavoite oli työelämän käytäntöjen ja varsinkin hoitajien päihdehoidon tietämyksen lisääminen esittelemällä heille uusia menetelmiä. Opinnäytetyöni päihdeinterventiomallin menetelminä olivat mini-interventio ja motivoiva haastattelu. Menetelmien avulla potilaissa pyritään virittämään henkilökohtaista pohdintaa haitallisiin toimintamalleihin ja herättämään kiinnostusta niistä vapautumiseen. Menetelmät perustuvat systemaattiseen tutkimustietoon. Opinnäytetyössä esiteltävien menetelmien uusi käsitys motivaatiosta ja sen muutoskyvystä poikkeavat hieman motivaation perinteisestä käsityksestä päihdetyössä. Mini-interventio eli lyhytneuvonta on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Tutkimuksissa on todettu myös motivoiva haastattelu hyväksi tekniikaksi päihdeinterventioiden tekemiseen. (Koskijännes ym. 2008, 18; Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011; Absetz & Hankonen 2011.) Perinteisesti motivaation on ajateltu olevan pysyvä tila, potilailla joko on tai ei ole motivaatiota päästä eroon päihteistä. Perinteisesti on siis ajateltu, että ilman motivaatiota olevalle potilaalle hoitaja ei voi tehdä juuri mitään. Motivoitumattomia potilaita on hoidettu direktiivisellä ja konfrontoivalla vuorovaikutustyyllillä, joka on kuitenkin aiheuttanut potilaissa enemmänkin vastustusta kun kiinnostusta muuttamaan käytöstään päihteiden suhteen. Huonot tulokset ovat tuottaneet hoitohenkilökunnassa turhautumista ja johtanut negatiivisiin asenteisiin ja lisänneet työn kuormittavuutta. (Koskijännes ym. 2008, 18.)

Opinnäytetyöni toinen tavoite oli potilaiden saaman päihdehoidon laadun parantuminen. Opinnäytetyöni motivoivat menetelmät perustuvat pitkälti luottamukselliselle vuorovaikutukselle, jossa potilaan kuuntelemisella ja empatialla on suuri rooli, hoitaja ei arvostele, kritisoi,

tai syytä asiakasta, vaikkei hän hyväksyisikään tämän tekoja. Motivoivilla menetelmillä luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu potilaan kannalta miellyttävämmäksi, kuin perinteisillä direktiivisillä ja konfrontoivilla menetelmillä. Käypä hoitosuosituksen mukaan motivoivilla menetelmillä on myös saavutettu parempia hoitotuloksia, kuin perinteisillä menetelmillä. Näyttöön perustuvien menetelmien käyttö tukee myös potilaan oikeuksien toteutumista. (Koskijännes ym. 2008, 18; Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2011.)

Opinnäytetyön kolmantena tavoitteena oli kehittää omaa ammatillista osaamistani. Oma kiinnostukseni opinnäytetyön aihetta kohtaan lähti omasta halustani oppia uusia käytännön menetelmiä sekä oppia uutta työelämän käytäntöjen kehittämisen prosesseista. Mielestäni opinnäytetyö tuki menetelmällistä osaamistani päihdeongelmien hoitamisen suhteen ja auttoi minua ymmärtämään päihdeongelman elämänmuutokseen liittyviä taustateorioita. Opinnäytetyöni menetelmissä näkyy kognitiivinen työote, jota on ollut mielenkiintoista opiskella ja opetella. Työelämän käytäntöjen parantamiseen olen tutustunut tutkimuksellisen kehittämisen näkökulmasta, jota Toikko ja Rantanen (2009) teoksessaan avaavat.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet

Opinnäytetyöni keskeisinä käsitteinä olivat alkoholin suurkulutus ja sen terveysvaikutukset, kaksoisdiagnoosipotilas ja hoidon järjestäminen, mini-interventio ja motivoiva haastattelu.

2.1 Alkoholin suurkulutus ja sen terveysvaikutukset

Alkoholi on suomalaisessa kulttuurissa yleisesti hyväksytty, laillinen ja laajasti käytetty päihde. Alkoholia käytetään arjessa ja juhlassa, siitä etsitään rentoutusta ja helpotusta ja itsensä palkitsemista. Lähes kaikki alkoholia käyttävät ihmiset, myös alkoholistit käyttävät alkoholia siitä koettujen myönteisten vaikutusten vuoksi. Asenteet päihteiden käyttöä kohtaan vaihtelevat ja ajattelutavat voivat olla hyvin mustavalkoisia. Suhtautuminen alkoholisteihin voi olla kovaa ja syrjivää. Toisaalta taas juomista ihannoidaan ja on "kunnan mies jos ryyppää". "Hyvä viinapää" on kunnia, mutta alkoholiongelmalliselle käännetään helposti selkä. (Havio ym. 2008, 53.)

Taulukko 1

Alkoholiannokset (Päihdelinkki 2011; Seppä ym. 2010, 10)

Juoma	Koko	Annokset
Keskiolut, siideri, lonkero yms. (alle 4,7 %)	0,33 l (pullo)	1
Keskiolut, siideri, lonkero yms. (alle 4,7 %)	0,5 l (tuoppi)	1,5
A-olut, vahva siideri, lonkero yms. (5-8 %)	0,33 l (pullo)	1,3
A-olut, vahva siideri, lonkero yms. (5-8 %)	0,5 l (tuoppi)	2
Mieto viini yms. (10-15 %)	12 cl (lasi)	1
Mieto viini yms. (10-15 %)	0,75 l (pullo)	6
Väkevä viini ja juomasekoitukset yms. (16-22 %)	8 cl (lasi)	1
Väkevä viini ja juomasekoitukset yms. (16-22 %)	0,75 l (pullo)	9
Väkevät juomat 35-40 %	4 cl (snapsi)	1
Väkevät juomat 35-40 %	0,5 l (pullo)	13

Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan määrää, joka sisältää 12g absoluuttista alkoholia. Yksi annos on esimerkiksi viinilasi (12cl), pullo keskiolutta tai siideriä (0,33l) tai annos väkevää viinaa (4cl). (Havio ym. 2008, 55; Päihdelinkki 2011; Seppä ym. 2010, 10.)

Suurin osa suomalaisista käyttää alkoholia. Kirjallisuudessa alkoholinkäyttö luokitellaan kokeilu- ja kohtuukäyttöön sekä suurkulutukseen. Useimmat ihmiset kokeilevat alkoholinkäyttöä, eikä se yleensä aiheuta heille pitkäaikaishaittoja. Joskus tottumattomalle saattaa tulla käytöstä haitallisia ja ohimeneviä seuraamuksia. Kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista sekä vähäistä alkoholinkäyttöä. Hallittu kohtuukäyttö on haitatonta eivätkä kohtuukäyttäjät tavoittele humaltumista. Perinteistä suomalaista rajua kertajuomista ei voida pitää kohtuukäyttönä, vaikka juomista tapahtuisikin hyvin harvoin. (Havio ym. 2008, 55.)

Alkoholin suurkulutus kehittyy vähitellen. Suurkulutuksen alaraja miehillä on 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikossa. Kertakulutuksen osasta suurkulutuksen alaraja miehillä on 7 annosta ja naisilla 5 annosta. Erot miesten ja naisten välillä johtuvat ruumiinpainojen sekä kudosten rasva- ja vesipitoisuuksien eroista. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen rajat ovat huomattavasti alhaisemmat. Riskirajoiksi on Suomessa määritelty yli 65-vuotiaille seitsemän alkoholiannosta viikossa ja korkeintaan kaksi alkoholiannosta kerralla. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan 250 000- 500 000 suomalaista. Yleisen alkoholin kulutuksen kasvaessa, myös alkoholin suurkuluttajien määrä nousee. (Havio ym. 2008, 56,53.) Alkoholin käytön tasoja ja niiden haitallisuutta voidaan käsitellä monesta eri näkökulmasta. Siirtyminen haittoja aiheuttamattomasta alkoholinkäytöstä ongelmia aiheuttavan käytön alueelle tapahtuu usein huomaamatta ja hitaasti. Ihminen liikkuu usein elämänsä aikana päihteidenkäyttö-

tasolta toiselle ja on ehkä välillä kokonaan ilman päihteitä. Alkoholista riippuvaiseksi tulleet henkilöt eivät kuitenkaan useimmiten pysty enää hallitsemaan päihteidenkäyttöään, vaan heille vaihtoehtoja ovat vain riippuvuusikäyttö tai täysraittius. Alkoholiriippuvuuden kulkuun epäedullisesti vaikuttavia taustatekijöitä ovat esimerkiksi biologisten vanhempien alkoholi-riippuvuus, lapsuus- tai nuoruusiän epäedulliset ympäristöolosuhteet ja häiriökäyttäytyminen. (Havio ym. 2008, 53.) Myös geneilla on merkitystä alkoholin haitallisen käytön ja alkoholi-riippuvuuden ilmaantumisessa siten, että jotkut niistä lisäävät, mutta toiset pienentävät riskiä. Geenien ja ympäristötekijöiden välillä on yhteys. Sellaisilla henkilöillä, jotka juovat runsaasti alkoholia ja elävät ympäristössä, jossa käytetään runsaasti alkoholia, on suurin riski saada alkoholiehtoinen sairaus. (Seppä 2006,5.)

Suurkulutus luokitellaan kirjallisuudessa kolmeen eri luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Ne kuvaavat yksilön riskiä alkoholin suhteen ja ohjaavat hoidon valinnassa (Taulukko 2). Luokat ovat toisensa poissulkevia, eli henkilö ei voi kuulua useampaan luokkaan kerrallaan. (Aalto&Seppä 2009, 10-11.)

TAULUKKO 2.

Alkoholin liikkakäytön luokat ja määritelmät. (Aalto&Seppä 2009, 10-11)

Luokka	Määritelmä
Alkoholin riskikäyttö	Suurkulutuksen rajat ylittyvät, eli riski saada alkoholin aiheuttamia haittoja on suuri, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut.
Alkoholin haitallinen käyttö	Selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat mm. alkoholin käytön pakonomaisuus ja hallinnan heikentyminen, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.

Alkoholin riskikäyttö aiheuttaa merkittävän vaaran saada alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja. Riskikäytössä ylittyvät niin sanotut suurkulutuksen rajat, mutta merkittäviä alkoholihaitto-

ja tai riippuvuutta ei vielä esiinny. Riskikäyttäjällä ei siis ole varsinaisesti alkoholiongelmaa, mutta kuitenkin hän juo liikaa. (Aalto & Seppä 2009, 12.)

Riskikäytön jatkuessa henkilöllä voi ilmetä alkoholin aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, jotka ovat selvästi määriteltävissä ja tunnistettavia. Jos henkilö ei ole alkoholiriippuvainen ja haittojen ilmettyä ei vähennä alkoholin käyttöönsä siinä määrin, että haitta häviää, kyse on alkoholin haitallisesta käytöstä. Mitä enemmän henkilö käyttää alkoholia, sitä todennäköisempää on että haittoja ilmaantuu. Haitallisen käytön arvioinnissa alkoholin käyttömäärillä ei kuitenkaan ole merkitystä. Toisin kuin riskikäyttö, haitallinen käyttö on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa (F10.1). Yleensä alkoholia haitallisesti käyttävä pystyy suhteellisen helposti omatoimisesti tai ammattiauttajien toteuttaman neuvonnan avulla vähentämään alkoholin käyttöönsä. Jos alkoholin käytön vähentäminen ei henkilön yrityksistä huolimatta onnistu, tilannetta on syytä arvioida uudelleen ja pohtia alkoholiriippuvuuden mahdollisuutta. (Aalto & Seppä 2009, 13.)

Toisin kuin riskikäytössä ja haitallisessa käytössä, alkoholiriippuvuudessa henkilö ei yrityksistä huolimatta välttämättä pysty, ainakaan ajoittain, hallitsemaan juomista ja estämään siitä tulevia haittoja. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, joka määritelty ICD-10-luokituksessa (F10.2). ICD-10-järjestelmään sisältyy kuusi kriteeriä, joita käytetään alkoholiriippuvuuden diagnosoimisessa. Näistä kriteereistä vähintään kolmen on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan, tai mikäli yhtämittaiset jaksot ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeisen vuoden aikana. Runsas juominen liittyy alkoholiriippuvuuteen, mutta kriteereissä ei esitetä mitään rajoja alkoholin käyttömäärien suhteen. Koska alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, eri yksilöillä sen diagnostiset kriteerit painottuvat eri tavoin. Diagnostisten kriteerien lisäksi riippuvuudessa esiintyy myös muita piirteitä. Kaikkiin alkoholiriippuvaisiin sopivaa kuvausta ei voidakaan esittää lyhyesti. Kyse ei ole pelkästään siitä, että henkilö juo liikaa, eikä yksin fyysisestä riippuvuudesta, jossa henkilöllä on vieroitusoireita tai hänen kykynsä sietää alkoholia on lisääntynyt. Ennen kaikkea alkoholiriippuvuudessa on kyse psyykkisestä riippuvuudesta, joka ilmenee ja näyttäytyy pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia myös vieroitautumisen jälkeen. (Aalto & Seppä 2009, 13-14.)

Päihteiden käyttö ja päihteisiin liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat väestössä yleisiä. Sekä käyttöön että häiriöiden kehittymiseen ja ennusteeseen vaikuttavat biologisten ominaisuuksien lisäksi ihmissuhteisiin ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Päihteiden käyttö ei suojaa muilta mielenterveyden häiriöiltä tai elimellisiltä sairauksilta, pikemminkin päinvastoin. Monet sairaudet ja häiriöt ovat päihteiden käyttäjillä tavallista yleisempiä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä päihdesairauksien kanssa todetaan useimmin mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöitä ja persoonallisuushäiriöitä. Seuraavassa kappaleessa tulen kuvaamaan kaksoisdiagnoosia ja sen hoitamista. Pitää kuitenkin muistaa, ettei kaikki päihteitä

käyttävät ja psyykkisesti oireilevat ihmiset ole kaksoisdiagnoosipotilaita. Perusongelma päihderiippuvuuden aiheuttaman oirekuvan ja muiden primaarisien mielenterveyshäiriöiden erottamisen välillä on, että sama oirekuva voi esiintyä sekä päihteenkäytön aiheuttamana että erillisenä mielenterveyden häiriönä. (Lönqvist ym. 2008, 417,437.)

2.2 Kaksoisdiagnoosipotilas ja hoidon järjestäminen

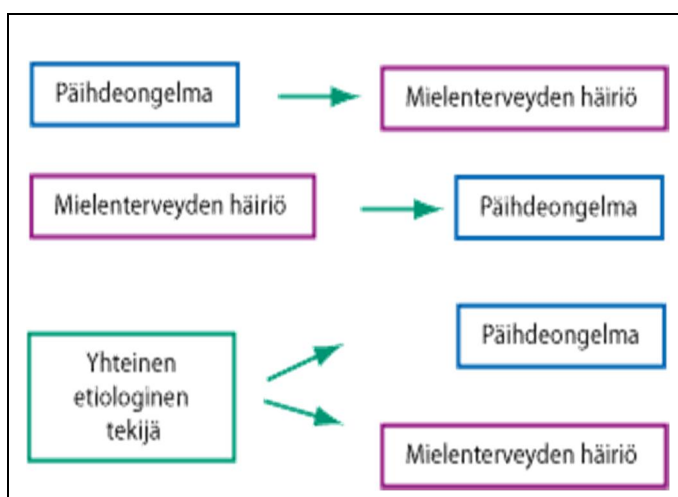
Kaksoisdiagnoosin käsite viittaa tilanteeseen, jossa henkilöllä on samanaikaisesti päihdeongelma sekä jokin mielenterveyden häiriö, joka ei ole välittömän päihteenkäytön aiheuttama. Päihdeongelmalla tarkoitetaan ICD-10-luokituksessa määriteltyjä päihteenkäytön häiriöitä, joita ovat haitallinen käyttö (F1x.1) ja riippuvuusoireyhtymä (F1x.2). Usein on esitetty, että kaksoisdiagnoosissa mielenterveyden häiriö olisi siinä määrin vakava, että siihen yksinäänkin ilman päihdeongelmaa liittyy huomattava ja pysyväisluontoinen toimintakyvyn heikkeneminen tai sen uhka. (Aalto 2008.)

