

Marika Luusuaniemi

Emmi Suomalainen

HOITOPOLUN KEHITTÄMINEN ENNALTAEHKÄISEVÄÄN PÄIHDEHOITOTYÖHÖN

Opinnäytetyö
Ensihoidon koulutusohjelma

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Marika Luusuaniemi Emmi Suomalainen	Ensihoitaja	Tammikuu 2017
Opinnäytetyön nimi		
Hoitopolun kehittäminen ennaltaehkäisevään päihdehoitotyöhön		107 sivua 15 liitesivua
Toimeksiantaja		
Haminan kaupunki		
Ohjaaja		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön hoitopolku Haminan kaupungille. Hoitopolun tavoitteena oli parantaa päihdeasiakkaan selviytymistä omassa elämässään ja päihdehoitotyön piirissä, selkiyttää päihdehuollon toimintamallia ja eri ammattiryhmien työtä sekä turvata asiakkaan toimiva, asiakaslähtöinen hoito jo ongelmien synnyttävissä varhaisvaiheissa.</p>		
<p>Työ on luonteeltaan kehittämistehtävä, jossa päihdehoitotyön hoitopolku on laadittu teoreettisen viitekehyksen, Haminan A-klinikan palveluesimiehen teemahaastattelun sekä työelämän edustajien toiveiden pohjalta. Hoitopolun rakenne noudattaa hoitotyön prosessimallia. Teemahaastattelun tulokset analysoitiin käyttäen deduktiivista strukturoitua sisällön analyysia.</p>		
<p>Teemahaastattelun keskeisimpiä tulosten mukaan Haminan päihdepalveluiden kehittämisen tulisi kohdistua olemassa olevien rakenteiden vahvistamiseen ja jatkuvuuden turvaamiseen sekä yhteistyön edistämiseen eri toimijoiden välillä, sillä päihdepalvelut sellaisenaan on koettu toimivina ja kysyntään pystytään vastaamaan yksilöllisesti. A-klinikalle hakeutuvien asiakkaiden ongelmien vaikeusaste on hyvin vaihteleva ja päihdeongelman lisäksi myös muita ongelmia esiintyy laajalla alueella. Haminassa on suhteellisen paljon päihdeikäisiä, ja erityisesti mietojen huumeiden käyttö on lisääntynyt. Uusimman haasteen muodostavat muuntohuumeet. A-klinikan rooli ennaltaehkäisevässä päihdehoitotyössä sijoittuu lähinnä sekundaari- ja tertiääritasolle. Suurin asiakasryhmä A-klinikalla ovat työikäiset.</p>		
<p>Teemahaastattelu on reliabeeli, sillä kaksi tutkijaa on päätenyt samoihin tuloksiin aineistosta. Sitä voidaan pitää myös validina, koska haastattelu vastasi sille asetettuihin tavoitteisiin. Myös haastateltava luki teema-alueittain auki kirjoitetun haastatteluaineiston ja esitti siihen täsmennys- ja korjausehdotuksia, mikä lisää tulosten luotettavuutta.</p>		
<p>Kehittämistyön tuotos, valmis hoitopolku, on Haminan kaupungin edustajan mukaan tarkoitustaan vastaava. Se on kaksiosainen kaavio, jonka ensimmäisessä osassa kuvataan hoitotyön prosessi vaiheittain tarpeen määrittelystä arviointiin. Toisessa osassa Haminan päihdepalvelut yhteistyötietoineen on järjestetty asiakkaan ikäryhmän mukaisesti organisaatiokartaksi. Näin jokainen haminalainen saadaan ohjatuksi hakemaan apua tarkoituksenmukaisesta paikasta, eikä työntekijän aikaa kulu yhteystietojen etsimiseen.</p>		
Asiasanat		
päihdehoito, hoitoketju, ennaltaehkäisy, alkoholi, huumeet		

Authors	Degree	Time
Marika Luusuaniemi Emmi Suomalainen	Bachelor of Emer- gency Care	January 2017
Thesis Title Producing a care pathway of preventive substance abuse nursing		107 pages 15 pages of appendices
Commissioned by City of Hamina		
Supervisor Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer		
<p data-bbox="212 707 1393 982">Abstract</p> <p data-bbox="212 779 1393 982">The purpose of this thesis was to produce a care pathway of preventive substance abuse nursing for the citizens of Hamina. The objective of the care pathway was to improve the coping abilities of substance abuse clients in their own lives and substance abuse nursing, clarify the approach of substance abuse nursing and the work of different occupational groups, as well as to ensure the client's purpose-built and customer-oriented care at an early stage of problems.</p> <p data-bbox="212 1016 1393 1184">The approach of the thesis is a development task where building care pathway is based on theo-retical frame of reference, the theme interview of Hamina's A-clinic's superior and the wishes of the commissioner. The structure of the care pathway follows nursing's process model. The theme interview material was analyzed with deductive and structured content analysis.</p> <p data-bbox="212 1190 1393 1528">According to the results of the interview, the development of Hamina's substance abuse care should focus on strengthening existing structures and ensuring continuity. Together with improv-ing cooperation between different factors since substance abuse services are perceived worka-ble and the demand can be met individually. The severity of the substance abuse problems of the clients who seek admittance to the A-clinic varies a lot and additional problems occur within a wide range. In Hamina they have a relatively high amount of substance abusers; especially mild drug usage has increased. Designer drugs are the current challenge. A-clinic's role in preventing substance abuse is a secondary or tertiary stage of prevention. The widest client group in A-clinic is people of a working age.</p> <p data-bbox="212 1568 1393 1906">The theme interview was reliable as the two researchers ended up with similar interpretations. It can be deemed as valid when the interview corresponds to the objectives. Also, the interviewee read the themed interview material and made some suggestions which clarified and increased the reliability. According to the commissioner, the goals of the development task; finished care pathway, have achieved its purpose. It is a two-piece chart where the nursing process is de-scribed step by step at the first section of the chart. At the second part Hamina's substance abuse services and their contact details is organized by age groups creating a organization map. This is how every citizen of Hamina will be advised to seek help from the appropriate places, eliminating the need for health care workers to have to spend time looking for contact details.</p>		
<p data-bbox="212 1913 1393 1971">Keywords substance abuce rehabilitation, care chain, prevention, alcohol, drugs</p>		

SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	YHTEISTYÖTAHON KUVAUS JA YHTEYSHENKILÖIDEN TAPAAMINEN.....	7
3	HAMINAN KAUPUNKI JA PÄIHDEPALVELUT	7
4	KEHITTÄMISTYÖN KOHDERYHMÄ JA TAVOITTEET	10
5	KEHITTÄMISTYÖ HOITOPOLUN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ.....	11
5.1	Kehittämistyön vaiheet.....	13
5.2	Tiedonhaun kuvaus.....	15
6	HOITOPOLUN MÄÄRITTELYÄ.....	16
7	PÄIHDETYÖ OSANA YHTEISKUNTAPOLITIikkaA	17
7.1	Lainsäädännöllinen perusta	17
7.2	Päihteet yhteiskunnallisena ongelmana Suomessa.....	18
7.2.1	Terveysongelmat.....	20
7.2.2	Kustannukset	22
7.3	Päihdehoitojärjestelmä.....	23
7.4	Ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö	24
7.4.1	Toteuttaminen	25
7.4.2	Toimijat.....	26
7.5	Päihteidenkäyttäjät ensihoidossa.....	27
8	PÄIHDEPOTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	28
8.1	Mini-interventio.....	29
8.2	Päihteidenkäytön muodot	32
8.2.1	Alkoholi.....	33
8.2.2	Huumeet.....	33
8.3	Riippuvuuden synty	34
8.4	Elämää päihteidenkäyttäjänä	35
8.5	Päihteidenkäytön erityispiirteet ikäryhmittäin	36
8.6	Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista hoitopolkua varten	41

