

# **Alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuus**

**Mittariston kehittäminen Päihdepalvelusäätiön avohoidon tuloksellisuuden arvioimiseksi**

Tuula Miettinen

Opinnäytetyö

Joulukuu 2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Sukunimi, Etunimi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä joulukuu 2018
Miettinen, Tuula	Sivumäärä 54	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
<p>Työn nimi  <b>Alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuus</b>  Mittariston kehittäminen Päihdepalvelusäätiön hoidon tuloksellisuuden mittaamiseksi</p>		
<p>Tutkinto-ohjelma  Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Kliininen asiantuntija</p>		
<p>Työn ohjaaja(t)  Sari Järvinen</p>		
<p>Toimeksiantaja(t)  Päihdepalvelusäätiö</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä on kasvanut ja tästä syystä yhä enenevässä määrin kiinnitetään huomiota palvelujen tuloksellisuuteen. Kehittämistyön tavoitteena oli mittarin kehittäminen Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyön tuloksellisuuden mittaamiseksi. Tarkoituksena oli saada Päihdepalvelusäätiön käyttöön työväline, jonka avulla arvioidaan avopäihdehoidon hoitosuhdetyön tuloksellisuutta ja kerätään tietoa asiakkaan alkoholin käytön ja elämänlaadun tilanteesta hoitoon tullessa, hoitosuhteen päättyessä sekä puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen.</p> <p>Alkoholin suurkäytöstä, aikuisen alkoholin suurkäyttäjän avohoidosta sekä aikuisen alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä haettiin tietoa teoriasta ja aiemmista tutkimuksista. Mittari kehitettiin käyttäen hyödyksi aiemmin laadittuja mittareita. Mittariin valikoitui 22 kysymystä, joista neljä kysymystä käsitteli alkoholin käyttö-määrää ja -tiheyttä, kahdeksan kysymystä elämänlaatua ja kolme kysymystä muutosmotiivaatiota ja -valmiutta. Lisäksi kysyttiin asiakkaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon.</p> <p>Mittarin asiantuntija-arvion suorittivat Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyöntekijät ja sisältöä täydensivät sekä mittarin esitestasivat Päihdepalvelusäätiön ammattillisesti ohjattuun vertaistukiryhmään osallistuneet asiakkaat.</p> <p>Mittarin käyttökelpoisuuden arvioiminen ja hoitosuhdetyön tuloksellisuuden mittaaminen jää Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyöntekijöiden tehtäväksi. Mittarin jatkokehittelyksi suositellaan alkoholin suurkäytön lisäksi mitattavaksi myös muita päihteitä ja toiminnallisia riippuvuuksia.</p>		
<p>Avainsanat (<a href="#">asiasanat</a>)  alkoholin suurkäyttö, elämänlaatu, psykososiaalinen hoito, mittarin kehittäminen</p>		
<p>Muut tiedot (<a href="#">salassa pidettävät liitteet</a>)</p>		

Author(s) Last name, First name Miettinen, Tuula	Type of publication Master's thesis	Date December 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 54	Permission for web publication: x
Title of publication <b>The success of alcohol abuser care.</b> Developing an indicator for evaluating the success and profitability of outpatient care in Päihdepalvelusäätiö [The Finnish Foundation for Abuser Care Services]		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice, University of Applied Sciences		
Supervisor(s) Järvinen, Sari		
Assigned by Päihdepalvelusäätiö [The Finnish Foundation for Abuser Care Services]		
Abstract <p>The demand for social and health services has increased, and therefore, the focus has been increasingly on the success and profitability of the services. The development work's objective was to develop an indicator for measuring the profitability and success of Päihdepalvelusäätiö's care work. The aim was to introduce Päihdepalvelusäätiö to a tool that could be used to evaluate the results of outpatient care for substance abusers. Furthermore, the aim of the tool is to collect information regarding the patient's usage of alcohol and quality of life at the beginning and end of the care programme and six months after the programme's end.</p> <p>Information about alcohol abuse, outpatient care for alcohol abusers as well as the factors affecting the results of adult alcohol abusers' care was collected from theoretical sources and past research. The indicator was developed by using previously devised indicators. 22 questions were selected for the indicator, four of which were about the frequency and quantity of alcohol usage, eight about the quality of life and three about motivation and readiness for change. In addition, the patients were asked about their satisfaction with the care that they had received. The expert assessments of the indicator were given by the care professionals of the foundation, and its contents were developed further and pre-tested by patients who participated in Päihdepalvelusäätiö's professionally directed peer support group.</p> <p>Evaluating the indicator's practicability and measuring the care work's results remains to be carried out by the care professionals of Päihdepalvelusäätiö. In addition to alcohol abuse, the recommendation is to add other substances and behavioural addictions in order to further develop the indicator.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) alcohol abuse, quality of life, psychosocial care, the development of the indicator		
Miscellaneous ( <a href="#">Confidential information</a> )		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Alkoholin suurkäyttö .....</b>	<b>4</b>
2.1	Alkoholin suurkäyttäjän tunnistaminen .....	5
2.2	Alkoholin kulutus ja sen aiheuttamat väestölliset haasteet .....	7
2.3	Alkoholin suurkäyttäjän elämänlaatu .....	11
<b>3</b>	<b>Alkoholin suurkäyttäjän hoito.....</b>	<b>12</b>
3.1	Alkoholin suurkäyttäjän avohoito .....	14
3.2	Hoitotyöntekijöiden rooli alkoholin suurkäyttäjän hoitotyössä .....	20
3.3	Alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuutta kuvaavat mittarit .....	23
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Kehittämistyön prosessi.....</b>	<b>25</b>
5.1	Ideointi ja suunnittelu .....	27
5.2	Tiedonhaku.....	28
<b>6</b>	<b>Mittarin kehittäminen .....</b>	<b>30</b>
6.1	Kysymysten muodostaminen .....	33
6.2	Mittarin sisällön arviointi ja esitestaus asiantuntijoiden avulla.....	34
6.3	Mittarin kohderyhmä ja käyttö .....	36
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>37</b>
7.1	Mittarin kehittämisprosessin tarkastelua .....	37
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	39
7.3	Johtopäätökset .....	40

<b>Lähteet .....</b>	<b>42</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>49</b>
Liite 1. Päihdepalvelusäätiön alkoholi asiakkaan hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioiva mittari .....	49

## **Kuviot**

Kuvio 1. Kehittämistyön prosessi .....	27
Kuvio 2. Mittarin kehittämisen prosessi .....	31

## **Taulukot**

Taulukko 1. Alkoholiannokset .....	5
Taulukko 2. Alkoholin suurkäyttäjän muutosmotivaation vaiheet ja eri vaiheissa muutosta edistävät tekijät (mukaellen Routsalo & Pitkälä 2009,30.) .....	15
Taulukko 3. Tiedonhakuprosessi .....	29

# 1 Johdanto

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden käytön on arvioitu lisääntyvän. Samaan aikaan suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän resurssit ovat niukkenemassa ja tehokkuus- ja tuottavuusvaatimukset kasvamassa. Tämän myötä yhä enenevässä määrin kiinnitetään huomiota toiminnan ja palvelujen vaikuttavuuteen, jonka mittaaminen on vaikeampaa kuin hoidon tulosten tai vaikutusten arviointi. Asiakkaan muuttuneen tilanteen takana voi saadun palvelun lisäksi olla vaikuttamassa useat muutkin asiat. (Silvennoinen-Nuora 2010, 5-6; THL 2014.)

Avopäihdehoidon hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioitaessa asiakkaiden hyödyllisyyskokemuksina ovat olleet muutokset omassa päihteenkäyttötavassa sekä elämänlaatuun liittyvissä muutoksissa. Myös terapeutin allianssin eli yhteistyösuhteen onnistumisella on havaittu olevan merkitystä hoidon tuloksellisuudelle. (Laaksonen 2015, 5; Halonen & Paasivaara 2008, 267; Nielsen, Becker, Højgaard, Lassen, Willeman, Sögaard & Grönbæk 2006, 13; Artkoski, Kuusisto & Saarnio 2012, 49.)

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuutta arvioiva mittari Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyöntekijöiden käyttöön. Tutkimuksellisen kehittämistyön mukaisesti haettiin teoretieto alkoholin suurkäytöstä ja siihen liittyen elämänlaadusta, päihdepalvelujärjestelmästä, hoitomuodoista, avopäihdehoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja mittarin laatimisesta. Haettavan tiedon avulla kartoitettiin myös aiemmat aiheita käsitelleet mittarit. Opinnäytetyön ajankohtaisuus ja yhteiskunnallinen merkitys tulee hyvinvointipalveluihin kohdistuvasta odotuksesta kerätä näyttöä tuottamansa palvelun tuloksellisuudesta, taloudellisuudesta ja vaikuttavuudesta.

Opinnäytetyössä mukaillaan alkoholiongelmaisen käypä hoito -suosituksen mukaista alkoholin riskikäytön tasoihin liittyvää jakoa käyttämällä pääasiallisesti termiä alkoholin suurkäyttö silloin, kun puhutaan korkean riskin alkoholinkäytöstä. Tässä tutkimuksessa asiakkaasta käytetään termejä alkoholin suurkäyttäjä, alkoholi asiakas tai pelkästään asiakas. Perusteluna valinnalle on halu luopua tässä yhteydessä ongelmasanan negatiivisesta mielleyhtymästä ja ihmisen leimaamisesta ongelmalliseksi silloin, kun puhutaan henkilön tämän hetkisestä alkoholinkäytön tasosta.

## 2 Alkoholin suurkäyttö

Alkoholin riskikäytön rajat otettiin Suomessa käyttöön parikymmentä vuotta sitten. Suositusrajat vaihtelevat maittain, esimerkiksi Britannian suositus on vain puolet Yhdysvaltain suosituksesta, jossa miesten kohdalla rajana pidetään 196 grammaa ja naisten 98 grammaa viikossa. Yksi alkoholiannos sisältää 12 grammaan alkoholia. (Aalto 2009, 893; Repo & Pölkki 2018, 10.)

Aiemmin julkaistuissa tutkimuksissa alkoholin suurkäytöstä puhuttaessa käytetään termiä ongelmakäyttö eli alkoholiongelma, joka on jaettu kolmeen luokkaan: riskikäyttö eli suurkulutus, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Lisäksi puhutaan absolutismista eli täydellisestä alkoholista kieltäytymisestä silloin, kun henkilö ei lainkaan käytä alkoholia. (Aalto 2009, 893.) Useissa lähteissä alkoholin suurkulutuksella tarkoitetaan riskikäyttöä ja haitallinen käyttö sekä alkoholiriippuvuus ovat seuraavia vaiheita ongelmallisen juomisen edetessä ja riippuvuuden kehittyessä.

Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suosituksessa alkoholinkäytön riskitasot on jaettu kahteen tasoon eli korkean riskin ja kohtalaisen riskin tasoihin. Korkean riskin taso miehillä tarkoittaa 23-24 annoksen ja naisilla 12-16 annoksen juomista viikossa. Näiden katsotaan olevan hälytysrajoja, joiden ylittyessä alkoholin käyttöön tulisi puuttua. Perusteena puuttumiselle pidetään kyseisten annosmäärien vaikutusta sairastavuuden lisääntymiseen ja kuolleisuusriskin merkittävään suurentumiseen. Kohtalaisen riskin tasona miehillä pidetään 14 ja naisilla 7 alkoholiannosta viikossa. Näiden annosmäärien on todettu suurentavan GT-arvoja. Annetut rajat koskevat terveitä työikäisiä, alle 18 -vuotiaille vastaavaa suositusta ei voida antaa. Myöskään raskauden ajalle ei tiedetä turvallista rajaa, joten silloin suositellaan alkoholin käytöstä pidättäytymistä. Lisäksi ikääntyneiden alkoholinkäytön riskirajat ovat matalampia kuin työikäisillä. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015; Seppä 2012, 7). Alla olevassa taulukossa (1) on kuvattu tavallisimmat yhden annoksen sisältämät alkoholijuomat sekä tavallisimmat myynnissä olevat alkoholijuomat ja niiden sisältämät alkoholiannokset.

Taulukko 1 Alkoholiannokset

Yksi annos		
•	0,33 l keskiolutta, siideriä tai lonkeroa max 4,7 %	
•	12 cl mietoa viiniä 10-15 %	
•	8 cl väkevää viiniä 16-22 %	
•	4 cl väkevää viinaa 35-40 %	
Alkoholijuoma	Määrä	Alkoholiannos
• I-olut	0,33 l	0,5
• Olut, siideri, lonkero max 4,7 %	0,33 l	1
• Olut, siideri, lonkero max 4,7 %	0,5 l	1,5
• Olut, siideri, lonkero 5-7 %	0,33 l	1,3
• Olut, siideri, lonkero 5-7 %	0,5 l	2
• Mieto viini 10-15 %	0,75 l	6
• Mieto viini 12 %	2 l	16
• Mieto viini 12 %	3 l	24
• Väkevä viina 35-40 %	0,5 l	13
• Väkevä viina 60 %	0,5 l	20

Taulukosta voi tarkistaa tavallisimpien Suomessa myynnissä olevien alkoholijuomien sisältämät alkoholiannokset ja verrata niitä esimerkiksi Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suosituksessa mainittuihin korkean riskin ja kohtalaisen riskin tasoihin.

## 2.1 Alkoholin suurkäyttäjän tunnistaminen

Alkoholin suurkäyttö on yleisyytensä perusteella luokiteltavissa kansansairauksiksi. Edelleen se jää usein tunnistamatta ja hoitamatta tai olemassa olevia hoitomuotoja ei hyödynnetä tehokkaasti. Useimmiten alkoholin suurkäytön tunnistaminen, asiakkaan hoitoon motivointi ja hoito on perusterveydenhuollon lääkärin vastuulla. (Castren, Pakkanen & Alho 2015, 1497.)

Alkoholin suurkäytön vaikein muoto on alkoholiriippuvuus. Se koskettaa noin 5-10 % suomalaisista eli noin kahdeksaa prosenttia miehistä ja noin kahta prosenttia nai-



sista. Riippuvuuden diagnosointia hankaloittaa se, että suurkäyttö muodostaa jatkumon ja raja eri luokkien välillä on sopimuksenvarainen. Diagnosointiin tarvittavan tiedon kerääminen vaatii aikaa ja useita tapaamisia. Läheisen kutsuminen mukaan vastaanotolle usein selkeyttää kokonais kuvan saamista asiakkaan alkoholin käytöstä. Strukturoitujen kyselylomakkeiden lisäksi tiedonkeruun tukena voidaan alkoholin käytön seurannassa käyttää juomapäiväkirjaa. (Aalto 2009, 894.)

Alkoholin suurkäytön ollessa riippuvuustasoista on henkilöllä sosiaalisia, psyykkisiä ja terveydellisiä haittoja aiheuttavaa, hallitsematonta alkoholin käyttöä, joka jatkuu haittoista huolimatta. Riippuvaisella henkilöllä alkoholin käyttöön liittyy toleranssin kohoamista eli annoksen suurentamisen tarvetta ja käytön keskeytyessä vieroitusoireita. (Aalto 2010, 8, 9.) Alkoholiriippuvuuden yleisesti hyväksytyiksi kriteereiksi on Suomessa otettu käyttöön ICD 10 -kriteerit, joiden tarkempi kuvaus on alkoholiongelmaisesta käypä hoito -suosituksessa, joka löytyy www-osoitteesta: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Yleisesti käytössä olevana työvälineenä alkoholin käytön tunnistamisessa käytetään AUDIT-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Siinä on kymmenen kysymystä, jotka pisteytetään nolasta neljään maksimipistemäärän ollessa 40. Kyselylomakkeessa on kolme osa-aluetta: käyttötavan riskit, riippuvuuden oireet ja alkoholin käytön haitat. Käyttötavan riskejä kuvaavat juomisen tiheys, tyypillinen määrä ja humalajuomisen tiheys. Riippuvuuden oireita kuvaa heikentynyt juomisen hallinta, juomisen merkityksen kasvu ja krapulajuominen. Alkoholin käytön haitallisuutta kuvaa juomisesta koitua syyllisyys, tajunnan menetys, alkoholiin liittyvät loukkaantumiset ja muiden huolestuminen juomisesta. (Aalto 2009, 982.)

Aallon (2009, 892) mukaan suurkäytön rajana on useimmiten pidetty kahdeksaa pistettä, kun taas Castren ym. (2015, 1498) toteavat pisteiden 0-7 kertovan vähäisestä riskistä, 8-10 pistettä lievästi kasvaneista riskistä, 11-14 pistettä selvästi kasvaneista riskeistä, 15-19 suurista riskeistä ja 20 + erittäin suurista riskeistä. 65-vuotta täyttäneillä yli 6 pistettä viittaa riskikäyttöön. Pelkästään AUDIT-kyselyllä ei asiakkaalle voida asettaa alkoholiehtoista diagnoosia. AUDIT-kysely on vapaasti käytettävissä ja löytyy muun muassa [paihdelinkki.fi](http://paihdelinkki.fi) -sivustolta. (Aalto 2009, 892; Castren ym. 2015, 1498.)

