

Juola Manu & Tikkala Kaisa

Työmateriaalia ja toimintaohjeita Oulaisten A-klinikalle

Työmateriaalia ja toimintaohjeita Oulaisten A-klinikalle

Juola Manu & Tikkala Kaisa
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

Tekijä(t): Juola Manu & Tikkala Kaisa

Opinnäytetyön nimi: Työmateriaalia ja toimintaohjeita Oulaisten A-klinikalle

Työn ohjaaja: Hautala Eija & Kiviniemi Liisa

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2018

Sivumäärä: sivut + liitteet
(esim. 24 + 5)

Opinnäytetyömme aiheena oli työmateriaali- ja toimintaohjekansion luominen Oulaisten A-klinikan käyttöön. Tarkoituksenamme oli, että tästä kansiosta tulisi hyvä apuväline A-klinikan työntekijöille ja opiskelijoille. Tavoitteena oli tehdä helppolukuinen ja selkeä kansio A-klinikan henkilökunnan ehdotusten ja henkilökunnalta saadun materiaalin pohjalta. Siihen sisällytettiin paljon erilaisia ohjeistuksia ja materiaalia mitä A-klinikan päivittäisissä toiminnoissa käytetään. Suurin osa materiaalista tuli A-klinikalta suoraan ja muokkasimme tiedostot keskenään samanlaisiksi, jotta kansion ilme olisi yhtenäinen. Ehkäisevän päihdetyön laatu koostuu työn sisältöön, toteutukseen sekä seurantaan ja arviointiin liittyvistä tekijöistä. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvällä toimintaohjekansiossa on pitkän tähtäimen tavoitteena ylläpitää ja yhdenmukaistaa hoitotyön tasaista laatua ajankohtaisine ja selkeine ohjeineen ja materiaaleineen.

Materiaalin muokkaamisen lisäksi kokosimme peliriippuvuudesta tietoperustan ja sisällytimme kansioon myös peliriippuvuuden hoitoon liittyen erilaisia ohjeita, kuten puheeksiotto ja riippuvuuden arviointi. Materiaalina tietoperustaa varten hyödynsimme useita kirjoja, muutamia kansainvälisiä tutkimuksia sekä luotettaviksi todettuja verkkolähteitä. Ohjeita päivittäessä hyödynsimme hyvän ohjeen kriteereitä, jotta ohjeet pysyisivät selkeinä ja helppolukuisina.

Tuloksena syntynyt materiaalikansio sisältää A-klinikalla käytössä olevat lomakkeet ja ohjeet tarkistettuine tietoineen sekä uutena lisätty peliriippuvuus- osio. Sen lisäksi toimitimme A-klinikalle muistitikun, josta kaikki materiaali löytyy ja näin ollen kansiota on helpompi päivittää jälkepäin. Jatkossa kansioon on helppo lisätä uusia aihealueita, sekä päivittää siinä olevia tietoja tarvittaessa.

Asiasanat: mielenterveyshäiriöt, peliriippuvuus, päihdetyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Juola Manu & Tikkala Kaisa

Title of thesis: Work materials and guidelines to A-clinic of Oulainen

Supervisors: Hautala Eija & Kiviniemi Liisa

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2018 Number of pages:

The subject of our thesis was to create a material bank for A-clinic of Oulainen. Our purpose was to make a folder that acts as a tool for A-clinic workers and students. The aim was to create an easy to read and simple folder based on the suggestions and existing materials that the staff of A-clinic provided to us.

The folder includes a good amount of guidance and materials which is used in the day-to-day operations at the A-clinic. We also took the existing materials and adjusted it with the new materials to make the folder look more united and to make them easier to read. The material folder created as bachelor's thesis has a long-term goal to maintain and harmonize the steady quality of nursing with timely and clear instructions and materials.

In addition to updating the material, we pooled a knowledge base of addictive gaming and included various guidelines for the management of gambling addiction. As a material for the knowledge base we utilized several books, some international studies and reliable online sources. We used the criteria of good guidance when we updated the old materials.

As a final result we created a folder containing the forms and guidelines from A-clinic and instructions with revised data as well as the new gambling addiction guidelines. We also supply USB Flash memory card which contains all the materials and therefore it's easier to update the folder afterwards. In the future it is easier to add new materials to the folder as well as to update the information whenever needed.

Keywords: Mental disorders, gambling addiction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TAVOITTEET	7
3	PÄIHDETYÖ A-KLINIKALLA	8
3.1	Ehkäisevä päihdetyö	9
3.2	Päihdetyön laatu ja laatuksiteerit	11
4	PELIRIIPPUVUUDEN MUODOT JA RISKITEKIJÄT	12
4.1	Peliriippuvuuden eri muodot ja ennakoivat merkit	13
4.2	Peliriippuvuuden synnyn riskitekijöitä	14
5	TOIMINTA PELIRIIPPUVAISEN HENKILÖN KANSSA	15
5.1	Peliriippuvuuden seulonta	15
5.2	Peliriippuvuuden arvioiminen	17
5.3	Peliriippuvuuden hoito	17
5.4	Motivoiva haastattelu	18
5.5	Kognitiivinen käyttäytymisterapia peliriippuvuuden hoidossa	19
6	PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	20
6.1	Projektioorganisaatio ja viestintä	21
7	SEURANTA, ARVIOINTI JA RAPORTOINTI	22
8	POHDINTA	23
8.1	Opinnäytetyön tulokseen liittyvä pohdinta	23
8.2	Peliriippuvuus hoidon haasteena	24
8.3	Opinnäytetyön prosessin pohdinta	24
	LÄHTEET	26

1 JOHDANTO

Päihdehoitotyötä tehdään sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimintayksiköissä. Nämä kaksi poikkeavat keskenään toisistaan; terveydenhuollossa korostetaan terveyttä, kun taas sosiaali-huollossa hyvinvointi ja elämänhallinta ovat keskiössä. Palvelun käyttäjä on terveydenhuollossa usein potilas ja sosiaalihuollossa asiakas (Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen & Salo-Chydenius 2015, 29.)

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä siinä määrin kuin kunnassa esiintyy tarvetta. Kunnat voivat joko tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta, esimerkiksi järjestöiltä. Päihdepalveluja saa eri muodoissa, mutta ensisijaisesti tarjotaan avopalveluita. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidoa tai erilaisia terapioiden (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2017, viitattu 22.11.2017.)

Oulaisissa päihdehuollon yksikkönä toimii A-klinikka, jossa järjestetään erilaisia avopalveluita. Saimme Oulaisten A-klinikalta pyynnön tehdä heille päivittäiseen käyttöön kansion, joka sisältää henkilökunnan jokapäiväisessä työssä tarvitsemia lyhyitä ohjeistuksia sekä erilaisia lomakkeita. A-klinikan henkilökunta kokee tarvitsevansa kansion, jotta materiaali olisi helposti saatavilla tarvittaessa. Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena tulee olemaan työmateriaali- ja toimintaohjekansio.

Opinnäytetyön tietoperustassa kerromme päihdetyöstä A-klinikalla, ja tämän lisäksi tietoperustaan on otettu mukaan peliriippuvuus sen vuoksi, että kansioon tulee tietoa ja toimintaohjeita peliriippuvuuteen liittyen. Materiaaleina käytetään mm. erilaisia mittareita joita voidaan hyödyntää peliongelman kartoittamiseen.

2 TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä helppolukuinen ja selkeä kansio A-klinikan henkilökunnan ehdotusten ja henkilökunnalta saadun materiaalin pohjalta. Tämän lisäksi opinnäytetyön tuotoksena syntyvällä materiaalikansiolla on pitkän tähtäimen tavoitteena ylläpitää ja yhdenmukaistaa hoitotyön tasaista laatua ajankohtaisine ja selkeine ohjeineen ja materiaaleineen.

Henkilökunnan toiveesta otettiin mukaan tietoa peliriippuvuudesta, josta ei A-klinikalla juuri käytännön materiaalia ole. Lisäsimme toimintaohjeisiin materiaalia, josta tulee olemaan hyötyä työkennellessä peliriippuvaisen henkilön kanssa. Toiveena oli myös, että huumeeseulan otosta olevaa ohjeistusta yksinkertaistettaisiin, jotta sen voi toimittaa myös A-klinikan yhteistyökumppaneille.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen Oulaisten A-klinikalle, sillä tällä hetkellä varsinaista toimintaohjekansiota ei ole laisinkaan. Osittain kansioon tulevaa materiaalia jo löytyy, mutta A-klinikan työntekijät haluavat että ohjeet olisivat helpommin saatavilla.