9	PÄIHDEPOTILAAN HOIDON SUUNNITTELU.....	41
9.1	Päihdepotilaan hoitoonohjaus.....	42
9.2	Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon suunnittelusta hoitopolkua varten.....	43
10	PÄIHDEPOTILAAN HOIDON TOTEUTUS.....	44
10.1	Palvelut	45
10.2	Päihdepotilaan muutosmotivaatio	47
10.3	Sairaanhoitajuus päihdetyössä.....	50
10.4	Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon toteutuksesta hoitopolkua varten	53
11	PÄIHDEPOTILAAN HOIDON ARVIOINTI	53
11.1	Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidontarpeenarvioinnista hoitopolkua varten	55
12	PÄIHDEASiantuntijan haastattelu hoitopolun kehittämiseksi.....	56
12.1	Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä.....	56
12.2	Teemahaastattelun tutkimusongelmat.....	56
12.3	Teemahaastattelun teemarunko	57
12.4	Teemahaastattelun toteutus.....	58
12.5	Haastatteluaineiston purku.....	59
12.6	Yhteenveto tuloksista tutkimusongelmittain.....	68
13	HAMINAN KAUPUNGIN PÄIHDETYÖN HOITOPOLKU	71
13.1	Prosessimallin mukainen hoitopolku	72
13.2	Palvelupolkumallin mukainen hoitopolku	74
14	POHDINTA	78
14.1	Luotettavuus.....	78
14.2	Eettisyys.....	79
14.3	Yhteistyöprosessin onnistuminen.....	80
15	KEHITTÄMISEHDOTUKSIA.....	81
	LÄHTEET	83
	KUVALUETTELO	89
	LIITTEET	
	Liite 1. Tietoa yleisimmistä huumausaineista; Liite 2. Tutkimustaulukko	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee ennaltaehkäisevän päihdetyön päiheteettömien elintapojen edistämiseksi ja päihteisiin liittyvän tietouden lisäämiseksi sekä sen tavoitteiksi päihneiden kysynnän, saatavuuden ja haittojen vähentämisen. Raittiustyö- ja päihdehuoltolain mukaisesti kunnat ovat velvollisia järjestämään asukkailleen ennaltaehkäiseviä päihdepalveluita, joiden koordinoinnista ja ohjauksesta valtakunnallisella tasolla vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää hoitopolku ennaltaehkäisevään päihdehoitotyöhön Haminan kaupungille. Tällä hetkellä A-klinikkasäätiön Etelä-Suomen palvelualue tuottaa Haminan kaupungin päihdepalvelut ostopalveluina tavoitteenaan ehkäistä ja vähentää päihneiden ongelmakäyttöä sosiaalisine ja terveydellisine liitännäishaittoineen. Lisäksi palveluilla pyritään edistämään päihneiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. (Päihde- ja raittiustyö. Haminan kaupunki.)

Tarve tämän kehittämistyön tekemiseen syntyi tavoitteesta parantaa Haminan kaupungin päihdepalveluiden sujuvuutta. Haminan kaupungin päihdetyöntekijöiden mukaan kaupungin järjestelmä päihdeasiakkaille voisi olla selkeämpi. Asiakkaiden hoidossa ilmenee toisinaan epäkohtia ja hoitopolku voi olla poukkoileva, vaikka päihdepalvelut ovatkin olemassa. Päihdeasiakkaat eivät välttämättä saa yksilöllisiä tarpeitaan vastaavia palveluita, jolloin hoito ei etene eikä kestäviä tuloksia saavuteta. Myös asiakkaiden hoitomyönteisyys ja muutosmotivaatio voivat kärsiä, jos he kokevat, ettei heille ole suunniteltu toimivia palveluita. Näiden asiakkaiden kanssa työskentelevät työntekijät ovat turhautuneita selkeiden ohjeiden puutteeseen hoidon toteuttamisesta. Hoitopolun tulisi siten tarjota selkeitä ja monipuolisia ratkaisuja päihdeasiakkaille, myös heille, joiden päihteenkäyttö ei ole vielä ”kroonistunut”, sekä selkiyttää ja yhtenäistää työntekijöiden toimintamalleja. (Arholahi & Pasi 2015.)

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikuttivat keskeisesti oma kiinnostuksemme mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön sekä edellä kuvattu aiheen ajankohtaisuus. Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian 2012–2016 tavoitteena on ollut vahvistaa mielenterveys- ja päihdetyötä sekä kehittää ennal-

taehkäisevää työtä näillä aloilla (Arholahti & Pasi 2015). Opinnäytetyön tuloksena syntynyt toimiva ennaltaehkäisevä hoitopolku päihdepotilaalle tulee olemaan osa tämän hankkeen ennaltaehkäisevän työn kehittämisosuutta.

2 YHTEISTYÖTAHON KUVAUS JA YHTEYSHENKILÖIDEN TAPAAMINEN

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Haminan kaupungin päihdepalvelujen edustajien kanssa. Opinnäytetyön työelämän ohjaajana toimii psykiatrinen sairaanhoitaja Anne Pasi. Hän vastaa Haminassa yli 65-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä terveysneuvonnasta ikäihmisten neuvolassa.

Ensimmäinen asiantuntijahaastattelu oli 23.11.2015, jolloin haastateltiin Haminan päihdepalaveriin osallistumisen jälkeen Anne Pasia ja Hanna Arholahtea. Arholahti työskentelee Haminan kaupungin kotihoidossa sairaanhoitajana ja toimii kotihoidon päihdevastaavana. Heiltä saatiin ensimmäinen näkökulma Haminan yleiseen päihdetilanteeseen sekä ikäihmisten päihdeidenkäyttöön. Haastattelussa käytettiin valmiita kysymyksiä ja vapaata keskustelua kysymyksien välillä aihepiiristä nousevista ajatuksista. Yli tunnin mittainen haastattelu nauhoitettiin ja kuunneltiin. Käytettäessä haastattelua lähteenä molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kuunnelleet kyseiset nauhoitteen osat tehden niistä yhtenevät päätelmät. Haastattelu toimi työn alkuvaiheessa aiheen kartoitusmenetelmänä, ja työn rakenne ja sisältö täsmentyi tämän haastattelun jälkeen. Se antoi perustietoja työelämän asettamista tavoitteista sekä Haminan päihdetilanteesta. Saatuja tietoja on käytetty lähinnä työn suunnitteluun ja aiheiden tarkentamiseen. Tapaamisia on järjestetty myös opinnäytetyöprosessin edetessä, ja niistä kerrotaan lisää luvussa 6.2 Kehittämistyön vaiheet.

3 HAMINAN KAUPUNKI JA PÄIHDEPALVELUT

Koska päihdeiden käytön on kuvattu lisääntyneen Haminassa jopa räjähdysmäisesti, ennaltaehkäisevän päihdetyön merkitys korostuu entisestään. Päihdeaiheen ajankohtaisuuden vuoksi päihdehoitopolun tarve on tullut juuri nyt suureksi, sillä selkeyden puute hankaloittaa päihdepotilaiden hoitoon pääsyä ja hoidon piirissä selviytymistä. Eniten ongelmat vaikuttavat ikäihmisiin. (Arholahti & Pasi 2015.)

Haminan A-klinikan palveluesimies Maarit Ruusu kuvasi haastattelussa, että Haminan päihdepalveluissa on olemassa hyviä rakenteita. Päihdepalveluiden kehittäminen pitäisi siis hänen mukaansa kohdentaa näiden hyvien rakenteiden vahvistamiseen, niiden jatkuvuuden turvaamiseen ja eri toimijoiden yhteistyön kehittämiseen. (Ruusu 2016.) Myös Arholahden ja Pasin (2015) mukaan Haminalla on käytössä monipuoliset päihdepalvelut, ja Haminan asukkaat pääsevät hyödyntämään myös Kotkan kaupungin ja Carean palveluita. Carean palveluista he käyttävät Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan ja Kymenlaakson keskussairaalan palveluita. Kotkan kaupungin palveluista käytössä on esimerkiksi kriisitukikeskus Villa Jensen.

Ruusun arvion mukaan Haminassa päihdeongelmia, eli sekä huume- että alkoholi-ongelmia, esiintyy Suomen keskivertotasoon verrattaessa enemmän. Hänen mukaansa kuitenkin vastaavasti palvelujen määrä on suhteessa kysyntään, sillä palveluita on pystytty järjestämään niitä tarvitseville. (Ruusu 2016.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein rinnakkain. Siksi Haminan päihdepalveluiden tukena toimivat kaupungin terveysaseman depressiohoitaja ja psykologi sekä erikoissairaanhoidon psykiatrisen poliklinikka. Avohoidon päihdepalveluja sekä päivätoimintaa tuottaa A-klinikkasäätiön Etelä-Suomen palvelualue. Psykiatrisia avohoidon palveluita ja hoitopaikkoja tarjoaa yksityinen Myllykylän palvelukeskus. Lisäksi sosiaalipsykiatrisen yhdistys tuottaa asumispalvelua, avohoitoa sekä työ- ja päivätoimintaa. Päivätoimintapalveluja järjestää myös Haminan Sininauha. Olemassa on myös tukiryhmiä yhdystoimintana mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013a, 8.)

Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kuntien järjestämiä, ja tämä poikkeaa muista Suomen alueista. Etelä-Suomen palvelualueen A-klinikkasäätiö tarjoaa sekä avo-että laitospalveluja ostopalveluna. Psykiatrisen osastopaikkoja on muuhun Suomeen verrattaessa niukasti ja psykiatrisen sairaalan käyttö on verrattaessa vähäisempää. Kymenlaaksossa on myös vertailualueista enemmän eri mielenterveys- ja päihdejärjestelmän toimijoita, ja virkaaikana hoitoon pääsy on mahdollistettu paremmin. Järjestelmä on monimuotoinen ja pirstaleinen, sekä toiminnallisesti että maantieteellisesti, joka lisää väliinpuutoamisen riskiä ja heikentää asiakkaiden selviytymistä palveluiden parissa. Päivystyksellisiä tai liikkuvia avopalveluita ei ole, kuten ei myöskään

mielenterveys- ja päihdepalveluita yhdistetysti. Tarvetta olisi palvelujen ohjaamiselle ja integraatiolle sekä raja-aitojen poistamiselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a, 3.)

Tilastojen mukaan Etelä-Kymenlaaksossa on viimeisten vuosien aikana ollut havaittavissa päihteiden käytön ja siihen liittyvien ongelmien lisääntymistä. Tämä ongelma on Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian laatimisen taustalla. Strategiassa on huomioitu myös mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteneväisyys ja kyseisten palvelujen erillisuus, ja tätä kautta huomio on kiinnittynyt näiden palveluiden yhteistyön erityiseen tarpeeseen. Myös strategiassa on siis todettu, että mallit sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa sekä perusterveydenhuollon että erityispalveluiden välillä ovat epäselvät. Tämän myötä esille nousee varhaisen tuen keinojen vahvistamisen tarve sekä palveluiden saatavuuden kehittäminen. Mietippä-strategian taustalla ovat lait, kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, asetukset ja kuntakumppanuus. (Mietippä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia 2012–2016, 3.)

Mietippä-strategian pohjalle on koottu keskeisiä tilastoja vuosilta 2008–2010. Tilastoja tarkasteltaessa voidaan todeta, että päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen Haminalaisten potilaiden määrä on keskitasoa verrattuna koko maan lukuihin. Tämä kertoo päihteistä aiheutuvien sairauksien vaikeusasteesta ja määrästä. Haminan luku on kaksinkertainen tarkasteltaessa mielenterveyskäyntejä perusterveydenhuollossa, ja tämä kertoo mielenterveyspalvelujen tarpeellisuudesta ja ongelmien yleisyydestä. Psykiatrian laitoshoidojaksojen määrä on koko maan keskiarvon alapuolella. Se, että psykiatrisen laitoshoidon määrä päivinä vastaa maan keskitasoa, on merkki siitä, että Haminalaisten hoitajaksoit sairaalassa ovat pidempiä. Pitkistä hoitajaksoista voidaan päätellä mielenterveysongelmien syvyyttä ja vaikeusastetta. Haminassa myös todetaan päihdehuollon avopalveluiden asiakkaita olevan huomattavasti enemmän kuin koko maassa. Haminassa on koko maahan verrattuna lisäksi enemmän päihdehuollon laitoksissa hoidettuja asukkaita. Myös nettokustannukset ovat selvästi kohonneet koko maan lukuihin verrattuna, mikä kuvaa päihteiden aiheuttamien ongelmien yleisyyttä ja määrää alueella. Haminassa on myös suhteessa enemmän koulutuksen ulkopuolelle jääneitä 17–24 -vuotiaita nuoria. Toimeentulotuen saamisen suhteen Hamina on

koko maan tasolla. (Mietippä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia 2012–2016 2015, 32–41.)

Kyselyn mukaan lähes kolmasosa Etelä-Kymenlaaksolaisista oli melko tai erityäin huolissaan kuntansa mielenterveystilanteesta. Kuitenkin 90 % koki oman mielenterveytensä hyväksi. Nuorten syrjäytyminen ja työttömyyden lisääntyminen aiheuttivat paljon huolta. Oman kuntansa päihdetilanteesta oli huolissaan yli kolmasosa vastaajista, ja tässä erityismaininnan saivat nuoret päihteidenkäyttäjät ja huumeiden käyttäjät. Jälleen noin 90 % ei ollut huolissaan omasta päihdekäyttäytymisestään. Ennaltaehkäisemisen keinoina nähtiin vanhempien roolin tukeminen ja kasvatustyö, sekä harrastusmahdollisuuksien lisääminen ja sosiaalisten verkostojen tukeminen. Myös kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyötä painotettiin. (Mietippä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia 2012–2016 2015, 27.)

Koska opinnäytetyö luotiin osaksi Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategiaa, myös tämän hankkeen tavoitteisiin on tutustuttu. Yleisinä tavoitteina vuosien 2012–2016 strategiassa on ollut, että kuntalaiset saavat apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin siellä mistä apua haetaan, kuntalaisilla ja ammattilaisilla on tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, kohtaamisesta ja sen merkityksestä, mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyvä arvokeskustelu on esillä eri palveluissa ja mediassa, palvelujen käyttäjät ja omaiset ovat osallisena toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä että henkilöstön mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen, verkostoituminen ja koulutussuunnittelu on vahvaa ja suunnitelmallista. (Mietippä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia 2012–2016, 7-8.)

4 KEHITTÄMISTYÖN KOHDERYHMÄ JA TAVOITTEET

Työelämän ohjaaja antoi vapaat kädet kehittämistehtävän kohderyhmän rajaamisessa, ja kohderyhmäksi päädyttiin rajaamaan mahdollisimman laaja-alaisesti haminalaisia hyödyttäväksi. Pyrkimyksenä oli kehittää kaikkiin täysi-ikäisiin sovellettavissa oleva ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön hoitopolku. Alakäisten päihteidenkäyttöä ei käsitellä tässä työssä, sillä se olisi laajentanut sisältöä liikaa. Päihteet on rajattu koskemaan alkoholia ja huumausaineita, sisältäen lääkkeiden väärinkäytön. Kehittämistyön kohderyhmään kuuluvat siten

kaikki täysi-ikäiset haminalaiset alkoholin riskikäyttäjät, sekä huumeita tai lääkkeitä kokeilevat sekä käyttävät henkilöt, joille käytetty päihde ei vielä ole aiheuttanut vakavia haittoja.

Huumausaineiden käyttäjien lokerointi on edellä mainituilla kriteereillä alkoholin riskikäyttäjiä haastavampaa huumausaine-käsitteen monimuotoisuuden vuoksi, joten tätä ajatellen kriteerinä käytetään selkeästi huumausaineriippuvaisten poissulkua kohderyhmästä. Alkoholin riskikäyttö taas on hyvin havainnollistettu esimerkiksi THL:n julkaisussa. Tässä riskirajaksi annoksina mainitaan miehelle kerralla yli 7 tai viikossa yli 24 alkoholiannosta, sekä naisille kerralla yli 5 tai viikossa yli 16 alkoholiannosta. Ikääntyneille ei suositella enempää kuin 2 annosta kerralla tai 7 annosta viikossa. Yhdellä annoksella tarkoitetaan yhtä 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää alkoholijuomaa. Viitteitä riskikäytöstä antavat terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat, eli esimerkiksi vatsavaivat, krapula, tapaturma-alttius, verenpaineen kohoaminen, muuttunut sosiaalinen tilanne, diabeteksen tai verenohennushoidon huonontunut tasapaino, metabolinen oireyhtymä, masennus ja ahdistus, unihäiriöt, rytmihäiriöt ja kohonneet rasva- ja kolesteroliarvot. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.) Riskikäyttöä on siis edellä mainittujen riskirajojen ylittäminen satunnaisesti. Rajojen toistuva ja haittoja aiheuttava ylittäminen on ongelmakäyttöä. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 386.)

Kehittämistyön tavoitteena on

1. parantaa päihdeasiakkaan selviytymistä omassa elämässään ja päihdehoitotyön piirissä
2. selkiyttää päihdehuollon toimintamallia ja eri ammattiryhmien työtä
3. luoda toimiva hoitopolku, josta hyötyvät sekä asiakkaat että henkilökunta
4. turvata asiakkaan toimiva, asiakaslähtöinen hoito jo ongelmien synnyn varhaisvaiheessa

5 KEHITTÄMISTYÖ HOITOPOLUN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ

Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan toimintaa, jossa käytetään järjestelmällistä toimintaa tiedon lisäämiseksi ja sitä kautta uusien sovellusten

löytämiseksi. Toiminnan tavoitteena tulee olla uuden luominen. Kehittämistyö lokeroituu juuri tämän kaltaiseksi toiminnaksi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 18.) Tässä työssä kehittämistoiminta on teoretiedosta ja asiantuntija-haastatteluista noussutta tietoa, ja sitä kautta hoitopolun luomista.