Flinck (2000) on tehnyt pro gradu-tutkimuksen, jossa on tutkittu päihdepsykiatriassa osastohoidossa olevia kaksoisdiagnoosipotilaita, on tehty potilasryhmään liittyvää kartoittavaa ja kuvailevaa työtä. Puolet päihdepsykiatriseen osastohoitoon ohjautuneista potilaista oli skitsofreniaa sairastavia. Lopuilla potilaista oli primaarina diagnoosina persoonallisuushäiriö, tai muut vakavat mielenterveyshäiriöt, joihin luetaan mm. tarkemmin määrittelemätön psykoosi, päihdepsykoosi ja masennus. Suurinosa hoidettavista potilaista ilmeni amfetamiini käyttäjiksi tai päihteen sekakäyttäjiksi. Tutkimuksessa osastohoitoon ohjautuneista potilaista kaksi kolmasosaa oli miehiä, keski-ikänsä 29 vuotta. Valtaosa hoitoon ohjautuneista potilaista oli naimattomia tai eronneita, lähes kaikki heistä olivat joko työttömiä, eläkkeellä ja kolmasosa oli vailla vakinaista asuntoa. Suurimmalla osalla potilaista oli ollut aikaisempia hoitjaksoja joko psykiatrisissa sairaaloissa tai päihdehuollon laitoksissa ja useimmilla molemmissa. Puolet potilaista oli hoidossa vapaaehtoisesti ja puolet tahdosta riippumatta mielenterveyslain nojalla.

Kaksoisdiagnoosien esiintyvyyttä väestössä on selvitetty ensimmäisen kerran laajassa yhdysvaltalaisessa Epidemiologic Catchment Area (ECA) -tutkimuksessa. Jossakin elämän vaiheessa diagnostiset kriteerit täyttävä päihdeongelma todettiin 17 %:lla, niiden joukossa, joilla oli jokin mielenterveyden häiriö, vastaava luku oli 29 %. Luvut vaihtelivat eri häiriöissä. Esimerkiksi jossakin sairauden vaiheessa päihdeongelma liittyy skitsofreniaan 47 %:lla ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön 56 %:lla väestöstä. Noin puolet näitä kahta diagnoosia sairastavista on siis kaksoisdiagnoosipotilaita jossain elämänsä vaiheessa. ECA-tutkimuksen mukaan siis kaksoisdiagnoosit ovat väestössä hyvin yleisiä. (Aalto 2008.; Aalto 2007, 1293-1298.)

ECA-tutkimus osoittaa, ettei kaksoisdiagnooseissa ole kyse sattumasta, vaan mielenterveys ja päihdehäiriöillä on sellainen yhteys, joka pahentaa toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta. Kaksoisdiagnoosin syntyä on yritetty selittää kolmella erilaisella mallilla.

Taulukko 3 Kolme mallia, jotka voivat selittää kaksoisdiagnoosia. (Aalto 2008)



Ensimmäisen teorian mukaan päihteiden käyttö johtaa pitkäaikaiseen mielenterveyden häiriöön tai laukaisee sen. Tämä ei tarkoita delirium tiloja tai päihteidenkäytön vieroitukseen liittyvää ahdistusta. On mahdollista, että päihteiden käyttö laukaisee pitkäaikaisen mielenterveyshäiriön niille alttiilla henkilöillä. Osa näistä henkilöistä välttyy muilta laukaisevilta tekijöiltä ja olisi siten ilman päihteidenkäyttöä välttynyt myös sairastumiselta. (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008.)

Toisen teorian mukaan myös mielenterveyden häiriöt voivat laukaista päihdeongelman. Tällä tarkoitetaan potilaiden usein raportoimaa itselääkintää. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt ovat kertoneet lääkineensä sairautensa oireita päihteillä, kuten esimerkiksi ahdistusta. Teorian mukaan on myös mahdollista, että mielenterveyden häiriö lisää psykososiaalisia ongelmia ja altistaa päihteiden käytölle. Tätä on selitty sairauden vuoksi tapahtuneella työttömyydellä, sekä eristäytymisellä ja yksinäisyydellä. (Aalto 2007, 1293-1298.); Aalto 2008.)

Kolmannen teorian mukaan päihteidenkäytöllä ja muilla mielenterveyden häiriöillä saattaa olla yhteisiä etiologisia tekijöitä, jotka selittävät häiriöiden samanaikaisen esiintymisen. Yhteinen selittäjä voisi olla esimerkiksi perintötekijä, mutta tutkimukset osoittavat, että näin ei ole. Päihdehäiriöitä potevilla ei ole keskimääräistä enemmän muista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä sukulaisia ja päinvastoin. Päihteidenkäytölle ja muille mielenterveyden häiriöille altistavat geneettiset tekijät eivät näyttäisi olevan samoja. Perintötekijöiden lisäksi yhteisiä selittäjiä voisivat olla erilaiset neurobiologiset sekä psykososiaaliset seikat. Todennäköisesti useat tekijät yhdessä selittävät sitä, että päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt liisäävät toistensa esiintymisen mahdollisuutta. (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008.)

Kaksoisdiagnoosi potilaita on aikaisemmin hoidettu jaksoittaisen ja rinnakkaisen mallin tavoilla. Jaksoittaisen mallin tarkoituksena on hoitaa ensin toinen häiriö parempaan kuntoon ja aloittaa sitten vasta toisen häiriön hoito. Rinnakkaisessa mallissa kumpaakin häiriötä hoidetaan samanaikaisesti, mutta eri tahojen toimesta. Kummankin edellä mainitun mallin ongelmana on ollut yhteydenpidon lisäksi yhteisten toimintatapojen löytäminen eri hoitotahojen välillä. Yhteistä näkemystä ei ehkä löydy siitä, kumpaa häiriötä pitäisi hoitaa ensin ja toisaalta voi olla vaikea määrittää, mikä on riittävä hoitotulos. Tätä vaikeuttaa jo sekin, että päihdehäiriöille ja mielenterveyden häiriöille tyypillisiä ovat niiden pitkäaikaisuus ja syklistyys. Jaksoittaiseen hoitomalliin liittyvä vakava ongelma on se, ettei hoito ehkä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä. (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008.)

Nykyään jaksoittaista ja rinnakkaista mallia parempana vaihtoehtona pidetään integroitua mallia (Hölttä 2006, Jeffery, Ley, McLaren, & Siegfried 2006; Laker 2006, Terä 2001). Integroitu malli tarkoittaa henkilön kummankin häiriön hoitamista samanaikaisesti yhden tahon toimesta. Kaksoisdiagnoosipotilaan häiriötä arvioidaan kokonaisuutena ja hoitotoimiin ryhdytään eri häiriöiden osalta samanaikaisesti. Integroidussa hoitomallissa potilaita hoitavat päihde- ja mielenterveysongelmiin koulutetut ammattilaiset. Hoitomuotoina ovat lääkehoito ja psykososiaaliset hoitomuodot. Sekä mielenterveys- että päihdehäiriöiden hoito on pitkäjänteistä ja siinä on erilaisia vaiheita. Keskeisimmät vaiheet ovat motivointi ja aktiivisen hoidon vaihe. Osana motivointia tavoitellaan ensin usein potilaan sitoutumista hoitopaikkaan ja vasta sitten itse hoitoon. Tästä ajattelusta on seurauksena myös se, ettei retkahtaminen päihteisiin ole syy lopettaa hoitoa, vaan se käynnistää käytetyn hoidon arvioinnin ja tarvittaessa tehostamisen. (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008.)

Integroidussa hoitomallissa kysymys on enemmän kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitopalveluiden järjestämisestä kuin varsinaisesta uudesta hoidosta. Tällöin mm. potilaiden käsitykset palvelujärjestelmästä tulisi myös huomioida integroidun hoidon merkitystä arvioitaessa. Arvioitaessa eri hoitomallien käyttökelpoisuutta tulisi niin ikään ottaa huomioon hoitomyöntyvyyteen liittyvät tekijät. Todennäköisesti monien kaksoisdiagnoosipotilaiden on helpompi sitoutua yhteen hoitopaikkaan kuin kahteen. (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008.)

Päihdehoitotyö vaatii hoitajalta paljon, riippumatta siitä ollaanko tekemisissä potilaan kanssa, jolla on pelkkä päihdeongelma tai sekä päihde-, että psykyeongelmia. Päihteidenkäytön laaja-alainen ja monitahoinen ilmiö edellyttää sairaanhoitajalta monitieteistä osaamista. Hoitajan tulee siis omata tarpeeksi tietoa päihteistä ja tämän lisäksi päihdetyötä tehdessä vuorovaikutuksellisen asenteen tulee olla oikea. Nykyään hoitajan on kyettävä soveltamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Näyttöön perustuva toiminta on systemaattista ja harkittua, par-

haan ajantasaisen tiedon käyttöä niin hoitotyön johtamisessa kuin jokapäiväisessä päätöksenteossa. Hoitotyön päätöksenteko perustuu näin parhaaseen ajantasaiseen ja saatavilla olevaan näyttöön toimivista menetelmistä, potilaan toiveisiin ja tilanteeseen, kliiniseen asiantunteemukseen sekä näyttöön perustuvan työn edellytyksiin. Seuraavassa kappaleessa käsitellään päihdetyön menetelmiä. Pystyäkseen onnistuneesti käyttämään menetelmiä, on hoitajan vuorovaikutuksen pohjaututtava potilaslähtöiseen dialogiin, jossa kuunnellaan potilasta tuomitsematta hänen ongelmiaan. Päihteidenkäytön puheeksi ottaminen on vaikeaa tai mahdotonta, jos hoitaja kieltäytyy tarkastelemasta päihteidenkäytön aiheuttamia reaktioita ja tunteuksia itsessään. Vuorovaikutuksessa nämä reaktiot välittyvät asiakkaalle, joka omista lähtökohdistaan tulkitsee ne usein kielteiseksi asenteeksi ja haluttomuudeksi auttaa. Asenteet terveydenhuollossa päihteidenkäyttäjää kohtaan on useissa tutkimuksissa todettu stereotyyppisiksi, negatiivisiksi ja pessimistisiksi. (Havio ym. 2008,15-17,20.)

Höltän (2006) tutkimuksen mukaan yhtenä ongelmana kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa Suomessa nähtiin tiedonpuutteeseen ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat, jotka johtuvat osin myös potilaiden liikkumisesta eri organisaatioissa. Myös salassapitovelvollisuus liittyy läheisesti tähän problematiikkaan. Työntekijät kokivat henkilökohtaisen tiedon, taidon ja osaamisen vajetta kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamiseen ja hoitoon liittyen. Myös potilaat huomasivat edellä mainitun vajeen ja kokivat sen avunsaantia estävänä tekijänä. Niin ikään he kokivat, etteivät saa tietoa keneltäkään omasta sairaudestaan. (Hölttä 2006.)

2.3 Mini-interventio

Mini-interventio eli lyhytneuvonta on hoitotyön menetelmä, jolla tarkoitetaan alkoholinkäytön puheeksi ottamista. Mini-interventiolla pyritään alkoholin käytön määrälliseen kartoitukseen, alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen, alkoholisioista kysymiseen, käyttöön liittyvistä haitoista tiedottamiseen sekä itsehallintatietojen antamiseen motivoivalla tavalla. Tavoitteena on, että mahdollisimman varhain pystyttäisiin tunnistamaan runsas alkoholin käyttö ja antamaan lyhytneuvontaa, kun haittoja ei vielä merkittävästi esiinny. Mini-interventiota pidetään kaikkein tunnetuimpana alkoholin riskikäyttöön tai suurkulutukseen kohdistuvana menetelmänä. Mini-interventio kohdentuu alkoholin varhaiseen riskikulutukseen ja haitalliseen käyttöön, ei niinkään alkoholiriippuvuuteen. (Seppä 2006,8; Sutinen 2010,27-29; Havio ym 2008,120-124.) Vaikka alkoholinkäyttäjän riippuvuus olisikin vakavampi ja vaatisi jo erikoistuneempaa tai pitkäaikaisempaa hoitoa, mini-interventio kannattaa toteuttaa. Hoitotyön toiminnan tulos voi olla myös onnistunut ohjaaminen jatkohoitoon. Mini-interventio koostuu alkoholitietoisuuden lisäämisestä, asiakkaan itsemääräämismääräyksiin korostamisesta, vaihtoehtojen esittelystä, toiminta ohjeista, optimistisesta ja ymmärtävästä lähestymistavasta. Mini-intervention sisältö ja pituus vaihtelevat. Lyhyimmillään se kestää viisi minuuttia, mutta useimmiten aikaa tarvitaan enemmän. Keskimäärin käytetään kolme 15-20 minuutin tapaa-

miskertaa. Tavoitteiden toteutumisen seuranta jatkokäyntien yhteydessä on tärkeää ja se lisää neuvonnan tehoa. Keskeisintä on keskustella alkoholin käyttömääristä ja niiden mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, sairauteen tai hoitoon. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito - suositus. 2011; Seppä 2006,8.)

2.3.1 Riskikäytön tunnistaminen

Mini-interventiossa potilaalta kysytään, miten hän käyttää alkoholia. Alkoholin viikoittainen kulutus selvitetään mielellään noin kahden kuukauden ajalta, viikonlopun käytöstä on hyvä myös kysyä erikseen. Kysymisen lisäksi osa tunnistamista on havainnointi ja potilaasta saatujen erilaisten tietojen yhdistäminen. Alkoholin pitkäaikaiseen suurkulutukseen liittyy erilaisia oireita ja sairastavuutta. Erityisen merkityksellisiä varhaisvaiheessa ovat masennus, ahdistus, uupumus ja unihäiriöt. Alkoholi aiheuttaa myös yleisesti erilaisia vatsavaivoja. Muita oireita voivat olla sydämen rytmihäiriöt, koholla oleva verenpaine, levottomuus, hikoilu, tapaturmat sekä ihon ja hampaiden kunto. Hyvä tapa käynnistää keskustelu on lähteä niistä vaivoista ja oireista, jotka potilas itse tuo keskustelussa esille. Alkoholin suurkulutus saattaa näkyä myös kohonneina laboratorioarvoina. Suurkulutukseen liittyviä kohonneita veriarvoja voivat olla glutamyylitransferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukkahiilihydraattinen transferriini (CDT). Näistä testeistä vain CDT:n ainoa indikaatioalue on alkoholinkulutus. GT ja MCV eivät ole spesifejä alkoholinkäytön mittareita. CDT, GT ja MCV yhdessä tutkimalla voidaan kuitenkin päästä melko hyvään tunnistamistarkkuuteen. Myös kohonnut toleranssi kertoo siitä, että alkoholia käytetään jatkuvasti. Jos potilas puhaltaa vastaanotolla yli 1% ilman humalatilan merkkejä, sitä voi pitää todennäköisenä merkinä alkoholin suurkulutuksesta. (Havio ym. 2008,122.)