3 PÄIHDETYÖ A-KLINIKALLA

Päihdehuollon palveluista ja muista sosiaali- ja terveystalvveluista suurin osa on kuntien tuottamia, mutta myös yksityisiä palveluita on tarjolla. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus kunnan maksamiin julkisiin palveluihin. Yksityisten palveluiden kustannukset on maksettava itse. Päihdehoito toteutetaan yleensä avohoitona ja sinne voi hakeutua oma-aloitteisesti. Jos tilanne on vaikea, arvioidaan tarvitaanko laitoshoidoa. Laitoshoidon maksaa tilanteesta riippuen työnantaja, kunta, A-klinikka tai asiakas itse (Päihdelinkki 2017, viitattu 13.11.2017.) Päihdetyöhön kuuluvat ehkäisevä ja korjaava työ. Ne liittyvät kyljistään yhteen siten, että tarkkaa rajaa niiden välille on mahdoton piirtää. Ehkäisevän päihdetyön piiriin kuuluvat yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Lisäksi korjaava päihdetyö on samalla aina myös hyvää ehkäisyä (Stakes 2006, 8.)

Päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneissa avohoitoyksiköissä sairaanhoitajan työssä keskeisiä ovat yleensä päivystysvastaanottojen sekä avomuotoisena annettavan katkaisuhoidon toteuttaminen, opioidikorvaushoitolääkityksen toteuttaminen, potilaiden ohjaus ja neuvonta sekä pidempiaikaisiin hoitosuhteisiin liittyvät terapeuttiset keskustelut. Päihdesairaanhoitajan työssä painottuu palveluohjaustyypinen työ. Se sisältää asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointia, hoidon suunnittelua ja koordinoimtia, psyykkisen hyvinvoinnin tukemista sekä neuvontaa ja opettamista (Holmberg ym. 2015, 204-205.)

Oulaisissa päihdehuollon palveluyksikkönä toimii A-klinikka, joka on kunnan tuottama palvelu. Päihdehuollon palveluita tarjotaan henkilöille, joilla on alkoholi-, huume-, lääke-, ja/tai peliriippuvuusongelmia. Lisäksi tarjotaan apua riippuvuusongelmaisten omaisille. Palveluihin kuuluu riippuvuusongelman arviointia, kuntoutusta, ohjausta ja hoitoa. Kaikki käynnit A-klinikalla ovat asiakkaalle maksuttomia, lääkärinlausunnoista ja ajokorttiseurannoista veloitetaan voimassa olevan hinnaston mukaisesti. Oulaisten A-klinikan toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen, oman vastuun korostamiseen, tasa-arvoisuuteen sekä inhimillisyyteen. Toimintamuotoina A-klinikalla on mm. terapiakeskustelut, avokatkaisuhoito, päihdeseurannat ja korvaushoito (Oulaisten kaupunki 2017, viitattu 31.10.2017.) Oulaisten A-klinikalla työskentelee kaksi sairaanhoitajaa sekä konsultoiva päihdepsykiatri. Asiakkaina A-klinikalla on mm. Peli- ja huumeriippuvaisia, sekakäyttäjiä sekä mielenterveysongelmaisia. Oulaisten A-klinikalle ohjaututaan asiakkaaksi useita reittejä, näitä ovat esimerkiksi sosiaalitoimen kautta, päivystyksistä/osastoilta, kotisairaanhoidosta, rikosseuraamuslaitoksen kautta tai työpaikalta. Asiakkaaksi voi ohjautua oikeas-

taan mistä vaan, myös itse ottamalla yhteyttä. A-klinikalla ei ole lähetekäytäntöä. Oulaisten A-klinikalla toimintamuotona on ensisijaisesti ehkäisevä päihdetyö, ja siellä on toteutetaan esimerkiksi PAKKA-toimintamallia (Morko, sähköpostiviesti 30.11.2017.)

3.1 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevä työ voidaan jakaa kolmeen luokkaan; primaaripreventio, sekundaaripreventio sekä tertiaaripreventio. Primaaripreventiolla tarkoitetaan ennen terveysongelmaa tehtävää väliintuloa, jossa pyritään poistamaan ongelmia aiheuttavat yhteydet sekä pyritään vaikuttamaan kohderyhmän käsityksiin ja käyttäytymiseen. Ihmisiä motivoidaan muuttamaan elämäänsä toivottuun suuntaan. Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan varhaista puuttumista mahdollisesti kehittyvään sairauteen tai muuhun terveysongelmaan. Tertiaaripreventiolla puolestaan tarkoitetaan ongelman uusiutumisen ehkäisemistä tai sairauden tai käyttäytymishäiriön oireiden rajoittamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Ehkäisevän päihdetyön käsikirja 1999, 39-40.)

Ehkäisevä päihdetyö on päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyä ja vähentämistä. Työn tavoitteena on vähentää päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa ja päihdehaittoja sekä edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017, viitattu 14.11.2017.) Lain määritelmässä ehkäisevä päihdetyö ymmärretään toiminnaksi, jolla ehkäistään päihteiden käyttöä ja käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja. Laki myös vahvistaa määritelmän, jonka mukaan rahapelaaminen sisältyy ehkäisevään päihdetyöhön (Holmila, Karlsson, Ranta & Warpenius 2015, 14.)

Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan vaikuttamalla päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käyttötappoihin, saatavuuteen, tarjontaan ja haittoihin (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017, viitattu 14.11.2017). Ehkäisevän päihdetyön menetelmien kirjo on laaja. Usein toistettu näkemys on, että systemaattisesti ja pitkäjänteisesti yhteen sovitettut toimet, joissa saatavuuden sääntely yhdistyy muihin keinoihin, ovat tehokkaampia kuin irralliset projektit tai hankkeet (Holmila ym. 2015, 52.)

Paikallinen alkoholipolitiikka -toimintamalli (Pakka) on suomalainen sovellus päihdehaittoja ehkäisevälle paikalliselle työlle. Sitä on toteutettu useiden vuosien ajan alkoholihaittojen ehkäisyyn liittyen ja se on levinnyt yhä useammalle alueelle. Suomessa mallia on lähdetty laajentamaan

myös tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyn näkökulmilla. Pakka-toimintamallissa tehdään paikallisiin yhteisöihin keskittyvää ehkäisevää päihdetyötä, jossa tavoitteena on, että nuorten ja aikuisten alkoholin käyttö, tupakointi ja ongelmia aiheuttava pelaaminen vähenevät, juomisen, tupakoinnin ja rahapelaamisen aloitusikä nousee, humalajuominen haittoineen vähenee ja että alueen ja seudun alkoholiin, tupakointiin ja rahapelaamiseen liittyviä haittoja ehkäistään suunnitelmallisesti yhteistyössä (Fors, Heimala, Holmila, Ilvonen, Kesänen, Markkula, Saunio, Strand, Tamminen, Tenkanen & Warpenius 2013, viitattu 15.11.2017.) paikallisten toimijoiden eli sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden viranomaisten, alkoholielinkeinojen edustajien, poliitikkojen, median, järjestöjen ja kuntalaisten kanssa. Pää tavoitteena on vaikuttaa epäviralliseen sosiaaliseen säätelyyn esimerkiksi siistimällä nuorten aikuisten juomatapoja, vähentämällä päihtyneille anniskelua, estämällä alaikäisten päihteidenkäyttöä ja vähentämällä ravintoloiden yöaikaisia väkivallantekoja ja päihtymyksestä johtuvia päivystyspoliikkakäyntejä. (Holmberg ym. 2015. 474-475.)