AUDIT-kyselyn avulla voidaan yhdessä asiakkaan kanssa tarkastella testin osa-alueita saaden tietoa hänen alkoholinkäytöstään ja siihen liittyvistä riskeistä. AUDIT-kyselystä on saatavilla myös kolmen kysymyksen lyhyt versio, AUDIT-C nopeaan seurlontaan. Asiakkaan haastattelun ja AUDIT-kyselyn tukena voidaan käyttää myös laboratoriokokeita: veren tai uloshengityksen alkoholipitoisuus, seerumin glutamyyli-transferraasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin nukkaaniihydraattinen transferrini (CDT). Tavallisin syy MCV:n ja GT:n poikkeavuuteen on alkoholin suurkäyttö. CDT puolestaan on nykymuodossaan lähes sataprosenttinen alkoholispesifinen merkkiaine. (Castren ym. 2015, 1498-1499.)

Alkoholin suurkäytön ollessa riippuvuustasoista voidaan riippuvuuden vaikeusastetta arvioida SADD (Short Alcohol Dependence Data Questionnaire) -kyselyllä (Alkoholiongelmaisen hoito 2015, 6-7).

## 2.2 Alkoholin kulutus ja sen aiheuttamat väestölliset haasteet

Suomalaisten juomatapoja on tutkittu vuodesta 1968 alkaen kahdeksan vuoden välein väestötutkimuksella, johon on koottu 15-69 -vuotiaiden juomatapoja. Viimeisin tutkimus on tehty vuonna 2016 ja siihen otettiin mukaan myös 70-79 -vuotiaat. Juomatapatutkimuksen mukaan vähintään kerran kuukaudessa itsensä humalaan juovien miesten osuus on vähentynyt 27 prosentista 19 prosenttiin ja naisten kohdalla vähennystä on ollut 9 prosentista 6 prosenttiin. Erityisesti alle 30 -vuotiaiden miesten ja alle 50 -vuotiaiden naisten humalajuominen on vähentynyt. Poikkeaman tekee 50-69 -vuotiaiden naisten ryhmä, jossa humalajuominen ei ole vähentynyt. Myös viimeisimmässä FinTerveys -tutkimuksessa humalajuomisen huomattiin vähentyneen työikäisen väestön keskuudessa, mutta yleistyneen eläkeikäisten keskuudessa viimeisen kuuden vuoden aikana. (Härkönen, Savonen, Virtala & Mäkelä 2017, 3-4; Koponen, Boroludin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018, 30.) Viimeisimmän tilaston mukaan suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus on laskenut ollen vuonna 2017 yhteensä 10,3 litraa 100 prosentista alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohden. Kokonaiskulutuksen todetaan vähenneen 4.4 prosenttia vuoteen 2016 verrattuna. (Jääskeläinen & Virtanen 2018, 1.)

Juomatapatutkimuksessa väestön alkoholin kulutusjakauman on todettu säilyneen vinona vuodesta 1968 tehdyistä tutkimuksista lähtien. Väestöstä suurimman osan todetaan juovan vähän ja noin 10 prosentin väestöstä arvellaan juovan noin puolet Suomessa kulutetusta alkoholista. (Härkönen ym. 2017, 4.)

Juomatapatutkimuksen tuloksista huolimatta suomalaiset juovat edelleen eurooppalaisittain suuria alkoholimääriä kerralla. Kaikkein suurimpia määriä juovat 20-29 -vuotiaat. Väestötutkimusten perusteella riskirajat ylittävän juomisen on huomattu lisäävän erilaisia terveydellisiä riskejä. Meillä onkin käyty keskustelua riskirajojen alentamisesta sen jälkeen, kun niitä on verrattu muiden maiden matalampiin rajoihin. (Härkönen ym. 2017, 4; Seppä 2012, 8.)

Suomessa on kerätty tietoa alkoholipoliittisista mielipiteistä juomatapatutkimuksen lisäksi myös vuosittain erillisellä kyselyllä. Vuoden 2017 mielipidekyselyn mukaan 43 prosenttia väestöstä haluaisi pitää vahvan oluen myynnin vain Alkon myymälöissä. Nykyisen ja nykyistä tiukemman alkoholipoliittisen linjan kannattajia oli 60-63 prosenttia vastaajista. Vuoden 2010 jälkeen alkoholipoliittiset mielipiteet ovat muuttuneet maassamme vapaamielisempään suuntaan tiukentuen hieman jälleen viime vuosina. (Österberg, Raitasalo, Karlsson & Mäkelä 2017, 1.)

Suomen nykyinen alkoholilainsäädäntö koostuu vuonna 2017 uudistetusta alkoholilaista ja sen nojalla annetuista asetuksista. Lain pääperiaatteena on ehkäistä alkoholin käyttäjilleen, muille ihmisille ja koko yhteiskunnalle aiheuttamia haittoja kulutusta rajoittamalla ja valvomalla alkoholiin liittyvää elinkeinotoimintaa. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksella on tehty vuosina 2016-2017 päätöksenteon tueksi ennakoarviota siitä, millaisia seurauksia alkoholilain muutoksella saattaisi olla. Ennakoarvioinnissa todetaan suomalaisten juovan kaikesta nauttimastaan alkoholista puolet oluena. Tämän vuoksi oluen vahvuuden arvellaan vaikuttavan ratkaisevasti haittojen määrään. THL onkin arvioinut oluen kulutuksen kasvavan lakimuutoksen myötä noin kuusi prosenttia ja haittojen yhtä paljon. (Mäkelä & Karlsson 2017, 11.)

Alkoholin haittavaikutukset kuormittavat käyttäjän itsensä lisäksi myös hänen lähiympäristöään ja yhteiskuntaa. Haittavaikutuksia kokee perheenjäsenten, työtovereiden ja täysin ulkopuolisten lisäksi kustannusmenetyshaittana myös sosiaali- ja terveyspalvelut, työpaikat ja sitä myötä koko kansantalous. Haitat voivat vaihdella yksityisissä tiloissa tai julkisilla paikoilla koetuista ärsyyntymisistä vakaviin, koko elämää

haittaaviin vaurioihin. Maailman terveysjärjestön eli WHO:n maailmanlaajuisessa alkoholistrategiassa näkyy huoli alkoholin suurkäytön aiheuttamista haittavaikutuksista läheisille ja yhteiskunnalle ja tutkimuspiireissäänkin on kasvavaa kiinnostusta ”harms to others” eli ”haitat muille” -näkökulmaa kohtaan. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 5-6.)

Alkoholin suurkäytön yhtenä väestöllisenä haasteena on A-klinikasäätiön Lasinen lapsuus -väestökyselyn tuloksena saatu tieto, että lähes joka neljännen (23 %) suomalaislapsen kodissa vanhemmat ovat käyttäneet liikaa päihteitä. Yleisimmät vanhempien alkoholin käytöstä aiheutuneet haitat olivat riitaisuus, häpeä, ahdistuksen tunne sekä luottamuksen menettäminen. Lapset ja nuoret toivoivat parempia päivystyspalveluja ja aiheeseen liittyvien keskustelujen järjestämistä, leimaamattomia internet- ja puhelinpalveluja sekä paikkoja, joihin voi mennä silloin kun kotona ei voi olla. (Takala & Roine 2013, 34.)

Alkoholin suurkäytön seurauksena Suomessa syntyy vuosittain noin 600 raskaudenaikeisen alkoholin käytön vaurioittamaa lasta. Synnyttäneiden äitien päihdeongelmasta kertovien rekistelimerkintöjen mukaan suurin osa liittyy äidin alkoholinkäyttöön. Äidin vakavan päihdeongelman on havaittu lisäävän pienten lasten tapaturmien, sairaalahoitojen ja psyykkisen kehityksen häiriöriskiä. Äidin raskauden aikaisen alkoholin käytön on todettu olevan yhteydessä lapsuusajan oppimisvaikeuksiin, käytöshäiriöihin sekä psyykkiseen ja kielelliseen kehitykseen. Varhaisen puuttumisen nimissä naisten päihdeongelmiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja seurantatietoja olisi kerättävä myös sosiaali- ja terveydenhuollon avopisteissä. (Holmila, Raitasalo, Autti-Rämö & Notkola 2013, 37, 45.)

Ikäihmisten alkoholin käytön lisääntymisen myötä haasteet kotihoidossa ovat lisääntyneet. Iäkkään ihmisen alkoholin suurkäyttö haittaa kotona annettavaa hoitoa heikentäen omaisten sitoutumista hoitovastuuseen. Omaisten kuormittumisen myötä toiveet ikäihmisen siirtymisestä kotihoidosta tiiviimpää hoitoa tarjoavaan yksikköön lisääntyvät. Tyypillisimmillään eläkkeellä oleva alkoholin suurkäyttäjä on muita kotihoidon asiakkaita nuorempi, jolla on useita arkiselviytymisen pulmia, hänen kognitiotasonsa on alentunut ja hänellä on suurempi vaara kaatuilla. Kuitenkin alkoholin

suurkäyttäjänä olevien eläkeläisten ja ikäihmisten yksilölliset erot ovat suuria ja tämän vuoksi kotihoidon, päihdehoidon ja omaisten yhteistyötä tulee tiivistää. (Vilkko, Finne-Soveri, Sohlman, Noro & Jokinen 2013, 74.)

Alkoholiehtoinen parisuhdeväkivalta asettaa kysymykseksi sen, ketä tulee hoitaa; uhria vai tekijää? Erityisesti väkivallan tekijän ollessa päihtynyt tapaukset ovat usein vakavampia aiheuttaen uhrille vammoja ja pelkoa väkivallan uusimisesta. Uhria syyllistetään usein siitä, että hän ei jätä hakkaavaa puolisoaan ja tämä sama syyllistävä asenne voi näkyä myös päihdetyössä. Erityisen hankalaksi asian tekee tilanteet, joissa uhrikin on päihtynyt. Naisten alkoholin suurkäyttöön liittyy edelleenkin tabuja saat- taen olla vaikuttamassa siihen, että päihtyneet naiset eivät mielellään ota yhteyttä poliisiin tai muihin auttajatahoihin. Tästä kehittyy kaksinkertainen este avun hakemise- lle: ensiksikin väkivallan kokeminen kumppanin taholta on ahdistavaa ja toiseksi asiointi poliisin tai muun auttajan kanssa alkoholia käyttäneenä lisää uhrin tuntemaa syyllisyyttä. Päihdehuollon työntekijöiden arvellaan tarvitsevan parisuhdeväkivalta- koulutusta, jotta puuttumiskynnystä saadaan madallettua. (Piispa 2013, 85-87.)

Parisuhdeväkivallan lisäksi myös väkivaltarikosten määrä yleisillä paikoilla anniskelu- ajan päättyessä asettaa haasteita yhteiskuntarauhalle. Anniskeluaikojen pidentyessä suomalaisten juhlimis- ja juomistavat ovat lisääntyneet aamuyöhön jatkuvaksi humala- lajuomiseksi. Humalajuomiseen liittyy aggressiivista käyttäytymistä kaikissa humala- hakuksen juomisen sallivissa yhteiskunnissa. Tästä on todettu aiheutuvan välitöntä ti- lannesidonnaista haittaa sekä juojalle itselleen että hänen lähiympäristölleen. Väes- tötutkimusten perusteella alkoholi on mukana kahdessa kolmesta väkivaltatapauk- sesta niin, että sekä tekijä että uhri ovat päihtyneitä. (Warpenius, Kotovirta, Karlsson & Österberg 2013, 110. 120.)

Alkoholin vaikutuksen alaisena autolla tai muulla moottoriajoneuvolla ajaminen eli rattijuopumus on ilmiö, jolla on vaikutusta sekä liikenneturvallisuuteen että kansan- terveyteen. Kaikista loukkaantumiseen johtavista liikenneonnettomuuksista rattijuo- pon aiheuttamia on noin 12 prosenttia ja kuolemaan johtaneista noin 26 prosenttia. (Karjalainen, Impinen & Lillsunde 2013, 125, 133.)

Kansantalouden kannalta merkittäviä sairauspoissaoloja tutkittaessa on havaittu alkoholin suurkäyttäjillä olevan runsaasti sairauspoissaoloja töistä. Alkoholin kulutuksen ja sairauspoissaolojen yhteyden on havaittu olevan vahvan erityisesti matalasti koulutetuilla miehillä. (Böckerman & Uutela 2013, 160, 166.)

Alkoholin suurkäyttö aiheuttaa useita erilaisia kansantaloudellisia ja -terveydellisiä haasteita väestötasolla yksilön ja perheen kokemien haittojen lisäksi. Ehkäisevän päihdetyön merkitys korostuu entisestään päihteiden käytön aiheuttamien haittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä sekä terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämässä. Laki ohjaa valtioita ja kuntia ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa. (THL 2018.)

### 2.3 Alkoholin suurkäyttäjän elämänlaatu

Elämänlaadulle ei ole olemassa yhtä hyväksyttävää määritelmää, mutta keskeistä määritelmässä on inhimillisen kokemuksen kunnioittaminen. Maailman terveysjärjestön mukaan elämänlaatu tarkoittaa henkilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvomaailman viitekehyksessä. Terveystutkimuksissa käsitteenmäärittelyn epämääräisyyttä on väistetty puhumalla erityisesti terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Yhteiskuntatieteissä elämänlaadun tutkimus on osittain kehittynyt vastapainona elintasotutkimukselle, kun on haluttu painottaa laadullisten tekijöiden merkitystä aineellisten arvojen rinnalla. (Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2016, 2192; Aalto, Aro & Teperi 1999, 1.)

Ihmisen elämänlaatu vaihtelee ajankohdasta ja tilanteesta riippuen. Ihmisen sairastuessa elämänlaatu voi vaihdella sairauden aikana esimerkiksi arvojen muttumisen myötä. Elämänlaadun mittaamiseen liittyvän mittarin kehittämisessä taustalla on tarve saada tietoa hoitomenetelmän vaikuttavuudesta. Tällaiseen tilanteeseen ei riitä pelkkä yleinen elämänlaadun mittari, vaan sitä on hyvä täydentää kyseiseen sairauteen kehitetyllä elämänlaatumittarilla. (Aalto ym. 2016, 2192.)

Tutkimusten mukaan alkoholin suurkäyttö vaikuttaa terveyteen liittyvään elämänlaatuun kuten fyysiseen terveyteen, mielenterveyteen, sosiaaliseen

toimintakykyyn, päivittäisiin toimintoihin, kipuun ja uneen. Masennuksen on todettu heikentävän elämänlaatua ja omalta osaltaan myös persoonallisuushäiriöt vaikuttavat sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Alkoholia haitallisesti käyttävien naisten on todettu kokevan miehiin verrattuna enemmän terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja alkoholin käytöstään johtuen. Hoitointerventioiden on todettu auttavan terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisessa alkoholin käytön vähentyessä tai loppuessa. (Levola, Aalto, Holopainen, Cieza & Pitkänen 2013; Bold, Epstein & McCrady 2017, 35; Picci, Oliva, Zuffranieri, Vizzuso, Ostacoli, Sodano & Furlan 2014, 2757.) Tosin päivittäisiakin tuloksia on saatu, esimerkiksi tutkittaessa afrikkalaisten alkoholi- ja terveystoista elämänlaatua avohoitoipotilailla tutkimuksessa ei havaittu merkittävää yhteyttä alkoholin suurkäytön ja elämänlaadun välillä (Peltzer & Pengpid 2012, 291).

Perinteisestihän päihteettömyyttä on pidetty hoidon vaikuttavuuden tärkeimpänä mittarina ja tämä lienee osaltaan vaikuttanut siihen käsitykseen, että riippuuskien hoito olisi tehotonta. Terveyteen liittyvän elämänlaadun arvioimisessa on kuitenkin tärkeää huomioida asiakkaan oma kokemus terveydestään ja tyytyväisyydestään elämänsä eri osa-alueisiin (Saharinen 2013, VII). Tämän perusteella alkoholin suurkäyttäjän elämänlaatu voi kohentua juomistiheyden vähennyttyä, vaikka täysraittiutta ei saavutettaisikaan.

### **3 Alkoholin suurkäyttäjän hoito**

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdehuollon palveluja yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden suurkäyttäjii sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Laki edellyttää myös palvelujen olevan sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisia. (Inkeroinen & Partanen 2005, 3.)

Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden esiintyminen yhtäaikaisesti samalla henkilöllä asettaa haasteita nykyiselle eriytyneelle hoitojärjestelmälle. Päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat yksi Suomen merkittävimmistä kansanterveysongelmista ja perinteisesti niiden hoito on järjestetty erillisinä; päihdepalvelut sosiaalihuollon ja mielenterveyspalvelut terveydenhuollon piirissä. Kansallinen päihde- ja mielenterveyssuunnitelma suosittaa erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota näiden häiriöiden runsaan yhtäaikaisen esiintyvyyden vuoksi. Edelleen kuitenkin yhdistettyjä palveluja on vain muutamilla alueilla Suomessa. (Suontausta 2016.)