Kehittämistyön perustana olemme käyttäneet seuraavaa määritelmää:

Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai – menetelmiä. Kehittämistyö-käsitteen synonyyminä voidaan pitää kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminta tähtää uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien tai järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. (Heikkilä ym. 2008, 21.)

Kehittämisen myötä syntyneellä ja jo olemassa olevalla tiedolla on kehittämissä suuri merkitys, mutta keskeinen merkitys on myös henkilöstön työkokemuksen ja kehittämistoiminnan mukana kulkevalla kokemusasiantuntijuudella. Siksi terveydenhuollon kehittämistoiminta onkin monesti luonteeltaan kokemuksellista. (Heikkilä ym. 2008, 55.) Tämä on huomioitu tässä työssä haastatteleamalla A-klinikan palveluesimiestä päihdetyön asiantuntijana.

Kaikki työntekijät ja organisaatiot tarvitsevat mahdollisuuksia ja valmiuksia kehittymiseen, ja varsinkin terveydenhuolto on toimialue, joka on tältä osin suurien haasteiden keskellä. Terveydenhuollon organisaatiot muuttuvat luonnollisesti muun yhteiskunnassa tapahtuvan kehityksen mukana. Terveydenhuollon kehittämishankkeiden yhtenä tavoitteena toimiikin usein organisaation oppiminen ja henkilöstön osaamisen parantaminen. Muutoksien yhteydessä koulutautumistarpeet nousevat esiin, ja korostuvat entisestään, kun työtehtävissä ja toimintatavoissa tapahtuu muutosta. Tämä tulee luonnollisesti esille juuri silloin, kun hoitoa halutaan kehittää. (Heikkilä ym. 2008, 36–42.)

Valtioneuvoston ammattikorkeakouluasetuksessa määritellään opinnäytetyön tavoitteeksi sekä kehittää että osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan oman tutkintoalansa käytännön asiantuntijatehtävissä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/ 351). Heikkilän ym. mukaan opinnäytetyö on lisäksi keskeisessä asemassa opiskelijan ajattelu-, pe-

rustelu- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittämisessä. Tähän haasteeseen kehittämistoiminta vastaa, sillä kriittistä ajattelua voidaan pitää kehittämistoiminnan ydinosana. (Heikkilä ym. 2008, 36, 42).

Oman ammattitaidon ja omassa työyhteisössä tehtävän hoitotyön laadun kehittäminen yhdessä kollegoiden kanssa nimetään sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan perusvelvollisuuksiksi (Sairaanhoitajaliitto 2014). Tästä syystä kehittämistoiminnan voidaan katsoa olevan merkittävä sairaanhoitajan asiantuntijatehtävä, johon on siten perusteltua perehtyä opinnäytetyön avulla.

5.1 Kehittämistyön vaiheet

Heikkilä ym. jakavat kirjassaan kehittämishankkeen seitsemään eri vaiheeseen. Vaiheisiin kuuluvat ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteuttamisvaihe, päättämisen sisältäen tulosten esittämisen, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. (Heikkilä ym. 2008, 58.)

Ideointi- ja esisuunnitteluvaiheeseen tässä opinnäytetyöprosessissa kuuluivat aiheen valinta sekä ohjaavan opettajan ja työelämän edustajien tapaamiset, joiden perusteella aiheita rajattiin ja kohderyhmä määriteltiin. Ensimmäinen työelämän tapaaminen oli 23.11.15. Tällöin haastateltiin Anne Pasia ja Hanna Arholahtea päihdeverkkopalaverin päätyttyä. Ideointi- ja esisuunnitteluvaiheen vaiheen päätti opinnäytetyön ideaseminaari.

Suunnitteluvaiheessa teoriapohja kirjoitettiin lähes valmiiksi ja teemahaastattelua sovittiin käytettävän tutkimuksellisenä interventioina työelämästä nousevien ideoiden ja kehittämiskohteiden löytämiseksi. Teemahaastattelun valittiin tutkimukselliseksi interventioksi, sillä muista haastattelutyypeistä poiketen sen avulla selvitetään tutkittavan ilmiön perusolemusta, eikä niinkään pyritä todistamaan oikeaksi etukäteisoletuksia asiain tilasta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66). Siten teemahaastattelu tarjoaa keinon muodostaa asiantuntijatieton perustuvan käsityksen Haminan tämänhetkisestä päihdetilanteesta sekä päihdepalveluiden kehittämistarpeista hoitopolun kehittämisen raaka-aineeksi.

Työelämän edustajia tavattiin toisen kerran 18.1.16 päihdeverkkopalaverissa. Kolmas tapaaminen oli 22.4.16, jolloin paikalla olivat Emmi Suomalainen ja Anne Pasi. Tapaamisen syynä oli opinnäytetyön sopimuksen allekirjoittaminen. Tuolloin puhuttiin myös Oma Kanta-palvelusta, jonka käyttö asiakkaiden keskuudessa olisi huomioitava ja johon valmis hoitopolku voisi tulla näkyviin. Pasi muistutti myös työterveyden merkityksestä työikäisten terveystalveluiden ensimmäisenä lenkkinä. Hän ehdotti lisäksi, että hoitopolku voisi olla prosessi-kaavio. Suunnitteluvaiheessa osallistuttiin myös 9.5.16 Haminan kaupungin päihdeverkkopalaveriin, jossa työn sisältöä avattiin päihdetyön toimijoille. Se oli neljäs tapaaminen työelämän kanssa. Suunnitteluvaiheeseen sisältyi lisäksi yksi opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ohjausaika 20.5.16. Vaiheen päätti opinnäytetyön suunnitelmaseminaari 25.5.16.

Käynnistysvaiheeseen voidaan puolestaan katsoa kuuluviksi teemahaastattelun suunnittelu ja teoriapohjasta nousevien haastatteluteemojen kokoaminen teemahaastattelurungoksi. Siihen sisältyivät myös haastatteluajankohdan sopiminen A-klinikan edustajan kanssa sekä ohjaavan opettajan tapaaminen 7.9.2016.

Toteuttamisvaiheessa toteutettiin haastattelu 3.10.2016 Haminan A-klinikalla ja tulokset tulkittiin. Teemahaastatteluprosessi suunnittelusta analyysiin on avattu luvussa 12 Päihdeasiantuntijan haastattelu hoitopolun kehittämisessä ja sen alaotsakkeissa. Toteutusvaiheeseen kuului lisäksi hoitopolun laadinta haastattelun ja teoriapohjan perusteella, mikä vaati myös työelämän edustajien tapaamisen 28.10.2016. Tässä tapaamisessa työelämän edustajat mainitsivat, että Mietippä-hanke, jonka osaksi hoitopolkua kehitetään, jatkuu edellisenlaisena vuodelle 2018. Tämän tiedon myötä työelämän toivoma hoitopolun valmistumisaika muuttui ja hoitopolku valmistui työelämän käyttöön tammi-kuussa 2017 kuten myös koko opinnäytetyö.

Päätämisyvaiheessa hoitopolkua arvioitiin toimivuuden näkökulmasta, ja arvioinnin kohteena oli myös itse opinnäytetyöprosessi, erityisesti eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmasta. Samassa yhteydessä pohdittiin lisäksi kehittämistyöprosessin aikana esiin nousseita jatkokehitysideoita, jotka on esitetty kappaleessa 15. Kehitysehdotuksia. Myös työelämän edustajaa tavattiin 19.12.2016, jolloin hoitopolkukaavion rakenne sai lopullisen hyväksyntänsä

työelämältä. 9.1.2017 ohjaavan opettajan kanssa käydyssä keskustelussa tulleen parantamisehdotuksen myötä työhön tehtiin vielä hoitotyön prosessimallia tukeva muutos. Sen perusteella hoitopolku tehtiin kaksiosaiseksi. Toiseksi osaksi muodostui siis työelämän toiveita mukailevan yhteystietokaavion tueksi luotu hoitotyön prosessikaavio, jossa on esitetty hoidon tarpeen arvioinnin, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen sekä hoidon arvioinnin ydinasiat. Päätämismuutoksen sinetöi opinnäytetyön päättöseminaari 24.1.2017, jossa kehittämistyön tulokset esiteltiin julkisesti.