Päihteiden käyttöön tai ongelmalliseen pelaamiseen puuttumisessa ensimmäinen askel on asian ottaminen puheeksi eikä puheeksiottoa pidä arkailla tai pelätä (A-klinikkasäätiö 2017, viitattu 15.11.2017). Mini-interventio on terveydenhuollossa tapahtuva alkoholin riskikuluttajan lyhyt neuvonta. Sen avulla hoitaja tai lääkäri pyrkii tukemaan potilasta alkoholin käytön vähentämisessä silloin, kun käyttö on runsasta, mutta siitä ei ole vielä ehtinyt aiheutua mainittavia haittoja. Mini-interventio sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen, neuvonnan ja mahdollisesti muutaman seurantakäynnin (Seppä 2013, viitattu 21.11.2017.) Lyhytneuvonnan perusedellytyksenä on tiedostaa alkoholin riskikäytön yleisyys ja kysyä aktiivisesti potilaiden alkoholinkäytöstä. Potilasta tuetaan kuuntelemalla ja rakentavasti kommentoimalla. Motivoiva asenne on lyhytneuvonnan tärkeintä sisältöä. Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää laboratoriokokeita. Luontevinta on seurata hoitoa sillä mittarilla, jonka arvo on hoidon alussa ollut suurentunut. Käyttökelpoisia ovat esimerkiksi MCV, GT ja CDT. Seurantakäynnillä tarkistetaan mahdollinen alkoholinkäyttöpäiväkiri ja tehdyt laboratoriokokeet. Potilasta kannustetaan asettamaan omia tavoitteita ja seuraava käynti sovitaan yleensä 2–3 kolmen viikon päähän (Käypä hoito-suositus 2017, viitattu 21.11.2017.) Oulaisten A-klinikalla terapiakeskustelut ovat pääsääntöisesti yksilökäyntejä. Terapiakeskusteluissa keskitytään henkilön motivointiin, tukemiseen ja arjen hallinnan kehittämiseen. Hyvin usein jo pelkkä keskustelu koetaan auttavaksi ja mieltä helpottavaksi (Oulaisten kaupunki 2017, viitattu 22.11.2017.)

3.2 Päihdetyön laatu ja laatukriteerit

Vuonna 2002 julkaistuilla Päihdepalvelujen laatusuosituksilla sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto tahtovat lisätä päihdepalvelujen saatavuutta ja parantaa niiden laatua. Suosituksissa on pyritty yksityiskohtaisuuteen ja konkreettisuuteen, jotta niistä olisi hyötyä palvelujen suunnittelijoille, järjestäjille, tuottajille ja asiakkaille. Lisäksi oppaaseen on sisällytetty taustatietoa palvelujärjestelmästä, päihdetyön erityispiirteistä sekä esitettyjen suositusten arviointiperusteista (Haavisto 2009, viitattu 29.11.2017.) Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit koostuvat 12:sta toisinaan täydentävästä kriteeristä, jotka jokainen on jaettu osatekijöihin. Työssä tulisi löytää tasapaino näiden eri osien välillä siten, että ne kaikki otetaan huomioon; laatu syntyy siitä. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteeristö on Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakesin asiantuntijaryhmän tuotos. Kriteeristön keskeinen sisältö ohjaa ja tukee toimijoita ehkäisevän päihdetyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Samalla se on väline työn laadun arvioinnin jäsentämiseksi ja työn kohdentamiseksi (Stakes 2006, viitattu 28.11.2017.)

Yleisesti hyväksyttävä arvo on, että työn ja toiminnan halutaan olevan laadukasta. Tähän erilaiset laatukriteerit ja laatutyö tähtäävät. Yhtenäiset laatukriteerit auttavat laatutavoitteen saavuttamisessa. Näihin laatukriteereihin erilaiset toimijat sitoutuvat. Kriteerit voivat olla sekä laadullisia että määrällisiä. Määrällisellä laatukriteerillä tarkoitetaan mitattavaa ominaisuutta joka on valittu laatua määrittäväksi tekijäksi, kun taas laadullinen kriteeri on täsmällinen väite tai lausuma, jota voidaan käyttää tietyn päätöksen, palvelun tai tuloksen tarkoituksenmukaisuuden arviointiin (Stakes 2006, viitattu 4.12.2017.) Työn seuranta- ja arviointimenetelmät on mietittävä jo työn suunnitteluvaiheessa, jotta arviointi saadaan kiinteäksi osaksi työtä. Jatkuvan seurannan ja arvioinnin avulla työtä voidaan kohdentaa uudelleen ja työn kehittäminen on mahdollista (Stakes 2006, viitattu 22.11.2017.)

4 PELIRIIPPUVUUDEN MUODOT JA RISKITEKIJÄT

Riippuvuudet jaetaan karkeasti kemiallisiin sekä toiminnallisiin riippuvuuksiin. Riippuvuus voi kehittyä myös erilaisiin välitöntä tyydytystä tuottaviin toimintoihin, joihin ei liity minkään kemiallisen aineen nauttimista. Tällaisia riippuvuutta aiheuttavia toimintoja ovat mm. rahapelaaminen sekä viihdepelaaminen, syömishäiriöt, ostovimma tai muut vastaavat nopeaa tyydytystä tuottavat tekemiset. (Hus, Mielenterveystalo 2017, viitattu 1.11.2017.) Riippuvuuden muodostuminen johonkin aineeseen tai toimintaan edellyttää sitä, että sen tuottama psyykkinen tai fyysinen tila on jollain tapaa tyydyttävä. Mitä nopeammin tyydyttävään vaikutukseen päästään, sitä helpommin se aiheuttaa riippuvuutta (Koski-Jännes 2009, viitattu 31.10.2017.)

Riippuvuus on ihmiselle ristiriitainen asia. Toisaalta se tuottaa välitöntä mielihyvää mutta samalla lisääntyvää haittaa ja sosiaalista paheksuntaa. Riippuvuus herättää häpeää ja syyllisyyttä etenkin sellaisissa ympäristöissä, joissa yksilön itsehallintaa arvostetaan. Itsehallinnan pettäminen tuottaa huonommuudentunteita, jotka saavat kyseisen henkilön kieltämään ongelmansa. Hän yrittää todistella hallintakykyään sekä itselleen että muille vielä silloinkin, kun tämä kyky on jo selvästi menetetty. Tällöin tilanne pahenee edelleen. Kun riippuvuutta pyritään salaamaan muilta, se jää helposti 'henkilökohtaiseksi ongelmaksi', johon ulkopuoliset eivät mielellään puutu, vaikka siitä tietäisivätkin. (Koski-Jännes 2009, viitattu 1.11.2017.)

Pelit ovat useimmille harmitonta ja satunnaista ajanvietettä, mutta joillekin pelaamisesta alkaa kuitenkin tulla tapa, josta on vaikea luopua. Pelaamisen sietokyky kasvaa, jolloin pelin ääressä on vietettävä enemmän aikaa, tai vastaavasti rahapelejä pelattava suuremmilla panoksilla. Mukavan ajanvietteen lopettaminen alkaa olla vaikeaa ja pelaaminen alkaa viedä enenevässä määrin aikaa työ- ja perhe-elämältä sekä vapaa-ajan vietoilta (Aalto & Jaakkola 2011, viitattu 6.11.2017.) Vuonna 2015 suomalaisista 3,3 prosentilla, eli noin 124 000 henkilöllä oli rahapeliongelma. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, viitattu 1.11.2017)

4.1 Peliriippuvuuden eri muodot ja ennakoivat merkit

Rahapelaamiseen liittyvä käyttäytyminen voidaan luokitella pelaamisen tiheyden ja siihen liittyvien ongelmien mukaan hallittuun pelaamiseen, riskitason pelaamiseen, ongelmapelaamiseen ja diagnostisesti määriteltävään rahapeliriippuvuuteen. ICD-10-järjestelmässä liiallinen rahapelaaminen on määritelty hillitsemishäiriöiden ryhmään (F63.0) termillä pelihimo (Alho, Heinälä, Kiianmaa, Lahti & Murto 2015, 11.)

Riskipelaamisella tarkoitetaan runsasta rahapelaamista, joka ei aiheuta merkittäviä haittoja, mutta joka usein edeltää rahapeliongelman kehittymistä. Rahapelaamista vähintään kolmena päivänä viikossa voidaan pitää runsaana rahapelaamisena ja siten rahapeliongelman kehittymisen riskitekijänä. Ongelmapelaaminen tarkoittaa riippuvuutta lievempää tilaa, johon kuitenkin liittyy monia kielteisiä seurannaisvaikutuksia, kuten fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia ja talousvaikeuksia. Rahapeliriippuvuus tarkoittaa tilaa, jossa pelaaja ei kykene kontrolloimaan rahapelaamistaan ja laiminlyö sekä perustarpeitaan että velvollisuuksiaan. (Alho ym. 2015, 12.)