Suomessa alkoholin suurkäyttäjää hoidetaan terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja päihdehuollon erityispalveluissa, kuten A-klinikoilla tai päihdekliniikoilla. Perusterveydenhuollossa ja päihdehuollon erityispalveluissa tarjotaan katkaisu- ja vieroitushoitoa, lisäksi perustasolla on käytössä mini-interventiomalli eli alkoholin riskikuluttajan lyhytneuvonta. Siinä hoitaja tai lääkäri pyrkii tukemaan asiakasta alkoholin käytön vähentämisessä käytön ollessa runsasta, vaikka siitä ei vielä olisikaan aiheutunut mainittavia haittoja. Muutaman vuosikymmenen aikana ympäri maailmaa on tehty tutkimuksia, joissa mini-interventiohoito on todettu tehokkaaksi hoitokeinoksi. Esimerkiksi tutkittaessa amerikkalaisten veteraanien kokemusta saamastaan mini-interventiohoidosta suurin osa hoitoa saaneista koki hoitonsa laadukkaammaksi kuin ne veteraanit, jotka eivät mini-interventiohoitoa saaneet. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015; Seppä 2013; Simonetti, Lapham & Williams 2015, 1097.)

Päihdehuollon erityispalvelut tarjoavat erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja sekä ryhmätoimintaa. Erikoissairaanhoidossa on yleensä keskitytty tarjoamaan päihdepsykiatrista hoitoa. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden lisäksi alkoholin suurkäyttäjien hoitoa ja kuntoutusta tarjoavat myös erilaiset oma-apuryhmät, uskonnolliset yhteisöt ja järjestötoimijat. Markkinoilla on myös yksityisiä palvelun tuottajia. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015, 5.)

Eduskunnassa on havahduttu vuoden 2018 alussa voimaan astuneen uuden alkoholilain mahdollisesta vaikutuksesta lisääntyneeseen alkoholin kulutuksen kasvuun, josta eduskunnan puhemiehelle välikysymyksen tehneiden kansanedustajien mukaan seu-



raa terveyshaittojen ja alkoholiriippuvuuden kasvua. He ovat huolissaan päihdepalvelujen määrästä ja laadusta Suomessa ja kysyvätkin, mihin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä päihdepalveluiden saattamiseksi lakien edellyttämälle tasolle. (Mäkisalo-Ropponen 2018.) Vastauksessaan perhe- ja peruspalveluministeri toteaa, että pitkään valmisteltu päihde- ja mielenterveyslainsäädäntö on hallituksen käsittelyssä syksyllä 2018 ja siinä otetaan kantaa palvelunsaamisen turvaamiseen yhdenvertaisin periaattein muiden asiakas- ja potilasryhmien kanssa. (Saarikko 2018.)

Aiemmin eduskunnan puhemiehelle on tehty kirjallinen kysymys päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Kysymyksessään kansanedustaja totesi päihdehoidon- ja kuntoutuksen olevan Suomessa moniammatillista, mistä seuraa kirjavaa käytäntöä sisältöjen, tekijöiden ja menetelmien osalta. Erilaisten päihdepalvelujen muotojen vaikuttavuuden arviointi ja sitä kautta niiden kehitystyö toisi kansanedustajan mielestä päihdetyöhön tehokkuutta ja toimivia käytäntöjä. Vastauksessaan peruspalveluministeri totesi, että käytettäessä näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä päihdehoidon vaikuttavuus on samaa tasoa kuin väestössä yleisesti esiintyvien pitkäaikaissairauksien hoidon vaikuttavuus. Alkoholien suurkäyttäjien kohdalla alkoholikuolemien määrän kehittyminen kuitenkin viittaa siihen, että oikea-aikainen ja joustava hoitoon pääsy ei päihdehuollossa toteudu alkoholien suurkäyttäjien kohdalla. (Saarikko 2013.)

### 3.1 Alkoholien suurkäyttäjän avohoito

Suomessa alkoholien suurkäyttäjien hoito pohjautuu lääkäriseura Duodecimin laatimaan Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suositukseen, jonka pohjalta esimerkiksi Päihdepalvelusätiön avopäihdehoidon hoitosuhdetyötä toteutetaan. Alkoholien suurkäyttäjien hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään sekä lääkehoitoa että psykososiaalisia hoitomenetelmiä. Kaikissa psykososiaalisissa hoito- ja kuntoutusmuodoissa pidetään tärkeänä hoidon jatkuvuutta, hyvää yhteistyötä sekä asiakkaan motivoimista ja sitouttamista hoitoon ja muutokseen. (Alkoholiongelmaisen käypä hoito 2015.) Tämän vuoksi hoidossa on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan muutosvalmiuden eri vaiheet ja asiakkaan itsensä asettama hoitotavoite hoidon suunnittelussa.

Hoitoa toteutetaan yksilö-, ryhmä-, pari- tai perheterapiana. Perheellisten osalta lasten hyvinvointi otetaan huomioon ja tarvittaessa perheelle haetaan lastensuojelun kautta järjestäviä avohuollon tukitoimia. Hoitoon ja kuntotukseen liittyy myös arjen hallinnan, asumisen, toimeentulon, työn ja vapaa-ajan tukeminen. Ammatillisen hoidon rinnalla voidaan hyödyntää vertaistukea, kuten A-kilta, AA- ja vastaavaa tukihenkilö- ja ryhmämuotoista vertaistoimintaa. (THL 2016.)

Perinteisesti alkoholin suurkäyttäjän hoidon tavoiteena on pidetty täysraittiutta. Se ei välttämättä ole kaikkien alkoholin suurkäyttäjien henkilökohtainen tavoite, vaikka se osalle asiakkaista olisikin realistisin tavoite. Avoin keskustelu hoidon tavoitteista voi motivoida etenkin niitä asiakkaita, jotka eivät ole valmiita täysraittiuteen. Se voi myös toimia houkuttimena asiakkaille, joilla on huono hoitomotivaatio tai jotka ovat hoitonojaushetkellä esiharkinta- tai harkintavaiheessa. (Castren ym. 2015, 1497.) Asiakkaan muutosvaiheen tunnistaminen ja oikea-aikainen tukeminen on tärkeää asiakkaan hoidossa pysymisen ja ylipäättään muutoksen mahdollistumisen kannalta. Päihdehoitotyötä tekevän työntekijän on tärkeää tuntea taulukossa 2 kuvattuja alkoholin suurkäyttäjän muutosmotivaation vaiheita ja eri vaiheissa muutosta edistäviä tekijöitä.

Taulukko 2. Alkoholin suurkäyttäjän muutosmotivaation vaiheet ja eri vaiheissa muutosta edistävät tekijät (mukaellen Routsalo & Pitkälä 2009,30.)

Vaihe	Kuvaus	Muutosta edistävä tekijä
<b>Esiharkinta</b>	Alkoholin suurkäyttäjä ei tunnista ongelmaansa eikä ole harkinnut elintapamuutosta.	Kysele ja kuuntele, havahduta ristiriitaa.
<b>Harkinta</b>	Asiakas on epävarma muutoksen tarpeesta, punnitsee entisen toiminnan jatkamista ja/tai muutoksen tekemistä.	Tutki ristiriitaa ja rohkaise ongelman tunnistamisessa. Tarkastele vaihtoehtoja. Tarkastele juomisen etuja ja haittoja.
<b>Valmistelu</b>	Asiakas aikoo muuttaa käyttäytymistään lähiaikoina, mutta on epävarma siitä, kuinka sen tekisi.	Tue suunnitelman laatimisessa.
<b>Toiminta</b>	Asiakas on sitoutunut muutokseen ja muokkaa käyttäytymistään. Tässä vaiheessa hän omaksuu uusia taitoja ja	Etsi toimivia ratkaisuja. Tue selviytymiskeinojen harjoittelua. Tue

Ylläpito	ajatusmalleja, jotka lisäävät toipumisen mahdollisuutta.  Asiakas on sitoutunut toteutuneen muutoksen säilyttämiseen	muutosta tukevia sosiaalisia suhteita. Palkitse!  Juomista laukaisevien tekijöiden tunnistaminen. Retkahdusen ehkäisy.
----------	--	---

Muutosvaihemallin tunnistamisen lisäksi työntekijän käyttämän motivoivan haastattelun menetelmän on havaittu lisäävän hoidon tuloksellisuutta (Alkoholiongelmaisen hoito 2015, 10). Motivoivan haastattelun peruspilarit ovat empaattinen ja myötätuntoinen työote, asiakkaan alkoholin käyttöön liittyvän ristiriidan tunnistaminen ja herättely sekä muutosvalmiuden vahvistaminen ja tukeminen. Tekniikkana vuorovaikutuksessa käytetään yhteenvedon tekemistä keskustelun aikana noin 10-15 minuutin välein tai tarvittaessa, tarkentavien avointen kysymysten käyttöä, väittelyn välttämistä sekä asiakkaan tukemista muutospystyvyyteen. Motivoivan haastattelun käyttöä tutkittaessa sen on huomattu edistävän asiakkaan hoitomyöntyvyyttä. (Castren ym. 2015, 1497; Magill, Stout & Apodaca 2013, 754.)

Viime vuosina valmistuneiden systemoitujen katsausten perusteella tehokkaiksi psykososiaalisiksi hoitomuodoiksi alkoholin suurkäyttäjien hoidossa on osoitettu kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoivan haastattelun käyttö, pari- ja perheterapia, sosiaalisten taitojen lisäämiseen perustuva terapia sekä kahdentoista askeleen ohjelmat. Lisäksi toipumista edistää toimenpiteet, joiden avulla kohennetaan asiakkaan sosiaalista asemaa, kuten toimeentuloa, asumisolosuhteita ja työntekoa. Tutkimustulosten perusteella erilaiset psykososiaaliset menetelmät muodostavat edelleenkin alkoholin suurkäyttäjän hoidon perustan. (Salaspuro 2003, 2503.) Sveitsiläisessä tutkimuksessa todettiin alkoholin käytön vähenemistä tai loppumista 41 %:lla avohoidon asiakkaista kuuden kuukauden seurannassa niillä, joiden elämä kaiken kaikkiaan oli tyydyttävällä tasolla ja joiden taloudellinen toimeentulo oli turvattu (Haug & Schaub 2016, 580).

Alkoholin suurkäyttäjän kognitiivisessa terapiassa korostetaan riippuvuuskäyttäytymisen ja kognitiivisten tekijöiden välistä yhteyttä. Kognitiivisia tekijöitä ovat henkilön

erilaiset alkoholinkäyttöä koskevat uskomukset ja siihen liittyvät odotukset. Tulkitestaan alkoholin käyttönsä haitalliseksi toimintamalliksi asiakas on alttiimpi kokeilemaan muutosta kuin pitäessään itseään kohtalon uhrina tai pitäessään käyttöönsä selkärangattomuutena. Kognitiivisen terapian alkuvaiheen tehtävänä onkin muotoilla uudelleen asiakkaan ongelmastaan tekemiä jäykkiä tulkintoja. Kognitiivinen terapia voi auttaa alkoholin suurkäyttäjää ainakin kolmella tavalla:

1. vähentämällä mielihalujen esiintymistiheyttä ja voimakkuutta heikentämällä näitä ylläpitäviä uskomuksia
2. opettamalla ongelmalliselle retkahtamista ehkäiseviä selviytymiskeinoja, joilla hän voi pitkäjänteisesti säädellä mielihalujaan
3. auttaa potilasta luomaan uudenlaista suhdetta itseensä ja muihin muun muassa lisäämällä itseymmärrystä

Kognitiivinen terapia kehitettiin alun perin depression hoitomuodoksi, mutta sen jälkeen sitä on muokattu vastaamaan myös päihdeongelmaisten asiakkaiden tarpeita. Suomessa kognitiivinen terapia on ollut käytössä päihdeongelmaisten hoidossa laajemmin 1980-luvun puolivälistä lähtien. (Holmberg 2009.)

Kognitiiviseen terapiaan pohjautuvia hoitomuotoja ovat muun muassa motivoiva haastattelu ja retkahduksen esto-ohjelmat. (THL 2016.)

Motivoiva haastattelu on keskusteluterapeuttinen tapa kohdata potilas ja sen tavoitteena on potilaan muutosvalmiuden lisääminen saamalla hänet itsensä puhumaan muutoksen puolesta. Lähestymistapa sopii tutkimusten mukaan ”vastahankaisille”, omaa päätösvaltaansa varjeleville asiakkaille, jotka eivät ole vielä ratkaisseet, mitä tehdä ongelmalleen. Asiakkaan painostamisen muutokseen on havaittu herättävän hänessä vastustusta, kun taas empaattinen, kuunteleva ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava lähestymistapa tuo luottamusta ja turvallisuuden tunnetta tarjoamalla samalla asiakkaalle mahdollisuuden pohtia avoimesti, mitä hän elämältään haluaa. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2063; Miller & Rollnick 2002, 36-41; Alho & Aalto 2013, 1900.)

Rakkolainen, Koski-Jännes, Tolonen & Tuomisto (2013, 112) ovat tutkineet motivoivan alkuhaastattelun yhteyttä hoidon tuloksiin ja havainneet aiempien päihdehoito-tutkimusten tapaan, että työntekijän empaattinen ja tasavertaiseen yhteistyöhön

suuntautunut tyyli oli yhteydessä asiakkaiden hoidossa pysymiseen, joka puolestaan ennusti asiakkaan alkoholin käytön vähenemistä.

Retkahduksen esto-ohjelmassa keskitytään retkahdusprosessin ymmärtämiseen. Retkahdus tarkoittaa palaamista alkoholin käyttöön päihteettömän jakson jälkeen. Retkahtaminen on mahdollista riippumatta raittiin jakson pituudesta. Asiakkaan hoito/kuntoutussuunnitelmaan tulee sisältyä retkahdusprosessin tutkimista ja suunnitelmaa, joka auttaa estämään retkahduksen varomerkkien ilmetessä. Tärkeitä huomioitavia asioista on riskitilanteiden tunnistaminen ja käsittelystrategia, mielihalujen tunnistaminen ja käsittely, sosiaalisten ongelmatilanteiden tunnistaminen ja käsittely, suuttumuksen käsittely selvinpäin sekä toimintaohje retkahdusvaaratilanteita varten. (Holmberg & Aura 2008, 6.)

Ratkaisukeskeisessä terapiassa ratkotaan konkreettisia asioita, etsitään voimavaroja sekä lisätään asiakkaan itsetuntemusta ja toimintakykyä pulmatilanteissa. Ratkaisukeskeisessä psykoterapiassa ei tutkita ongelmia ja syitä niiden taustalta, vaan tuetaan asiakasta jatkamaan elämässä eteenpäin. Keskeisenä keinona on myönteisen tulevaisuusvision ja tavoitteiden asettaminen ja uusien ratkaisujen etsiminen aiempien tuloksettomien ratkaisumallien tilalle. (THL 2016.)

Yhteisö vahvistusohjelmassa (Community Reinforcement Approach, CRA) palkitaan toivottua käyttäytymistä, etsitään tukea perheestä, työstä ja vapaa-ajasta sekä harjoitellaan sosiaalisia taitoja (THL 2016). Tätä hoitomuotoa ei jostain syystä käytetä Suomessa, vaikka sen tehokkuudesta on olemassa vahva tutkimusnäyttö (Aalto 2008, 2218).

Systeemiteoreettisessa terapiassa ihminen nähdään laajemmin systeemin osana. Yksistään yksilön auttaminen nähdään riittämättömänä, joten yksilön lähipiirissä olevien ihmisten ja tahojen voimavaroja tarvitaan käyttöön. Systeemiteoreettista hoitomallia sovelletaan muun muassa pari-, perhe- ja verkostoterapiassa. (THL 2016.)

Alkoholin suurkäyttäjän puoliso saattaa toimia yhteydenottajana avopäihdehoitoon kysyäkseen neuvoa juovan kumppaninsa hoitoon saamiseksi. Läheisten hoitoon osallistumista on tutkittu päihdehoitojen yhteydessä ja yleensä tulokset ovat olleet rohkaisevia. Läheisten osuus on edelleen kuitenkin vähäistä ja heidät säännönmukaisesti mukaan ottavia organisaatioita on Suomessa vähän. Läheisellä on oikeus saada myös

itselleen apua, koska riippuvuuskäyttäytymisen vaikutuspiirissä elässä läheinen kokee stressiä. Perhe on joutunut usein kokemaan salailua, valehtelua ja toistuvia pettymyksiä juovan perheenjäsenen petettyä lupaukset. Perheenjäsenet saattavat tuntea epäonnistumisen, syyllisyyden ja häpeän tunteita ja tähän niin sanottuun umpikujavuorovaikutukseen perheterapia voi tuoda uuden väylän eteenpäin pääsystä. Alkoholin suurkäyttäjien läheiset voivat hakeutua perhekeskeiseen hoitoon myös ilman läheistään, joka saattaa vasta myöhemmin lähteä mukaan hoitoprosessiin. (Itäpuisto 2010, 13-14; Mäkelä 2010, Hannula 2009; Järvinen 2009, 6.)