Varhaisvaiheen suurkulutuksen selvittämisessä suositellaan käytettäväksi WHO:n AUDIT-kyselyä. Kysely voidaan pyytää esitäytettynä lomakkeena tai lomake voidaan käydä suullisina keskusteluna mini-interventiota tehtäessä. Mikäli AUDITista saadaan yli 8 pistettä, sitä pidetään viitteenä suurkulutuksesta. Mini-interventiota suositellaan kun pisteitä on 8-19. Tunnistamisen lisäksi testi voi toimia keskustelun käynnistäjänä ja apuvälineenä. Alkoholinkäyttöön liittyvän yksilöllisen tiedon pohjalta potilaalle annetaan palaute hänen kulutuksensa riskitasosta sekä esiin tulleista oireista, haitoista tai tuloksista jotka mahdollisesti liittyvät hänen kohdallaan alkoholinkäyttöön. (Havio ym. 2008,122.)

2.3.2 Motivoiva neuvonta

Motivoiva neuvonta sisältää alkoholinkäytön ja yksilöllisen tilanteen tarkempaa tutkimista. Lisäksi neuvonta on tarvittavan tiedon antamista sekä pohdinnan ja päätöksenteon tukemista. Alkoholinkäyttöä tutkitaan yhdessä tarkemmin, tarkastellaan käytön määrää, laatua ja useut-ta. Lisäksi voidaan keskustella juomistilanteista ja siitä, mitä ajatuksia juomiseen liittyy. Ti-lannetta on hyvä selvittää potilaan omien havaintojen ja huolien pohjalta. Suurkulutuksen yleiset terveysriskit ja -haitat on hyvä käydä läpi. (Havio ym. 2008,124.)

Vaikuttava mini-interventio motivoi muutokseen, käynnistää pohdinnan, auttaa tekemään muutospäätöksen; vähentäminen tai lopettaminen. Motivaatiota ja muutosta edistää oikean-laisen tiedon ja tuen saaminen. Mini-interventiossa sovelletaan motivoivan haastattelun lä-hestymistapaa. Keskeistä motivoivassa tavassa on se, että potilaan tilannetta käsitellään per-soonallisella, ei-tuomitsevilla, empaattisella ja asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavalla tavalla. Tiedon antamisen ja kunkin asiakkaan tai potilaan tarpeiden mukaisen toimintatavan etsimisen tulee olla muutosmotivaation kannalta sopivaa. Potilaan motivoitu-mista edistää aktiivinen ja heijastava kuunteleminen sekä se, että häntä tuetaan uskomaan oman onnistumisen mahdollisuuteen. Jos aikaa on käytettävissä keskusteluihin vain vähän, kannattaa lisätueksi antaa mukaan materiaalia itsearviointia ja tiedon lisäämistä varten. (Ha-vio ym. 2008,124.)

2.3.3 Muutoksen suunnittelu

Muutoksen suunnittelun tärkeänä tavoitteena on löytää kullekin yksilöllisesti sopiva tavoite ja keinot. Jollekin sopii aluksi juomisen seuranta, joku päättää vähentää juomistaan ja joku lo-pettaa juomisen kokonaan. Hoitaja voi antaa tietoa erilaisista vähentämisen keinoista ja ta-voista esimerkiksi juomapäiväkirjasta sekä avustaa valintojen teossa. Juomapäiväkirja käyt-tämiseen on hyvä antaa selkeä opastus. (Havio ym. 2008,124.)

2.3.4 Muutoksen tuki

Muutoksen tuki voi löytyä lähipiiristä tai sitä varten voidaan seurannasta esim. oman lääkärin tai päihdehoitajan kanssa. Seurannassa keskustellaan muutoksen etenemisestä, tavoitteiden sopivuudesta ja muista muutoksen vaikuttavista tekijöistä, esimerkiksi sen hetkisestä tervey-dentilasta ja elämäntilanteesta. Keskeistä on antaa tukea muutoksen edistymiselle. (Havio ym. 2008,124.)

2.3.5 Mini-intervention teho

Kestoltaan 10-15 minuutin pituiset mini-interventiot ovat perusterveydenhuollon ympäristössä tehokkaita keinoja vähentää varhaisvaiheen alkoholin riskikäyttöä. Tutkimusten mukaan joka kymmenes potilas hyötty mini-interventiosta. Mini-interventio näyttää olevan tehokas sekä miehille että naisille, nuorilla ja vanhoille. Teho on paras, kun ongelmat ovat lieviä. Ei ole olemassa näyttöä siitä, että mini-interventio johtaisi ei-toivottuihin seuraamuksiin kuten potilaiden tyytymättömyyteen tai kiusaantumiseen. (Seppä 2006,8; Sutinen 2010,27-29; Havio ym 2008,120-124.) Mini-interventio on osoitetusta tehostaan huolimatta omaksuttu hitaasti terveydenhuollon jokapäiväiseksi työväliseksi. Tutkimustietoa mini-intervention toteuttamisesta on vähän. Kaikille Suomen perusterveydenhuollon lääkäreille vuonna 2002 suunnatun kyselyn perusteella 9 % teki mini-interventiota säännöllisesti, 50 % silloin tällöin ja 41 % ei lainkaan. Miltei jokainen, joka ei tehnyt, oli kuitenkin sitä mieltä, että hänen pitäisi tai hän haluaisi tehdä. Syinä vähäiseen aktiviteettiin on pidetty terveystieteiden päätösten heikkoa tukea, riittämätöntä koulutusta, kiirettä, niukkoja resursseja, uskoa, että omat taidot eivät riitä, hoidon kohderyhmän epäselvyyttä, selkeiden ohjeiden puutetta sekä kohderyhmän tunnistamisen vaikeutta. (Seppä&Aalto 2007.) Tutkimuksissa mini-intervention tehosta on myös ristiriitaisia tuloksia. Beich, Thorsen ja Rollnick 2003 totesivat meta-analysissään että mini-interventiotutkimusten validiteetti on useimmiten kyseenalainen. He huomauttivat että vain joka neljäs seulonnassa tunnistettu suurkuluttaja kelpuutetaan tutkimuksissa mukaan varsinaiseen interventioon. Näin ollen vain kaksi tai kolme henkilö tuhatta hyötty interventiossa. Tutkimus kyseenalaistaakin seulonnan järjestelmällisen hyödyllisyyden ja peräänkuuluttaa muita tapoja alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi. Vaikka tutkimustulokset mini-intervention tehokkuudesta ovat ristiriitaisia, voidaan menetelmää puolustaa sillä, että onnistuessaan se tuottaa merkittäviä säästöjä. Lindholm (1998) osoitti tutkimuksessaan, että mini-interventio on kustannustehokasta, jos yksi prosentti vähensi juomistaan. Jos kymmenen prosenttia vähentää juomistaan, voidaan puhua jo voimavarojen säästöstä. Valtakunnallisessa mini-interventiohankkeessa 2004 arvioitiin, että mini-intervention toteuttaminen 2000 ihmiselle maksaa 30000 euroa, joka on saman verran kuin yhden komplisoituneen maksatulehduksen hoitaminen.

2.4 Motivoiva haastattelu

Motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan vuorovaikutustapaa, jonka tavoitteena on motivoida potilasta elämäntapojen muutokseen. Motivoivaa haastattelua käytetään yleensä potilaiden kanssa, joilla on alkoholinkäyttö jo alkoholiriippuvuuden tasolla. Motivoivalle haastattelulle vuorovaikutustapana on tunnuksenomaista avoin, potilasta tuomitsematon ja luottamuksellinen ilmapiiri. Motivoivassa haastattelussa korostuu potilaan oma vastuu muutoksesta. Tavoit-

teena on auttaa potilasta pohtimaan, mitä hänen elämässään on tapahtunut ja mitä hän haluaisi siinä tapahtuvan. (Seppä ym. 2010, 58.)

Motivoiva toimintatapa perustuu William R. Millerin & Stephen Rollnickin kehittämään motivoivaan haastatteluun sekä James Prochaskan ja Carlo DiClementen määrittelemään trans-teoreettiseen muutosvaihemalliin. Taustalla vaikuttavat kognitiivis-behavioraaliset teoriat. Koska motivoiva haastattelu on enemmän kokonaisvaltainen ihmisen voimavaroja ja toimijuutta korostava ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli kuin tekniikka, olisi kuvavampaa käyttää termiä motivoiva toimintatapa. (Salo-Chydenius 2010; Koskijännes, Riittinen & Saarnio, 2008, 11.) Motivoiva haastattelu on nykyään yksi levinneimmistä ja tutkituimmista hoidollisista lähestymistavoista maailmalla. Ensimmäinen julkaisu motivoivasta haastattelusta tehtiin 1983, Suomeen se levisi ensimmäisen kerran 1980-luvun puolessa välissä. (Koskijännes ym. 2008, 11.)

2.4.1 Muutosmotivaatio ja viestinnän vuorovaikutus

Aidon kiinnostuksen herääminen ihmiselle itselleen ja hänen läheisilleen haitallisen toiminnan vähentämiseen tai lopettamiseen edellyttää sitä, ettei ihminen vain mukaudu ympäristön paineisiin, vaan että hän kokee asian itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi. Itsemääräämisteorian mukaan sisäinen motivaatio viittaa juuri henkilökohtaiseen kiinnostukseen erotukseksi pakon, palkintojen ja rangaistuksen avulla ylläpidetystä ulkoisesta motivaatiosta. Motivoivan haastattelun menetelmillä pyritään vahvistamaan juuri ihmisen sisäistä motivaatiota muutokselle. (Koskijännes 2008, 9.)

Päihdehoidossa asiakkaan muutosmotivaatio on usein herättänyt niin kliinistä mielenkiintoa, kuin turhaumia. Motivaatiota on pidetty hoidon välttämättömänä edellytyksenä. On ajateltu, että ilman sitä ei hoitaja voi tehdä juuri mitään. Vastaavasti motivaation puutetta on pidetty selityksenä sille, miksi yksilöt eivät aloita tai jatka hoitoa ja miksi he eivät noudata hoito-ohjeita tai miksi hoito epäonnistuu. Viimeaikoihin asti motivaatio on ymmärretty staattiseksi ominaisuudeksi, jota asiakkaalla joko on tai ei ole. Tutkimus ja kokemus ovat kuitenkin osoittaneet, että motivaatio on pikemminkin ajan ja tilainteiden mukaan vaihteleva dynaaminen tila kuin henkilön staattinen ominaisuus. Motivaatio voi häilyä ristiriitaisten tavoitteiden välillä. Motivaation voima myös vaihtelee. Se horjuu epäilyjen alla ja voimistuu, kun epäilykset on voitettu ja kun tavoitteet onnistutaan paremmin hahmottamaan. Vaikka ihmisten motivaatioon vaikuttavissa tekijöissä on merkittäviä eroja, tietynlaiset kokemukset vahvistavat tai heikentävät sitä dramaattisesti. Esimerkiksi hädän, ahdingon tai kriittisen elämäntapahtuman kokeminen voi olla muutosmotivaatiota tai muutosstrategian etsimistä voimistava merkitys. Näistä esimerkkeinä ovat vakavat sairaudet tai läheisen menetys. Kognitiivinen arviointi, jossa yksilö punnitsee päihteiden vaikutusta elämäänsä, voi sekin johtaa muutokseen. Tämä selittää 30-60% ihmisistä ilman ulkopuolista apua tapahtuvat spontaanit päihteistä irtautumiset. Myös

kielteisten seurausten ja muille aiheutettujen haittojen ja huolien tunnistaminen edistää joidenkin muutosmotivaatiota. (Koskijännes ym. 2008, 17-21.)

Hoitajan vuorovaikutustyylin on todettu vaikuttavan dramaattisesti siihen, kuinka hoito onnistuu ja kuinka asiakkaat kiinnittyvät hoitoon. Työntekijän tyyli saattaa olla yksi tärkeimmistä ja useimmin huomiotta jätetyistä muuttujista, jotka ennustavat asiakkaan reagointia interventioon selittäen tulosten vaihtelua enemmän kuin asiakkaan ominaisuudet. Tutkimusten mukaan konfrontoiva ja direktiivinen lähestymistapa voi tuottaa asiakkaassa välitöntä vastustusta ja siten huonompia hoitotuloksia, kuin asiakaskeskeinen tyyli. Väittelyä motivoivassa haastattelussa vältetään ja vastustusta myötäillään. Väittely johtaa usein asiakkaan huonoon lopputulokseen. Hoitajan kriittisyys ja käännytysinto johtavat asiakkaalla ongelman kieltämiseen ja vastarintaan. Motivoivassa haastattelussa hoitajan tulisi välttää myös syyttämistä, logiikalla vakuuttelua, asiakkaan epäilyä ja sarkasmia sekä auktoriteettiin nojautumista. (Koskijännes ym 2008, 20-21; Salo-Chydenius 2010.)

Asiakasta motivoiviin hoitajan ominaisuuksiin kuuluvat hyvät sosiaaliset taidot, luottamus hoitoprosessiin, kyky kohdata asiakas sillä tasolla, jolla tämä kulloinkin sattuu olemaan, sekä muutosoptimismi. Vaikka muutos on asiakkaan vastuulla ja monet korjaavat liiallista päihteiden käyttöä ilman hoitoa, työntekijä voi voimistaa asiakkaan kiinnostusta myönteistä muutosta kohtaan kussakin muutosprosessin vaiheessa. Hoitajan tehtävänä on auttaa ja rohkaista asiakasta tunnistamaan ongelmakäyttäytymisen ja näkemään siitä luopumisen olevan hänen omien etujensa mukaista. Hoitaja myös auttaa asiakasta tuntemaan, että hän kykenee muutokseen. Hän auttaa tätä tekemään muutossuunnitelman, aloittamaan sen toteutuksen ja jatkamaan sellaisten strategioiden käyttöä, jotka ehkäisevät paluun ongelmakäyttäytymiseen. (Koskijännes 2008, 21.)

2.4.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli

James Prochaskan ja Carlo DiClemenenten määrittivät transteoreettiseen muutosvaihemalliin kuvaamaan sitä, miten käyttäytymismuutokset tapahtuvat. Transteoreettinen muutoksen vaihemalli kuvaa kuutta sisäisesti ja ulkoisesti vaihtelevaa osiota: esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätöksentekovaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja retkahdusvaihe. Muutosvaihemalli keksittiin kun seurattiin sitä, mikä muutos ihmisessä tapahtuu kun hän toipuu alkoholiriippuvuudesta ilman hoitoa. Kun luonnollista ja omaehtoista muutosta verrattiin hoidollisiin interventioihin, havaittiin monia samankaltaisuuksia. Tämän johdosta tutkijat alkoivat kuvata muutoksen kulkua vaiheittain. Muutosvaihemalli toimii työntekijän tausta-ajatteluna suunnittelun ja toteutuksen harkittuna välineenä. Eri muutosvaiheessa olevan motivointi toteutetaan eri tavoin. (Koskijännes 2008,30.)