Kun Rahapelaaminen aiheuttaa yksilöön, yhteisöön tai yhteiskuntaan kohdistuvia haittoja, puhutaan rahapeliongelma. (Alho ym. 2015, 10.)

Rahapelaamiseen liittyvät tunnusmerkit voidaan jakaa kolmeen osaan, talouteen, terveyteen sekä käyttäytymiseen liittyviin tunnusmerkkeihin. Talouteen liittyviä tunnusmerkkejä on mm. tilotteiden tai laskujen piilottelu, toistuvat kulutusluotot ja pikavipit, maksamatta jääneet laskut ja hoitamattomat velat sekä sivutyön tekeminen ilman selkeää helpotusta taloudelliseen tilanteeseen. Terveysten liittyviä tunnusmerkkejä ovat puolestaan levottomuus, ahdistuneisuus sekä masentuneisuus. Myös stressioireita kuten päänsärkyä sekä univaikeuksia voi esiintyä. Lisääntynyt päihteiden käyttö sekä muutokset ruokahalussa tai seksuaalisessa käyttäytymisessä voivat olla myös merkkejä peliriippuvuudesta. Käyttäytymiseen liittyviä tunnusmerkkejä on ystäväpiirin vaihtuminen, tappioiden vähättely ja voittojen liioittelu, harrastusten jääminen pois, myöhästely ja velvollisuuksien laiminlyöminen, voimakas kiinnostus pelaamiseen ja kiinnostuksen väheneminen muihin asioihin, pelipanosten kasvaminen, vetäytyminen sosiaalisista suhteista sekä impulsiivisuus ja aggressiivisuus (Alho ym. 2015, 69.)

4.2 Peliriippuvuuden synnyn riskitekijöitä

Rahapelaamisen yleistyminen ei olisi ollut mahdollista, jos ihmisillä ei olisi aiempaa enemmän vapaa-aikaa ja rahaa. Ihmiset voivat pelata runsaasti rahapelejä, koska heillä on siihen enemmän mahdollisuuksia kuin ennen. Tämän lisäksi ihmisten sosiaalinen elämä on muuttunut; ennen ihminen konkreettisesti tapasi perhettä ja ystäviään, mutta nykyään hän kuuluu sosiaalisen median yhteisöihin. Pokerin pelaaminen netissä omalla kotisohvalla sopii nykyihmiselle (Lund 2010, 20.)

Peliongelman synty on monimutkainen prosessi, jossa voidaan tunnistaa eri vaiheita. Ongelman kehittyminen vaihtelee eri henkilöillä niin ajallisesti kuin vaikutuksiltaan. Siihen vaikuttavat yksilön psykologiset ja biologiset tekijät sekä sosiaaliset ja ympäristötekijät, kuten pelipalvelujen järjestäminen. Välittömiä riskitekijöitä ovat toiminnalliset ja kognitiiviset tekijät, jotka aiheuttavat suoraan peliongelman syntyä. Toiminnallisia riippuvuutta aiheuttavia riskitekijöitä ovat jatkuva pelaaminen ja pelaamisen aloittaminen varhaisella iällä, kun taas kognitiiviset tekijät ovat mm. tietämättömyys pelien rakenteesta, uskomus onnesta ja väärät kuvitelmat omasta taidosta tai pelin hallinnasta. Välilliset tekijät lisäävät todennäköisyyttä suorien, eli välittömien riskien toteutumiseen. Välillisiä riskitekijöitä ovat mm. lapsuudessa omaksutut pelaamiseen liittyvät asenteet, vajavainen impulssikontrolli ja pelipalvelujen järjestäminen. Välillisistä tekijöistä voidaan vaikuttaa oikeastaan pelipalvelujen järjestämiseen; pelien saatavuus, sijoittelu ja rakenne vaikuttavat peliongelmaan. Mitä helpommin ja lähempänä pelit ovat saatavissa sekä mitä nopeampia ja välittömämmin paloitsevia ne ovat, sitä helpommin niihin syntyy riippuvuus (Jaakkola 2008, viitattu 15.11.2017.)

5 TOIMINTA PELIRIIPPUVAISEN HENKILÖN KANSSA

Keskustelu jonkun läheisen ihmisen kanssa omasta pelaamisesta voi olla jollekin riittävä pysäytys ja suhteellisuudentajun palauttaja, mutta osa tarvitsee ammattilaisten apua. Apua voi lähteä hakemaan esimerkiksi A-klinikalta, terveyskeskuksista tai mielenterveystoimistosta. Myös internetissä toimii oma-apua ja ammattilaisen tukea yhdistävä ohjelma, jos vastaanotolle menemisessä on liian suuri kynnyks (Aalto & Jaakkola 2011, viitattu 6.11.2017.)

Ensimmäinen laaja, tutkimukseen perustuva rahapeliongelman seulontaa, arviointia ja hoitoa käsittelevä Käypä hoito -suositus julkaistiin marraskuussa 2011 Australiassa. Se on sittemmin vahvistettu Australiassa viralliseksi kliinisen työn ohjeeksi rahapeliongelmiin hoidossa. Australian hoitosuositus pohjautui laajaan eri tutkimusaineistojen läpikäyntiin, jonka avulla todettiin, että tällä hetkellä lyhytkestoinen, kognitiivinen käyttäytymisterapia on vaikuttavuudeltaan paras hoitomuoto rahapeliongelman hoidossa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, viitattu 6.11.2017.)

5.1 Peliriippuvuuden seulonta

Seulonnan tarkoituksena on tunnistaa henkilöt, joilla on mahdollinen rahapeliriippuvuus. Tämän myötä mahdolliset peliriippuvaiset saadaan seulottua tarkempaan arviointiin ja mahdollista hoitoa varten (Alho, Castrén, Lahti, Raisamo & Salonen 2014, viitattu 9.11.2017.) Rahapeliongelmiin hoidossa keskeistä ovat sairauden varhainen toteaminen ja tehokas hoitoonohjaus. (Alho ym. 2014. 113)

Kun näkyviä merkkejä ei ole, peliongelman tunnistaminen on vaikeaa. Vihjeitä ongelmasta voivat olla taloudelliset vaikeudet, stressioireet ja uniongelmat. Pelaaja itse pyrkii salaamaan riippuvuutensa, tai se jää helposti jonkin toisen oireen taakse. Peliongelman seulonta olisi erittäin tarpeellinen riskiryhmissä ja selvitettäessä yleisimmin esiintyviä samanaikaissairauksia yleisessä terveydenhuollossa, mielenterveystyössä sekä esimerkiksi koulu- ja työpaikkaterveydenhuollossa.

Seulontaan on käytettävissä välineitä, joista yksinkertaisin on Lie/Bet-kysymyspari: Oletko koskaan tuntenut tarvetta käyttää pelaamiseen yhä enemmän ja enemmän rahaa? Oletko koskaan valehdellut läheisellesi siitä, kuinka paljon pelaat? Myöntävä vastaus toiseen tai molempiin kysy-

myksiin saattaa olla merkki peliongelma. Varsinainen diagnoosi ja asiakkaan mahdollinen palvelujen tarve tulisi sitten arvioida käyttäen siihen kehitettyjä instrumentteja (Jaakkola 2008, Viitattu 6.11.2017)

Seulontaan on käytössä laajuudeltaan kolmenlaisia mittareita; lyhyet, keskipitkät ja pitkät. Näistä lyhyet ja keskipitkät mittarit soveltuvat laajuutensa puolesta hyvin kliiniseen hoitotyöhön, kun taas pitkät mittarit mahdollistavat rahapelaamisen ja siihen liittyvien tekijöiden monipuolisen tarkastelun ja ne soveltuvat erityisesti tutkimustarkoituksiin (Alho ym. 2014, 84.)

BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen) on rahapeliongelman seulontaan hoitotilanteessa soveltuva lyhyt mittari, joka soveltuu hyvin kiireisiin hoitotilanteisiin, sillä sen täyttö kestää vain noin minuutin. Lyhyitä mittareita on muitakin, mutta kyseinen BBGS on osoittautunut yhdeksi luotettavimmista mittareista (Alho ym. 2015, 85.) Lyhyitä mittareita käytetään tyypillisesti kliinisen työn apuvälineinä, jotta tunnistettaisiin tehokkaasti ne asiakkaat, jotka hyötyisivät rahapelikäyttäytymisensä perusteellisemmasta arvioinnista (Alho ym. 2014, viitattu 9.11.2017).

BBGS arvioi edeltävän vuoden aikaista rahapelaamista kolmella kysymyksellä. Osiot mittaavat neuroadaptaatiota (vieroitusoireita), psykososiaalisia tekijöitä (rahapelaamiseen liittyvää valehtelua) sekä rahapelaamisen aiheuttamia sosiaalisia haittoja (rahan lainaaminen toisilta) (Alho ym. 2015, 85.) BBGS-seula on käytössä Peliklinikalla Peluurin, THL:n ja Harvardin yliopiston yhteistyössä toteuttamassa tutkimushankkeessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, viitattu 9.11.2017). Testin arvioiminen on yksinkertaista; pisteitä testissä voi saada 0-3, jokaisesta myöntävästä vastauksesta saa yhden pisteen. Jos testin pistetulos on suurempi tai yhtä suuri kuin 1, on seula positiivinen (Alho ym. 2015, 86.)

PGSI (Problem Gambling Severity Index) on laajuudeltaan keskipitkä mittari, ja se mahdollistaa rahapelaamisen ja siihen liittyvien tekijöiden perusteellisemmän tarkastelun. PGSI on tutkimusten perusteella noussut luotettavimmaksi mittariksi keskipitkistä testeistä (Alho ym. 2015, 87.) The Problem Gambling Severity Index tarkastelee kuluneen vuoden aikaista rahapelaamista yhdeksän osion avulla. PGSI soveltuu erinomaisesti väestötutkimuksiin ja se erottelee hyvin myös ongelmallisen pelaamisen eri asteita. (Alho ym. 2014, viitattu 9.11.2017.) PGSI sisältää yhdeksän osiota, joista jokainen pisteytetään vastauksen mukaan. Asteikko vastauksissa on ei koskaan-lähes aina ja pisteytys 0-3, maksimipisteiden näin ollen 27. Vastausten pistemäärät on jaettu

neljään osaan; ongelmapelaaja, kohtalainen riski, pieni riski sekä ei riskiä tai ei pelaa (Alho ym. 2015, 90.)

5.2 Peliriippuvuuden arvioiminen

Kliinisessä työssä seulonnan jälkeen edetään yleensä siten, että asiakkaan tilanne arvioidaan ja määritellään asiakkaan hoidon tarve ja sopivin hoitomuoto. Arviointi sisältää yksityiskohtaisemman kliinisen arvion ja rahapeliriippuvuutta kuvaavan diagnoosin tekemisen (Alho ym. 2014, viitattu 9.11.2017.) Alkuselvityksessä ja arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota rahapeliongelman vakavuusasteeseen ja rahapelaamisen aiheuttamien seurausten laajuuteen. Rahapeliriippuvuus esiintyy harvoin yksittäisenä ongelmana, minkä vuoksi potilaan tilanne tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti ennen hoitosuunnitelman tekoa. On selvitettävä, onko potilaalla havaittavissa muita samanaikaisesti ilmeneviä mielenterveys- tai päihdeongelmia tai mahdollinen itsemurhariski. Diagnostic Interview on Pathological Gambling (DIPG) on laajasti käytetty alkuselvityksen väline, jossa käsitellään mm. potilaan motivaatio hoitoon hakeutumiseen, ongelmia aiheuttavat rahapelit, pelitapojen kehittyminen ja nykyinen rahapelaaminen sekä muut riippuvuudet ja mielenterveysongelmat. Tähän sisältyy myös Diagnostinen arvio joko DSM-5- tai ICD-10 kriteereillä. (Alho ym. 2015, 121-122.)

5.3 Peliriippuvuuden hoito

Peliongelmaisten avohoidossa hoitomenetelmät ovat usein kognitiivista ja ratkaisukeskeistä terapiaa. Motivoiva haastattelu, supportiivinen terapia, hoidolliset keskustelut, verkostokokoontumiset, esitteiden jako ongelmapelaajille, tuki, ohjaus ja läheisten kanssa keskustelu ovat tällä hetkellä käytössä olevia menetelmiä ongelmapelaajien hoidossa (Pitkänen 2010, viitattu 9.11.2017.) Motivoivan haastattelun työote peliongelman hoidossa on suositeltavaa.

Kognitiivisesta käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta on rahapeliriippuvuuden hoidossa eniten kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä ja terapia on yleensä lyhytkestoista, n. 12-15 kertaa viikon välein. Lisäksi moni hyötyy vertaistukiryhmistä. Myös lääkehoidolla voidaan tukea kuntoutumista, etenkin hoidon alkuvaiheessa kun pelihimo on voimakasta ja retkahtamisalttius suuri. Rahapeliongelman hoidon alussa tulee selvittää mahdolliset pelaamisen aiheuttamat taloudelliset

vaikeudet ja velkaneuvontaa tulisi aktiivisesti tarjota rahapeliongelmaisille yhtenä tukitoimena muiden tukitoimien ohella. Rahapeliiriippuvuuden hoitaminen on usein haasteellista, sillä jo pelaamiseen liittyvät paikat, tilanteet ja mielikuvat voivat rahapeleistä riippuvaisella laukaista voimakkaan pelihimon. Retkahdukset ovatkin rahapeliiriippuvuudessa yleisiä. (Alho ym. 2015, 111-114.)

5.4 Motivoiva haastattelu

Motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan potilaan oman muutoshalun vahvistamista tukevaa työtettä ja asennetta potilastyöskentelyssä. Rahapeliiriippuvuudesta kärsivä on tilanteessa, jossa hän pohtii rahapelaamistaan ja arvioi muutoksen tarvettaan – joko vähentää tai lopettaa pelaamisen tai jatkaa sitä. Motivoivan haastattelun ydin on tukea, opastaa ja auttaa potilasta toimimaan haluamansa tavoitteen saavuttamiseksi. Halu, kyky ja valmius muutokseen eli rahapelaamisen lopettamiseen tai vähentämiseen lähtevät aina potilaasta. Työntekijä kuuntelee potilaan pohdintaa ja vahvistaa tämän muutosvalmiutta. Motivoivan haastattelun peruspilarit rahapeliongelmaisen parissa työskenneltäessä rakentuvat empaattisesta ja myötätuntoisesta työtteestä, muutosmahdollisuuden herättelystä ja pelaamisesta luopumisen aiheuttamien ristiriitaisten tunteiden herättelystä ja pelaamisesta luopumisen aiheuttamien ristiriitaisten tunteiden ymmärtävästä käsittelystä. Muutosvalmius vahvistuu, kun potilas kokee muutoksen itselleen sekä tärkeäksi että mahdolliseksi. (Alho ym. 2015, 115.)