Tukea antava vuorovaikutus, niin sanottu tavallinen hoitosuhde on yleisimmin käytetty psykososiaalisen hoidon muoto. Sillä tarkoitetaan hoitavaa ja tukea antavaa vuorovaikutusta, jossa voi olla aineksia erilaisista terapeuttisista menetelmistä. Se on myös yleinen tutkimusten vertailuhoito. (THL 2016.)

Näiden edellä mainittujen lisäksi päihdehoidossa käytetään muiden kuntoutusmuotojen rinnalla myös luovia ja ilmaisevia menetelmiä. Luovia menetelmiä ovat esimerkiksi kuvallinen ilmaisu (piirustus, maalaus ja muovailu), valokuvaus ja videointi, musiikki (aktiivinen kuuntelu, laulaminen ja soittaminen), kirjallisuus (tarinoiden, satujen, runojen, elämänkertojen, kokemuksien kirjoittaminen ja lukeminen), tanssi ja liikunta sekä draamalliset menetelmät (rooliharjoitukset, dramatisointi ja leikilliset tehtävät). Menetelmien tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään sanoja ja muotoja ajatuksilleen, tunteilleen ja mielikuvilleen. Tarkoituksena on vuorovaikutuksen helpottaminen ja käytettävien menetelmien avulla yhdessä asiakkaan kanssa hänen päihdekäytön, päihdehistorian, elämänhistorian ja -tilanteen sekä erilaisten riskitilanteiden tarkempi tutkiminen. Samalla voidaan kartoittaa asiakkaan omaan elämään ja tulevaisuuteen liittyviä tavoitteita sekä käsityksiä itsestä ja muista. Tarkastelun kohteena on myös asiakkaan omat voimavarat, kiinnostuksen kohteet sekä hallinnan ja selviytymisen keinot. Luovia ja ilmaisevia menetelmiä käyttävät niiden käyttöön koulutuksen saaneet työntekijät. Varsinaista kuvataideterapiaa, musiikkiterapiaa ja toimintaterapiaa voivat toteuttaa ainoastaan ammattitutkinnon suorittaneet henkilöt. (Salo-Chydenius 2010.)

Psykososiaalisten hoitojen lisäksi lääkkeitä on käytetty Suomessa alkoholiriippuvuuden hoidossa yli 60 vuoden ajan. Niiden tehokkuutta mittaavat satunnaistetut tutkimukset ovat lisääntyneet 1960-luvulta lähtien. Tieteellinen näyttö farmakologisten

hoitomuotojen tehosta on saatu tutkimuksista, joissa lääkehoito on liitetty psykososiaaliseen hoitoon. Alkoholiriippuvuuden lääkehoitoon suhtaudutaan kuitenkin ajoittain kriittisesti, osittain johtuen sekakäytön lisääntymisestä. (Salaspuro 2003, 2503; Poikolainen 2007, 1008; Alho & Hyytiä 2009, 912.)

Asiakkaan tavoitellessa täysraittiutta tai määräaikaista alkoholin käytöstä pidättäytymistä lääkkeelliseksi tueksi tarjotaan disulfiraamia, kauppanimeltään Antabusta. Yhdessä alkoholin kanssa käytettynä disulfiraami lisää elimistön asetaldehydipitoisuutta aiheuttaen pahoinvointia, ihon punoitusta, huimausta, sydämen tiheälyöntisyyttä ja päänsärkyä. Disulfiraamin käytön aloituksessa suositellaan Antabussopimuksen tekemistä, jossa määritellään hoidon kesto, annostus ja lääkkeenoton valvonta. Valvojana toimii asiakkaan valtuuttama henkilö. (Castren ym. 2015, 1500.) Päihdepalvelusäätiöllä suositetaan ensisijaisesti valvottua Antabushoitoa, jolloin asiakas käy kaksi kertaa viikossa hoitajan vastaanotolla hakemassa lääkkeen saaden samalla supportiivista eli tukea antavaa hoitoa.

Alkoholin käytön vähentäminen hoidon tavoitteena on herättänyt keskustelua sekä tutkijoiden että hoitavan tahon keskuudessa, mutta se on saanut viime aikoina yhä enemmän kannatusta. Vähentämistavoitteen hyväksymistä puoltaa huomiot siitä, että alkoholin käytön vähentäminen vähentää asiakkaalle koituvia haittoja ja saadesaan itse päättää hoitonsa tavoitteen myös sitoutuminen hoitoon paranee. Alkoholin käytön vähentämisessä voidaan tukihoidona käyttää opioidireseptorin salpaajaa. Tutkimustulokset osoittavat niiden vähentävän merkittävästi juomishimoa ja retkahduk- sia. Opioidireseptorin salpaajat naltreksoni ja nalmefeeni salpaavat alkoholin aiheut- tamaa mielihyvän kokemusta. Näiden lääkkeiden vaikutuksesta juominen ei enää ole asiakkaalle palkitsevaa, koska alkoholin nauttimisen jälkeen niin sanotun nousuhu- malan miellyttävä tunne jää puuttumaan. (Castren ym. 2015, 1501; Salaspuro 2003, 2504.)

### 3.2 Hoitotyöntekijöiden rooli alkoholin suurkäyttäjän hoitotyössä

Viime vuosikymmenten aikana psykoterapian ja päihdehoidon vaikuttavuustutkimuk- sissa on noussut esiin uusia näkökulmia, esimerkiksi terapeutin rooli hoidon vaikutta-

vuuden kannalta. Terapeutilla on todettu olevan merkittävä rooli asiakkaan päihdehoitoon sitoutumisen ja hoidon tuloksellisuuden suhteen. Terapeuttivaikutuksen on todettu olevan merkittävämpi hoidon tuloksellisuuteen vaikuttava tekijä kuin edellisessä luvussa kuvatut hoitomenetelmät. (Kuusisto & Saarnio 2012, 38, 51.)

Kuusisto ja kumppanit (2012, 290) ovat päihdehoidon toimivuutta tutkiessaan selvittelleet asiakkaan ja työntekijän välistä yhteistyösuhdetta, terapeuttivaikutusta ja asiakkaan odotuksia. Allianssin eli yhteistyösuhteen on todettu olevan yksi tärkeimmistä hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja tutkimuksissa sen on todettu selittävän kahdeksan (8) prosenttia psykoterapian tuloksellisuuden vaihteluista. Asiakkaan hyväksi ja sujuvaksi kokema yhteistyösuhde ennustaa hänen pysymistään hoidossa ja se mahdollistaa paremman hoitotuloksen. Asiakkaan hoitoon kiinnittämisen kannalta keskeisiksi asioiksi on huomattu varhaisen allianssin muodostuminen ja asiakkaan tarpeisiin vastaaminen. (Kuusisto ym. 2012, 290.)

Terapeuttivaikutus muodostuu terapeutin hoitotilanteeseen tuomista subjektiivisista ja objektiivisista ominaisuuksista. Näistä subjektiivisia ominaisuuksia ovat terapeutin ammatillinen tausta ja terapeutin tyyli sekä hänen käyttämänsä interventiot. Objektiivisiä ominaisuuksia ovat muun muassa terapeutin ikä, sukupuoli ja etninen tausta. Onnistuneen hoitosuhteen taustalla on havaittu usein olevan terapeuttiseen tyyliin liittyviä vuorovaikutuksellisia taitoja, kuten empaattisuus ja kyky muodostaa terapeutin allianssi, konkreettisuus, aitous ja asiakkaan arvostaminen. (Kuusisto ym. 2012, 291.)

Asiakkaan hoitoon ja terapeuttiin kohdistamia odotuksia on tutkittu päihdetutkimuksen piirissä vain vähän. Asiakkaan odotukset kohdistuvat terapeutin kykyyn auttaa häntä muutoksen toteuttamisessa. Mitä vaikeammasta alkoholin suurkäytöstä on kyse, sitä suurempi on asiakkaan terapeuttia kohtaan asettama odotus. (Kuusisto ym. 2012, 292.)

Asiakkaan pystyvyysodotusten eli uskomusten omaan kykeneväisyyteensä muutoksen toteuttamisessa on havaittu olevan merkityksellinen tekijä hoidon tuloksellisuuden selittäjänä. Mitä korkeampi pystyvyysodotus asiakkaalla on, sitä paremmaksi hoitotulokset muodostuvat. Näissä tilanteissa on havaittu ainakin osan asiakkaalle tulevasta tuesta tulevan hoidon ulkopuolelta. Toimivilla sosiaalisilla



suhteilla on siis merkitystä alkoholin suurkäytöstä toipuessa. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu niiden asiakkaiden hyötyvän kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, joiden pystyvyyssodotukset ovat hoidon alkaessa matalat. Korkeammilla pystyvyyssodotuksilla hoitoontulovaiheessa olevat näyttivät hyötyvän motivoivasta haastattelusta. (Kuusisto ym. 2012, 292.)

Terapeutin konfrontoivuus, liiallinen tulkintojen tekeminen ja keskusteluaiheiden esiin nostaminen saivat asiakkaan juomaan jopa enemmän ja useammin kuin ennen hoitoa. Terapeutin matala empaattisuus ja direktiivisyys yhdessä asiakkaan matalan muutosvalmiuden kanssa johtavat varhaiseen hoidon päättämiseen. Terapeuttisen tyylin on todettu myös muissa tutkimuksissa olevan yksi varsin keskeinen elementti hoitotulosten suhteen. Hoidon keskeyttämisen riski suurenee silloin, kun terapeutti ei asiakkaan mielestä ole sitoutunut hoidon toteutukseen tai ei vaikuta ymmärtäväiseltä. Keskeyttämistä vähentää se, jos terapeutti arvioi asiakkaan sisukkaaksi ja asettaa hoidolle toiveikkaan ennusteen. (Artkoski ym. 2012, 49-51.)

Alkoholin suurkäyttäjien hoidosta vastaa Suomessa useat eri tahot ja organisaatiot. Aiemmin hoito painottui sosiaalityön saralle, koska alkoholiongelmaa pidettiin lähinnä sosiaalisena ongelmana. Nykyään hoito toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä, joissa työskentelee sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, ohjaajia ja lääkäreitä. Mielikuvat riippuvuuksien hoidosta voivat vaihdella koulutuksen ja kokemuksen mukaan, joten ammattiryhmien välillä saattaa olla näkemuseroja liittyen hyvän hoidon toteuttamiseen. Yhteistyötä voi olla mutkistamassa se, että vuosikymmenten tutkimuksista huolimatta yhtenäistä teoriaa riippuvuuksista ei ole pystytty muodostamaan. Hoitoalan ammattilaiset joutuvat luomaan käsityksensä riippuvuuksista ja niiden hoidosta eri tahoilta tulevien näkemysten ja hoitoidelogien ja erilaisten koulutustensa ristipaineessa. Näkemuserot ja piilevät ristiriidat hoitokentällä saattavat vaikuttaa asiakkaan saamaan hoidon laatuun. Addiktioiden eli riippuvuuksien hyvää hoitoa on tutkinut Suomessa ainakin Pennonen & Koski-Jännes 2010, Kuusisto & Saarnio 2012 sekä Artkoski & Saarnio 2013.

Pennosen & Koski-Jänneksen (2010) tutkimuksessa päihdetyöntekijöiden keskuudessa havaittiin koulutuskohtaisia eroja alkoholin suurkäyttöön suhtautumisessa. Valtaosa lääkäreistä piti riippuvuuksia aivosairauksina. Terveysalan koulutuksen saaneet pitivät päihderiippuvuuksia muita ammattiryhmiä useammin

persoonallisuushäiriöinä pitäen asiakasta ensisijaisesti vastuullisena sekä riippuvuusongelmansa syntymisessä että sen ratkaisemisessa. Sosiaalialan edustajat taas hahmoittivat ongelman pikemminkin yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamiksi elämäntavoiksi. Nämä havainnot antavat aiheen olettaa, että ammattiryhmäeroja esiintyy myös suhteessa siihen, mitä pidetään toimivana hoitona. (Pennonen 2014, 318-319.)

Huolta hoidon toteuttamisen suhteen tulevaisuudessa nousee myös Mieli 2009 -ohjelman myötä. Sosiaalityön näkökulmasta ollaan huolissaan päihdetyön kutistumisesta päihdesairauksien hoidoksi. Terveystieteiden ja psykiatrisen viitekehyksen vahvistuminen päihdetyössä on muuttanut päihdetyön kulttuuria "hoitamiseksi" ja se on saanut sosiaaliväen pohtimaan kahden eri viitekehystä tulevan ja toimintatavoiltaan erilaisen palvelujärjestelmän toisiinsa yhdistämisen olevan haasteellista. Huolta on koettu myös siitä, miten päihdetyön erityisosaaminen ja moniammatillinen työote säilyvät muutoksessa ja mitä medikalisoitumisen vahvistuminen merkitsee alkoholin suurkäytön määrittämisen ja ymmärtämisen kannalta. Päihdepsykiatrian fokuksen vahvistumisen myötä sosiaalityön oheneminen alkoholin suurkäyttäjienkin hoidossa saattaa kaventua. Sosiaalityön viitekehyksessä keskiössä on alkoholin suurkäyttäjän tukeminen oman elämän hallintaan ja alkoholista vapaaseen elämään toimivana subjektina eikä niinkään sairaana, lääkkeillä hoidettavana potilaana. (Hakala, Orjasniemi & Virtanen 2011, 12-14.)

### 3.3 Alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuutta kuvaavat mittarit

Tiedonhaun avulla löytyi kaksi suomalaista alkoholin suurkäyttäjän avohoidon tuloksellisuutta kuvaavaa mittaria. A-klinikkasäätöillä on kehitetty päihdeasiakkaan tilannearvio -lomake, joka on tarkoitettu päihdepalveluihin hakeutuneen asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen ja seurantaan. Tilannearvio on mittari, joka kertoo asiakkaan päihdekäytöstä, riippuvuuksista, hyvinvoinnista ja voimavaroista sekä hoidon tavoitteista. Arvion toistaminen tuottaa tietoa muutoksesta.

Tilannearvio sisältää 38 kysymystä. Päihteiden käyttöä ja toiminallisia riippuvuuksia käsitellään 14 kysymyksessä ja niitä arvioidaan asteikolla 1-4 (1=voimakas riippuvuus,

eismerkiksi päivittäinen käyttö; 4= ei ongelmaa). Samaa arviointiasteikkoa käytetään myös kahdessa sosiaalisia haittoja koskevassa kysymyksessä. Muita kysymyksiä arvioidaan asteikolla 1-5 (1= huono tilanne, 5= hyvä tilanne). Viisi kysymystä koskee terveydentilaa, kuusi sosiaalista tilannetta, seitsemän voimavaroja ja neljä hoitoa. Lisäksi jokaisen kysymyksen kohdalla on mahdollista asettaa tavoite. Tavoitteissa on kolme tasovaihtoehtoa: tilanne pysyy ennallaan/ei pahene, tilanne paranee jonkin verran, tilanne paranee merkittävästi. Tilannearvion aihealueiden sisältö on tuotettu prosessiin osallistuneiden hiljaisen tiedon pohjalta, toisin sanoen aihealueiden valinnassa ei ole käytetty arviointikriteerinä tutkittua tietoa. (Pitkänen & Inkinen 2012, 19-20.)

Tilannearvio on kokonaisuudessaan hyvä ja kattava mittari, mutta se on saanut käyttäjiltään kritiikkiä kyselyn laajuudesta ja aikaa vievyydestä sekä soveltumattomuudesta lyhytkestosiin palveluihin. Tästä syystä se ei ole käyttökelpoinen Päihdepalvelustäätiön avohoidon tuloksellisuuden arvioimiseen. Tilannearvio oli aiemmin liitettyä osaksi A-klinikkasäätiön hoitorekisteriä, jonne asiakastiedotkin kerättiin. Huhtikuussa 2018 päivitetyn tiedon mukaan ei tilannearviota ole enää otettu mukaan A-klinikkasäätiöllä käytössä olevaan uuteen Mediatri- potilastietojärjestelmään (Inkinen 2018).

Toinen A-klinikkasäätiöllä käytössä oleva ja valtakunnalliseen käyttöönkin tarkoitettu mittari on kehitetty yhteistyössä Eurooppalaisen Paradise-hankkeen kanssa, jossa koottiin tietoa yhdeksään eri aivotoiminnan häiriöön liittyvistä psykososiaalisista vaikeuksista. Päihderiippuvuus oli yksi mukaan otetuista aivosairauksista. Sen mukanaoloa hankkeessa perusteltiin sillä, että päihderiippuvuudet ovat yleisiä aivosairauksia aiheuttaen paljon kuormitusta hoitojärjestelmälle ja kustannuksia yhteiskunnalle. WHO:n mukaan alkoholin käyttö muodostaa toiseksi suurimman yksittäisen terveysriskin Euroopassa. (Pitkänen, Tourunen, Kaskela, Levola & Holopainen 2014, 5.)