- Esiharkintavaihe: Alkoholiriippuvaiset eivät tunnista ongelmaansa. Toinen vaihtoehto on että he ovat haluttomia muutokseen tai heiltä puuttuu siihen rohkeus. Tässä vaiheessa olevilla ei vielä ole tietoista kokemusta käytön negatiivisista vaikutuksista tai kriiseistä. He eivät useinkaan ole edes vakuuttuneita siitä, että heidän käyttäytymismallinsa on ongelmallinen tai edes riskialtis. (Koskijännes 2008,31.)
- Harkintavaihe: Alkoholiriippuvaiset ovat epävarmoja muutoksen tarpeesta, mutta saattavat suunnitella muuttavansa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. On melko tavallista, että ihmiset jäävät tähän vaiheeseen pidemmäksi aikaa, usein jopa vuosiksi horjumaan muutoshalukkuuden ja -haluttomuuden välillä. (Koskijännes 2008,31.)
- Valmisteluvaihe: Alkoholiriippuvaiset aikovat muuttaa käyttäytymistään lähiaikoina, mutta ovat epävarma siitä, kuinka sen tekisi. Tässä vaiheessa alkoholiriippuvaiset ovat havainneet käytön kielteisten seurausten olevan painoarvoltaan suurempia kuin käytön jatkamisen myönteiset puolet. He alkavat asettaa itselleen tavoitteita ja sitoutua käytön lopettamiseen sekä ehkä kertovat asiasta heille tärkeille ihmisille. (Koskijännes 2008, 32.)
- Toimintavaihe: Alkoholiriippuvaiset ovat sitoutuneet muutokseen ja muokkaavat käyttäytymistään. Tässä vaiheessa potilaat omaksuvat uusia taitoja ja ajatusmalleja, jotka lisäävät toipumisen mahdollisuutta. Toimintavaiheessa olevat valitsevat muutostategiansa ja alkavat toteuttaa sitä. Usein toimintavaihe voi kestää 3-6 kuukautta päihteiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen. (Koskijännes 2008, 32.)
- Ylläpitovaihe: Alkoholiriippuvaiset ovat sitoutuneet toteutuneen muutoksen säilyttämiseen. Tässä vaiheessa ihmiset ponnistelevat pysyäkseen raittiina tai estääkseen ongelmien uusiutumisen. Ylimääräinen varovaisuus voi olla tarpeen ongelman uusimisen ehkäisemiseksi. (Koskijännes 2008,32-33.)
- Retkahdus: Useimmiten pysyviä muutoksia tavoittelevat henkilöt palaavat käyttöön ainakin kerran tai siirtyvät takaisin varhaisempaan vaiheeseen. Retkahdus nähdään oppimistilanteena, jossa paneudutaan hallinnan ja selviytymisen keinojen tutkimiseen ja ennakoimalla riskitilanteita. (Koskijännes 2008,33.)

2.4.3 Kenelle motivoiva haastattelu sopii

Motivoiva haastattelu sijoittuu tavallisesti hoidon alkuvaiheeseen parhaiten siksi, koska tuolloin motivaatio muutokseen on yleensä heikoimmillaan. Motivoiva haastattelu kehitettiin

ensin esiharkinta- ja harkintavaiheessa oleville, kunnes selvisi että myös muissa vaiheissa olleet alkoholi riippuvaiset hyötyivät siitä. Tämän lisäksi erityisesti vihaiset asiakkaat hyötyivät motivoivasta haastattelusta. Näin ollen motivoivaa haastattelua on käytetty paljon kriminaalihuollossa. Motivoiva haastattelu voi kestää yhden tai useamman tapaamiskerran ajan. Suurimmassa tähän asti toteutetussa alkoholi-ongelmien hoitomenetelmiin kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että neljän tapaamiskerran motivaatiota voimistava hoito tuotti samantasoisia tuloksia, kuin pidempiaikaiset avohoitomenetelmät. (Koskijännes ym. 2008, 34.)

Motivoivasta haastattelusta ja sen soveltamisesta on tehty lukuisia satunnaistettuja tuloksellisuustutkimuksia ja motivoiva haastattelu on hyväksytty myös alkoholi- ja huume-ongelmien Käypä hoito -suositukseen. Osin ristiriitaisetkin tutkimustulokset eivät täysin selitä muutokseen vaikuttavaa prosessia tai mikä tekee motivoivasta lähestymisestä toimivan menetelmän. Keskeistä näyttää olevan työntekijän aito, myötätuntoinen, välittävä ja lämmin, mutta ei omistamishaluinen ja neutraali toimintatapa. Motivoiva lähestymistapa lisää asiakkaan muutos- ja sitoutumispuhetta, mikä ennustaa myönteistä lopputulosta. Menetelmää käytetään laajasti sosiaali- ja terveydenhuollossa samoin kuin terveys-, ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa. Motivoiva toimintatapa vahvistaa muutosmotivaatiota, palvelee itsereflektion kehittymistä koko hoito- ja kuntoutusprosessin ajan, mutta erityisesti tämä lähestyminen toimii alkuvaiheessa ja etenkin vastustavien ja vihaisten asiakkaiden kanssa. (Salo-Chydenius 2010.)

2.4.4 Motivoivan toimintatavan periaatteet

Motivoivassa haastattelussa voidaan erottaa neljä keskeisintä periaatetta. Näiden tarkoituksena on edistää muutosta ja estää vastustuksen pääsyä esille.

1. Dialoginen vuorovaikutus - yhteistyö, kunnioitus, luottamus ja myötätunnon ilmaiseminen. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastattelija todella kuuntelee asiakasta, yrittää ymmärtää hänen perspektiiviään sekä eläytyä hänen tunteisiinsa ja tilanteeseensa. Ns. "tarkkaa empatiaa" toteuttaessaan hoitaja ei arvostele, kritisoi, tai syytä asiakasta, vaikkei hän hyväksyisikään tämän tekoja. Hoitaja ymmärtää, että ristiriita ja erilaiset minän suojelukeinot, kuten ongelman vähättely ja selitykset kuuluvat usein kuvaan riippuvuusongelmissa. Kun omat elintärkeät edut ovat uhattuna, useimmat meistä toimisivat samalla tavalla. Empaattinen hoitaja luo omalla olemuksellaan ja toiminnallaan sellaisen ilmapiirin, jossa asiakas voi turvallisesti tuoda ilmi huolensa ja pelkonsa. (Koskijännes 2008, 46.; Salo-Chydenius 2010.)

2. Ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen. Ongelmakäyttäytymiseen liittyvää ambivalenssia luonnehtii se, että ihminen toisaalta haluaa lopettaa haitallisen toiminnan ja toisaalta taas jatkaa sitä. Ambivalenssi näkyy muutosprosessin vaiheissa eritavoin. Moni jää horjumaan vuosikausiksi tähän ambivalenssiin. Jos tavoitellaan toipumista, nämä

erisuuntiin vetävät tekijät on tuotava esille ja näiden vaihtoehtojen merkitystä ja painoarvoa on syytä selvittää asiakkaan kanssa. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi pohtimalla ongelmakäyttäytymisen etuja ja haittoja ja toisaalta muutoksen etuja ja haittoja, suhteuttamalla vallitseva tilanne haastateltavan tulevaisuuden toiveisiin tai pohtimalla eri valintojen ääri-seurauksia. Toimiva tapa hyödyntää ristiriita muutosvoimana on keskustelu siitä, miten haastateltavan addiktiivinen käyttäytyminen sopii hänen tärkeimpiin elämänarvoihinsa. Suuntaamalla huomiota "vallitsevan" ja "toivotun tilanteen" väliseen ristiriitaan pyritään tukemaan päätöksentekoa tai auttamaan siinä pysymisessä. Kun keskeiset näkökohdat on saatu esille, ratkaisun tekeminen puoleen tai toiseen useimmiten helpottuu. (Koskijännes 2008, 47.; Salo-Chydenius 2010.)

3. Vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen. Oikeanlainen suhtautuminen joutuu koetukselle erityisesti tilanteissa, joissa asiakas asettuu vastahankaan tai osoittaa vihamielisyyttä. Näissä tilanteissa haastattelija ei saa provosoitua vastaamaan kovaan kovalla tai kertomalla hänelle ns. "tosiasioita". Vastustukseen voi reagoida asiakkaan sanomaa ja tunnetilaa heijastavalla kommentilla. Haastattelija voi myös tulkita vastustusta rakentavasti. Jos esim. muutosta on yritetty useaan kertaan epäonnistuneesti, haastattelija voi antaa tunnustusta sinnikkyydelle ja todeta, että muutos on asiakkaalle varmasti tärkeä asia. Hyökkäykseen vastataan siis vetäytymällä, jolloin hyökkäyksen voima laantuu. Konfrontointi ei ole motivoivassa haastattelussa täysin kiellettyä, mutta se vaatii luottamuksellisen hoitosuhteen ja sen että asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. (Koskijännes 2008, 47.; Salo-Chydenius 2010.)

4. Pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja välineiden antaminen. Riippuvuusongelmien tunnusmerkkinä pidetään yleensä sitä, että niihin liittyvän käyttäytymisen hallinta on heikentynyt. Niistä on yrityksistä huolimatta hankala päästä eroon. Haastattelijan kannustavat ja rohkaisevat kommentit ovat yleensä avuksi. Vetoaminen asiakkaan aikaisempiin onnistumisiin jossain toisissa asioissa on yksi keino vahvistaa hänen pystyvyyden tunnettaan. Myös se, että havaitsee muidenkin onnistuneen vastaavassa tilanteessa, antaa toivoa muutoksen mahdollisuudesta. (Koskijännes 2008, 47-48.; Salo-Chydenius 2010.)

2.4.5 Motivoivan vuorovaikutuksen perustaidot

Motivoiva haastattelu edellyttää vuorovaikutustilanteissa muutamien perustaitojen osaamista, jotta menetelmää voidaan oikein käyttää. Motivoivan haastattelun perustaidoista on erotettavissa selvästi neljä perustaitoa. Nämä ovat vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu ja yhteenvetojen tekeminen sekä tiivistäminen.

1. Ensimmäinen perustaito on vahvistaminen, jonka avulla voidaan tukea asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta. Vahvistaminen tarkoittaa sitä, että pyritään tunnistamaan ja myös nimeämään asiakkaan vahvuuksia. (Koskijännes 2008, 50.; Salo-Chydenius 2010.)

2. Toinen perustaito ovat avoimet kysymykset. Niillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin ei voi vastata vain kyllä tai ei. Avoimet kysymykset kutsuvat haastateltavan kertomaan tarkemmin omasta tilanteestaan, ajatuksista ja tunteistaan. (Koskijännes 2008, 51.; Salo-Chydenius 2010.)

3. Kolmantena perustaitona pidetään heijastavaa kuuntelua. Heijastava kuuntelu tarkoittaa, että työntekijä reagoi asiakkaan kertomaan, esimerkiksi toistaa, arvailee ääneen, mitä toinen tarkoittaa ja tarkistaa, onko hän ymmärtänyt oikein. Heijastava kuuntelu auttaa asiakasta tunnistamaan omia tunteitaan, ajatuksiaan ja toimintatapojaan. Taitava haastattelija suuntaa huomion asioihin, jotka voivat olla haastateltavan ongelmien ratkaisemisen kannalta merkityksellisiä. (Koskijännes 2008, 52.; Salo-Chydenius 2010.)

4. Neljäs perustaito on yhteenvetojen tekeminen ja tiivistäminen. Yhteenvetojen tekeminen ja tiivistäminen aika ajoin todentaa asiakkaalle, että häntä kuunnellaan. Samalla asiakkaalla on tilaisuus korjata mahdollisia väärinkäsityksiä. Perustaitoihin kuuluu lisäksi myönteisen palautteen antaminen todellisesta toiminnasta. Toimintatapa viestittää asiakkaalle, että hänet otetaan vakavasti. Erityisen tärkeää on välttää valmiiden ratkaisujen ja neuvojen antamista, väittelyä, syyllistämistä, syyttämistä, pelottelua, uhkailua, anelua, analysointia ja tulkitsemista. (Koskijännes 2008, 53; Salo-Chydenius 2010.)

Gaume, Faouzi, Gmel ja Daepfen (2009) selvittivät tutkimuksessaan, miten taitava motivoiva haastattelija kykenee edesauttamaan muutosta kaikenlaisissa potilaissa. Sen sijaan sellaiset terapeutit, joiden taidot eivät olleet yhtä hyviä, kykenivät auttamaan potilaita, joilla itsellään oli kykyä muuttaa ongelmakäyttäytymistään. Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että yksittäisten motivoivan haastattelun taitojen sijaan on tärkeämpää pyrkiä välttämään motivoivan haastattelun vastaista käytöstä ja parantaa ja parantaa motivoivan haastattelun hengen kokonaishallintaa, mikäli osaamista ja hoidon tuloksia halutaan parantaa. Millerin ja Mountin (2001) tutkimus motivoivan haastattelun taitojen oppimisesta osoitti, että taitojen oppiminen ja omaksuminen eivät näytä onnistuvan yksittäisellä lyhyellä kurssilla. He havaitsivat, että yksittäisellä lyhyellä kurssilla käyneiden taidot eivät olleet niin hyviä kun terapeutit itse ne olivat kokeneet. Itsearviointit olivat paljon positiivisempia kuin mitä käyttäytymisanalyysit osoittivat. Tämä osaltaan osoittaa palautteen merkityksen osana oppimisprosessia. Tutkimus osoitti mielenkiintoisesti myös sen, että motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen, kuten konfrontointi oli vaikeimmin muutettavissa.

3 Päihdeinterventiomallin kehittämisprosessi

Opinnäytetyöni idean sain työpaikallani Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolla syksyllä 2010 pohtiessani potilaiden päihdetyön toteuttamista akuuttipsykiatrian osastolla. Tämän jälkeen keskustelin opinnäytetyön ideastani osastonhoitajan sekä apulaisosaston hoitajan kanssa. Heille sopi, että alkaisin ideoida päihdetyön kehittämisestä opinnäytetyöni aiheetta. Pian opinnäytetyön aihe tarkentui ja projekti alkoi opinnäytetyön ideanseminaariin valmistautumisella. Valmistautumiseen kuului perehtyminen aiheesta käsittelevään kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Tämän jälkeen aloin hahmotella alustavia teoreettisia lähtökohtia. Ideavaiheen työni hyväksyttiin huhtikuussa 2011. Tämän jälkeen siirryin opinnäytetyön suunnitelman tekemiseen. Ideavaiheen jälkeen työhöni piti kuitenkin tehdä muutoksia, sillä ideavaiheessa päihdeinterventionmallin toteuttamisesta olisi osaston työryhmällä ollut suurempi rooli. Ideavaiheessa tarkoitukseni oli, että teen käyttökelpoisista päihdetyön menetelmistä listan, jonka jälkeen järjestän Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolla osastotunnin. Osastotunnin aikana olisi ollut tarkoitus käydä lista menetelmistä läpi ja yhdessä valita osastolle käyttökelpoisimmat päihdetyönmenetelmät osaston interventiomalliin. Perehdyttyäni päihdetyön kirjallisuuteen ja käypä hoito-suositukseen, kävi kuitenkin ilmi, että mini-interventio ja motivoiva haastattelu nousivat kirjallisuudesta niin vahvasti esiin, ettei vaihtoehtoja muille päihdetyön menetelmille jäänyt. Pidin asiasta palaverin osastonhoitajan kanssa ja hänen kanssaan sovittiin muutoksesta. Yhteistyö toteutusympäristön kanssa sujui koko opinnäytetyön suunnitteluvaiheen ajan erinomaisesti.