Motivoivaa toimintatapaa voi hyödyntää useassa auttamistyön neuvonta- ja ohjaustilanteessa, kuten terveyden edistämisessä, elämäntapamuutoksissa, sairauden itsehoidossa, lääkeshoidossa, tupakoinnin lopettamisessa, pelaamisen ja päihteiden käytön vähentämisessä ja lyhytneuvonnassa eli mini-interventiossa. Motivoiva toimintatapa perustuu asiakkaan ja työntekijän luottamukseen ja kumppanuuteen, jossa osapuolet tutkivat ja rakentavat uutta ymmärrystä, ratkaisevat ongelmia ja tarkastelevat ristiriitoja. Auttamistyössä motivoitumiseen tarvitaan: yhteistyösuhde, kokemuksia kumppanuudesta, saavutettavia mutta myös haasteellisia yhdessä laadittuja, suorittajalle merkityksellisiä tavoitteita. Vaikka asiakas tekee todellisen työn ajatuksien, tunteiden ja toiminnan muuttamiseksi ja ongelmasta toipumiseksi, työntekijä voi motivoivalla toimintatavalla mahdollistaa ja vahvistaa muutoksen toteutumista. (Salo-Chydenius 2017, Viitattu 21.11.2017.) Avaintaitoja motivoivassa toimintatavassa on mm. Muutospuheen tukeminen ja vahvistaminen sekä asiakkaan vahvuuksien tunnistaminen ja nimeäminen, kysymyksien esittäminen ja kysy-

myksiin vastaaminen, harkittu kyseenalaistaminen sekä asiakkaan kanssa tämän arvojen, tavoitteiden ja tulevaisuuden pohtiminen. Avoimet kysymykset kannustavat asiakasta kertomaan tilanteestaan, ajatuksistaan sekä tunteistaan. Heijavasta kuuntelu tarkoittaa sitä että työntekijä reagoi asiakkaan puheeseen esim. Toistamalla, arvailemalla ääneen mitä asiakas tarkoittaa ja tarkistamalla onko ymmärtänyt oikein asiakkaan kertoman. Yhteenvedojen tekeminen ja asiakkaan kertoman tiivistäminen todistaa asiakkaalle että häntä kuunnellaan ja samalla asiakas saa tilaisuuden korjata aikaisempia väärinkäsityksiä. Myönteinen palaute toiminnasta todentaa ja vahvistaa ihmisen omanarvontuntoa ja pystyvyyttä. Motivoivan hengen ja periaatteiden toteuttaminen lisää asiakkaan muutos- ja sitoutumispuhetta, mikä ennustaa myönteistä lopputulosta. Erityisen haitallista on, jos työntekijä noudattaa liian jäykästi mitä tahansa menetelmää, on kriittinen, moralistinen, kyyninen, väittelevä, väsynyt, jännittynyt tavalla, jota hän ei itse tunnista. (Sama, 2017.)

5.5 Kognitiivinen käyttäytymisterapia peliriippuvuuden hoidossa

Kognitiivinen käyttäytymisterapia rahapeliriippuvuuden hoidossa keskittyy erityisesti muuttamaan pelaajan rahapelikäyttäytymistä ja pelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskitytään myös opettelemaan pelihimon hillintää ja niiden tunnetilojen sietämistä, jotka johtavat pelaamiseen. Hoidossa tuetaan potilasta ratkaisemaan talouteen, työhön sekä ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia. (Alho ym. 2015, 122.)

Alkuarviointi antaa tietoa pelaajan valmiuksista ja motivaatiosta muutokseen. Pelaamisen etene-
misen ja suuren riskin tilanteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta hoidon alkuvaiheessa voidaan ehdottaa menetelmiä, joilla pelaaminen saadaan hallintaan. Kognitiivisessa osiossa pelitilanteen analyysi tarkoittaa sitä, että potilasta tuetaan tarkastelemaan pelitilannetta terapeutin kanssa. Useimmiten pelaaja, joka hakeutuu hoitoon pelaa sattumapelejä, eli pelejä joissa voitto määräytyy sattumanvaraisesti. Rahapeliongelmallisilla peleihin liittyy usein sekä virheellisiä uskomuksia että todennäköisyyksien väärintulkintoja. (Alho ym. 2015, 123-124.)

6 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Projektin suunnitteluvaiheessa luodaan edellytykset projektin onnistumiselle. Silloin määritellään aikataulut, varataan tarvittavat voimavarat sekä sovitaan projektissa käytettävistä työmenetelmistä ja pelisäännöistä. Projektin etenemisen seuranta perustuu suunnitteluvaiheen tuloksiin (Ruuska 2005, 157.)

Opinnäytetyön tekeminen alkoi, kun A-klinikan työntekijä otti yhteyttä ja kysyi sopisiko, että tekimme heille opinnäytetyönä materiaalikansion. Selvitimme ohjaavalta opettajalta kävisikö tämä aihe ja aihe kelpasi. Opinnäytetyön työstäminen alkoi siitä, että sovimme keväällä 2016 tapaamisen A-klinikan sekä mielenterveystoimisto Tuuman työntekijöiden kanssa ja kävimme yhdessä keskustelua siitä, minkälaista kansiota työntekijät toivoisivat, sekä millaista sisältöä siihen tarvitaan. Valmista materiaalia oli A-klinikan puolella jo paljon, mutta kaikki materiaali on hieman hajallaan eikä niillä ole varsinaista yksittäistä selkeää paikkaa missä niitä säilytetään. Osa materiaalia on monisteina, osa löytyy koneelta nk. K-kansiosta johon yksikön kaikilla työntekijöillä on mahdollista päästä. Tarkoituksena olisi saada yksi selkeä kansio josta materiaali löytyy.

Aloimme suunnittelemaan opinnäytetyön tekemistä kun saimme A-klinikalta ohjeet ja pohjaa kansion tekemiseen. Suunnitelmat menivät hyvin pitkälti operatiivisen suunnittelun mukaisesti.

Operatiivinen suunnittelu on lyhyen tähtäimen eli noin vuoden päähän ulottuvaa suunnittelua sidotuin voimavaroin. Varsinainen projektointi eli yksittäisten projektien asettaminen ja käynnistäminen kuuluvat operatiiviseen suunnitteluun. Projektin sisäisessä suunnittelussa suunnittelujänne on vieläkin lyhyempi eli 1-2 kuukautta (Ruuska 2005, 158.)

Opinnäytetyön varsinainen työstäminen alkoi vuoden 2017 puolivälissä. Kävimme läpi materiaalia jota A-klinikalta meille lähetettiin ja aloimme työstämään peliriippuvuuteen liittyvää osiota josta ei vielä omaa materiaalia ollut. Kirjoitimme peliriippuvuudesta laajan teoriaosion opinnäytetyön tietoperustaan, koska muuta materiaalia meidän ei tarvinut muuta kuin päivittää. Peliriippuvuudesta hankimme uutta ja ajankohtaista tietoa sekä hyödynsimme muutamaa kansainvälistä tutkimusta. Päivitimme myös kaikki Tuumasta saadut materiaalit samanlaiseen muotoon, jotta sitä olisi mahdollisimman helppoa lukea. Mahdollisuuksien mukaan tiivistimme ohjeistuksista ylimääräistä informaatiota pois. Näin ollen myös ohjeistuksia ja tiedostoja on helpompi käsitellä ja päivittää jälkikäteen kun kaikki aukeaa samalla työkalulla.

Ennen opinnäytetyön tekemistä toinen opinnäytetyön tekijöistä oli harjoittelujaksolla Tuumassa/A-klinikalla ja näin ollen saatiin myös lisää hyödyllistä tietoa yksikön käytännöistä sekä toimintatavoista. Ohjeistuksiin otettiin mukaan sellaisia toimintatapoja, joita tällä hetkellä yksikössä hyödynnetään, mutta joista ei mitään varsinaisia ohjeita ole.

Kun olimme työstäneet opinnäytetyön suunnitelmaa, kävimme ohjaavien opettajien kanssa muutamana kerran läpi suunnitelmamme ja teimme siihen lisäyksiä ja korjauksia. Opettajien kanssa käydyn keskustelun jälkeen opinnäytetyön ajatus muuttuikin perehdytyskansioista materiaalipankiksi, ja tämä sopi myös A-klinikalle. Kun suunnitelmamme oli hyväksytty ohjaavien opettajien toimesta, kävimme A-klinikalla hyväksyttävässä suunnitelman ja allekirjoitimme yhteistyösopimuksen marraskuussa 2017. Projektin asettamista edeltää tavallisesti esiselvitysvaihe, jonka tulosten pohjalta laaditaan projektiehdotus. Projektiehdotuksessa on analysoitu ne ideat tai kehittämiskohteet, jotka ovat aiheuttaneet tarpeen projektin asettamiselle, sekä arvioitu ne hyödyt joita projektin lopputuloksen avulla voidaan saavuttaa. (Ruuska 2005, 165.)

Itse kansio on koottu loppuvuoden 2017 ja alkuvuoden 2018 aikana, tarkoitus on saada kansio käyttöön A-klinikalle maaliskuussa 2018. Koko opinnäytetyön on määrä valmistua kevään 2018 aikana.