Paradise-hankkeelle tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena Pitkänen ym. (2014, 20) totesivat päihdeogelman yleisimpien psykososiaalisten vaikeuksien liittyvän ihmissuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen, työhön, vihamielisten tunteiden hallintaan ja oikeudellisiin kysymyksiin. Alkoholin suurkäytön todettiin myös vaikuttavan yksilön itsensä lisäksi hänen perheeseensä ja sosiaaliseen verkostoon.

Alkoholin suurkäytön asianmukaisen hoidon todettiin merkittävästi lieventävän alkoholin käytön tuottamia vaikeuksia. (Pitkänen ym. 2014, 21.)

Paradise24fin -lomakkeen kysymykset kuvaavat ihmisen kokemia ongelmia ja vaikeuksia viimeisen 30 päivän ajalta. (Pitkänen ym. 2014, 21). Mielestäni oli kiinnostavaa havaita, että laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa oli päädytty käyttämään ”psykososiaaliset vaikeudet” käsitettä kuvaamaan lähes samoja osalualueita kuin mitä sisältyy toimintakyky- tai elämänlaatu-käsitteeseen. Mittarin kysymykset alkavat sanoilla: ”minkä verran vaikeuksia sinulla on...” tai ”kuinka suuria ongelmia sinulla on...” Paradise-lomaketta onkin kritisoitu sen keskittymisestä vaikeuksiin ja ongelmiin (Pitkänen 2016).

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys**

Opinnäytetyön tavoitteena oli mittarin kehittäminen avopäihdehoidon tuloksellisuuden arvioimiseksi. Tarkoituksena oli saada toimeksiantajan käyttöön työväline, jonka avulla kerätään tietoa avopäihdehoidossa toteutettavan professionaalisen eli ammatillaisen hoidon tuloksellisuudesta alkoholin suurkäyttäjillä. Työn teoreettisena viitekehiksenä käytettiin tutkittua tietoa alkoholin suurkäytöstä ja sen vaikutuksesta elämänlaatuun, päihdepalvelujärjestelmästä, alkoholin suurkäyttäjän näyttöön perustuvasta hoidosta sekä avopäihdehoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi teoriatietoa haettiin mittarin kehittämisestä ja arvioinnista. Opinnäytetyö toteutettiin tutkivan kehittämistyön menetelmin.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten alkoholin suurkäyttö määritellään?
2. Millaista avohoitoa Suomessa on tarjolla alkoholin suurkäyttäjille?

## **5 Kehittämistyön prosessi**

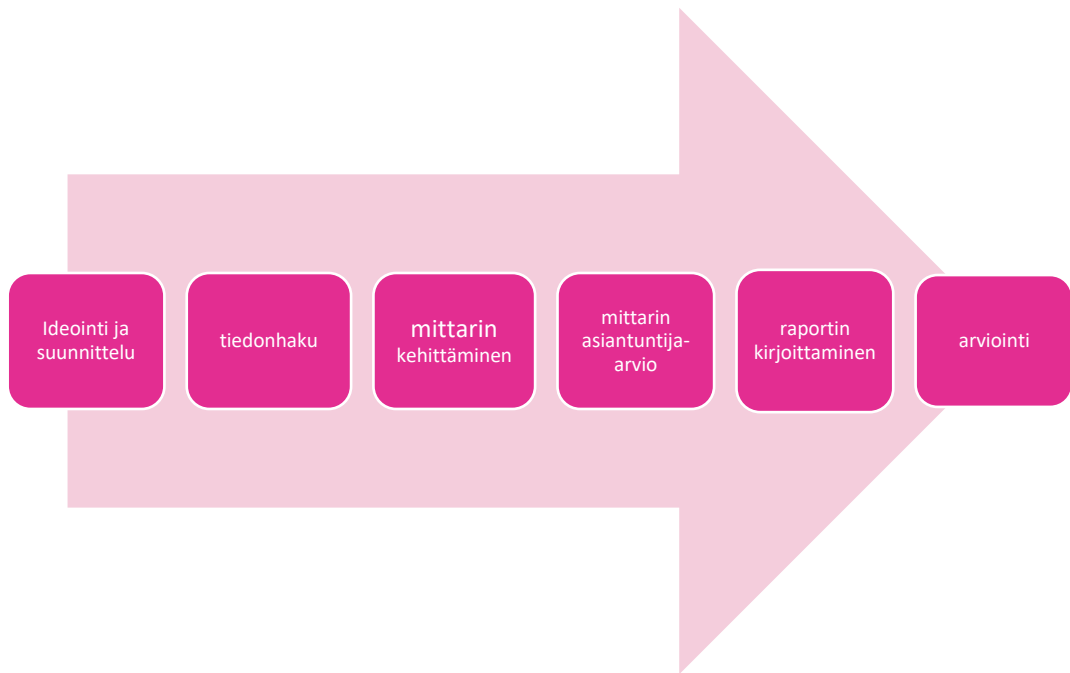
Kehittämistyö käynnistyi ideoinnilla ja suunnittelulla, jonka jälkeen seurasi tiedonhaku vaihe. Kehittämishankkeissa tiedon kerääminen on tavoitteen saavuttamisen välttämätön ehto (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 109). Metodikirjallisuuden suosituksen mukaan kehittämistyön aiheen rajauksen

suunnittelussa käytettiin tiedonhaun avulla saatuja aihealueen aiempia tutkimuksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 76). Näiden perusteella päädyttiin rajauksessa siihen, että kehitettävä mittari keskittyy käsittelemään alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuutta. Alustava tiedonhaku vahvisti vielä kehittämistyöhön valittavan aineiston mukaanotto- ja hylkäämiskriteerit, joista tarkemmin luvussa 5.2.

Tiedonhaun jälkeen seurasi sisäänottokriteerit täyttäneeseen aineistoon tutustuminen, jonka pohjalta laadittiin kehittämistyön tuotoksena syntynyt mittari. Mittarin kehittämisen jälkeen mittari kävi lävitse asiantuntija-arvion. Mittarin kehittämisen prosessi on kuvattu omassa luvussaan, luvussa 6. Kehittämistyöhön kuuluu myös raportin kirjoittaminen ja kirjallisen tuotoksen arviointi. Tämän kehittämishankkeen kirjallinen tuotos arvioitiin ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimusten näkökulmasta.

Kehittämistyö täyttää tutkimuksellisen kehittämisen kriteerit. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin systemaattisesti tuotettua tietopohjaa käytännön ongelmien ratkaisuun. Uudella tutkimustiedolla on keskeinen merkitys, mutta yhtä tärkeäksi kohoaa työntekijöiden vuosien työkokemuksen myötä hankittu hiljainen tieto. Kehittämistyössä tutkimuksellisuus on tärkeää sen vuoksi, että kehittämistyöhön vaikuttavat tekijät tulee otettua kattavammin huomioon ja sen myötä tulokset ovat paremmin perusteltavissa. (Suvanto 2014, 13; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.)

Heikkilä ym. (2008, 38) toteavat tutkivan kehittämisen olevan vaikeaa terveydenhuollossa ilman kehittämisalueen ja sen kontekstin tuntemusta. Nykyään on korostunut myös kokemusasiantuntijuuden mukaan ottaminen kehittämishankkeisiin. Nämä kaikki elementit otettiin huomioon tämän kehittämistyön toteutuksessa ja alla olevassa kuviossa (kuvio 1) on kuvattu kehittämistyön prosessi. Mittarin kehittäminen, kysymysten muodostaminen, mittarin sisällön arviointi ja esitestausta on kuvattu luvussa 6.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessi

## 5.1 Ideointi ja suunnittelu

Ideoinnin ja suunnittelun pohjalla oli tarve hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioivan mittarin saamiseen Päihdepalvelusäitiön avopäihdehoidon tulosten osoittamiseksi. Asiasta olivat kiinnostuneita toimeksiantajan lisäksi myös avopäihdehoidossa hoitosuhdetyötä tekevät sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät. Mittarin laatimisella ja sitä kautta saatavalla hoidon vaikuttavuustiedolla on merkitystä myös toiminnan rahoittajalle.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimiva Päihdepalvelusäitiö on tuottanut päihdehoitopalveluja Kuopion kaupungille ja lähiympäristölle vuodesta 2006 lähtien. Päihdepalvelusäitiö tuottaa avopäihdepalveluiden lisäksi myös vieroitus- ja kuntouttavaa hoitoa sekä terveysneuvontapalveluja suonensisäisten huumeiden käyttäjille. Väestöpohja Kuopiossa on noin 118 000 asukasta ja tämän lisäksi Päihdepalvelusäitiö myy palvelujaan myös ulkokuntalaisille (Kuopion kaupunki).

Ideointi- ja suunnitteluvaiheeseen kuuluvassa tutkimussuunnitelmassa määriteltiin tutkimuskysymykset ja suoritettiin alustavaa tiedonhakua valiten mukaan tutkimuskysymyksiin vastaavat julkaisut ja artikkelit. Suurin osa mukaan valituista artikkeleista olivat vertaisarvioituja ja ne oli julkaistu alansa tieteellisissä julkaisuissa.

## 5.2 Tiedonhaku

Tiedonhaakuun liittyvä koehaku suoritettiin syksyllä 2017 Medic, Cinahl ja Elektra - tietokannoista ja hakusanoja muokattiin KYS:n tieteellisen kirjaston tietoasiantuntijan avustuksella. Hakusanojen muokkaamisen jälkeen tiedonhaku suoritettiin maaliskuussa 2018 Medic- ja PubMed -tietokannoista. Haussa käytettiin vapaasanahaun lisäksi seuraavia MeSH-termejä (Medical Subject Headings): Alcohol Drinking, Alcoholism, treatment outcome, Rehabilitation Nursing, Outpatients, Ambulatory Care, Outpatient Clinics sekä Quality Indicators. Hakutermejä tarkennettiin myös YSA:n eli yleisen suomalaisen asiansanaston avulla. Näitä termejä olivat: alkoholiongelmat, alkoholinkäyttö, hoitotulokset, päihdehuolto, avohoito, päihdekuntoutus. Medicista haettaessa alkoholi-terminiin yhdistettiin AND-operaattorilla hoidon tuloksellisuutta kuvaavat sanat sekä avohoitoa kuvaavat sanat. PubMed-haussa toimittiin samalla tavalla AND-operaattorin kanssa ja lisäksi rinnakkaiset hakusanat yhdistettiin OR-operaattorilla. Tietokantahaun lisäksi tehtiin manuaalinen haku A-klinikkasäätiön Tutkimuspuu-julkaisutietokannasta ja tietoa haettiin myös google scholarin avulla. Manuaalisessa tiedonhaussa hyödynnettiin myös opinnäytetyöntekijän hallussa olevaa painettua kirjallisuutta ja tieteellisiä julkaisuja.

Hakukriteereinä aineiston keräämisessä käytettiin aikarajausta vuosilta 2000-2019. Haettavien alkuperäistutkimusten tai niistä laadittujen artikkeleiden julkaisukieli rajattiin PubMed-tietokannassa englannin kieleksi. PubMedissa rajauksena käytettiin review-artikkeleiden hakemisen lisäksi ihmistutkimusta (humans).

Tiedonhaussa hakusanojen avulla löydettiin Medic-tietokannasta 220 viitettä ja PubMed-tietokannasta 231 viitettä. Medicistä valittiin otsikon perusteella 44 viitettä, joista tiivistelmän lukemisen jälkeen lopulliseen työhön valikoitui 13 sisäänottokriteerit täyttävää viitettä. PubMed-tietokannasta valittiin otsikon perusteella 15 viitettä ja tiivistelmän lukemisen jälkeen valittiin viisi (5) sisäänottokriteerit täyttävää viitettä. Manuaalinen haku tuotti 51 sisäänottokriteerit täyttävää lähdettä. Mukaan valittujen lähteiden edellytettiin käsittelevän alkoholin ongelmallista käyttöä, alkoholiriippuvuutta tai alkoholismia, avopäihdehoitoa ja sen

vaikutusta tai tuloksellisuutta toipumisessa ja kohteena tuli olla yli 18-vuotiaat aikuiset. Mukaan hyväksyttiin suomen tai englannin kieliset julkaisut vuosilta 2000-2019. Mukaan valittu aineisto koostui 69 julkaisusta (N=69). Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on lueteltu tarkemmin tiedonhakua kuvaavassa taulukossa 3.

Manuaalisen haun kautta valitut artikkelit täydensivät tietokantahaun kautta saatuja viitteitä. Artikkelit vastasivat tutkimuskysymyksiin ja manuaalisen haun kautta valittujen joukossa oli aihealueeseen liittyviä, hoitotuloksia mittaavia kyselylomakkeita. Mukaan valittiin yksi aikarajauksen ulkopuolinen artikkeli vuodelta 1999, koska siinä oli mittarin luotettavuuden kannalta oleellista tietoa.

Suomessa päihdehoidon tuloksellisuutta on eniten tutkinut itsekin päihdehoitoa useilla paikkakunnilla tarjoava A-klinikkasäätiö, jonka julkaisuja valikoitui tämän opinnäytetyön lähteeksi osittain myös manuaalisen haun kautta.

Asiasanahakujen kriteereistä huolimatta haut tuottivat paljon aihetta vain joiltakin osin sivuavia tutkimuksia. Useimmiten näissä poissulkukriteerit täyttävissä tutkimuksissa käsiteltiin huumeongelmia, nuorten tai ikääntyneiden päihdekäyttöä tai eri sairauskohtaisia tutkimuksia, joihin liittyi alkoholin käyttöä. On kuitenkin mahdollista, että haun ulkopuolelle on jäänyt joitakin kriteerit täyttäviä tutkimuksia.

### Taulukko 3. Tiedonhakuprosessi

#### Tietokannat

Medic, PubMed



#### Hakusanat

alkoholi\* alkoholiongelmat alkoholinkäyttö alcohol AND "hoidon tuloksellisuus" hoitotulokset hoitotulos hoitosuhde kuntoutu\* terapia treatment therapy AND avopäihdehoito avohoito hoito päihdehuolto Quality Indicators Health Care [MeSH] OR instrument\* OR quality of life AND outpatient OR outpatients OR "outpatient care" OR "outpatient clinic" OR ambulatory care AND treatment OR treatment outcome OR therapy OR therapies OR rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR "therapeutic relationship" OR therapeutic relationship AND alcohol OR "alcohol abuse" OR "alcohol consumption" OR Alcohol Drinking OR Alcoholism





Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- tutkimuksen kohteena oli alkoholin ongelmallinen käyttö, alkoholiriippuvuus tai alkoholismi</li> <li>- tutkittiin avopäihdehoitoa ja sen vaikutusta tai tuloksellisuutta toipumisessa</li> <li>- tutkimuksen kohteena oli aikuiset, yli 18 vuotiaat</li> <li>- tutkimuksen tai artikkelin julkaisuvuosi oli 2000-2019</li> <li>- julkaisukieli oli suomi tai englanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tutkimus tai artikkeli käsitteli muita riippuvuusongelmia kuin alkoholiongelmaa</li> <li>- tutkimus tai artikkeli käsitteli pelkästään alkoholiongelmaisen laitospuolesta hoitoa</li> <li>- tutkimus tai artikkeli käsitteli pelkästään nuorten tai ikäihmisten alkoholin käyttöä</li> <li>- tutkimus tai artikkeli keskittyi jonkun tietyn somaattisen sairauden ja alkoholin yhteisvaikutukseen</li> <li>- julkaisuvuosi oli joku muu kuin 2000-2019</li> <li>- poissuljettuja viitteitä 392</li> </ul>



Hakutulos Medic	Hakutulos PubMed
<ul style="list-style-type: none"> <li>- löytyi 220 viitettä</li> <li>- otsikon perusteella valittiin 44 viitettä</li> <li>- tiivistelmän lukemisen jälkeen mukaan valittiin 13 viitettä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- löytyi 231 viitettä</li> <li>- otsikon perusteella valittiin 15 viitettä</li> <li>- tiivistelmän lukemisen jälkeen mukaan valittiin viisi (5) viitettä</li> </ul>



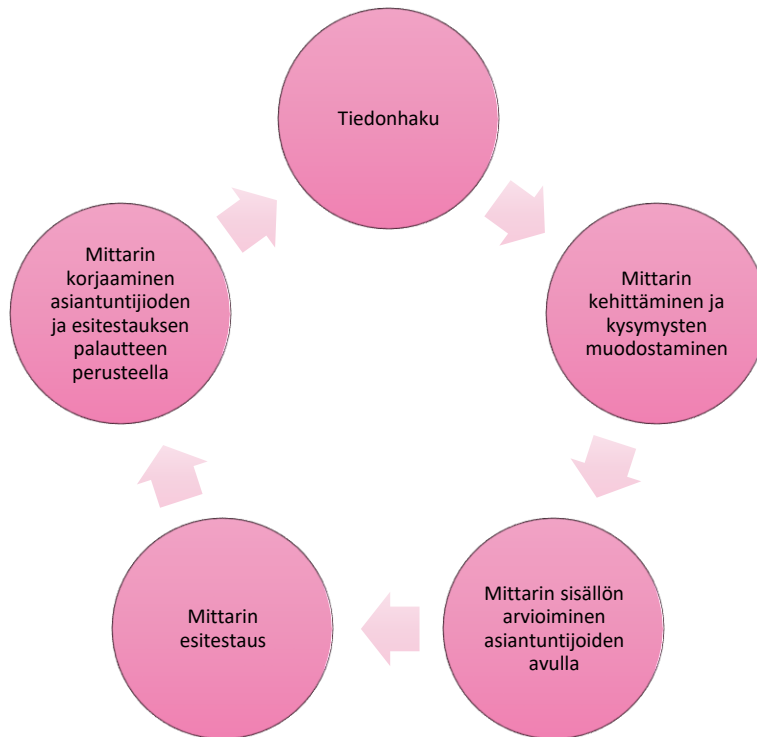
Manuaalinen haku
<ul style="list-style-type: none"> <li>- valittiin n=51 viitettä</li> </ul>



N=69
------

## 6 Mittarin kehittäminen

Keskeisimmät mittarin kehittämiskädet olivat aiheeseen liittyvän tietoperustan laadittaminen tiedonhaun avulla ja sen perusteella mittariston sisällön kokoaminen ja kysymysten muodostaminen, sisällön arviointi asiantuntijoiden avulla ja mittarin ymmärrettävyyden, vastausvaihtoehtojen sopivuuden sekä vastausajan arviointi esitestauksella sekä mittarin korjaaminen asiantuntijoilta ja esitestauksesta saadun palautteen perusteella. Mittarin kehittämisen prosessi on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Mittarin kehittämisen prosessi

Mittarin kehittäminen vaati huolellista suunnittelemista ja testaamista. Tiedonhaun avulla luotiin perusta mitattaville osa-alueille. Mittarin tiedonhaku on kuvattu edellä olevassa luvussa 5.2.