Opinnäytetyöni tutkimuksellisen kehittämisen näkökulman tunnusmerkkinä on yhdessä tekeminen ja suunnittelu. Tämän vuoksi pohdin kuinka voisin saada työryhmän ääntä mukaan työhöni. Myöhemmin suunnitelma vaiheessa mukaan tulivat kaksi kyselylomaketta, joilla työryhmä saatiin osallistettua mukaan päihdeintervention suunnitteluun ja toteutukseen. Kysymykset toteutin valitsemalla eri teemoja, jotka katsoin tärkeiksi. Kun teemat olivat valmiina, muutin ne kysymysten muotoon. Valmiiden teemojen keksimisen idea oli se, että vastaukset on arviointivaiheessa helppo analysoida teemoittain. Ensimmäinen lomakekysely palveli mallin mahdollista käyttöönottoa osastolla. Työntekijät pääsivät vaikuttamaan päihdeinterventionmalliin ja siihen, miten mallia heidän mielestään voisi parhaiten osastolla soveltaa. Ensimmäisen kyselylomakkeen teemoja olivat työntekijöiden päihdetyön osaaminen, työntekijöiden motivaatio oman päihdetyön osaamisen kehittämiseen, työntekijöiden mielipide päihdeinterventionmallin tarpeellisuudesta osastolla 8 sekä työntekijöiden mielipide päihdeinterventionmallin sisällöstä. Päihdeinterventionmallin esittämistä harjoittelin esittämällä työni JMT mieli-
alapoliiklinikalla akuuttipoliiklinikan työryhmälle heidän opintopiiripäivässään. Esityksen harjoittelu oli kannattavaa ja antoi minulle vinkkejä siitä, kuinka esitystä tulee vielä kehittää varsinaista esityspäivää varten.

Kaksi viikkoa ennen koulutustilaisuutta kävin vastaanotto-osastolla jakamassa jokaiselle työntekijälle ensimmäiset kyselylomakkeet. Yhteensä lomakkeita jaettiin 25 hoitajalle. Toisen kyselyn ajankohta oli 13.9.2012, jolloin esittelin päihdeinterventiomallin järjestämässäni tilaisuudessa. Toinen kysely jaettiin 8 hoitajalle, jotka olivat esitystäni kuulemassa. Esityksen jälkeen kaikki kuulijat eivät kuitenkaan ehtineet jäädä kyselyyn vastaamaan, joten jatkoin vastausaikaa viikolla. Yhteensä ensimmäiseen kyselyyn vastasi 25 hoitajasta 11 hoitajaa. Kahdeksasta esityksessä paikalla olleesta viisi vastasi toiseen kyselyyn. Koulutustilaisuus meni, kuten oli suunniteltu. Tilaisuus oli suunnattu vastaanotto-osaston koko hoitohenkilökunnalle. Tilaisuus järjestettiin vastaanotto-osaston tiloissa. Toimin itse tilaisuuden esitelmöijänä. Esitystäni havainnollistin Power Point esityksen avulla, jotta esitystä oli helpompi seurata ja ymmärtää. Opinnäytetyön tavoitteena olivat työelämän käytäntöjen parantaminen, potilaiden saaman hoidon parantaminen sekä oma ammatillisen osaamisen kasvu. Päihdehoitotyön käytännön menetelmistä esittelin työntekijöille mini-intervention sekä motivoivan haastattelun. Esityksen jälkeen jokaiselle työntekijöille jaettiin päihdeinterventiomalli sekä mini-interventio keskustelujen tueksi hoitajille teorian pohjalta tärkeintä informaatiota.

Mini-intervention ja motivoivan haastattelun osalta haasteina olivat teorioiden keskeisimpien periaatteiden ja niiden taustojen esittely. Esimerkiksi sisäisten ristiriitojen osuus motivaation syntymisessä on oivallettava sekä teorian että käytännön tasolla. Motivoivan haastattelun menetelmän oppimisessa olennaista on ymmärtää motivaatioprosessin luonne ja vuorovaikutuksen onnistumisen merkitys prosessin syntymiselle ja etenemiselle. On tärkeää oppia muutosprosessin eri vaiheet ja se mitä keinoja on kulloinkin järkevä käyttää. Motivoivan haastattelun perustaidoista tärkeää on oppia avoimet kysymykset, yhteenvetämisen taito ja ristiriitaa herättävät kysymykset.

Esityksen jälkeen aloitin opinnäytetyöni tulosten analyysivaiheen. Analysoituani tulokset teemoittelin ja tyypittelin menetelmillä, kirjoitin tulokset valmiiksi. Päihdeinterventiomallin kehittämisprosessin kannalta oli tärkeää saada vastaukset valmiiksi valmiiseen opinnäytetyö raporttiin sekä raportoitua ne myös osastolle. Kehittämisprosessin kannalta on tärkeää, että osastolla tiedetään miten henkilökunta vastasi kyselyihin ja pohtia kuinka päihdeinterventiomallia aletaan viedä eteenpäin ja kehittää osastolla.

3.1 Kehittämisympäristö

Opinnäytetyön toteuttamisympäristönä oli Kellokosken sairaalan vastaanotto-osasto. Tuusulassa sijaitseva Kellokosken sairaala kuuluu HUS:in organisaatioon ja on erikoissairaanhoidon palvelua. Vastaanotto-osasto, osasto 8 on suljettu 18-paikkainen osasto, joka toimii sairaalan

vastaanotto-rakennuksessa. Osastolle saapuvat potilaat ovat pääsääntöisesti täysikäisiä ja tarvitsevat hoitoon tullaan lääkärin lähetteen. Osasto vastaa sairaalaan tulevien aikuispotilaiden asioiden selvittelystä, psykiatrisesta tutkimuksesta sekä hoidon aloittamisesta. Hoidossa suuri rooli on hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisillä keskusteluilla ja tarpeen mukaan myös lääkähoidolla. Yksilövastuun mukaisesti, jokaiselle potilaalle nimetään tulovaiheessa omahoitaja. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on n.8 päivää, tämän jälkeen potilaat kotiutuvat tai siirtyvät jatkohoito-osastoille. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu kaksi lääkäriä, psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja sekä lähihoitaja. Opinnäytetyöni koulutustilaisuus on suunnattu koko osaston hoitohenkilökunnalle.

Psykiatristen potilaiden lisäksi osastolla hoidetaan vaikeimpia päihteisiin liittyviä ongelmia. Toisaalta on vaikea erottaa psykiatrista ja päihdepotilasta, sillä ongelmat usein kietoutuvat toisiinsa. Usein osastolla hoidetaan potilaita, joiden oireet kuten unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, psykoottisuus ja persoonallisuushäiriöt liittyvät alkoholin liikkäyttöön. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus. 2011.) Suurella osalla osaston potilaista on ongelmia alkoholinkäytön kanssa ja heidän elämäntilanteensa ovat usein kovin erilaisia. Osa on varhaisvaiheen ongelmakäyttäjiä, suurkuluttajia tai heidän alkoholinkäyttönsä on voinut lisääntyä elämän kriisitilanteen vuoksi. Osalle potilaista on kehittynyt jo alkoholiriippuvuus. Osaston päihdepotilaiden hoitotarpeet ovat usein fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia.

Tällä hetkellä osastolla ei ole käytössä mallia, jonka avulla alkoholinkäyttö otettaisiin jokaisen potilaan kohdalla puheeksi. Tällä hetkellä osastolla toki kartoitetaan potilaiden alkoholinkäyttömääriä, annetaan terveystietoa ja kysytään potilaiden motivaatiosta alkoholinkäytön vähentämiseen, sekä ohjataan tarpeen mukaan päihdepalveluihin. Lisäksi osa hoitajista varmasti jo keskustelelee omahoitajakeskusteluissa alkoholinkäytöstä ja motivoi potilasta alkoholinkäytön vähentämiseksi mallin mukaisella tavalla, mutta systemaattisuus alkoholinkäytönpuheeksi ottamisessa samalla tavalla jokaisen potilaan kohdalla, olisi osaston toiminnan kannalta toimiva tapa.

3.2 Päihdeinterventio malli Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle

Opinnäytetyöni interventiomalli alkaa mallin mukaisesti alkoholinkäytön määrän kartoituksella AUDIT-testin avulla. Koska Suomessa arvioidaan olevan jopa 600 000 alkoholin suurkuluttajaa, on perusteltua kysyä alkoholinkäytöstä kaikilta, elleivät he täysin kiellä alkoholinkäyttöään. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus. 2011.) Alkukartoituksen jälkeen interventiomalli valitaan AUDIT-testistä saadun pistemäärän perusteella. Alle 8 pistettä saaville annetaan positiivista palautetta alkoholikäyttötaipumuksistaan. Potilasta voidaan pyytää täyt-

tämään AUDIT-testi etukäteen tai AUDIT-testi voidaan käydä läpi potilaan kanssa keskustelun yhteydessä.

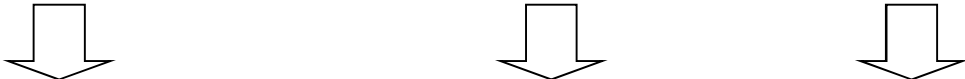
Näyttöön perustuen suositellaan, että AUDIT:sta 8-19 pistettä saaville interventiomenetelmänä käytettäisiin mini-interventiota. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito - suositus. 2011.) Pistemäärä 8-19 merkitsee AUDIT:ssa yleensä, ettei potilaalla ole alkoholiriippuvuutta. Aluksi kerrotaan alkoholin vaikutuksista työkykyyn ja terveyteen yleisellä tasolla. AUDIT perusteella saatujen annosmäärien perusteella keskusteluat tulee ohjata myös humalajuomisen ja viikkokulutuksen terveysvaikutuksiin potilaan kohdalla. On annettava palaute siitä, että potilaan juomamäärät ovat niin suuret, että hän on riskikäyttäjä ja kerrotaan siitä, millaisia riskejä tällaisen juomisen jatkuminen saattaa aiheuttaa. Keskustelun tulisi jatkua muutoksen mahdollisuudesta ja potilaalle voidaan antaa luettavaksi päihdemateriaalia, esimerkiksi "vähennä vähäsen-esitys". "Vähennä vähäsen"- esitys on sosiaali- ja terveysministeriön tekemä opas alkoholin suurkuluttajille. Opas auttaa lukijoita arvioimaan omaa alkoholin käyttöä, lisäksi opas on apuna alkoholinkäytön vähentämisessä tai lopettamisessa.

Jos potilas ei ole halukas muutokseen, suositellaan alkoholin käytön vähentämistä ja neuvotaan yhteydenotto mahdollisuudesta jos potilaalla herää huoli omasta alkoholinkäytöstä. Jos potilas on halukas muutokseen, hänelle tarjotaan edelleen keinoja ja välineitä vähentämiseen, esim. juomapäiväkirja. Potilasta on tärkeää kuunnella, motivoida ja rohkaista, sekä tukea sitoutumiseen. Hoitajan on tuettava muutokseen ja painotettava sitä, ettei riskikäyttö tarkoita vielä alkoholiriippuvuutta. Potilaan tulisi itse asettaa omat realistiset tavoitteet juomisen vähentämiselle. Lisäksi potilaasta voidaan myös harkinnan lääkärin mukaan ottaa laboratoriotestit. Mini-intervention idean mukaisesti neuvonnan jälkeen tilannetta jatketaan seurannalla, jonka avulla alkoholinkäytön vähentämistä arvioidaan. Pitkäaikainen seuranta ei kuitenkaan psykiatrisen sairaalan vastaanotto-osastolla onnistu sillä hoitoajat ovat lyhyitä ja osastolla ollessaan potilaan ovat käyttämättä alkoholia. Seuranta voitaisiin kuitenkin sopia potilaan jatkohoitopaikkaan.

Perusteellisempi mini-interventio on annettava potilaille, joiden AUDIT-pistemäärä on 16-19. Vaikka alkoholiriippuvuuden kriteerit joidenkin potilaiden kohdalla täyttyvät tässä ryhmässä, voivat he silti hyötyä perusteellisesta mini-interventiosta. Arviointi ja neuvonnan räätälöinti muutosvaiheen mukaisesti siten, että potilaan ollessa esiharkintavaiheessa, neuvonnan olisi hyvä olla pääasiassa palautetta potilaan muutosmotivaation lisäämiseksi. Jos potilas on jo harkinnut muutosta, neuvonta voisi sisältää keskustelua käytön hyödyistä ja haitoista. Toimintavaiheessa olevan kanssa voidaan sopia tavoitteista ja tukea sitoutumista. Näyttöön perustuen suositellaan, että jos potilas saa AUDITISTA 20 tai sitä enemmän pisteitä, interventiomalliksi valitaan motivoiva haastattelu. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito - suositus. 2011.).

Taulukko 4 Päihdeinterventiomalli

Kysy kaikilta hoitoon tulevilta potilailta tulovaiheessa alkoholinkäytöstä. Pyydä potilasta täyttämään AUDIT-testi etukäteen tai täyttäkää lomake yhdessä omahoitajakeskustelussa.

Audit ≤ 8 pistettä	Audit 9-15 pistettä tai epäily alkoholin haitallisesta käytöstä	Audit 16-19 pistettä tai epäily alkoholin haitallisesta käytöstä	Audit ≥ 20 pistettä tai epäily alkoholiriippuvuudesta
			
Positiivinen palaute → hyödyttää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.	Mini-interventio: <ul style="list-style-type: none"> - Alkoholikäytöstä kysyminen ja keskustelu - Riskikulutuksen tunnistaminen - Palaute ja tietojen antaminen alkoholin haittavaikutuksista - Neuvonta juomisen vähentämiseksi - Kuuntelu, rohkaisu ja motivointi - Henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen - Kirjaaminen - Seuranta 	Mini-interventio + motivoivan haastattelun menetelmät potilaan muutosvaiheen mukaisesti. Muutosvaiheen mallit: <ul style="list-style-type: none"> Esiharkintavaihe Harkintavaihe Valmisteluvaihe Toimintavaihe Ylläpitovaihe (Retkahdus) Tiedustele motivaatiota Antabukseen	- Keskustele alkoholin käytöstä motivoivan haastattelun menetelmällä: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dialoginen vuorovaikutus - yhteistyö, kunnioitus, luottamus ja myötätunnon ilmaiseminen. 2. Ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen 3. Vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen 4. Pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja välineiden antaminen Tiedustele motivaatiota Antabukseen

3.3 Tutkimuksellinen osio

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat kysymykset siitä, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. Tutkimuksen valinnan perusteena voi olla myös ymmärtämisen näkökulma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 50.) Tutkimusasetelma koostuu tutkimusongelmasta tai tutkimustehtävistä, menetelmästä ja aineistosta. Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus selkeytyvät, kun tutkija tietää, mihin hän on vastausta hakemas-

sa. (Heikkilä 2004, 23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 74-75.) Tutkijan on määriteltävä oma näkemyksensä tutkimansa ilmiön luonteesta ja johdettava siitä tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen tutkija päättää metodologiasta ja käyttämistään menetelmistä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 7.)