6.1 Projektioorganisaatio ja viestintä

Molemmat opinnäytteen tekijät toimivat projektipäällikön osassa yhteistyössä tasa-arvoisessa asemassa. Teimme työtä vuorovedoin sekä suunnittelu- että työskentely tasolla ja yhteistyö sujui opinnäytetyötä tehdessämme hyvin. Oulaisten A-klinikka toimi meidän toimeksiantajana ja sen edustajana sairaanhoitajat Maria Morko sekä Mira Vierimaa. Opinnäytetyön lopullinen tuotos vietiin Oulaisten A-klinikalle, jossa kaikki työntekijät sitä käyttävät ja yhteistyössä hyväksyivät.

Projektin sisäinen viestintä tapahtui tekijöiden välillä lähinnä puhelimen välityksellä käyttäen WhatsApp-sovellusta. Materiaalia siirsimme toisillemme sähköpostin ryhmätoimintoja hyödyntäen. Pidimme keskenämme myös yhteisiä tapaamisia kun työstimme opinnäytetyötämme eteenpäin. A-klinikkaan olimme yhteyksissä pääasiassa sähköpostilla, mutta myös muutamia tapaamisia järjestettiin. Ohjaavien opettajien kanssa yhteydet on hoidettu sähköpostin välityksellä, sekä muutamilla tapaamisilla opinnäytetyöpajoissa.

7 SEURANTA, ARVIOINTI JA RAPORTOINTI

Olemme itse pyrkineet pitämään yllä hyvää vauhtia opinnäytetyön kirjallisen osuuden valmistumisen kanssa. Tätä ovat myös ohjaavat opettajat seuranneet kertoen huomioitaan työstämme, jonka mukaan pystyimme siihen muutoksia ja korjauksia tekemään. Jotta kansio olisi juuri Oulaisten A-klinikalle sopiva, olemme heiltä kyselleet tarkkaan mitä materiaalia kansioon halutaan ja miten he haluavat kansion koottavan. Laatumerkkeinä kansiolle ovat toimineet selkeys, helppolukuisuus ja informatiivisuus. Laadun arviointiin käytämme omaa ja opettajien mielipidettä, sekä tietysti suurimmassa painoarvossa on A-klinikalta tuleva palaute kansion toimivuudesta.

Kun projektiorganisaatio katsoo saaneensa lopputuotteen valmiiksi, se luovutetaan tilaajaorganisaatiolle. Tilaajan velvollisuutena on yhteistyössä projektin ja käyttäjäyksiköiden kanssa tarkistaa, että toimitus vastaa tilausta. Lopputuotteen kaikki ominaisuudet ja toiminnot käydään systemaattisesti läpi ja varmistetaan, että toteutus on tehty määrittelyn mukaisesti (Ruuska 2005, 238.)

A-klinikan henkilökunta täytti toimeksiantajan palautteen opinnäytetyöstä ja opinnäytetyökäytännöistä. Tämän lisäksi olemme saaneet heiltä suullista palautetta. Palautteen mukaan työn tarkoitus ja tavoitteet ovat toteutuneet kiitettävästi, kuten myös yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden kanssa. A-klinikan sairaanhoitajat kertoivat materiaalikansion toimivan opiskelijoiden sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisvälineenä. Heidän mukaan kansioon on saatu koottua keskeisimmät työ- ja toimintaohjeet A-klinikan työntekijöille ja samalla vanhat lomakkeet on päivitetty ajan tasalle. Lisäksi suullisessa palautteessa arvostettiin kovasti muistitikkua, josta kansion materiaali myös löytyy.

Olemme tarpeen mukaan raportoineet projektistamme ohjaaville opettajille sekä A-klinikalle. Opinnäytetyön arvioinnissa on mukana myös opponoiva ryhmä, joka koostuu kahdesta sairaanhoitajaopiskelijasta.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön tulokseen liittyvä pohdinta

Opinnäytetyön tuloksena syntyi materiaalikansio, jonka tavoitteena oli olla helppolukuinen ja selkeä. Teimme kansion A-klinikan henkilökunnan ehdotusten ja toiveiden pohjalta. Materiaaleja muokkasimme suurimmaksi osaksi vain ulkoasun pohjalta, joitakin ohjeistuksia lyhennettiin koska se oli toiveena. Mielestämme saimme aikaan kattavan ja selkeän kansion, jota A-klinikan henkilökunnan on vastaisuudessa helppo täydentää jos tarve vaatii. Kansioon saatiin kaikki oleellinen asia, mitä henkilökunta siihen toivoi. Uutena lisäyksenä tuli peliriippuvuuden hoidossa käytettäviä apuvälineitä, joita saimme kansioon monipuolisesti.

Koemme, että tällä materiaalikansiolla ja sen sisältämällä materiaalilla A-klinikka pystyy vaikuttamaan päihdetyön laatuun ja sen kehittämiseen omassa yksikössään ja mahdollisesti myös yhteistyötahojen kanssa. Ohjeistuksista osa on tarkoitus jakaa muille toimijoille, joilla ei kaikilla tarkkaa tietoa toimintatavasta ole. Tällainen oli esimerkiksi huumetestauksen näytteenotto, joka oli yksi niistä ohjeistuksista jota yksinkertaistettiin. Tällä pyritään mahdollistamaan kaikkien näytteenottajien oikeaoppinen toimintatapa, ja näin ollen työn laadun taso nousee. Materiaalikansio on myös erittäin hyvä opiskelijoille, sillä sieltä löytyy helposti A-klinikalla päivittäin käytetyimmät toiminnot ja niiden ohjeet. Näillä ohjeistuksilla ja henkilökunnan avulla myös opiskelijan työ on laadukasta. Opinnäytetyön kappaleessa 3.2 on puhuttu päihdetyön laadusta ja laatukriteereistä. Mietimme, olisiko näitä asioita hyvä laittaa materiaalikansioon myös mukaan. Asiaa kysyttiin A-klinikan henkilökunnalta, mutta he eivät sellaista materiaalia kansioon halunneet. Nämä olisimme näin opiskelijan näkökulmasta kokeneet hyvänä lisänä kansiossa, koska sieltä opiskelija olisi helposti nähnyt mitä ovat juuri päihdetyön laatukriteerit. Laatukriteereillä kuitenkin tähdätään laadukkaaseen työhön.

8.2 Peliriippuvuus hoidon haasteena

Opinnäytetyössämme paneuduttiin hyvin pitkälti peliongelmiin, eikä esimerkiksi jaoteltu digi- ja rahapelejä erilleen. Nykyään myös monet rahapelit tapahtuvat digitaalisesti tietokoneen/puhelimen välityksellä ja viimeisen muutaman vuoden aikana digipelaamiseen on liitetty myös rahapelaamisen ominaisuuksia, minkä vuoksi tällä hetkellä on hyvä, että tunnistaminen ja hoito etenevät hyvin pitkälti samalla kaavalla. Esimerkiksi Belgiassa on juuri puututtu digipelien mukana tuleviin rahapelien kaltaisiin ominaisuuksiin, myös muutamissa muissa maissa on jo aiemmin puututtu tämänkaltaisiin digipelien tuomiin ongelmiin.

Peliriippuvuudesta tekee ongelmallista se, että peliongelmat eivät välttämättä näy niin selvästi ulospäin kuin esimerkiksi huume- sekä alkoholiongelmat ja peliriippuvuutta ei ehkä mielletä niin haitalliseksi kuin edellä mainittuja muita ongelmia. Uhkapelaaminen saattaa siis hyvin huomautta kääntyä ongelmapelaamiseksi, jolloin voi alkaa ulospäin näkymään, että henkilö ei huolehdi itsestään riittävästi, laiminlyö velvollisuuksia ja pahimmassa tapauksessa ajautuu rahallisiin vaikeuksiin mikä taas aiheuttaa muita ongelmia..

8.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aloittaminen oli haasteellista, vaikka saimme valmiin aiheen mitä lähteä työstämään. Kun vihdoin saimme työn aloitettua, oli sen eteneminen jouhevaa, vaikka omat haasteensa aikataulujen yhteensovittamiseen on tuonut molempien kiireinen yksityiselämä. Molemmat ovat tehneet viimeisiä harjoitteluita, jonka lisäksi toinen opinnäytetyön tekijä on ollut täyspäiväisesti töissä. Tämän lisäksi molemmat meistä ovat perheellisiä, joten aikataulujen yhteensovittaminen on ollut kohtalaisen haastavaa. Olemme kuitenkin saaneet työtä ripeästi eteenpäin, kun sovimme, että molemmat työstävät työtä aina silloin kun aikaa on.