Mittarin kehittämisessä pidettiin tärkeänä mittarin kohtuullista pituutta ja ulkoasun selkeyttä. Näiden on todettu olevan merkityksellisiä asioita sekä vastaajalle että myöhemmin myös tietojen tallentajalle. Aiemmista tutkimuksista kävi ilmi, että usein yli-pitkä kysely karkottaa vastaamishalun sekä asiakkaalta että mittaria käyttävältä työntekijältä. Selkeyden vuoksi mittarin kysymykset erotettiin toisistaan laatikoimalla. (KvantiMOTV 2010.)

Mittarin kysymykset laadittiin yksinkertaisiksi ja helppotajuisiksi, että vastaajat voisivat ymmärtää kysymykset mahdollisimman samalla tavalla ja vastata niihin yhteismittallisilla arviointiperusteilla. Nykyään sinutteleva kieli on yleistynyt mittarien kysymyksissä (KvantiMOTV 2010) ja Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyöntekijöiden käyttöön kehitetyn mittarin kohdalla mittaria käyttävällä työntekijällä on tuttuusuhde vastajan kanssa, joten sinuttelun käyttö mittarin kysymyksissä oli perusteltua.

Mittarin kysymykset pyrittiin laatimaan loogiseen järjestykseen ja samaan asiaan liittyvät kysymykset sijoitettiin peräkkäin. Vastausohjeita käytettiin yksittäisten kysymysten alussa. Vastauskaalojen valinnassa suosittiin aiemmista tutkimuksista ja kyselyistä tuttuja tiedeyhteisön omaksumia vastauskaaloja, koska niiden arveltiin olevan vastaajillekin tuttuja ja niiden reliabiliteettia ja validiteettia on tutkittu jo aiemmin. (KvantiMOTV 2010.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta ja käytövarmuutta ja validiteetilla sen pätevyyttä eli kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituksin mitata (Aalto ym. 1999, 7).

Mittarissa käytettiin yhtenä vastausvaihtoehtona ”en tyytyväinen enkä tyytymätön” -vaihtoehtoa asettamalla tämä keskelle vaihtoehtovalikkoa. Usein näitä vaihtoehtoja suositellaan käyttämään skaalan lopussa, koska se silloin kerää vähemmän vastauksia kuin keskelle asetettuna (KvantiMOTV 2010). Kysymysten asettamiseen vastauskaalan keskelle päädyttiin, koska mittarissa käytettiin elämänlaatua kartoittavissa kysymyksissä Euro-His-8 -elämänlaatumittaria, jossa tuo paikka oli valikoitunut näiden vaihtoehtojen paikaksi. Toteutetussa asiantuntijaa-arviossa ja esitestauksessa tätä paikkaa ei pidetty vaihtoehtoa liikaa suosivana.

Mittarin sisällön ja luotettavuuden arvioinnissa käytettiin asiantuntijoiden apua. Asiantuntijoina toimivat Päihdepalvelusäätiön avopäihdehoitotyötä tekevät ohjaajat, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät. Asiantuntija-arvioinnista kerrotaan lisää luvussa 6.2.

Mittarin tarkoituksena on kuvata Päihdepalvelusäätiön hoitosuhteessa olleen asiakkaan alkoholin käyttötilannetta ja kokemusta elämänlaadustaan hoitoon tulo vaiheessa sekä näissä tapahtunutta muutosta hoitosuhteen päättyessä ja puoli vuotta hoitosuhteen päättymisen jälkeen. Muutostilanteen kuvaamiseen kehitettävässä mittarissa on olennaista huomioida samojen asioiden kysyminen kuin lähtötilanteessa eli käytössä on samat tiedonlähteet sekä samanlainen tiedon yhteen integrointi. Mittarin käyttäjän ja toimeksiantajan tehtäväksi jää sen päättäminen, miten muutostilanteen kuvaamisesta siirrytään tulosten ja vaikutusten esille tuomiseen. (Malinen & Hankosalo 2018.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämästä Toimia-tietokannasta löytyi viisi elämänlaatua arvioivaa mittaria sekä yksi mittari psykoterapian vasteen arviointiin. Mittareista elämänlaatua mittaavan 15D -mittarin käyttö on maksullista

terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden arviointitarkoituksessa. Tämä mittari on käytössä Kuopion psykiatrian keskuksen avohoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Elämänlaatumittareihin tutustumisen jälkeen päädyttiin käyttämään suomenkielistä Euro-HIS-8 mittaria, jonka soveltuvuus arvioitiin kysymysten määrän ja sisällön kattavuuden osalta käyttökelpoisimmaksi. Euro-HIS-8 mittarin suomenkielisen version käyttö on vapaata, mutta sen englanninkielisen version kaikki oikeudet on Maailman Terveysjärjestöllä. (Toimia-tietokanta.)

Kehitettävä mittari rajattiin koskemaan Päihdepalvelusäätiön avopäihdehoidossa asiakkaana olevia, täysi-ikäisiä alkoholin käyttäjiä. Seurannan ulkopuolelle jäivät huumeiden käyttäjät ja päihteiden sekakäyttäjät sekä alaikäiset päihteiden käyttäjät. Perusteluna rajaukselle on opinnäytetyön tietoperustan laajenemisen lisäksi aiemmissä tutkimuksissa tehty havainto, joissa on todettu huume- ja sekakäyttäjien toipumisessa ja hoidossa olevan ainekohtaisia eroja ja tämän vuoksi myös käypä hoito -suositukset on laadittu erikseen alkoholi- ja huumeriippuvuuden hoitoon. (Kuusisto 2010, 80.) Alaikäisille päihteiden käyttäjille on olemassa oma ADSUME-mittarinsa ja alaikäisten päihdehäiriöiden hoito pitää sisällään aikuisten hoidosta poikkeavia erityispiirteitä (Pirskanen 2011).

## 6.1 Kysymysten muodostaminen

Alkoholin käyttömäärää ja -tiheyttä sekä elämälaatua mittaavat kysymykset loivat pohjan mittarille. Ensimmäisillä kysymyksillä mitattiin alkoholin käyttökertoja, kerralla juodun alkoholin määrää sekä viikkokulutusta ja lisäksi kysyttiin alkoholin käyttökertojen eli juomaputkien määrää kuluneen kuuden kuukauden aikana. Ensimmäinen, juomisen useutta mittaava kysymys on AUDIT:sta ja seuraavat kysymykset ovat A-klinikkasäätiön tilannearviolomakkeesta. Tilannearviolomakkeesta otettujen kysymysten käyttöön saatiin lupa huhtikuussa 2018 A-klinikkasäätiöltä. (Inkinen 2018).

Elämänlaadun arvioimiseen liittyvät kysymykset koottiin WHOQOL-BREF -mittarin pohjalta laaditusta EuroHIS-8-elämänlaatumittarista, josta valittiin suoraan kaikki kahdeksan kysymystä. Perustana valinnalle on, että Euro-His-8 -elämänlaatumittarin kysymysten aihealueiden todettiin olevan niitä, joihin aiempien tutkimusten mukaan

runtas alkoholin käyttö näyttää vaikuttavan eniten. Näitä elämänalueita ovat elämänlaadun lisäksi esimerkiksi terveys, kyky selvitä arkipäivän elämästä, taloudellinen tilanne, itsetyytyväisyys, ihmissuhteet ja asumisolosuhteet. Asiakkaan kokemusta terveydentilastaan kysyttiin yhdellä tarkentavalla kysymyksellä, jossa kartoitettiin päihdeiden käyttöön liittyviä terveyshaittoja, kuten kohonnut verenpaine, ylipaino, uni-häiriöt tai kohonneet maksa-arvot. Tämä tarkennus mukaili tilannearviolomakkeessa olevaa kysymystä asiakkaan kokemista terveyshaitoista.

Mittariin laadittiin kysymykset myös työssäkäynnistä ja/tai opiskelusta. Muutosmotivaatiota ja -valmiutta kartoitettiin kolmella kysymyksellä, jotka liittyivät juomatapojen muutoksen tärkeyteen, asiakkaan kokemaan varmuuteen eli muutospystyvyyteen sekä asiakkaan valmiuteen juomatapojensa muuttamisessa.

Kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä. Ensimmäisessä selviteltiin asiakkaan kokemusta allianssista eli yhteistyösuhteesta, jota kysyttiin yhdellä tilannearviolomakkeesta muokatulla, hoitosuhteen toimivuutta mittavalla kysymyksellä. Toisessa avoimessa kysymyksessä haluttiin tietää, että mikäli asiakas on saavuttanut hoidolle asettamansa tavoitteen, niin mikä tai millaiset asiat saivat aikaan tavoitellun muutoksen.

## 6.2 Mittarin sisällön arviointi ja esitestausta asiantuntijoiden avulla

Mittarin sisällön ja luotettavuuden arvioinnissa käytettiin asiantuntijoiden apua. Asiantuntijoina toimivat päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyötä tekevät ohjaajat, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät. Asiantuntijoiden käyttöä mittarin sisäisen johdon mukaisuuden ja luotettavuuden arvioinnissa pidettiin tärkeänä, koska tutkijan oma arviointi on yleensä heikoin sisällön validiteetin muoto.

Asiantuntijoiden arvioinnin pohjalta mittariin tehtiin tarkennuksia alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja kartoittavaan kysymykseen, jossa yhtenä vaihtoehtona oli masennus. Kohtaan lisättiin vaihtoehtoiksi mielialan lasku ja paniikkihäiriö. Perusteluna lisäykselle oli se, että avopäihdehoitoon hakeutuneella asiakkaalla ei välttämättä ole diagnosoitua masennusta, mutta hän saattaa tunnistaa alkoholin käyttö jaksojen välissä mielialan laskua. Asiantuntijoiden kokemustiedon mukaan joillakin saattaa myös

esiintyä paniikkihäiriötuntemuksia, joiden laukaisevana tekijänä arvellaan olevan runsaan alkoholin käyttö. Mittarin selkeyden vuoksi asiantuntijat toivoivat kaikkien kysymysvaihtoehtojen asettamista rinnakkain olemisen sijaan allekkain. Lisäksi mittariin toivottiin elämänlaatu-sanana lyhyttä määritelmää. Määritelmänä käytettiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen mainintaa, jossa elämänlaadun todetaan tarkoittavan sitä, miten hyvin ihmisen asiat ovat hänelle tärkeillä elämän osa-alueilla (Karlsson 2013). Määritelmä lisättiin elämänlaatukysymyksen eteen.

Mittarin esitestausta varten hankittiin tutkimuslupa Päihdepalvelusäätiöltä. Mittaria kehitettäessä esitestauksen suorittaminen on tärkeää kyselylomakkeeseen liittyvien ongelmakohtien esiin saamiseksi (Tuomisto, Koivula & Jaronen 2014, 137).

Mittari esitestattiin Päihdepalvelusäätiön ammatillisesti ohjattuun vertaistukiryhmään osallistuneilla asiakkailla. Esitestaustilanteessa asiakkaat ottivat myös kantaa mittarin sisällöllisiin kysymyksiin ja saadun palautteen perusteella mittariin tehtiin muutoksia.

Esitestaukseen osallistui yhdeksän (9) vertaistukiryhmän jäsentä. Varsinaisessa esitestauksessa kiinnitettiin huomiota kysymysten ymmärrettävyyteen ja asteikon toimivuuteen sekä mittarin täyttämiseen kuluvan ajan mittaamiseen. Esitestaustilanteessa saadun palautteen perusteella mittariin lisättiin viimeiseksi kysymykseksi yhteydenottotapa liittyen kuusi kuukautta hoitosuhteen päättymisen jälkeen tapahtuvaan mittaukseen. Kysymykseen ”kuinka monta alkoholiannosta yleensä käytät viikossa” lisättiin taulukko, jossa on kerrottu yleisempien alkoholijuomien sisältämät alkoholiannot. Tämä sen vuoksi, että asiakkaat kertoivat juodun alkoholin muuttamisen annoksiksi olevan hankalaa ilman selkeää taulukkoa. Asiakkaat toivoivat myös lisävaihtoehtoja työtä ja toimeentuloa kysyttäessä ja vaihtoehtovalikkoon lisättiin eläkkeen kohdalle vanhuus- ja työkyvyttömyyseläke sekä työmarkkinatuki -vaihtoehdot. Alkoholin terveyshaittoja koskevaan kysymykseen lisättiin katkokävely, rytmihäiriöt, rasvamaksa, maksakirroosi ja maksatulehdus -vaihtoehdot.

Kysymysten 14-16 edeltävää ohjeistusta selkeytettiin saadun palautteen perusteella. Mittarin täyttämiseen esitestaustilanteessa asiakkailta kului aikaa 4-10 minuuttia.

### 6.3 Mittarin kohderyhmä ja käyttö

Avopäihdehoidon tuloksellisuuden arvioimiseksi kehitetyssä mittarissa mittauksen kohderyhmänä on Päihdepalvelusäätiön avopäihdehoidossa hoitosuhteeseen hakeutuneet aikuiset alkoholin suurkäyttäjät. Mittaamisen tarkoituksena on saada tietoa näiden asiakkaiden alkoholin käytöstä ja elämänlaadusta hoitosuhteen alussa, hoitosuhteen päättyessä sekä puoli vuotta hoitosuhteen päättymisen jälkeen. Puolen vuoden seuranta on perusteltavissa aikaisemmilla tutkimustuloksilla, joiden mukaan ongelmakäyttöön palaaminen on tavallisinta tuona aikana (Kuusisto ym. 2012, 292). Lisäksi mitataan asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon sekä arviota omasta muutospystyvyydestään. Mittaustieto kertyy osana normaalia toimintaa, mikä on yksi toimivan mittarin kriteereistä (Uotila, Ojala, Kukko, Laihonen, Nieminen & Tomas 2015, 3465).

Mittausmenetelmäksi valikoitui hoitoon tulo vaiheessa ja hoidon päättyessä asiakkaan vastaanotolla täyttämä mittari. Puoli vuotta hoitosuhteen päättymisen jälkeen mittarin täyttäminen tapahtuu asiakkaan ja hoitosuhdetyöntekijän yhdessä sopimalla tavalla. Vaihtoehtoina on seuranta-ajan varaaminen vastaanotolle, mittarin kysymykseen vastaaminen puhelimitse tai kirjallisesti postin välityksellä. Postin kautta toteutetussa seurannassa kirjeen mukana lähetetään palautuskuori, jossa postimaksu on valmiiksi maksettu. Etukäteisoletuksen mukaan vastaajajoukko huomioiden huolena on kato vastausten saamisessa. Hoitosuhdetyöntekijä voi muistuttaa vastaamatta jääneitä uudella kirjeellä. Toimeksiantajalla on mahdollisuus harkita myös mobiilisovelluksen käyttöä vastausten keräämisessä.