Käyttöönotto- ja seurantavaihe jää Haminan kaupungin päihdetyöntekijöiden vastuulle. Hoitopolkukaavio lähetettiin työelämän käyttöön siinä muodossa, että sitä voidaan päivittää esiin tulevien tarpeiden ja muutosten mukaisesti.

Kuvassa 1 yllä kuvatut kehittämistyön vaiheet on tiivistetty kolmeen pääkohtaan prosessin etenemisen selkiyttämiseksi.



Kuva 1. Kehittämistyön vaiheet

5.2 Tiedonhaun kuvaus

Aineistona kehittämistehtävässä on käytetty tutkimuksia ja aiheeseen liittyvää kirjallisuutta sekä muita julkaisuja. Kirjallisen aineiston pohjalta on laadittu ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön teoreettinen viitekehys, jota on täydennetty teemahaastattelun avulla.

Tieteellisten lähteiden haussa käytettiin tietokantoina Melindaa ja Mediciä. Melindasta löytyy yliopistojen opinnäytteitä. Melindassa saatiin hyvä tuloksia käyttämällä hakusanoja ehkä päihde?, päihde, hoito* päi*, muutos* päihde*, päihde* kun*, alkoh* ja huum*. Medicissä on terveys- ja hoitoalan, sosiaalialan ja lääketieteen aineistoja. Medicissä hakusanalla hoitoketju löytyi laadukkaita tutkimuksia. Tämän lisäksi lähteitä haettiin myös manuaalista tiedonhakua

hyödyntäen koulun kirjastossa. Sieltä löytyi esimerkiksi Partasen ym. kirjoittama kirja Päihdehoitotyö, jossa pätevän teorian tiedon lisäksi aiheeseen liittyviä tutkimuksia oli luetteloitu.

Lähteiden sisäänottokriteereinä olivat aineiston ilmaisuus, saatavuus Kymenlaakson alueelta tai internetistä ja ajankohtaisuus. Lähteiden tuli olla tuoreita, eli mielellään alle 5 vuotta sitten julkaistuja. Myös tätä vanhempia julkaisuja on kuitenkin käytetty, jos niiden sisältämä tieto on arvioitu olevan edelleen ajankohtaista. Esimerkiksi käsitteiden määrittelyssä on hyödynnetty vanhojakin lähteitä, sillä terminologia ei muutu siinä missä tutkimustieto vanhenee. Siksi yli 10 vuotta vanhaa tutkimustietoa ei ole käytetty.

6 HOITOPOLUN MÄÄRITTELYÄ

Yleisesti hoitopolulla tarkoitetaan dokumenttia tai kaaviota, jonkinlaista kirjallista tuotosta, jossa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon prosessi. Se sisältää näyttöön perustuvia, potilaskeskeisiä ja paikallisesti hyväksytyjä toimintaohjeita. (Davis 2005.) Anne Pasiin mukaan Haminan kaupungissa kaivataan hoitopolkua, jossa tulisi ilmi lähinnä yhteystietoja, eli nimiä ja puhelinnumeroita, selkiyttämään kehen heidän tulisi hoitajana ottaa yhteyttä asiakkaan tilanteesta. Pasi ja Arholahti kuvaavat hoitopolun tarvetta sellaisena, että palvelut kaupungista kyllä löytyvät, mutta niitä tarvittaessa on epäselvää, kehen ottaa yhteyttä. Heidän mukaansa ennaltaehkäisevän hoitopolun kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä tällä hetkellä sellaista ei ole lainkaan olemassa Haminan kaupungilla ja ihmiset pääsevät hoitoon vasta sitten, kun päihdeongelma on jo vakava. Erityishuolenaiheenaan Pasi mainitsee ikäihmiset, joiden keskuudessa alkoholin liikakäyttö on kasvava ongelma ja kotihoidossa joudutaan jatkuvasti tekemisiin alkoholin vaikutuksen alaisten huonokuntoisten vanhusten kanssa. Tulevaisuuden ongelmaksi hän puolestaan nimeää mm. ”pu-naviinisukupolven”, joka vanhetessaan voi muodostaa haasteellisen asiakasryhmän terveydenhuollolle. (Arholahti & Pasi 2015.)

Kehitetty hoitopolku tulee mahdollisesti tulevaisuudessa esille Haminan kaupungin Intranet-palveluun, josta siihen voivat tutustua kaikki Haminan kaupungin työntekijät. Lisäksi suunnitelmissa olisi saada hoitopolku osaksi Efficapuuta, jolloin myös Haminalaisten keskuudessa paljon käytetty Carea pystyisi

hyödyntämään hoitopolkua. (Arholahi & Pasi 2015.) 22.4.16 Anne Pasiin kanssa käydyssä keskustelussa ilmeni, että mahdollisena suunnitelmana olisi lisätä hoitopolku myös Oma Kanta-palveluun, josta se olisi jokaisen terveyspalveluita käyttävän löydettävissä.

Lähtökohtana hoitopolun rakentamiselle on käytetty hoitotyön prosessimallia. Sen mukaan hoitotyön päätöksenteko ja siten myös hoitotyön prosessi muodostuvat hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta ja hoidon arvioinnista. (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 46 – 47.)

7 PÄIHDETYÖ OSANA YHTEISKUNTAPOLITIIKAA

Suomalaista päihdetyötä ohjaavat maailmanlaajuiset säädökset ja tavoitteet. Siksi päihdehoitotyön toteutuksessa huomioitava seikka on WHO:n vuosiksi 2013–2020 julkaisema kansantautien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelma. Siinä pyritään 25 % vähennykseen kaikissa kansantautien aiheuttamissa ennenaikaisissa kuolemissa. Näiden riskitekijänä ovat päihteeet. Siksi toimintaohjelmassa on kirjattu tavoitteeksi haitallisen alkoholin käytön väheneminen kymmenellä prosentilla vuoteen 2025 mennessä. Suomalaisella päihdetyöllä pyritään näihin maailmanlaajuisiin tulostavoitteisiin ja sen onnistuminen edellyttää esimerkiksi riskitekijöiden tunnistamista ja hoidon paranemista. (Partanen ym. 2015, 496.)

7.1 Lainsäädännöllinen perusta

Ehkäisevä päihdehoitotyö kuuluu lain mukaan kunnille, ja sitä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa, oppilaitoksissa, seurakunnissa ja järjestöissä. Myös THL toimii päihdetyön laadun ja tarjonnan kehittäjänä. Oleellista on eri tahojen moniammatillinen yhteistyö. Nykyisen hallituskauden tavoitteena on lisätä nuorten osallistumista päihdetyön päätöksentekoon ja toteutukseen, selkeyttää ehkäisevän työn työnjakoa ja rakenteita, tukea päihdetyötä kouluissa ja oppilaitoksissa, tiivistää viranomaistahojen yhteistyötä, puuttua nuorten ongelmiin varhain ja lisätä syyttäjävetoisia puhutte-

luja alaikäisten keskuudessa. Ehkäisevää päihdetyötä toteuttavat myös poliittiset ohjelmat, kuten Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Kaste ja Lanuke, sekä poliitikkoja ohjaavat laatusuositukset (Varjonen 2015, 20–21, 39).

Uusi laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä on hyväksytty keväällä 2015 ja se astui voimaan 1.12.2015. Alkoholin lisäksi laki koskettaa huumeita, tupakkaa ja rahapelejä. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2015c.) Varjosen mukaan lainsäädännöllisesti päihteiden käyttöä ohjaavat myös raittiustyölaki ja päihdehuoltolaki. Raittiustyölain tarkoituksena on kansalaisten totuttaminen terveelliseen elämään ja elämäntapoihin sekä heidän ohjaaminen oikeanlaiseen päihdekäyttämiseen ja tupakan välttämiseen. Kunnissa tulee olla raittiustyöstä vastaava toimielin, joka on yhteistyössä koulujen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa. Päihdehuoltolaki on perustettu ehkäisemään ja vähentämään päihteidenkäyttöä ja siihen liittyviä haittoja. Sen tulisi myös edistää päihteidenkäyttäjien ja heidän lähipiirin toimintakykyisyyttä sekä turvallisuutta. (Varjonen 2015, 14–16.)