Opinnäytetyöni toteutin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyöni sisälsi sekä toiminnallisen että tutkimuksellisen osion. Toiminnallinen osuus muodostui päihdeinterventiomallin kehittämisosiossa, jonka yhtenä tärkeänä vaiheena oli mallin esittäminen kohde-ryhmälle osastolla. Päihdeinterventiomallin kehittämisosiossa taustamateriaalina toimivat päihdetyön kirjallisuus sekä alkoholiongelmaisen käypähoito-suositukset. Tutkimuksellinen osio käsitti kaksi lomakekyselyä. Kyselylomakkeet ja koko opinnäytetyöni tutkimuksellinen osio olivat tehty koulutustilaisuuden arviointia ja jatkotoimia varten. Toiminnallisen osion tekemiseen sovelsin tutkimuksellista kehittämistoiminnan menetelmää.

Opinnäytetyöni toiminnalliseen osioon sovelsin tutkimuksellisen kehittämisen mallia. Asiantuntija-ammatteihin liittyvä jo lähtökohtaisesti pyrkimys ja ajatus osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. Tutkimuksellinen kehitystoiminta kohdistuikin usein yksittäisiin työntekijöihin ja heidän ammatilliseen osaamiseensa. Tällöin tyypillisesti tavoitellaan muutosta työnteon tavassa tai menetelmissä. (Toikko & Rantanen 2009, 16.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta sisältää termissään tutkimuksen ja kehittämistoiminnan. On kuitenkin huomattava, että tutkimuksen näkökulma ja kehittämistoiminnan näkökulma pitävät kuitenkin sisällään toisistaan poikkeavia lähtökohtia. Tutkimuksen peruslähtökohtiin kuuluu pyrkimys luotettavaan tietoon. Sitä vastoin kehittämistoiminnan ensisijaisena tavoitteena on tyypillisesti jonkin aineellisen tai aineettoman tuotteen kehittäminen tai tehostaminen. Se voi kohdistua esimerkiksi rakenteisiin tai työyhteisön toimintaan. Tyypillisesti kehittämistoiminnassa pyritään jonkin konkreettisen asian muuttamiseen, mutta ei niinkään tiedon tuottamiseen tutkimuksen merkityksessä. Kehittämistoiminnan kohdalla tärkeintä on käytökelvottomuus. Kehittämistoiminta ja tutkimus eivät kuitenkaan ole täysin irrallisia asioita. Voidaan siis puhua tutkimuksen ja kehittämisen rajapinnasta. Silloin toiminta voi olla tutkimusta ja kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 3.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta koostuu kolmesta tekijästä. Ensimmäinen metodi on prosessi. Prosessi on toimenpiteiden sarja, joka tuottaa määritellyt lopputulokset. Kehittämistyön prosessille ominaista on ennakoimattomuus ja suunnan muutokset. Kaikkea ei voi suunnitella etukäteen, vaan kehitystä tapahtuu prosessin aikana. Prosessille ominaista on työn korjaaminen ja uudelleen suuntaaminen prosessin edetessä. (Toikko & Rantanen 2009, 10.) Kehittämistoiminnassa toinen huomioita tekijä on työhön osallistuvat toimijat. Kehittämistyö edellyttää toimijoiltaan aktiivista osallistumista tutkimustyöhön. Yhteistyön merkitys on vuo-

rovaikutuksellisessa toiminnassa, jossa haetaan yhteistä näkemystä. Kehittäjä osallistuu konkreettiseen kehitystoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 10.) Toikko ja Rantanen määrittävät tutkimuksellisen kehittämistoiminnan kolmanneksi menetelmäksi tiedontuotannon. Se tarkoittaa tutkimuksesta saatuja tuloksia ja niiden hyödynnettävyyttä. Tiedontuotanto merkitsee myös hyvien käytäntöjen siirtämistä jatkokäyttöön. Kehittämistyössä tutkiva työote ja tutkimukselliset asetelmat tuottavat lisäarvoa. (Toikko & Rantanen 2009, 11.)

Opinnäytetyöprosessini noudatti tutkimuksellisen kehittämistoiminnan linjaa. Pyrin tuomaan osastolle keskeisen ja käytännöllisen mallin, jolla potilaiden saamaa hoitoa ja osaston käytäntöjä saadaan parannettua. Pyrin prosessillani konkreettiseen muutokseen työelämässä. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan idean mukaisesti myös työntekijöillä oli ja on edelleen mahdollisuus vaikuttaa prosessiin. Joskin prosessin edetessä suunnitelmiin tuli muutoksia ja työntekijöiden mukaanottamista mallin valmisteluun piti hieman vähentää. Työntekijät saivat kyselyyn vastaamalla tuoda mielipiteensä mallista ja sen soveltuvuudesta käytännön työhön. Tällä on erittäin suuri merkitys prosessin kehittämisessä. Myös tutkimuksella oli suuri rooli kehittämistoiminta prosessissa. Päihdeinterventiomallin suunnittelussa päihdetyön menetelmät valittiin kirjallisen aineiston ja käypä hoito- suositusten mukaan. Kaikki menetelmät ja niiden tehokkuus perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon. Opinnäytetyöprosessissani oli kaksi kyselyä ja ne edustivat työssäni tutkimuksellista osuutta. Silti työssäni pyrin kyselyillä enemmän kehittämään käytännöllistä mallia, kun luomaan tutkittua tietoa.

3.3.1 Arviointi-aineiston keruu

Strukturoidussa haastattelussa eli lomakehaastattelussa käytetään haastattelua varten laadittua lomaketta. Kysymykset ovat kaikille vastaajille samassa järjestyksessä ja ovat vastaajille täysin samanlaisia. Valmiit kysymykset perustuvat teoreettiseen lähtökohtaan ja varmistavat, ettei itse haastattelija vaikuta tulokseen omilla mielipiteillään tai toiminnallaan. Avoimet kysymykset ovat tarpeenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta. Avointen kysymysten etuna on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita, uusia näkökantoja sekä varteenotettavia parannusehdotuksia. Toinen positiivinen puoli on saada vastaajan mielipide perusteellisesti selville. Avoimille kysymyksille tyypillistä on, että ne on helppo laatia, mutta työläitä käsitellä. Avointen kysymysten huono puoli on se, että niihin jätetään helposti vastaamatta tai vastaukset ovat ylimalkaisia tai epätarkkoja. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2010, 96.; Vehkalahti 2008, 24.)

Opinnäytetyöni tutkimuksellisen osion aineiston keräsin kahdella lomakehaastattelulla. Ensimmäisessä lomakehaastattelussa oli neljä avointa kysymystä ja toisessa kolme. Ensimmäinen lomakehaastattelu kerättiin ennen koulutuspäivää ja toinen koulutuspäivän jälkeen. Kysely-

lomakkeiden kohderyhmänä olivat hoitajat Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolla. Kyselyt kerättiin siksi, että osaston työntekijöiden mielipiteet kuunneltaisiin ja otettaisiin prosessissa huomioon. Käyttämässäni tutkimuksellisen kehittämistoiminnan mallissa on ensisijaisen tärkeää, että työntekijöillä olisi mahdollisuus kehittää prosessia ja vaikuttaa omaan työhönsä. Tässä työssä kyselyiden vastaukset käytiin läpi osastolla järjestetyllä osastotunnilla ja mielipiteet otetaan jatkossa huomioon, kun interventiomallia otetaan käyttöön tai sovelletaan käytännöllisemmäksi.

Ensimmäisen kyselylomakkeen tarkoituksena oli selvittää

- 1 Työntekijöiden päihdetyön osaaminen
- 2 Työntekijöiden motivaatio oman päihdetyön osaamisen kehittämiseen
- 3 Työntekijöiden mielipide päihdeinterventiomallin tarpeellisuudesta osastolla 8
- 4 Työntekijöiden mielipide päihdeinterventiomallin sisällöstä.

Toisen kyselylomakkeen tarkoituksena on arvioida

- 1 Osastotunnin onnistumista
- 2 Interventiomallin soveltuvuutta osastolla 8
- 3 Päihdetyön lisäkoulutuksen tarve osastolla 8

3.3.2 Arviointi-aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineiston analyysitavaksi valitsin teemoittelun ja tyypittelyn. Koska kyselylomakkeissa kysymykset olivat avoimia, sopi teemoittelu ja tyypittely hyvin niiden analyysitavaksi. Teemoittelussa avointen kysymysten vastaukset tulee luokitella ryhmiin. (Aaltola & Valli 2007, 124.) Teemoittelua voi tehdä monella tapaa. Teemat voivat rakentua etukäteen suunniteltujen, aineiston keruuvaiheessa määriteltyjen teemojen mukaisesti tai aineistosta voi löytyä aivan uusia teemakokonaisuuksia. Opinnäytetyössäni teemat valikoituvat etukäteen suunnitellusti. Aiheet tulee käydä läpi useampaan kertaan, jotta ollaan varmoja teemojen tärkeydestä. Tämä vaihe auttaa hahmottamaan teemojen sisäistä rakennetta, sekä teemojen suhdetta toisiinsa. (Puusa & Juuti 2011, 121.)

Kyselylomakkeiden kysymykset olivat tehty valmiiden teemojen pohjalta. Opinnäytetyön analyysivaiheessa luin ja kävin tarkasti läpi vastaukset. Lukemisen tavoitteena oli ymmärtää aineiston todellinen sisältö ja löytää mielenkiintoisia asioita tutkimustehtävän kannalta. Vastusten lukemisen jälkeen tyypittelin ja järjestelin vastaukset teemojen mukaisesti. Tyypittelyllä tarkoitetaan aineiston ryhmittelyä tyypeiksi eli aineistoista (teemoista) luodaan ryhmiä, jotka sisältävät samankaltaisia asioita. Tyypittelyn tarkoitus on siis tiivistää ja tyypillistää. Tyypittely kuvaa laajasti mutta taloudellisesti aineistoa. Opinnäytetyössäni tyypit esittävät

tyypillisimmän tilanteenkulun kuhunkin teemaan. Aineiston tulkinta teemojen järjestely ta-
pahtuivat koko ajan rinnakkain. Opinnäytetyössäni käytin mahdollisimman laajaa tyypittelyä.
Se tarkoittaa sitä, että tyyppiin mukaan otettavat asiat ovat esiintyneet ehkä vain yhdessä
vastauksessa. (Eskola & Suoranta 2000, 181-185.)

Aineiston analyysin ajatus on nostaa olennainen esiin aineistosta, huomioiden tutkimuksen
tavoitteet. Aineiston autenttisuuden säilyttämiseksi ja toisaalta sen rikkauden esilletuomi-
seksi, käytetään kokonaisuuksien kuvaamisessa usein suoria lainauksia alkuperäisaineistosta.
Niiden avulla on mahdollista tehdä päättelyketjua näkyvämmäksi. (Puusa & Juuti 2011, 123.)
Tässä työssä arvioinnin tuloksia kuvatessa suoria lainauksia on käytetty kuvaamaan tuloksia
sekä lisäämään työn luotettavuutta sekä uskottavuutta.

3.3.3 Arvioinnin tuloksia

Ensimmäiseen kyselyyn vastasi osaston 25 työntekijästä 11. Ensimmäisessä kyselyssä oli neljä
teemaa. Ensimmäisessä teemassa työntekijöiltä kysyttiin omaa arviota omasta päihde-
työnosaamisesta. Toisen teeman aiheena oli motivaation oman päihdetyön osaamisen kehiti-
tämiseen. Kolmannessa teemassa kysyttiin työntekijöiden mielipidettä päihdeinterventiomal-
lin tarpeellisuudesta. Neljännessä teemassa kysyttiin työntekijöiden mielipidettä siihen, mit-
kä päihdetyönmenetelmät heistä kuuluisi sisällyttää interventioon.

Ensimmäiseen kysymykseen päihdetyönosaamisestaan kaikki vastaajat olivat vastanneet sa-
mantapaisesti. Yksikään 11 vastaajasta ei pitänyt omaa päihdetyönosaamista erityisen hyvänä
tai erityisen huonona. Kaikki vastaajat arvioivat ja kuvasivat omaa osaamistaan keskitasoisek-
si, käyttäen termejä ”tydyttävä”, ”keskinkertainen” tai ”kohtalainen”. Vaikka omaa osaa-
mista ei koettu ihan huonoksi, niin vastauksissa usea kuitenkin totesi, että enemmänkin
osaamista voisi olla ja koulutuksia tarvittaisiin enemmän ja useammin. Haastavimmaksi päih-
teeksi vastauksissa nousivat huumeet. Uusia huumeita vastaajat kokivat jatkuvasti tulevan
markkinoille ja niiden perässä oli vaikea pysyä. Lisäkoulutusta haluttiin juuri huumeiden osal-
ta. Vastaajat toivoivat lisää tietoa huumeiden tunnistamisesta ja vaikutuksista elimistöön.

” Keskinkertainen. Alkoholinkäytöstä on tullut tietoa matkanvarrella, mutta
enemmänkin voisi osata. Muiden huumaavien aineiden osalta tietoa pitäisi päi-
vittää huomattavasti enemmän ja USEAMMIN : aineiden koko historia aina sii-
hen asti miten vaikuttavat. Koko ajan tulee uusia päihteitä, ettei pysy peräs-
sä” .

”kohtalainen. Koulutusta tarvitsen lisää etenkin eri huumeiden tunnistamisessa
→ vaikutukset elimistössä” .

Moni vastanneista työntekijöistä kertoi, ettei heillä ole sen erityisenpää koulutusta päihdeistä, mutta moni kuitenkin koki pärjäävänsä työssään kertyneen työkokemuksen avulla. Vaikka koulutuksia oli ollut tähän mennessä vähän, osa vastaajista oli myös itsenäisesti perehtynyt kirjallisuuteen.

”Minulla ei ole mitään erityisosaamista tai koulutusta tähän aiheeseen liittyen. Luulisin, että tietoni/ymmärrykseni päihdeongelmista, päihdeongelmaisten henkilöiden erityispiirteistä on kuitenkin jonkun verran tavallista paremmat liittyen elämäkokemukseen/työkokemukseen”

”Lienee tyydyttävällä tasolla. Työnkautta lähinnä tietoa tullut ja kirjallisuutta tutkimalla”

Toisessa kysymyksessä teemana oli työntekijöiden motivaatio lisäkoulutukseen. Vastaajista suuriosa kertoi olevansa motivoituneita lisäkoulutukseen. Vastauksista oli kuitenkin löydettävissä kaksi tyyppiä; ehdottoman motivoituneet koulutuksiin ja tietyillä ehdoilla koulutukseen motivoituneet. Ehdottoman motivoituneet perustelivat tarvetta koulutukseen sillä, että päihdediagnoosit ovat nykyisin niin yleisiä ja päihdeongelmat ovat kokoajan lisääntymässä. Nykyään päihdeongelmaisiin törmätään työssä päivittäin. Tämän lisäksi koulutuksen puolesta vastattiin argumentilla, että aina voi oppia uutta ja tietoja on hyvä aika ajoin päivittää. Eräs vastaaja kuitenkin mainitsi, että jos koulutuksia järjestetään, on osaston työvoima turvattava tarvittavalla henkilöstömäärällä. Tällä varmasti tarkoitettiin työturvallisuudesta huolehtimista ja osaston arjen pyörimisen turvaamista koulutuksista huolimatta.