Koimme opinnäytetyön tekemisen merkityksellisenä, koska aiheelle oli selvä tilaus. Näin ollen tiesimme, että tästä on selvä hyöty toimeksiantajalle. Aihe osoittautui myös erittäin mielenkiintoiseksi, kun peliriippuvuudesta lähdimme etsimään tietoa teoriapohjaan. Tämän myötä tietenkin myös oma tietomme erityisesti peliriippuvuutta kohtaan kasvoi. Olemme kehittyneet projektityöskentelyssä, tai ainakin onnistuneet kehittämään meille sopivan mallin toimia. Yhteistyö välillämme

on toiminut hyvin, vaikka väliin on mahtunut molemmilla pidempiäkin taukoja jolloin työtä ei ole ehtinyt työstää.

Kuten Kai Ruuskan kirjassa todetaan, projekteissa tulee loppumetreillä lähes poikkeuksetta kova kiire, kun viimeisetkin takarajat töiden valmistumiselle alkavat lähestyä. (Ruuska 2005, 238). Tämä tuli huomattua opinnäytetyön loppuvaiheessa varsin hyvin. Vaikka olemme tasaiseen tahtiin kovan alkurutistuksen jälkeen töitä tehneetkin, on tuntunut että aika menee niin nopeaa ja jotakin olisi voinut tehdä toisin. Pohdintaa ja arviointia kirjoittaessamme luimme muutamia kirjoja projektitöihin liittyen ja vaikka aika hyvin tuntuu että suunnittelu ja toteutus tapahtui niin siitä huolimatta olisi voinut hieman eri tavalla opinnäytetyön työstämistä hoitaa. Heti kun projekti oli selvillä ja suunnitelma siitä mitä siihen sisältyy, olisi voitu päättää yhdessä kaikkien tahojen kanssa että millaisella aikataululla edetään. Esimerkiksi oltaisiin voitu sopia tarkka kuukausi jolloin kansio on valmis ja A-klinikka saa sen koekäyttöön, koekäytön aikana olisimme voineet tehdä opinnäytetyön kirjallisia osioita.

LÄHTEET

Aalto, K. & Jaakkola, T. 2011. Peliriippuvuuden hoito. Viitattu 6.11.2017, <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/pelaaminen-muut-toiminnalliset-riippuvuudet-ja-niiden-hoito/peliriippuvuuden>

A-klinikkasäätiö. 2017. Mitä teemme. Viitattu 31.10.2017, <https://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaaatio/toiminta/mita-teemme>

A-klinikkasäätiö. 2017. Puheeksiotto ja puuttuminen. Viitattu 15.11.2017, <https://www.a-klinikka.fi/ammattilaisille/paihdetyon-tueksi/puheeksiotto-ja-puuttuminen>

Alho, H., Heinälä, P., Kiianmaa, K., Lahti, T. & Murto, A. 2015. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: kustannus Oy Duodecim

Alho, H., Castrén, S., Lahti, T., Raisamo, S. & Salonen, A. 2014. Rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen kehitetyt mittarit. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (51), 113-129. Viitattu 9.11.2017, <file:///C:/Users/h4tika00/Downloads/47242-1-35937-1-10-20140923.pdf>

Fors, R., Heimala, H., Holmila, M., Ilvonen, S., Kesänen, M., Markkula, J., Saunio, A-L., Strand, T., Tamminen, I., Tenkanen, T. & Warpenius, K. 2013. Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy - Käsikirja yhdessä toteutettavaan Pakka-toimintamalliin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.11.2017, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114767/URN_ISBN_978-952-302-044-3.pdf?sequence=1

Haavisto, K. 2009. Päihdehuollon laatusuositukset. Viitattu 29.11.2017, <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/paihdehuollon-laatusuositukset>

Holmberg J., Inkinen M., Kurki M., Partanen A., Salo-Chydenius S. 2015. Sanoma Pro Oy: Helsinki. Päihdehoitotyö

Holmila, M., Karlsson, T., Ranta, J. & Warpenius, K. 2015. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 – ennakointitutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 5/2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Hus, Mielenterveystalo. 2017. Viitattu 1.11.2017,
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/peliriippuvuus/Pages/default.aspx>

Jaakkola T. 2008. Pelihimo – miten tunnistaa salattu ongelma? Duodecim-lehti. Viitattu 6.11.2017,
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2008/5/duo97090>

Koski-Jännes, A. 2009. Riippuvuus. Päihdelinkki. Viitattu 31.10.2017,
<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/riippuvuus>

Käypä hoito-suositus. 2017. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.11.2017,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#K1>

Lund, P. 2010. Rahapeliongelma; Yksilölle jätetty taakka. Juva: PS-kustannus.

Martti R. & Toivonen K. 2010. RÖNTGENHOITAJAN ASEPTINEN TOIMINTA MRSA-POTILAAN THORAXNATIIVIKUVANTAMISESSA – ohje röntgenhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyö. Viitattu 15.11.2017,
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12793/Martti_Riikka_Toivonen_Kirsi.pdf?sequence=1

Mieli, Suomen mielenterveysseura. 2017. Riippuvuusongelmat. Viitattu 31.10.2017,
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/riippuvuusongelmat>

Morko, M. 2017. Oppariin. Sairaanhoidaja, Oulaisten A-klinikka. Sähköpostiviesti 30.11.2017.

Männikkö, N. 2017. PROBLEMATIC GAMING BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS. Väitöskirja, Oulun Yliopisto. Viitattu 1.11.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526216584.pdf>

Oulaisten kaupunki. 2017. A-klinikka. Viitattu 31.10.2017, <http://www.oulainen.fi/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut/a-klinikka>

Pitkänen, M. 2010. Peliongelmaisten hoito Suomessa - työntekijöiden haastattelu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro Gradu- tutkielma. Viitattu 9.11.2017, http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100103/urn_nbn_fi_uef-20100103.pdf

Päihdelinkki. 2017. Tietoa päihdehoidosta. Viitattu 13.11.2017, <https://www.paihdelinkki.fi/fi/mista-apua/tietoa-paihdehoidosta>

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum.

Seppä, K. 2013. Lyhytneuvonta (Mini-interventio). Viitattu 21.11.2017, <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyön-menetelmat-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

Salo-Chydenius S. 2017. Motivoiva toimintatapa / motivoiva haastattelu. Viitattu 21.11.2017, <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyön-menetelmat-ja-koulutus/motivoiva-toimintatapa-motivoiva-haastattelu>

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2017. Päihdepalvelut. Viitattu 22.11.2017, <http://stm.fi/paihdepalvelut>

Stakes. 2006. Ehkäisevän päihdeyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakesin monistamo. Viitattu 4.12.2017, <https://www.thl.fi/documents/605763/1449622/Ehkaisevanpaihdeyönlaatukriteerit.pdf/e78556f1-3844-45dd-933a-bfa63e65a2d1>

Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Päihdeyö-ryhmä. 2006. Laatutähtä tavoittelemassa, ehkäisevän päihdeyön laatukriteerit. Kuopio & Helsinki: Suomen graafiset

palvelut Oy Ltd. Viitattu 22.11.2017,
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75223/laatutahtea_tavoittelemassa1.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Ehkäisevä päihdetyö. Viitattu 14.11.2017,
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Peliriippuvuus ja ongelmapelaaminen. Viitattu 1.11.2017,
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-hoito-ja-tuki/peliriippuvuus-ja-ongelmapelaaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Rahapeliongelman hoito. Viitattu 6.11.2017,
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-hoito-ja-tuki/rahapeliongelman-hoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Rahapeliongelman mittarit. Viitattu 9.11.2017,
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-hoito-ja-tuki/rahapeliongelman-mittarit>

(Tuominen I. Sosiaali- ja terveysministeriö. Alkoholilain kokonaisuudistus. Viitattu 15.11.2017,
<http://stm.fi/alkoholilain-kokonaisuudistus>)

<https://www.thl.fi/documents/605763/1449622/Ehkaisevanpaihdeytonlaatukriteerit.pdf/e78556f1-3844-45dd-933a-bfa63e65a2d1>