Huumausainepolitiikka perustuu lainsäädäntöön, kansainvälisiin sopimuksiin sekä yleisiin yhteiskunnallisiin toimiin. Näistä jokainen pyrkii vähentämään huumausaineiden kysyntää, tarjontaa ja haittoja sekä auttamaan käyttäjä mahdollisimman varhain hoitoon ja saamaan rikoksia tehneet vastuuseen teoistaan. Toiminta edellyttää laajaa viranomaisten yhteistyötä. Huumausaineiden käytön ja haittojen vähentämisessä toiminta jaotellaan ehkäiseväksi työksi, varhaiseksi puuttumiseksi, rikollisuuden torjunnaksi sekä haittojen ehkäisyksi ja hoidoksi. Siihen liittyvät myös EU:n huumausainepolitiikka, kansainvälinen yhteistyö sekä huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimukset. (Huumausainerikostorjunta. Poliisi.)

7.2 Päihteet yhteiskunnallisena ongelmana Suomessa

Suomessa tyypillistä on humalahakuinen juominen ja väkeviä alkoholijuomia kuluu enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Alkoholinkulutusta seuraavissa tilastoissa vuonna 2011 vain Tanska on luettu Suomea enemmän alkoholia käyttäväksi maaksi muissa Pohjoismaissa käytön ollessa vähäisempää. Alkoholista aiheutuvia haittoja todetaan kuitenkin olevan Pohjoismaista eniten Suomessa. Vuonna 2011 alkoholin tilastoitu kulutus Suomessa oli 9,8 litraa

sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Tanskassa luku oli 10,6 litraa ja muissa Pohjoismaissa 6,6–7,3 litraa. Kokonaiskulutuksen (tilastoitu ja tilastoimaton) arvioidaan nousseen Suomessa 12,1 litraan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Alkoholin suurkuluttajia on laskettu olevan Suomessa 300 000 – 500 000 ja heistä noin kolmanneksen on arvioitu olevan alkoholiriippuvaisia. Suurkuluttajista 80–90 % on miehiä. Työikäisistä miehistä siis arviolta 20 % on alkoholin suurkuluttajia. (Poikolainen 2009.) Huttusen mukaan suurkuluttajista noin 30 % on alkoholiriippuvaisia. Suurkuluttajista poiketen riippuvainen ei ole kykenevä hallitsemaan alkoholinkäyttöään ja hän kärsii vieroitusoireista. On tutkittu, että 10 % väestöstä juo noin 50 % kaikesta maassamme kulutetusta alkoholista. (Huttunen 2012.)

Peruskouluikäisistä 9 % kertoo kokeilleensa laittomia huumeita. Ammatillisten oppilaitoksien opiskelijoilla sama luku oli 21 %. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Myös huumausainerikosten määrä on kasvussa, ja vuosittain Suomessa kirjataan yli 20 000 huumausainerikosta. Huumausainerikosten yhteydessä havaitaan usein myös henkilöihin ja omaisuuteen liittyvää rikollisuutta. (Huumausainerikostorjunta. Poliisi.)

Hirschovits-Gerzin tekemän tutkimuksen mukaan suomalaiset pitävät huumeriippuvuutta vaikeimpana riippuvuuden muotona. Yhteiskunnan kannalta tuhoisimpana päihteenä nähtiin alkoholi. Tutkimuksessa selvisi myös, että kansainvälisessä vertailussa suomalaiset uskoivat muita maita enemmän pääsevänsä eroon alkoholista omin voimin. Kuitenkin riippuvuuden syntyessä hoidosta koettiin olevan apua. Alkoholiriippuvuusriski nähtiin pienenä, mutta se nähtiin silti suurena yhteiskunnallisena ongelmana. (Hirschovits-Gerz 2014, 5 - 6.)

Vastaaviin tuloksiin päädytään myös Nyysösen tekemässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin päihteidenkäyttäjien kantaa päihderiippuvuuden luonteesta. Käyttäjät itse pitivät alkoholiongelmia yhteiskunnallisesti vakavimpina ongelmina. Huumausaineet hasista lukuun ottamatta määriteltiin väkivaltarikosten kanssa ongelmista toiseksi vakavimmiksi. (Nyysönen 2008, 2.)

Suomalaisten päihteidenkäyttötavat jakautuvat yhä enemmän täydeksi raittiudeksi ja liikkäilyksi. Tämä lisää riskiä siihen, että päihdeongelmaisiin suhtautuminen muuttuu entistä brutaalimmaksi, eikä heidän hoitonsa kustantamiseen

löydy enää halukkuutta. Nykyään päihteisiin suhtautumisessa esiintyy kaksijakoisia piirteitä: niin ihannointia kuin jyrkkää torjumistakin. Päihteen muututtua ongelmaksi alkaa paheksunta, muulla käytöllä voidaan vielä rehvastella. Suomalaisessa kulttuurissa humaltumisen tavoittelu on hyväksyttävä, kuten on myös humalainen sekoilu. Alkoholinkäyttö nähdään myös pienenä ongelmana huumeiden käyttöön verrattaessa. Huumausaineiden käyttöä pidetään kielteisenä asiana: se yhdistetään alakulttuuriin sekä rikollisuuteen ja se mielletään haitalliseksi toiminnaksi. Nuorten piirissä ilmiö nähdään lievempänä. Kaikkiaan suomalaisten vastustava asenne huumausaineita kohtaan on kuitenkin lieventynyt aikojen saatossa. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 93–95.)

7.2.1 Terveysongelmat

Runsas päihteiden käyttö tuo mukanaan monenlaisia, vakavia terveysongelmia, ja tämä pätee jokaiseen päihteeseen. Käyttö aiheuttaa myös vakavaa sosiaalista haittaa, rappeutumista ja henkistä pahoinvointia. Ympärillä olevat läheiset kärsivät käyttäjän itsensä lisäksi. (Huttunen 2012.)

Kaikki päihteet aiheuttavat muutoksia aivojen toiminnassa. Asiakkaita kohdattaessa tulee muistaa mahdollinen päihteidenkäytön osuus käytöshäiriöille, mahdolliselle työ- tai opiskelusuoritukselle sekä monille somaattisille sairauksille. (Huttunen 2014.)

Jo pelkällä alkoholin käytöllä on yhteys ainakin 60 eri sairauteen, ja pääosa niistä on seurausta pitkäaikaiselle ja runsaalle käytölle. Haittojen määrä on kasvanut rinta rinnan päihteiden kulutuksen nousun kanssa, ja päihdehaittatilastot ovat olleet suurimmillaan 2007–2008. (Huttunen 2012.)

Alkoholisairauksiin luetaan sairaudet, joiden tärkein aiheuttaja on alkoholi. Tällaisia ovat esimerkiksi alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit, haimatulehdus ja alkoholista johtuvat maksasairaudet. Myös neurologisia ja psykiatrisia sairauksia, syöpää, verisairauksia, hormoni- ja ravitsemushäiriöitä, sydänlihaksen rappeutumista, rytmihäiriöitä ja korkeaa verenpainetta edeltää usein runsas alkoholinkäyttö. Raskauden aikana alkoholin nauttiminen on riski sikiövaurioille. Alkoholiriippuvaisilla esiintyy paljon psyykkisiä ja neurologisia häiriöitä. Epilepsiariski on kymmenkertainen ja aivovammat ovat kolme kertaa

yleisimpiä verrattuna muuhun väestöön. Yleisiä ovat myös muistihäiriöt, tylsistyminen, pikkuaivojen surkastuminen, ääreishermoston sairaudet, masennus, ahdistus, obesiiteetti, sydän- ja verisuonisairaudet sekä unihäiriöt. Myös itsemurhariski on suurentunut alkoholiriippuvaisilla. (Huttunen 2012.)

Akuutisti alkoholi aiheuttaa muistin heikentymistä käyttöaikana sekä vaikuttaa muun muassa hengityskeskukseen aiheuttamalla hengityksensäätelyn muutoksia, ja jopa lamaantumisen. Alkoholi on myrkyllinen aine, ja alkoholimyrkytys on näin mahdollinen. Rungas kertajuominen aiheuttaa usein oksentelua, kuivumista, tajunnantason laskua, hengitysvaikeuksia ja deliriumin eli alkoholista johtuvan voimakkaan sekavuustilan. Siihen voi liittyä kouristuksia, vapinaa, autonomisen hermoston ylivireyttä, aistiharhoja, uni- ja valverytmin ongelmia, keskittymishäiriöitä, orientaatio-ongelmia, ajatushäiriöitä ja jopa kuolema. Raju alkoholinkäyttö rappeuttaa aivoja ja muita sisäelimiä. Akuutit haimatulehdukset ovat esimerkiksi hyvin usein seurausta alkoholinkäytölle. Delirium tremens eli juoppohulluus, hengenvaarallinen sekavuustila, yhdistetään usein voimakkaan juomisen lopettamiseen tai vähentämiseen. (Päihdelinkki 2016.)