” Uutta voi aina opetella. Päihdepotilaiden määrä lisääntynyt, tietoa/osaamista asiallista päivittää”

Vastaajista oli huomattavissa myös tietyillä ehdoilla koulutukseen haluavat. He kertoivat vastauksissaan jo olleensa päihdekoulutuksessa, eivätkä ehkä olisi kovin motivoituneita pitkiin koulutuksiin, mutta lyhempiin kylläkin. Eräs vastaajista toivoi koulutusta kirjekurssina. Tämä vastaus voitaisiin ajatella huumorina, mutta toisaalta nykytekniikalla verkkokurssit ovat terveysalan työpaikkojen arkipäivää. Näillä saadaan säästetyksi matkaan kuluva aika, kun opiskella voi omalta tietokoneeltaan.

”Yhdessä koulutuksessa on jo käyty, miksei pienemmässä mittakaavassa lisääkin”

Kolmantena teemana työntekijöiltä kysyttiin interventiomallin tarpeellisuudesta ja tarkemmin siitä olisiko hyvä, jos kaikkien potilaiden kanssa alkoholin käyttö otettaisiin puheeksi yhtenäisen mallin mukaisesti. Suurin osa vastaajista piti yhtenäisen mallin mukaista kysymistä hyvänä ja tarpeellisena asiana. Interventiomallin tuloa osastolle pidettiin hyvänä, sillä interventiomallin katsottiin selkeyttävän osastolla tehtävää päihdetyötä ja strukturoivan hoitajien toimintaa. Mallia pidettiin hyvänä myös siksi, että päihdeongelmat ylläpitävät mielenterveyden

häiriöitä ja vaikeuttavat tilanteiden kokonaisarviointia. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että interventiomalli on jo suurelta osin käytössä osastolla, sillä päihteiden käytöstä puhutaan tulohaastatteluissa ja omahoitajakeskusteluissa.

"Yhtenäinen malli varmaan selkeyttäisi päihdetyötä osastolla ja strukturoisi hoitajien toimintaa".

"Ehdottomasti kannatettava asia, mielenterveys- ja päihteidenkäyttö kulkee käsi kädessä. Päihdeongelma estää mielenterveyspotilaan hoitoa ja vaikeuttaa tilanteen arvioita".

"Käsittääkseni tämä jo suurelta osin toteutuukin. Ainakin itse kysyn sitä poikkeuksetta joko tulohaastatteluissa tai sitten omahoitajakeskusteluissa. Yhtenäisen mallin mukainen selvittely olisi mielestäni ok".

Neljännessä teemassa kysyttiin työntekijöiden mielipidettä interventiomallin sisällöstä. Kolmannes vastaajista ei tiennyt mitä interventiomalliin tulisi heidän mielestään kuulua tai mitä kysymyksessä ylipäätään tarkoitetaan "menetelmillä". Muutoin vastaukset interventiomallin sisällöstä vaihtelivat jonkin verran. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että Audit-lomake riittää interventioksi. Osa oli sitä mieltä, ettei pelkkä Audit-lomake ole riittävä. Osa vastaajista kannatti ehdottamaani mallia, jossa menetelminä olivat mini-interventio ja motivoiva haastattelu. Osa vastaajista toivoi omaisten näkemyksen kuulemista, sillä potilaat usein vähättelevät omaa päihteiden käyttöönsä. Osa vastaajista ehdotti interventiomalliksi päihdeanamneesin selvittämistä sekä Audit-lomaketta ja muita päihteitä mittaavan mittaria, sekä päihdepotilaalle räätälöityä omaa hoitosopimusta.

"En ymmärrä mitä tarkoitetaan menetelmillä"

"Auditiin voi vastata kaunistellenkin asiaa eli se ei ole riittävä"

"Ehdottamasi mini-interventio ja motivoiva haastattelu vaikuttavat hyviltä keinoilta ja tutkimustenkin mukaan tuntuvat sopivan päihdetyöhön".

"Jos mahdollista, niin omaisten näkemys päihteiden osuudesta potilaan elämässä voisi olla hyvä kuulla. Monesti potilaalla on tarve vähätellä päihteiden käytön roolia tai sitten eivät sitä välttämättä pysty itse totuudenmukaisesti arvioimaan".

"Jos mahdollista, niin omaisten näkemys päihteiden osuudesta potilaan elämässä voisi olla hyvä kuulla. Monesti potilaalla on tarve vähätellä päihteiden käytön roolia tai sitten eivät sitä välttämättä pysty itse totuudenmukaisesti arvioimaan".

"Ensin voisi olla potilaan yksin täyttämä kaavake, että saisi rauhassa miettiä. Sitten hoitaja kävisi kohdat läpi potilaan kanssa. Toivoisin itselleni sellaista esim. sellaista tietoa esim. mustaa valkoisella keskusteluun, että voisin vaikka

samalla kertoa potilaan käyttämien aineiden ja määrien vaikutuksesta fyysiseen ja psyykkiseen puoleen”.

Toinen kysely suoritettiin osastolla esitettyäni päihdeinterventiomallin osaston henkilökunnalle. Esitystäni seurasi 8 hoitohenkilökuntaa kuuluvaa ihmistä. Koska kaikki eivät ehtineet jäädä vastaamaan kyselyyn esitystilaisuuden jälkeen, päätin jatkaa vastausaikaa viikolla. Lopulta toiseen kyselyyn vastasi 5 hoitajaa 8 paikalla olijasta. Toisessa kyselyssä teemoina olivat päihdeinterventiomalli esityksen onnistuminen, hoitajien mielipide interventiomallin soveltuvuudesta sekä päihdetyön lisäkoulutuksen tarve osastolla yleisesti.

Toisen kyselyn ensimmäisessä teemassa selvitettiin päihdeinterventiomalli-esityksen onnistumista. Esitys otettiin osastolla vastaan hyvin. Kaikkien vastaajien arviot esityksestä olivat positiivisia. Osa vastaajista oli ottanut kantaa esittäjän onnistumiseen ja osa esityksen sisältöön. Esittäjälle annettiin positiivista palautetta paneutumisesta asiaan, motivoivasta asenteesta sekä esittämänsä asiaan osoittamasta kiinnostuksesta. Esityksen sisällön vastaajat arvioivat loogiseksi ja kattavaksi kokonaisuudeksi. Esityksen laajuutta pidettiin sopivana ja arvioitiin, että enempää esittäjä ei olisi ehtinyt esittää eivätkä kuuntelijat sisäistä. Positiivista palautetta annettiin myös siitä, että esitetyn aiheen sisältö perustui tutkittuun tietoon. Osan sisällöstä vastaajat kertoivat jo tietäneensä etukäteen, muttei vanhan asian kertausta pidetty pahana.

”Esittäjästä ensin: paneutunut asiaan, kiinnostunut asiasta, motivoiva asenne. Sisältö: aikarajaan nähden hyvä. Enempää ei olisi ehtinyt sisäistä. Looginen, osa asioista tuttuja, mutta hyvin tärkeä kerrata”.

Toisen kyselyn toisessa teemassa selvitettiin interventiomallin soveltuvuutta Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle. Vastaajista oli löydettävissä kolme erilaista mielipidettä. Osa oli sitä mieltä että malli sopisi käyttöön osastolle, mutta sen käyttöönotto vaatisi lisäkoulutusta. Kuitenkin mini-interventioon vastaajat arvioivat henkilökunnan pätevyyden riittäväksi jo nyt, lisäksi positiivisena pidettiin sitä, että intervention pohjana oleva Audit-lomake on hoitajille ennalta tuttu. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että malli sopisi käyttöön, ilman motivoivaa haastattelua. Motivoivaa haastattelua pidettiin haasteellisena kouluttautumisen puolesta, keskusteluajankäytön resurssien puolesta ja potilaiden lyhyiden hoitoaikojen vuoksi. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että malli on tälläkin hetkellä jo käytössä mini-intervention osalta, sillä hoitajat nyt jo keskustelevat alkoholinkäytöstä tulohaastatteluissa sekä omahoitajakeskusteluissa.

”Esittelemäsi malli on riittävän yksinkertainen käytettäväksi osastolla 8. Hyvin pystyy esim. omahoitajakeskustelun yhteydessä pitämään. Audit jota voi intervention pohjana käyttää on tuttu henkilökunnalle eikä haastattelumallitkaan vaikuta liian monimutkaisilta”.

” Mini-interventio luulisin. Huomioitavaa: hoitoajat os.8:lla lyhyitä. Keskustelu aikojan ei kuitenkaan ole joka pvä ja aika rajallinen.

” Joiltakin osin sitä jo käytetäänkin (mini-interventio), eli useimmiten alkon käytöstä potilaalta kysytään joko tulohaastattelussa tai omahoitajakeskustelussa”.

Toisen kyselyn viimeinen teema käsitteli osaston yleistä päihdehoidon lisäkoulutuksen tarvetta. Päihdetyön lisäkoulutuksen tarvetta kuvattiin sanoilla ”suuri” ja ”sitä tarvitaan aina” Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että lisäkoulutusta päihteisiin liittyen tarvittaisiin osastolla. Vastauksista kävi ilmi, että vain osa työntekijöistä oli käynyt kaksoisdiagnoosikoulutuksen ja muillekin toivottiin vastaavanlaisia koulutuksia. Osa vastaajista oli tarkentanut, että lisäkoulutusta ja ajoittaista tietojen päivittämistä tarvittaisiin nimenomaan huumeiden osalta, sillä uusia aineita tulee jatkuvasti markkinoille. Myös alkoholin osalta lisäkoulutusta tarvittaisiin, jos päihdeinterventiomalli otettaisiin käyttöön. Eräs vastaaja oli myös maininnut, että lisäkoulutus muokkasi työntekijöiden kriittisiä asenteita päihteiden käyttäjiä kohtaan ja työn henkinen kuormittavuus saattaisi lisäkoulutuksen myötä laskea.

” Osastolla on joitakin kaksoisdiagnoosikoulutuksen käyneitä hoitajia. Muilta osin koulutusta kyllä tarvittaisiin. Jos ei muuten niin koulutus saattaisi vaikuttaa asenteisiin ja sitä myötä vähentää kuormittavuutta päihdeongelmaisia henkilöitä kohdatessa”.

”Koulutukselle aina tarvetta. Uutta tietoa saatavilla”

4 Pohdinta

Eettiset ja salassapitoa koskevat kysymykset

Opinnäytetyön päihdeintervention esittelytilaisuudessa ei käsitelty salassa pidettäviä asioita, vaan kyse oli koulutuksesta. Yksittäisiä potilastapauksia ei käytetty esimerkkeinä, eikä potilaita haastateltu. Koulutuspäivään osallistui suurin osa hoitajista, jotka olivat tuona päivänä töissä. On tavallinen käytäntö, että osastotunnit järjestetään aamu- ja iltavuoron ollessa samaan aikaan töissä, tuolloin kummastakin vuorosta voidaan osallistua osastotunnille, poisluken ne, joiden pitää tehdä osaston käytännön työt ja pitää huolta turvallisuudesta osastolla. Osaston työntekijöille oli annettu tiedote opinnäytetyöstäni ja siitä mitä siinä teen ja kuinka se on tarkoitus toteuttaa. Ketään koulutuspäivään osallistujia ei mainittu työssäni, lukuun ottamatta työelämän puolelta ollutta yhteyshenkilöä, joka toimi osastonhoitajana vastaanotto-osastolla. Opinnäytetyöni tutkimuksellisen osuuden kyselylomakkeisiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa opinnäytetyötä esille. Vas-

taajat saattavat toki tunnistaa omat vastauksensa arvioinnin tuloksia-osion suorista lainauksista, mutta ulkopuoliset eivät vastaajia tunnista. Kyselyllä saatua aineistoa käytettiin vain tässä opinnäytetyössä. Kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimukselleni hain HUS:in ohjeiden mukaisen tutkimusluvan. Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaosuudessa käytettävän materiaalin osoitin asianmukaisesti luotettavin lähdemerkinnöin. Opinnäytetyön tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin myös asianmukaista analysointi- ja raportointitapaa. Tulokset on esitetty lukijalle selkeästi ja helppolukuisesti. Tutkimusprosessi on pyritty esittämään avoimesti kirjoittamalla se auki vaihe vaiheelta.

Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyöni sujui tutkimussuunnitelmassa laaditun suunnitelman mukaisesti. Kykenin toteuttamaan opinnäytetyöni tutkimustehtävän eli teoreettisesta viitekehuksesta lähtöisin olevan päihdeinterventiomallin ja esittämään sen Kellokosken sairaalan vastaanotto-osaston henkilökunnalle osatotunnilla. Opinnäytetyön kyselyihin vastattiin vaihtelevalla prosentilla. Ensimmäisen kysymyksen vastasi hieman alle puolet (11/25). Toiseen kyselyyn vastattiin paremmalla prosentilla, mutta yhteensä vastaajia oli viisi. Tämä kuitenkin johtuu siitä, että toiseen kyselyyn vastasivat vain ne, jotka näkivät esitykseni. Toiseen kyselyyn ei olisi voinut vastata ilman esityksen näkemistä, sillä siinä arvioitiin mm. esityksen sisältöä ja onnistumista. Esityspäivän jälkeen kaikki kuulijat eivät ehtineet jäädä vastaamaan toiseen kyselyyn, niinpä kyselyn vastausaikaa pidennettiin viikolla jotta saatiin enemmän vastauksia. Ensimmäisessä kyselyssä vastausprosentti ei ollut kauhean hyvä ja toisessa vastaajien määrä ei ollut kovin suuri. Huono vastausprosentti vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Vastausprosenttia ja tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut parantaa haastattelemalla kaikki osaston työntekijät, mutta tällöin työ määrä olisi kohonnut liian suureksi yhdelle ihmiselle. Näin ollen päädyin tekemään kyselylomakkeen avoimin kysymyksin. Avoimilla kysymyksillä tähtäsin siihen, että vastaajat vastaisivat kysymyksiin laajemmin. Avoimille kysymyksille luonteenomaista on se, ettei niihin voi vastata vain kyllä tai ei. Tästäkin huolimatta vastaukset jäivät melko lyhyiksi. Kyselylomaketta olisi voitu esitellä, jotta kyselystä olisi voinut saada kehitetyksi parempi. Esitelluksen avulla olisi myös voinut saada tarkemman kuvan siitä, vastasivatko kyselylomakkeiden teemat ja teoreettinen viitekehys toisiaan. Tutkimuksen luotettavuuden ja toistettavuuden kannalta on tärkeää se, vastasiko opinnäytetyöni tulokset siihen mihin piti. Toisaalta pyrin ensisijaisesti parantamaan käytännön työelämää hyödyllisellä ja käyttökelpoisella päihdeinterventiomallilla, kun että olisin pyrkinyt tuottamaan opinnäytetyölläni tutkimuslistaa uutta tietoa. Esitellin interventiomallin esittelyä käymällä HUS:in avohoitopoliklinikalla kertomalla interventiomallista poliklinikan henkilökunnalle. Tämän avulla kykenin tekemään esitykseni parannuksia ja sain varmuutta varsinaiseen esityspäivään. Interventiomallin esittely osastolla meni hyvin ja sain esityksestä kuulijoilta hyvää palautetta. Näin ollen kuuli-

jat ymmärsivät esitykseni ja kykenivät kertomaan sen interventiomallin sisällöstä oman mieltänsä ja arvioimaan sen soveltuvuutta osastolla.