Vastaushävikin pienentämiseksi asiakkaalta kysytään hoitoon tullessa lupa yhteystietojen tarkistamiseksi maistraatista. Tällä varmistetaan, että asiakkaaseen saadaan yhteys puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen. Lupa merkitään sähköiseen hoitorekisteriin. Postin välityksellä lähetettävään paperiseen mittariin ei tarvita asiakkaan henkilötietoja, koska Päihdepalvelusäätiön sähköisessä hoitorekisterissä asiakkailla on oma numero, jonka perusteella heidän tietonsa löytyy hoitorekisteristä. Lomakkeeseen riittää tunnistetiedoksi kunkin asiakkaan numero. Tämä helpottaa salassapitotokysymyksessä, mikäli paperinen mittari joutuisi väriin käsiin.

Hoitosuhteen päättyessä alkoholin käytön ja elämänlaadun osa-alueita ja niissä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia tarkastellaan asiakkaan itselleen asettamien alkoholin käyttöön liittyvien pitkäaikaistavoitteiden sekä kuvaamansa elämänlaadun pohjalta. Tarkasteltavat tavoitteet liittyvät alkoholin käytön osalta täysraittiuteen tai asiakkaan itsensä asettamaan hallitun alkoholin käytön tavoitteeseen, niin sanottuun kohtuukäyttöön, sekä elämänlaadun osalta keskeisiin, aiemmissa tutkimuksissa havaittuihin elämänlaadun ulottuvuuksiin ja niissä tapahtuneisiin muutoksiin. Mittarilomake lähetetään myös asiakkaille, joiden hoitosuhde on päättynyt ennalta sopimattomasti.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli mittarin kehittäminen avopäihdehoidon tuloksellisuuden arvioimiseksi. Tarkoituksena oli saada toimeksiantajana toimivan Päihdepalvelusäätiön käyttöön työväline, jonka avulla kerätään tietoa avopäihdehoitoon hakeutuneiden alkoholin suurkäyttäjien alkoholin käytöstä ja kokemastaan elämänlaadusta hoitoon hakeutumishetkellä sekä näissä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista hoidon päättyessä ja puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen. Mittarin kehittämisen ajankohtaisuuden taustalla on sosiaali- ja terveyspalvelujen kiristynyt taloudellinen tilanne, jonka myötä yhä enemmän kiinnitetään huomiota palvelujen vaikuttavuuteen.

Työskentelyprosessin aikana otettiin käyttöön uusi termi ”alkoholin suurkäyttäjä”, jolla tarkoitetaan korkean riskin alkoholinkäyttäjää. Yleisesti suurkäyttäjistä puhuttaessa käytössä on termi ”alkoholiongelmainen” ja käypä hoito suositus on nimeltään alkoholiongelmaisen käypä hoito. Ongelmainen-sanaan liittyvä negatiivinen lataus toimi motiivina uuden termin käyttöönotolle.

### 7.1 Mittarin kehittämisprosessin tarkastelua

Mittarin kehittäminen on pitkäaikainen prosessi (Kvist & Vehviläinen-Julkunen, 2008, 385). Mittarin kehittäminen aloitettiin tiedon keruulla hakemalla perustietoa siitä, mitä alkoholin suurkäyttö ja aikuisen alkoholin suurkäyttäjän avohoito on Suomessa.



Tietoa haettiin myös aikuisen alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä avopäihdehoidossa. Lisäksi tutustuttiin aiemmin kehitettyihin mittareihin ja niistä saatuihin kokemuksiin.

Opinnäytetyön menetelmän pohtiminen tuotti päänvaiva; puntaroinnissa oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai kehittämistyö. Lopulta valinta kohdistui kehittäistyöhön, jonka tuotoksena kehitettiin mittari alkoholin suurkäyttäjän hoidon tuloksellisuuden mittaamiseksi. Mittarin kehittämistä edeltävä taustatyö edellytti tiedonhakua substanssialan teorian ja aiheeseen liittyvien aiempien tutkimusten sekä mittareiden hakemiseen.

Mittarin kehittämisen kannalta keskeiseksi muodostui mittarin kysymysten osa-alueiden kartoitus aihealueen aiemmista tutkimuksista. Mittarin runko saatiin koottua selvittämällä alkoholin suurkäytön vaikutusta ihmisen elämän eri osa-alueisiin. Mittariston kysymyksillä oli tarkoitus kerätä sitä tietoa, mitä varten mittari on kehitetty eli "mitataan sitä mitä on tarkoitus mitata". Ohjaavana tekijänä kehittämistyössä oli mittarin pituuden pitäminen kohtuullisena. Aiempien tutkimusten mukaan ylipitkä kysely karkoittaa vastaamishalun sekä täyttäjänä toimivalta asiakkaalta että mittaria käyttävältä työntekijältä. Alkuperäinen tavoite oli pitää mittarin kysymyssarja korkeintaan kymmenessä (10) kysymyksessä, mutta tämä ei onnistunut, koska muutosta mittaava oleellinen tieto alkoholin käytössä ja elämänlaadussa tapahtuneiden muutosten osalta vaatii sekä aiempien tutkimusten mukaan että opinnäytetyön tekijän mielestä laajempaa mittauspohjaa.

Mittarin pohja luotiin alkoholin käyttömäärää ja -tiheyttä mittaavilla kysymyksillä. Nämä määriä kuvaavat kysymykset kertovat alkoholin suurkäyttäjän juomisen haitallisuuden ja seurantavaiheessa juomisessa mahdollisesti tapahtuneesta muutoksesta. Näitä samoja asioita on mitattu aiemmin kehitetyissä mittareissa. Tähän mittariin kysymykset koottiin ja muokattiin kahdesta eri mittarista.

Elämänlaatua mittaavien kysymysten valinta oli aikaa vievä prosessi. Mittarin valintaan vaikutti tutkimuksista koottu tieto alkoholin suurkäytön vaikutuksista ihmisen elämän osa-alueisiin ja elämänlaatuun. Terveysteen liittyvässä elämänlaatumittarissa suositellaan otettavan huomioon kysessä olevan substanssialan erityispiirteet. Mittarin kehittämisprosessin alkuvaiheessa saatiin

THL:n myöntämä lupa WHOQOL-BREF -mittarin käytölle 6.5.2016. Lupa myönnettiin mittarin ei-kaupalliseen käyttöön. Lopulta elämänlaatua mittaavat kysymykset päädyttiin ottamaan WHOQOL-BREF-mittaria lyhyemmästä Euro-HIS-8 -mittarista, jonka kysymykset olivat käyttötarkoitukseen soveltuvampia.

Mittarin sisällön ja luotettavuuden arvioiminen asiantuntijoiden avulla tarkensi kysymysten sisältöä tuoden mukanaan tärkeää, kokemuksen kautta karttunutta hiljaista tietoa, jota alan tutkimuksissakaan ei ole mainittu.

Mittarin esitestaus Päihdepalvelusäitiön ammatillisesti ohjatussa vertaistukiryhmässä toi esiin puutteita mittarin kysymysvaihtoehdoissa ja täydennyksen jälkeen mittarin toimivuus parani. Tutkimuksissa on todettu asiakkaiden osallistumisen mittarin kehittämisprosessiin parantavan mittarin toimivuutta (Mikkonen 2018, 41). Tärkeää oli myöskin saada esitestauksen avulla tietoon mittarin täyttämiseen kuluva aika.

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Aiheen valinnassa ja kehittämistehtävän määrittelyssä otettiin huomioon eettiset kysymykset. Kehittämistoiminnalla ei haluttu loukata ketään ja tästä syystä työn alkuvaiheessa kehitettiin alkoholiongelma-käsitteen tilalle käsite alkoholin suurkäyttäjä, joka ei määrittele asiakasta ongelmaiseksi. Käytettyjen tietolähteiden valintaan kiinnitettiin huomiota, koska mittarin kehittäminen nojautui aikaisempaan tutkimustietoon ja ammattilaisten hiljaiseen tietoon (Heikkilä ym. 2008, 44). Valittujen tietolähteiden sisäänotto- ja poissulkukriteerejä noudatettiin, ainoastaan yhden lähteen kohdalla tehtiin poikkeus. Tämä lähde ei täyttänyt vuosilukukriteeriä. Lähteen mukaan ottaminen oli perusteltua, koska se liittyi sisällöltään olennaisesti laadittavan mittarin keskeiseen osa-alueeseen.

Mittarin kehittämisvaiheessa haettiin lupa A-klinikkasäitiön tilanearviolomakkeen kysymysten käyttöön. Lupa saatiin A-klinikkasäitiöltä sähköpostin välityksellä 4.4.2018. Muihin mittarissa käytettyihin kysymyksiin ei tarvittu lupaa, koska elämänlaatua mittaavat kysymykset olivat suomenkielisen version osalta vapaasti käytettävissä Toimia-tietokannassa. Samoin alkoholin käytön haitallisuutta mittaava AUDIT-lomake on internetissä vapaasti käytettävissä.

Päihdepalvelusäitiön ammatillisesti ohjattuun vertaisryhmään osallistuneet asiakkaat esitestasivat mittarin ja kommentoivat sitä myös sisällön osalta 31.5.2018. Päihdepalvelusäitiöltä saatiin tutkimuslupa tähän tarkoitukseen huhtikuussa 2018. Asiakkaille oli kerrottu etukäteen esitettävän lomakkeen tarkoituksesta ja heillä oli tiedossa vertaistukiryhmän päivämäärä, jossa mittarin esitestaus tapahtui. Kaikki paikalla olleet asiakkaat osallistuivat mittarin esitestaukseen vapaaehtoisesti ja anonyymisti.

Opinnäytetyön luotettavuutta *mitataan* sillä, onko tutkimuskysymyksiin saatu luotettavia vastauksia. Tässä opinnäytetyössä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin määrittelemällä alkoholin suurkäyttö ja kuvaamalla alkoholin suurkäyttäjälle tarjolla olevia avohoidollisia hoitomuotoja. Näitä tietoja tarvittiin taustatiedoksi mittarin kehittämiselle. Luotettavuutta *arvioidaan* tutkimuksen validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validius tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata (Vilka 2015, 193; Holopainen & Pulkkinen 2013, 16-17). Mittaria kehitettäessä aikaisempien aihealueesta tehtyjen tutkimusten merkitys korostuu ja tässä opinnäytetyössä mittari rakennettiin kokoamalla kysymyksiä useista valmiista mittareista.

Mittarin rakennevaliditeetti parani asiantuntija- ja asiakasarvioinnista saadun palautteen perusteella, sen ansiosta mittari kattaa riittävästi tutkittavan kohteen. (Hiltunen 2009, 6).

### 7.3 Johtopäätökset

Päihdepalvelusäitiön hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioivan mittarin avulla saadaan tietoa alkoholin suurkäyttäjän alkoholin käytön määrästä ja useudesta sekä elämäntilanteesta hoitoon tullessa sekä näissä tapahtuneissa muutoksissa hoidon päättyessä ja puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen. Mittarin edelleen kehittäminen on kuitenkin tärkeää, koska kehitetty mittari ei riitä kattamaan Päihdepalvelusäitiön hoitosuhdetyön tuloksellisuuden mittaamista monipäihdekäytön lisääntymisen vuoksi. Mittarin jatkokehittäminen tupakka-, -huume- ja lääkekäyttäjien sekä toiminnallisten riippuvuuksien huomioimiseksi on tärkeää. Kun mittaamiseen ja mittariston

käyttöön totutaan, sen jatkokehittäminen ja muokkaaminen on helpompaa ja vähemmän aikaa vievää kuin tämän ensimmäisen mittarin kehittäminen (Uotila ym. 2015, 3465).

Mittaamisen tarkoituksena on auttaa toiminnan kehittämisessä ja mittarin avulla henkilökunnalla on mahdollisuus saada palautetta tehdystä työstään. Mittarin käytämisen jälkeen saadut kokemukset kertovat, voidaanko sen avulla seurata hoitosuhdetyön tuloksellisuutta Päihdepalvelusäätiön avohoidossa. Tämä jää Päihdepalvelusäätiön hoitosuhdetyön tekijöiden tehtäväksi.

## Lähteet

Aalto, A.-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M.-L. 2016. Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 36/2016. vsk 71. 2191-2198.

Aalto, A.-M., Aro, A.R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes tutkimuksia 101. Viitattu 24.3.2018. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariver-sio/2013/04/04/RAND-36\\_ohjeet\\_Aalto\\_1999.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariver-sio/2013/04/04/RAND-36_ohjeet_Aalto_1999.pdf)

Aalto, M. 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Duodecim 2009; 125. 891-896.

Aalto, M. 2008. Alkoholihaittojen vähentämisessä tulee muistaa myös alkoholiriippuvuus. Suomen Lääkärilehti 24/2008 vsk 63. 2218-2219. Viitattu 25.3.2018. <http://www.laakari-lehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/alkoholihaittojen-vahentamisessa-tulee-muistaa-myos-alkoholiriippuvuus/>

Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäytön eri muodot. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alho, H. & Aalto, M. 2013. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito muun hoidon tukena. Suomen Lääkärilehti 25-32/2013. vsk 68. 1899-1905. Viitattu 25.3.2018. <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/alkoholiriippuvuuden-laakehoito-muun-hoidon-tukena/>

Alho, H. & Hyytiä, P. Alkoholiriippuvuuden farmakologinen hoito. Duodecim 2009; 125. 912-918.

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 4.11.2015. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 6.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suosituks?id=hoi50028>

Artkoski, T., Kuusisto, K. & Saarnio, P. 2012. Terapeutin vaikutus päihdehoidon toimivuuteen. Systemoitu katsaus 2000-luvun tutkimuksiin. Psykologia 47 (01), 2012. 38-55.

Böckerman, P. & Uutela, A. 2013. Alkoholien kulutus ja sairauspoissaolot. Julkaisussa: Alkoholien ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Castren, S., Pakkanen, A-M. & Alho, H. 2015. Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito. Suomen lääkirilehti 2015 vol 70 no. 21. 1497-1501. <http://www.laakari-lehti.fi/pdf/2015/SLL212015-1497.pdf>

Hakala, R., Orjasniemi, T. & Virtanen, M. J. 2011. Päihdetyö kutistumassa päihdesairauksien hoidoksi. Tiimi 2/2011. 12-14.

Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede Vol. 20, no 5/-08, 267-277.

Hannula, M. 2009. Verkostotyö. Viitattu 14.1.2018. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyon-menetelmat-ja-koulutus/verkkotyo>

Haug, S. & Schaub, MP. 2016. Treatment outcome, treatment retention and their predictors among clients of five outpatient alcohol treatment centres in Switzerland. BMC public health 2016 Jul 16; 16:581. Viitattu 2.4.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylä yliopisto. [verkkojulkaisu]. Viitattu 29.9.2018. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf)

Holmberg, N. 2009. Kognitiivinen terapia. Viitattu 14.1.2018. <file:///C:/Users/Pulkk/Downloads/paihdelinkki.fi - kognitiivinen terapia - 2017-05-19.pdf>

Holmberg, N. & Aura, M. 2008. Retkahduksen ehkäisyn käsikirja. A-klinikkasäätiö, Järvenpään sosiaalisairaala 2008. Viitattu 14.1.2018. [https://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/retkahduksen\\_ ehkaisyn\\_ kasikirja.pdf](https://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/retkahduksen_ ehkaisyn_ kasikirja.pdf)

Holmila, M., Raitasalo, K., Autti-Rämö, I. & Notkola, I-L. 2013. Päihdeongelmaisten äitien lapset. Julkaisussa: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2013. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Härkönen, J., Savonen, J., Virtala, E. & Mäkelä, P. 2017. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968 – 2016. Juomatapatutkimusten tuloksia. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2017. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN\\_ISBN\\_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN_ISBN_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Inkeroinen, T. & Partanen, A. 2005. Päihdepalvelujen tila 2005. Stakes työpapereita 7/2006. Viitattu 25.3.2018. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75928/TP7\\_2006.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75928/TP7_2006.pdf?sequence=1)
- Inkinen, M. 2018. Lupa tilannearviolomakkeen kysymysten käyttöön. Tiedonanto sähköpostilla 3.4.2018.
- Itäpuisto, M. 2010. Läheiset- päihde- ja pelihoitojen hukattu voimavara? Tiimi 5/2010. 13-14.
- Järvinen, R. 2009. Päihdeperhe A-klinikalla. Perheterapia 3/09, 25. vuosikerta. 6-17.
- Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. 2018. Alkoholijuomien kulutus 2017. Tilastoraportti 10/2018. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136294/TR10\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136294/TR10_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Karjalainen, K., Impinen, A. & Lillsunde, P. 2013. Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tielläliikkujille. Julkaisussa: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Koponen, P., Boroludin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL\\_RAP\\_2018\\_04\\_Finterveys\\_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Kuopion kaupunki. Kuopio-tietoa. Tilastotietoa. Viitattu 6.1.2018. <https://www.kuopio.fi/tilastotietoa>
- Kuusisto, K. & Saarnio, P. 2012. Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):3. 290-301. Viitattu 1.10.2017. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/102937/kuusisto.pdf?sequence=1>
- KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. [verkkojulkaisu]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 29.10.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylo-make/laatiminen.html#laajuus>
- Kvist, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Ihmisläheinen hoito -mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. Hoitotiede Vol. 20, no 6/-08, 337-387.