Varsinaisten sairauksien lisäksi päihteet lisäävät tapaturma-alttiutta huomattavasti. Esimerkiksi alkoholi on mukana monissa hukkumisissa, liikenneonnettomuuksissa, putoamisissa, kaatumisissa, väkivaltatapauksissa sekä palo- ja paleltumavammoissa. (Huttunen 2012.)

Alkoholikuolemat ovat vuosikymmenten saatossa yleistyneet ja vuonna 2013 tilastoitiin 1926 alkoholiperäisten tautien ja alkoholimyrkytysten aiheuttamaa kuolemaa. Kuolemat ovat kuitenkin vähentyneet sitten vuosien 2005–2009. Myös alkoholin kulutus on vähentynyt näistä vuosista. (Poikolainen 2009.) Jos tapaukset, joissa kuolemaan myötävaikuttavaksi tekijäksi voidaan laskea alkoholi, lasketaan mukaan tilastoon, niin 2010-luvun alkuvuosina alkoholikuolemia olisi ollut ainakin 4 % kaikista kuolemista (Huttunen 2012).

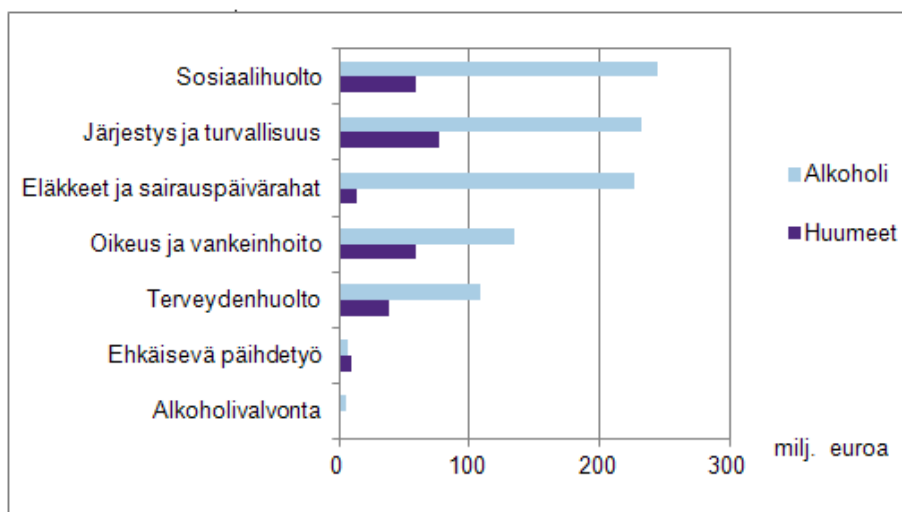
Myös huumekuolemien osuus on kasvanut. Vuonna 2011 huumeiden vuoksi kuolleita tilastoitiin 197 henkilöä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.)

Huumausaine-käsitteen monimuotoisuuden vuoksi myös niiden haitat ovat hyvin yksilöllisiä ja eriäviä. Siitä syystä huumausaineiden ja yleisimmin väärinkäytettyjen lääkkeiden yksilöllisiä haittoja on kuvattu työssä myöhemmin liitteenä olevassa taulukossa (Liite 1).

7.2.2 Kustannukset

Kaikista päihteistä koituu monenlaisia vakavia haittoja, kuten fyysisiä sairauksia, henkistä pahoinvointia ja rappeutumista sekä mahdollisesti enneaikainen kuolema. Haitat kohdistuvat paitsi lähipiiriin ja niin myös laajasti koko yhteiskuntaan, joten päihdehaittojen yhteiskunnalliset kustannukset ovat erittäin suuret. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015j.) Vuoden 2010 tilaston mukaan alkoholin aiheuttamat haitat maksoivat julkiselle sektorille noin 0,9 – 1,1 miljardia euroa. Vastaavasti huumeiden aiheuttamat haitat aiheuttivat 229–284 miljoonan euron kustannukset. Kuitenkin vuosien 2006–2010 välillä alkoholihaittakustannuksien voidaan todeta vähentyneen 2 %, kun taas huumehaittakustannusten voidaan todeta kasvaneen näinä vuosina 8 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015f.)

Alkoholi muodostaa suuren taakan sosiaali- ja terveystaloudelle. Vuonna 2010 terveydenhuollon vuodeosastoilla on tilastoitu lähes 23 000 hoitojaksoa, joissa hoidon syynä oli alkoholin aiheuttama sairaus. (Huttunen 2012.)



Kuva 2. Julkiset alkoholi- ja huumehaittakustannukset (keskiarvot) pääryhmittäin 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015f)

7.3 Päihdehoitojärjestelmä

Lain mukaan päihdeasiakkaan hoidossa on tärkeää asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu, joka johtaa osaltaan mahdollisuuteen onnistua kokonaiskuntoutuksessa. Päihdehoidon tavoitteena on sekä päihteidenkäyttäjän että hänen läheistensä elämänlaadun paraneminen, ja tähän ei pystytä ilman kokonaiskuntoutusta. Asiakkaita pyritään siis auttamaan hyvin monilla eri osa-alueilla. Näitä ovat päihteidenkäytön ongelmien lisäksi toimeentulon turvaaminen, asumisen turvaaminen ja työhön liittyvät seikat. Näiden kaikkien toteuttamiseksi päihdeasiakas käyttää sosiaali- ja terveystalvveluja, sekä erityisesti päihdeasiakkaille suunnattuja palveluja, joiden järjestäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Avohoidon kattavat palvelut tulee turvata ensisijaisesti, ja tärkeintä on taata asiakkaan sekä hänen läheistensä etu. Hoitoon pääsyn tulee olla matalakynnyksistä, jotta asiakas voi hakeutua hoitoon omaehtoisesti. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Päihdeongelmaisten käyttämiä sosiaali- ja terveystalvveluita ovat esimerkiksi sairaalat, terveyskeskusten vuodeosastot, psykiatriset sairaalat sekä sosiaalitoimistot, perusterveydenhuollon palvelut ja psykiatrinen avohoito. Näiden palveluiden tehtävä on päihteidenkäytön ongelmien ehkäisy ja tunnistaminen sekä ihmisen perusturvan takaaminen. Tätä kautta asiakas ohjataan päihdehoidon palveluiden pariin. Käyttäjien ensimmäiset hoitokontaktit tapahtuvat usein terveydenhuollon tai sosiaalitoimen kautta, jolloin aletaan toteuttaa päihdeneuvontaa, ohjausta ja terveystalvveluista normaalinkin vastaanottotoiminnan yhteydessä. (Kunnat.net 2011.)

Spesifisesti päihdeongelmaisille tarkoitettuja palveluita tarjotaan sekä laitostettuna avohoidossa. Laitoshoidon tarjoavat kuntoutus- ja katkaisuhoidolaitokset sekä laitosmuotoiset asumispalvelut. Avohoitopalveluita tarjoavat A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset, mielenterveystoimistot, poliklinikat ja tuettua asumista järjestävät organisaatiot. Sosiaalitoimisto auttaa ja ohjaa asumisessa, toimeentulossa, maksusitoumuksissa, kotipalvelun hankinnassa ja lastensuojelun tuen saamisessa. (Kunnat.net 2011.)

Vaikeat ongelmat ja syrjäytymiskierteet ovat yleinen ongelma. On huomattu, että julkisella sektorilla voi olla vaikeuksia vastata näihin ongelmiin. Palvelut

tuntuvat pirstaleisilta ja tukitoimenpiteiden sekä toimeentulon etuuksien yhteen sovittaminen on vaikeaa. Kokonaisvaltaiselle työskentelylle, jota päihdeasiakkaiden moniongelmaisuus edellyttää, ei välttämättä ole toteutusedellytyksiä yksilöllisyyden kehnon huomioimismahdollisuuden vuoksi. Myös päihdeidenkäyttäjän mahdollinen varattomuus vaikuttaa hoitoon pääsyyn ja voi olla, että somaattisia ja psyykkisiä vaivoja jää hoitamatta. (Murto 2006, 135–143.)