Esitykseni otettiin vastaan osastolla positiivisin mielin. Henkilökunta osastolla vaikuttaa kyselytutkimusten mukaan motivoituneelta kehittämään omaa päihdetyön osaamistaan. Työntekijät myös tunnistavat lisäkoulutuksen tarpeen osastolla Suomessa jatkuvasti pahentuvan päihdeongelman vuoksi. Tämän työntekijöiden kokemuksen vahvistavat myös tilastot, sillä alkoholin kokonaiskulutuksen on lisääntynyt viime vuosina ja sen odotetaan kasvavan lähivuosinakin, kuten teoreettisessa viitekehysessä aikaisemmin mainitsin. (Lönnqvist ym.2008, 419-420 ; Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 18-19). Opinnäytetyössä tekemäni päihdeinterventiomalli on rajattu koskemaan vain alkoholia. Kyselytutkimuksen tuloksista kuitenkin kävi ilmi osaston työntekijöiden huoli osaamisestaan ja päihdetietoudestaan huumeidenkäyttäjien ja sekakäyttäjien osalta. Varsinkin huumeiden käytöstä työntekijöillä tuntui olevan suuri tarve saada lisää informaatiota. Myös huumepsykoosien hoitaminen koetaan haastavammaksi kuin alkoholi-riippuvuuden. Kuten teoreettisessä viitekehysessä mainitsin, nykyään potilaita, joilla on sekä päihde-, että mielenterveys ongelmia, tulisi kirjallisuuden ja käypä hoito-suositusten mukaan hoitaa integroidun mallin mukaisesti (Aalto 2007, 1293-1298; Aalto 2008). Huoli uuden päihdeinformaation saamisesta näkyy myös kyselytutkimukseni vastauksissa. Jotta potilaita osattaisiin hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla, pitäisi tarvittavin väliajoin saada uutta tietoa päihdeistä ja päihdeongelmien hoitamisesta.

Esittelemäni päihdeinterventiomalli otettiin osastolla hyvin vastaan, voin kyselyn tuloksista ja tilaisuuden jälkeisestä yhteisestä keskustelusta päätellä että malli tarvitsee hieman soveltamista ennen kun sitä voitaisiin ottaa käyttöön. Tämä johtuu siitä, että motivoivan haastattelun menetelmä on osaston työntekijöille vieras ja vaatisi työntekijöille koulutuksen. Hus:illa koulutetaan motivoivan haastatteluun sisäisellä koulutuksella, mutta koulutukseen otetaan yhdeltä osastolta vain muutamia kerrallaan. Näin ollen 25 hoitajan kouluttamisessa menisi aikaa. Lisäksi muita tärkeitä koulutuksia on useita, eikä motivoiva haastattelu nouse tärkeimmäksi koulutukseksi osastolla, jossa hoidetaan potilaita lyhyen ajan, vain akuuttivaiheen osalta. Toisaalta interventiomallia ei ole osastolla syytä unohtaa, sillä motivoiva haastattelu on vain yksi osa kokonaisuutta. Tärkeää on alkoholinkäytön puheeksiottaminen kaikkien potilaiden kanssa. Mini-interventioon sitä vastoin kaikki osastolla työskentelevät hoitajat kykenivät. Potilaat, joilla ongelmia päihdeiden kanssa ovat arkea osastolla ja hoitajat päivittäin ovat tottuneet päihdeiden käytöstä keskustelemaan.

Osastolla tulisi mielestäni kehittää systemaattisuutta, joka tarkoittaa, että kaikkien potilaiden kanssa päihde otettaisiin puheeksi samalla tavoin ja käytettäisiin samoja mittareita alkoholin aiheuttamia riskejä potilaan elämässä. Kyselytutkimustulosteni mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että päihdeinterventiomalli toisi osastolle mahdollisuuden systemaattiseen päih-

detyöhön, joka takaisi potilaalle tasapuolisen mahdollisuuden pohtia päihteidenkäyttöä. Systemaattisuus vaikuttaisi myös potilaiden oikeuksien toteutumiseen saada parasta mahdollista näyttöön perustuvaa hoitoa. Vaikkei kaikkia hoitajia saataisikaan koulutettua motivoivan haastattelun menetelmään, niin olisi kuitenkin hyvä, että hoitajat osaisivat päätellä päihde-ongelman vakavuutta ja keinoja sen hoitamiseksi, jos potilas esimerkiksi saa Audit-testistä yli 20 pistettä.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja haastava. Prosessi lähti liikkeelle hitaasti ja on kestänyt kauan. Omat haasteensa opinnäytetyölle ovat asettaneet työn ja perhe-elämän ja työharjoitteluiden yhteensovittaminen. Välillä opinnäytetyön tekemiseen tuli pitkiäkin taukoja ja opinnäytetyön aikatauluun piti tehdä paljon muutoksia. Opinnäytetyöni olisi sujunut paremmin aikataulussa eikä katkoksia opinnäytetyön tekoon olisi tullut, jos olisin useammin varannut opinnäytetyöni ohjaajalta ohjausaikoja. Opinnäytetyön loppuvaiheessa opinnäytetyöohjauksia oli enemmän ja aikataulussa pysyttiin. Kellokosken sairaalan vastaanotto-osaston kanssa sujui ilman ongelmia. Osastonhoitajan kanssa keskustelimme tasaisin väliajoin työn edistymisestä ja siihen liittyvistä asioista. Osastolla ymmärrettiin tilanteeni työn ja opintojen yhteensovittamisen vaikeudesta, eikä osastolta tuotu esiin kritiikkiä siitä, että opinnäytetyöni aikataulu venyi ennalta suunnitellusta. Kaikki järjestelyt esityspäivän suhteen sujuivat myös onnistuneesti. Yhteistyön arvioin sujuneen osaston kanssa erinomaisesti.

Lähteet

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosinhoidollinen haaste. Duodecim-lehti. (Viitattu 3.12.2011. Saatavilla muodossa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>.)
- Aalto, M. 2008 Tehoa kaksoisdiagnoosin hoitoon. Kansanterveyslehti 4/2008. (Viitattu 3.12.2011.) saatavilla muodossa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_4_2008/tehoa_kaksoisdiagnoosien_hoitoon
- Aalto, M., Seppä, K. 2009. Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa: Aalto, M. et al. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino.
- Absetz, S., Hankonen, N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim aikakausi kirja 21/2011. (Viitattu 22.11.2011.) Saatavilla muodossa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99873&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_fropage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=motivoiva+haastattelu
- Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito - suositukset. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääkätieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. Helsinki. (Viitattu 22.11.2011). Saatavilla internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>
- Beich, A., Thorsen, T. & Rollnick, S. 2003. Screening in brief-intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal 2003; 327:556-542.
- Eskola, J., Suoranta, J., 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Flinck, R. 2001. Potilaiden monet ongelmat hoitotyön haasteena. Kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaiden osastohoidosta. Sairaanhoidaja, 5, 15-18.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., Daeppen, J-B. 2009. Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. Journal on substance abuse treatment. 37; 151-159.
- Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä vaan häirikkö." Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avunsaannin haasteet. Pro gradu. Tampere hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.
- Jeffery, D., Ley, A., McLaren, S. & Siegfried, N. 2006. Psychosocial treatment programmes for people with both mental illness and substance misuse. The Cochrane Collaborations.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.
- Laker, C. 2006. How successful is the dual diagnosis good practice guide? British Journal of Nursing. 15, (14), 90-787.

Lindholm, L. 1998. Alcohol advice in primary health care – is it a wise use of resources? Health Policy 1998. 45:47-56

Lönqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. 2008. Psykiatria. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Helsinki: Multiprint.

Miller, W., Mount, K. 2001. A small study of training in motivational interviewing: does on workshop change clinician and client behavior? Behavioral and cognitive psychotherapy. 29; 457-471.

Päihdelinkki. 2011. Juomispäiväkirja. (Viitattu 3.12.2011.) Saatavilla muodossa: <http://www.paihdelinkki.fi/oma-tavoite-ja-suunnitelma>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, Alkoholi ja huumeet. Sosiaali- ja terveys-alan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus.

Salo-Chydenius, S. 2010. Motivoiva haastattelu/motivoiva toimintatapa. (viitattu 8.2.2012.) Saatavilla muodossa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Seppä, K., Aalto, M. 2007. Tuoreita välineitä mini-interventiotyön tueksi. (viitattu: 8.2.2012.) Saatavilla muodossa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/tuoreita_valineita_mini-interventiotyon_tueksi

Seppä, K., Alho, H., Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Seppä, K. 2006. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio- hoitosuosituksen yhteenveto. Helsinki: Suomen printman.

Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Kuopio: Kopijyvä.

Terä, S. 2001. Kaksoisdiagnoosi, määrittely, esiintyvyys ja hoidossa huomioitavat tekijät. Pro gradu. Tampere. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. 3-43.

Toikko, T., Rantanen, R. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino. Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittari ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

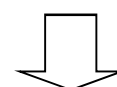
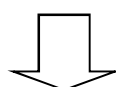
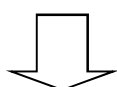
Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Taulukot

Päihdeinterventio malli ja mini-interventio keskustelun tukena oleva materiaali

Kysy kaikilta hoitoon tulevilta potilailta tulovaiheessa alkoholinkäytöstä. Pyydä potilasta täyttämään AUDIT-testi etukäteen tai täyttäkää lomake yhdessä omahoitajakeskustelussa.

Audit ≤ 8 pistettä	Audit 9-15 pistettä tai epäily alkoholin haitallisesta käytöstä	Audit 16-19 pistettä tai epäily alkoholin haitallisesta käytöstä	Audit ≥ 20 pistettä tai epäily alkoholiriippuvuudesta
--------------------	---	--	---



Positiivinen palaute → hyödyttää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.	Mini-interventio: - Alkoholikäytöstä kysyminen ja keskustelu - Riskikulutuksen tunnistaminen - Palaute ja tietojen antaminen alkoholin haittavaikutuksista - Neuvonta juomisen vähentämiseksi - Kuuntelu, rohkaisu ja motivointi - Henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen - Kirjaaminen - Seuranta	Mini-interventio + motivoivan haastattelun menetelmät potilaan muutosvaiheen mukaisesti. Muutosvaiheen mallit: Esiharkintavaihe Harkintavaihe Valmisteluvaihe Toimintavaihe Ylläpitovaihe (Retkahdus) Tiedustelee motivoivaa tietoa Antabukseen	- Keskustele alkoholin käytöstä motivoivan haastattelun menetelmällä: 1. Dialoginen vuorovaikutus - yhteistyö, kunnioitus, luottamus ja myötätunnon ilmaiseminen. 2. Ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen 3. Vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen 4. Pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja välineiden antaminen Tiedustelee motivoivaa tietoa Antabukseen
--	---	---	---

Alkoholin riskirajat annoksina:

Juoma	Koko	Annokset
Keskiolut, siideri, lonkero yms. (alle 4,7 %)	0,33 l (pullo)	1
Keskiolut, siideri, lonkero yms. (alle 4,7 %)	0,5 l (tuoppi)	1,5
A-olut, vahva siideri, lonkero yms. (5-8 %)	0,33 l (pullo)	1,3
A-olut, vahva siideri, lonkero yms. (5-8 %)	0,5 l (tuoppi)	2
Mieto viini yms. (10-15 %)	12 cl (lasi)	1
Mieto viini yms. (10-15 %)	0,75 l (pullo)	6
Väkevä viini ja juomasekoitukset yms. (16-22 %)	8 cl (lasi)	1
Väkevä viini ja juomasekoitukset yms. (16-22 %)	0,75 l (pullo)	9
Väkevät juomat 35-40 %	4 cl (snapsi)	1
Väkevät juomat 35-40 %	0,5 l (pullo)	13

Alkoholinkäytön riskirajat

Miesten viikkokulutus	24 annosta viikossa
Naisten viikkokulutus	16 annosta viikossa
Miesten kertakäyttö	7 annosta kerralla
Naisten kertakäyttö	5 annosta kerralla

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake.....	46
---------------------------	----

Liite 1

Kyselylomake

Arvoisa kyselyyn vastaava hoitaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyönä päihdeinterventiomallin Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolle. Opinnäytetyön tavoitteena ovat työelämän käytäntöjen parantaminen, potilaiden saaman hoidon parantaminen sekä oma ammatillisen osaamisen kasvu.

Opinnäytetyöni esitän osastolla 8 osastotunnilla 13.9.2012. Opinnäytetyöhöni liittyen suoritan kaksi kyselytutkimusta. Ensimmäisen kyselyn jätän henkilökunnan täytettäväksi elokuun lopussa. Toisen kyselyn annan henkilökunnan täytettäväksi opinnäytetyöni esittämisen yhteydessä 13.9.2012.

Ensimmäisen kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää

- 1 Työntekijöiden päihdetyön osaaminen
- 2 Työntekijöiden motivaatio oman päihdetyön osaamisen kehittämiseen
- 3 Työntekijöiden mielipide päihdeinterventiomallin tarpeellisuudesta osastolla 8
- 4 Työntekijöiden mielipide päihdeinterventiomallin sisällöstä.

Toisen kyselylomakkeen tarkoituksena on arvioida

- 1 Osastotunnin onnistumista
- 2 Interventiomallin soveltuvuutta osastolla 8
- 3 Hoitajien motivaatiota päihdetyön lisäkoulutukseen

Osallistuminen on vapaaehtoista mutta toivottavaa. Vastausaikaa ensimmäiseen kyselyyn on noin kaksi viikkoa. Vastaukset palautetaan erilliseen palautuslaatikkoon. Osallistujien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa opinnäytetyötä esille. Kyselyllä saatua aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli sinulla on lisäkysymyksiä aiheesta, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse. Kiitos sinulle osallistumisesta jo etukäteen!

Juha Kaasinen

juha.kaasinen@laurea.fi

Kyselylomake 1

Miten arvioisit oman päihdetyön osaamisesi?

Minkälainen on halukkuutesi kehittää omaa päihdetyön osaamistasi?

Mitä ajattelet siitä, jos kaikilta osastolle tulevilta potilailta kysyttäisiin alkoholinkäytöstä yhtenäisen mallinmukaisesti?

Millaisia menetelmiä malliin tulisi mielestäsi kuulua

Kyselylomake 2

Mitä ajattelet päihdeinterventiomalli esityksen sisällöstä?

Miten päihdeinterventiomalli mielestäsi soveltuisi osastolle 8?

Minkälainen on mielestäsi päihdetyön lisäkoulutuksen tarve osastolla 8?

Hoitajille alkoholinkäytön puheeksiottamisen avuksi

Viitteitä alkoholin riskikäytöstä:

- Krapula
- Vatsavaivat
- Toistuvia tapaturmia
- Kohonnut verenpaine
- Rytmihäiriöt
- Metabolinen oireyhtymä
- Unettomuus, unihäiriöt
- Masentuneisuus
- Ahdistuneisuus
- Muuttunut sosiaalinen tilanne
- Diabeteksen tai veren ohennushoidon huono tasapaino
- Suuri MCV, S-GT, S-trigly, s-uraatti, HDL-kol, CDT

Alkoholinkäytön vähentämisestä voi olla monenlaista hyötyä:

- Painonhallinta on helpompaa
- Mahavaivat vähenevät
- Verenpaine laskee
- Rytmihäiriöitä esiintyy vähemmän
- Tapaturmat vähenevät
- Vastustuskyky lisääntyy
- Unen laatu paranee
- Mieliala kohenee
- Ristiriidat ihmissuhteissa vähenevät
- Jaksat paremmin työssä

Pitkään jatkuva runsas alkoholinkäyttö voi johtaa alkoholiriippuvuuteen ja vakaviin elinvauroihin