Laaksonen, E. 2015. Alkoholiriippuvuuden hoitotulokseen vaikuttavat tekijät. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 1.10.2017.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154758/alkoholi.pdf?sequence=3>

Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaisen hoidossa. Duodecim 2013; 129. 2063-2068. Viitattu 14.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/duo11266>

Magill, M., Stout RL. & Apodaca TR. 2013. Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients. Psychology of addictive behaviors: journal of the society of Psychologists in Addictive Behaviors 2013. Sep; 27(3). 754-762. Viitattu 2.4.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22905897>

Malinen, P. & Hankosalo, T. 2018. Sosiaalityö ja muutospaineet. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kevätseminaari 24.5.2018. Suullinen tiedonanto.

Mikkonen, S. 2018. Asiakkaan osallisuuden mittarin kehittäminen. Mittarin pilotointi ja esitestaus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Pro Gradu tutkielma. Oulun yliopisto, lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon tutkimusyksikkö. Viitattu 2.9.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201804111465.pdf>

Miller, W. R. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York: The Guilford Press.

Mäkelä, P. & Karlsson, T. 2017. Tietopaketti alkoholilain uudistuksen vaikutuksista. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2018. [https://thl.fi/documents/605763/2664602/Tietopaketti+alkoholilain+uudistuksen+vaikutuksista+-+THL\\_2017.pdf/58700a86-f927-4aab-aa4f-467225e711b3](https://thl.fi/documents/605763/2664602/Tietopaketti+alkoholilain+uudistuksen+vaikutuksista+-+THL_2017.pdf/58700a86-f927-4aab-aa4f-467225e711b3)

Mäkelä, R. 2010. Perheterapia. Viitattu 14.1.2018. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyon-menetelmat-ja-koulutus/perheterapia>

Mäkisalo-Ropponen, M. 2018. Kirjallinen kysymys KK 39/2018 vp. Viitattu 18.3.2018. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Sivut/KK\\_39+2018.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Sivut/KK_39+2018.aspx)

Nielsen, A. S., Becker, U., Höjgaard, B., Lassen, A. B., Willemann, M., Sögaard, J & Grönbæk, M. 2006. Treatment of alcohol abuse. A health technology assessment – summary. Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment. Sundhedsstyrelsen. Viitattu 27.2.2017. <https://www.sst.dk/~media/4FC75627039F44F581BDBF5D0577A772.ashx>

Peltzer, K. & Pengpid, S. 2012. Alcohol use and health-related quality of life among hospital outpatients in South Africa. Alcohol and alcoholism 2012 May-Jun; 47 (3). 291-295. Viitattu 2.4.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22319061>



- Pennonen, M. 2014. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):3. 318-327. Viitattu 14.1.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116687/pennonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piispa, M. 2013. Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Julkaisussa: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pirskanen, M. 2011. Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihhteettömyyden edistämiseksi – toimintaohjeita 2011. Viitattu 12.11.2017. [https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh\\_puutt\\_malli\\_toimintaohj\\_ADSUME.pdf](https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh_puutt_malli_toimintaohj_ADSUME.pdf)
- Pitkänen, T. & Inkinen, M. 2012. Hoidon vaikuttavuudesta tietoa tilannearvion avulla. Tiimi 1/2012. 18-20.
- Pitkänen, T., Tourunen, J., Kaskela, T., Levola, J. & Holopainen, A. 2014. Psykososiaalisten vaikeuksien arviointimenetelmän kehittäminen aivotoiminnan häiriöiden hoitoa ja tutkimusta varten. A-klinikkasäätiö. Viitattu 4.3.2018. [http://www.kela.fi/documents/10180/1071853/Tourunen\\_Psykososiaalisten\\_vaikeuksien\\_arviointimenetelman\\_kehittaminen.pdf/7d979e8c-d65f-4801-975d-ae4c61ef21a8](http://www.kela.fi/documents/10180/1071853/Tourunen_Psykososiaalisten_vaikeuksien_arviointimenetelman_kehittaminen.pdf/7d979e8c-d65f-4801-975d-ae4c61ef21a8)
- Pitkänen, T. 2016. Elämäntilanteen kartoittaminen oireiden hoitamisen rinnalla on tärkeää. Kela. Tutkimusblogi. Viitattu 18.3.2018. <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3428>
- Poikolainen, K. Alkoholiriippuvuuden hoito. Duodecim 2007; 123. 1007-1008.
- Päihdehuoltolaki 41/1986. Viitattu 6.1.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Rakkolainen, M., Koski-Jänne, A., Tolonen, K. & Tuomisto, M.T. 2015. Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan haastattelun yhteydet hoidon tuloksiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2015: 52. 102-117. Viitattu 1.10.2017. [https://www.researchgate.net/profile/Martti\\_T\\_Tuomisto/publication/279187786\\_The\\_relationship\\_of\\_client\\_and\\_interaction\\_factors\\_with\\_the\\_outcome\\_of\\_initial\\_motivational\\_sessions\\_with\\_substance\\_abusers/links/558d2d3a08ae591c19da4a8b.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Martti_T_Tuomisto/publication/279187786_The_relationship_of_client_and_interaction_factors_with_the_outcome_of_initial_motivational_sessions_with_substance_abusers/links/558d2d3a08ae591c19da4a8b.pdf)
- Repo, P. & Pölkki, M. 2018. Tutkimus: Suositusrajat juomisessa liian korkeat. Helsingin Sanomat 14.4.2018.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [verkkojulkaisu]. Viitattu 15.4.2018. [http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)

Saarikko, A. 2013. Kirjallinen kysymys 198/2013 vp. Päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Viitattu 6.1.2018. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/kk\\_198+2013.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/kk_198+2013.pdf)

Saarikko, A. 2018. Vastaus kirjalliseen kysymykseen KKV 39/2018 vp. Viitattu 18.3.2018. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/KKV\\_39+2018.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/KKV_39+2018.pdf)

Saharinen, T. 2013. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25-64 -vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta.

Salaspuro, M. 2003. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito – kriittinen tarkastelu. Duodecim 2003; 119. 2503-2507.

Salo-Chydenius, S. 2010. Toiminnalliset ja luovat menetelmät. Viitattu 14.1.2018. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyryyden-menetelmat-ja-koulutus/toiminnalliset-ja-luovat-menetelmat>

Seppä, K. 2012. Alkoholin riskikäytön rajat. Tiimi 1/2012. 6-9.

Seppä, K. 2013. Lyhytneuvonta (Mini-interventio). [verkkajulkaisu]. Viitattu 2.4.2018. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyryyden-menetelmat-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.10.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>

Simonetti, JA., Lapham, GT. & Williams, EC. 2015. Association Between Receipt of Brief Alcohol Intervention and Quality of Care among Veteran Outpatients with Unhealthy Alcohol Use. Journal of general internal medicine 2015 Aug; 30 (8): 1097-1104. Viitattu 2.4.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25691238>

Suontausta, P. 2016. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.1.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100090/GRADU-1479375762.pdf?sequence=1>

Suvanto, M. 2014. Tutkimuksellinen kehittämistyö opinnäytetyönä. Teoksessa: Uusia malleja työelämän kehittämiseen. Tutkimuksellinen kehittämistyö ylempi AMK -tutkinnoissa. Toim. Suvanto, M. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.8.2018. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85931/2014\\_D\\_13\\_Uusia\\_malleja\\_tyoelaman\\_YAMK.pdf?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85931/2014_D_13_Uusia_malleja_tyoelaman_YAMK.pdf?sequence=2)

Takala, J. & Roine, M. 2013. Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Julkaisussa: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

THL. 2016. Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä. Viitattu 7.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia>

THL. 2018. Ehkäisevä päihdetyö. Viitattu 11.6.2018. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeoty>

Toimia-tietokanta. EuroHIS-8-elämänlaatumittari. Viitattu 11.4.2018. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/08/16/EuroHIS-8\\_lomake.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/08/16/EuroHIS-8_lomake.pdf)

Tuomisto, S., Koivula, M. & Joronen, K. 2014. Esitutkimuksen merkitys uuden mittarin tutkimuskäytölle. Esimerkkinä POSEK-mittari. Hoitotiede 2014, 26 (2), 136-146.

Uotila, J., Ojala, R., Kukko, S.-K., Laihonen, H., Nieminen, K. & Tomas, E. 2015. Mittariston kehittäminen hoitoprosessin arvioimiseksi. Suomen lääkirilehti 50-52/2015, vsk 70. 3465-3472. Viitattu 11.11.2017. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/pdf/2015/SLL502015-3465.pdf>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilko, A., Finne-Soveri, H., Sohlman B., Noro, A. & Jokinen, S. 2013. Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja omaisen hoivavastuu. Julkaisussa: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104454>

Warpenius, K., Kotovirta, E., Karlsson, T. & Österberg, E. 2013. Öinen piikki – väkivaltarikoksen yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä. Julkaisussa: : Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (toim. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Österberg, E., Raitasalo, K., Karlsson, T. & Mäkelä, P. 2017. Alkoholipoliittiset mielipiteet 2016 – 2017. Tilastoraportti 12/2017. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132437/Alkoholipoliittiset\\_mielipiteet%202016-2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132437/Alkoholipoliittiset_mielipiteet%202016-2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

## Liitteet

Liite 1. Päihdepalvelusäätien alkoholi asiakkaan hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioiva mittari

### Päihdepalvelusäätien alkoholi asiakkaan hoitosuhdetyön tuloksellisuutta arvioiva mittari

Asiakasnumero

Syntymävuosi

Haastattelupäivä

--	--	--

Sukupuoli

mies	nainen	muu/en halua kertoa

#### 1. Työ/toimeentulo. Tarvittaessa voit valita useamman vaihtoehdon.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vakituinen työ                  | <input type="checkbox"/> määräaikainen työ                                 |
| <input type="checkbox"/> opiskelija (opintotuki, -laina) | <input type="checkbox"/> työtön (työmarkkinatuki, ammattiliiton päiväraha) |
| <input type="checkbox"/> sairauspäiväraha                | <input type="checkbox"/> kuntouttava työtoiminta/työkokeilu                |
| <input type="checkbox"/> kuntoutustuki, kuntoutusraha    | <input type="checkbox"/> toimeentulotuki                                   |
| <input type="checkbox"/> eläke (työkyvyttömyys, vanhuus) | <input type="checkbox"/> muu, mikä?  |

#### 2. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- en koskaan
- noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuukaudessa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

### 3. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä käytät viikossa?

- en käytä ollenkaan  
 en käytä joka viikko

#### MIEHET

- miehet 1-23 alkoholiannosta viikossa  
 miehet 24-48 alkoholiannosta viikossa  
 miehet yli 48 alkoholiannosta viikossa

#### NAISET

- naiset 1-15 alkoholiannosta viikossa  
 naiset 16-32 alkoholiannosta viikossa  
 naiset yli 32 alkoholiannosta viikossa

Alla olevasta luettelosta voit katsoa eri alkoholijuomien annokset.

#### Yksi annos

- 0,33 l keskiolutta, siideriä tai lonkeroa max 4,7 %
- 12 cl mietoa viiniä 10-15 %
- 8 cl väkevää viiniä 16-22 %
- 4 cl väkevää viinaa 35-40 %

Alkoholijuoma	Määrä	Alkoholiannos
• I-olut	0,33 l	0,5
• Olut, siideri, lonkero max 4,7 %	0,33 l	1
• Olut, siideri, lonkero max 4,7 %	0,5 l	1,5
• Olut, siideri, lonkero 5-7 %	0,33 l	1,3
• Olut, siideri, lonkero 5-7 %	0,5 l	2
• Mieto viini 10-15 %	0,75 l	6
• Mieto viini 12 %	2 l	16
• Mieto viini 12 %	3 l	24
• Väkevää viina 35-40 %	0,5 l	13
• Väkevää viina 60 %	0,5 l	20

### 4. Alkoholin käyttäjaksot (juomapatket) viimeisen kuuden (6) kuukauden aikana

- alle kolme kuukautta sitten  
 3-6 kuukautta sitten  
 yli kuusi kuukautta sitten  
 ei ollenkaan

**5. Onko sinulla ilmennyt seuraavia alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine      | <input type="checkbox"/> ali- tai ylipaino             |
| <input type="checkbox"/> rytmihäiriöt             | <input type="checkbox"/> muistihäiriöt                 |
| <input type="checkbox"/> kohonneet maksa-arvot    | <input type="checkbox"/> rasvamaksa, maksakirroosi     |
| <input type="checkbox"/> unihäiriöt               | <input type="checkbox"/> maksatulehdus                 |
| <input type="checkbox"/> haimatulehdus            | <input type="checkbox"/> alkoholiepilepsia             |
| <input type="checkbox"/> mielialan lasku/masennus | <input type="checkbox"/> ahdistuneisuus/paniikkihäiriö |
| <input type="checkbox"/> ripuli                   | <input type="checkbox"/> katkokävely                   |
| <input type="checkbox"/> muu mikä?                |  |

**Seuraavaksi pyydän sinua arvioimaan elämänlaatuasi, terveyttäsi ja muita arkielämän asioita viimeisen kahden viikon ajalta. Elämänlaadulla tarkoitetaan sitä, miten hyvin asiat mielestäsi on sinulle tärkeillä elämän osa-alueilla.**

**6. Millaiseksi arvioit elämänlaatuasi?**

- erittäin huonoksi
- huonoksi
- ei hyväksi eikä huonoksi
- hyväksi
- erittäin hyväksi

**7. Kuinka tyytyväinen olet terveyteesi?**

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

**Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olet viimeisen kahden viikon aikana kokenut seuraavia asioita?**

**8. Onko sinulla riittävästi tarmoa arkipäivän elämääsi varten?**

- ei lainkaan
- vähän
- kohtuullisesti
- lähes riittävästi
- täysin riittävästi

**9. Onko sinulla tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähden?**

- ei lainkaan
- vähän
- kohtuullisesti
- lähes riittävästi
- täysin riittävästi

Seuraavissa kysymyksissä pyydän sinua kertomaan, kuinka tyytyväinen olet ollut viimeisten kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässäsi

**10. Kuinka tyytyväinen olet kykyysi selviytyä päivittäisistä toiminnoistasi?**

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

**11. Kuinka tyytyväinen olet itseesi?**

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

**12. Kuinka tyytyväinen olet ihmissuhteisiisi?**

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

**13. Kuinka tyytyväinen olet asumisolosuhteisiisi?**

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

Seuraavissa kysymyksissä pyydän sinua kertomaan

1. juomatapojesi muuttamisen tärkeydestä
2. omasta varmuudestasi juomatapojesi muuttamiseen
3. omasta valmiudestasi juomatapojesi muuttamiseen

**14. Kuinka tärkeänä pidät omien juomatapojesi muuttamista?**

- en lainkaan tärkeänä
- kohtalaisen tärkeänä
- tärkeänä
- hyvin tärkeänä
- erittäin tärkeänä

**15. Miten varma olet, että pystyt muuttamaan juomatapojasi?**

- en lainkaan varma
- kohtalaisen varma
- varma
- hyvin varma
- erittäin varma

**16. Miten valmiina pidät itseäsi juomatapojen muuttamiseen?**

- en lainkaan valmis
- kohtalaisen valmis
- valmis
- hyvin valmis
- erittäin valmis

**17. Mikä on tavoitteesi alkoholin käytön suhteen?**

- kohtuukäyttö
- täysraittius
- en osaa/halua sanoa

**18. Vertaisryhmään osallistuminen**

- kyllä, mihin \_\_\_\_\_
- ei



Seuraavat kysymykset ovat sinulle, jonka hoitosuhde on päättymässä tai päätynyt

19. Kuinka tyytyväinen olet saamaasi hoitoon päihdeklinikan hoitosuhteessa?

- erittäin tyytymätön
- melko tyytymätön
- en tyytyväinen enkä tyytymätön
- melko tyytyväinen
- erittäin tyytyväinen

20. Mikäli saavutit hoidollesi asettamasi tavoitteet alkoholin käytön ja elämänlaadun suhteen, niin mikä tai millaiset asiat saivat aikaan tavoitellun muutoksen?

---

---

---

---

---

---

---

---

21. Palaute työntekijälle

---

---

---

---

22. Miten toivot tähän kyselyyn liittyvän yhteydenoton tapahtuvan 6 kk hoitosuhteen päättymisen jälkeen?

- henkilökohtainen tapaaminen
- puhelimen välityksellä
- postin välityksellä
- mobiilisovelluksen kautta