7.4 Ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö

Ehkäisevällä päihdehoitotyöllä tarkoitetaan päihteistä johtuvien haittojen vähentämistä ja ennaltaehkäisyä. Ennaltaehkäisevä työ pyrkii vähentämään päihdeiden saatavuutta, tarjontaa ja kysyntää, ja samalla vaikuttamaan päihdehaittojen pienentymiseen, terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin sekä turvallisuuteen. Ehkäisevä päihdehoitotyö vaikuttaa siis päihteisiin liittyviin asenteisiin, kulttuuriin, oikeuksiin ja tietoihin, päihdeiden aiheuttamilta haitoilta suojaamiseen ja päihdeidenkäytön riskitekijöihin sekä päihdeiden käyttötappoihin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.) Ehkäisevä päihdetyö voidaan nähdä jatkumona, johon sisältyy ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito (Varjonen 2015, 39).

Haastattelussa Ruusu määritteli ennaltaehkäisevän päihdetyön sen tasojen kautta. Tasoja ovat primaari-, sekundaari- ja tertiaaritaso. Primaaritasolla varsinaista ongelmaa ei välttämättä ole vielä ja ennaltaehkäisy voidaan nähdä enemmänkin ”kansanterveystyönä”. Seuraavassa eli sekundaarisessa vaiheessa ongelma on jo olemassa, mutta ennaltaehkäisytyönä sen tuomat muut riskit pyritään minimoimaan, eli pyritään estämään sairauden etenemistä ja syntymistä joko poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Tertiaaritasolla on olemassa jo sairaus tai riippuvuus. Silloin ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan jo puhjenneen sairauden negatiivisten vaikutusten estämistä ja olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemisen ehkäisemistä. (Ruusu 2016.)

Ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön tavoite on luoda ja kasvattaa järkeviä päätöksiä tekeviä, valvettuneita ja valistuneita, itsenäisiä ja omista oikeuksistaan tietoisia ihmisiä ja yksilöitä, jotka näillä avuilla kykenevät tekemään itse-

näisesti järkeviä päätöksiä päihteiden käytön ja niihin asennoitumisen suhteen. Ihmisiä pyritään siis tiedottamaan päihteiden käytön riskeistä ja seurauksista, jonka jälkeen he voivat itse muodostaa mielipiteen ja päättää omasta päihteiden käytöstä ja suhtautumisesta päihteisiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015j.)

Kaikkien päihteiden välttäminen on kaikista parasta ehkäisyä ongelmakäytölle. Käyttö voi olla laitonta ja aiheuttaa monia fyysisiä ja sosiaalisia, vaikeita ongelmia. Jos päihteitä kuitenkin käyttää, niin tärkeää on välttää säännöllistä ja jatkuvaa käyttöä, sillä tämän kaltainen käyttö on suuri riski riippuvuudelle. Riippuvuus aiheuttaa käyttäjälle lopetuksen jälkeisiä vieroitusoireita, heikentää kokonaisvaltaisesti terveyttä sekä elämänlaatua ja kasvattaa toleranssin. Riippuvainen pyrkii varmistamaan aineen jatkuvan saatavuuden ja käyttö on pakonomaista, henkilön omasta tahdosta riippumatonta. Näin päihde muodostaa henkilön elämän pääsisällön. (Huttunen 2014.)

7.4.1 Toteuttaminen

Päihdetyössä on sekä ehkäisevä että korjaava muoto. Ehkäisevässä muodossa pyritään pitämään tilanteet sellaisina, ettei korjaavaan muotoon tarvitsisi enää ryhtyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015e.)

Päihdekulttuurin muokkaamiseksi voidaan käyttää useita erilaisia toimia. Sisäinen vaikuttaminen on näistä ehkä tärkein, sillä se pureutuu suoraan ihmisen omaan tahtoon ja tähtää siihen, että jo kasvatusvaiheessa vaikutetaan ihmiseen niin, että hän osaa tehdä järkeviä päätöksiä päihteisiin liittyen. Tällä tarkoitetaan muun muassa faktatietoon perustuvaa kasvatusta, jolla tavoitellaan ihmisen sisäisen kontrollin, asenteen ja tahdon kehittymistä. Tällainen vaikuttaminen syntyy omalla painollaan kasvatuksen ja kasvun sekä tiedon lisääntymisen myötä eikä siis tarkoita nimenomaista valistamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015j.)

Sisäisen vaikuttamisen lisäksi ulkoinen vaikuttaminen on tarvittava keino kulttuurin muokkaamiseksi. Ulkoisia keinoja ovat kaikki yhteiskunnalliset säätötoimet, joilla päihteiden tarjontaa ja saatavuutta rajoitetaan ja hallitaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015j.)

Myös valistusta voidaan käyttää keinona, ja se voi onnistuessaan paineen myötä muuttaa ihmisten asenteita ja käyttäytymistä. Tämän tavoitteena on siis saada ihminen pohtimaan omaa käyttäytymistään ja asennettaan päihteitä kohtaan. Valistusta ovat esimerkiksi kampanjat, keskustelut ja valistusiskut. Myös valistus on faktatietoon perustuvaa tiedon levittämistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015j.)

7.4.2 Toimijat

Tärkeimpiä säätelijöitä ennaltaehkäisevälle päihdetyölle ovat raittiustyölaki sekä päihdehuoltolaki (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015e). Laissa on säädetty, että valtiolla ja kunnilla on velvollisuus tarjota asiakkaiden käyttöön palveluita, jotka mahdollistavat ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön toteuttamisen. Koordinoinnista ja ohjauksesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö on hyvin pitkäjänteistä moniammatillista yhteistyötä, jota tekevät järjestöt, yritykset, viranomaiset ja yhteisöt. Myös yksilön omassa ympäristössään levittämän tiedon ja ennaltaehkäisyn voidaan laskea kuuluvan ehkäiseväksi päihdetyöksi. Tällaista työtä tehdään kuitenkin pääasiassa kouluissa, nuorisotoiminnassa, osana sosiaali- ja terveyspalveluja sekä muussa vapaa-ajan toiminnassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Toimijoita ovat siten kansa ja viranomaiset yhdessä. Ennaltaehkäisyn vaikuttavuus pyritään suuntaamaan ns. riskiryhmiin ja yksilöihin. Kuitenkin ehkäisevän päihdehoitotyön tavoite on tavoittaa suuria yleisöjä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015e.)

Ennaltaehkäisevää päihdetyötä toteutetaan jo kouluikäisille. Sen lisäksi, että kouluissa on päihdevalistusta, opetusta ja kasvatusta, koulun ehkäisevä päihdetyö pitää sisällään päihdepelissäännöt sekä hyvän yhteistyön kotiväkien kanssa. Terveellinen ja turvallinen oppimisympäristö, pärjäämisen ja opiskelun mielekkyyden varmistava oppimisen tuki, oppilashuollon ja terveydenhoidon ammattilaisen palvelut ja päihteidenkäyttöön puuttuminen oikealla tavalla, jos sellaista on havaittavissa, kuuluvat niin ikään kouluissa toteutettavaan ennal-

taehkäisevään päihdehoitotyöhön. Myös yhteistyö päihdepalvelujen ja ennaltaehkäisevän päihdetyön toimijoiden kanssa sekä vapaa-ajan toimintaan aktivoiminen ovat koulun tehtäviä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015i.) Päihdeopetus on kaikille oppilaille pakollista, mutta myös terveen kasvun ja kehityksen tukeminen on yhtä tärkeässä asemassa. Koulun tulisi olla turvallinen ja riskejä vähentävä ympäristö oppilaille. Tarvittaessa oppilaalla tulee olla mahdollisuus luottamukselliseen ohjaukseen ja apuun. (Varjonen 2015, 42.)

Korjaavan päihdetyön piiriin kuuluvat päihdehaittoihin ja päihteidenkäyttöön kohdistuvat palvelut. Näitä ovat erilaiset ongelmakäytön palvelut, riippuvuuden hoitopalvelut, päihdeongelman uusiutumisen ehkäisy, päihteistä aiheutuvien haittojen vähentäminen ja päihdeongelman pahenemisen ehkäisy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015e.)

7.5 Päihteidenkäyttäjät ensihoidossa

Valmistuminen ensihoidon koulutusohjelmasta perustelee ensihoitotyön osuuden teoriapohjassa. Ensihoidon kannalta päihdeongelmaiset tuottavatkin suuren haasteen, sillä noin 25 % ensihoidon potilaista on alkoholin vaikutuksen alaisena. Alkoholi suurentaa tapaturmariskiä ja väkivaltaisuutta. Ainakin puolet myrkytyspotilaista ovat humaltuneita. Sen sijaan huumausaineiden käyttäjät päätyvät ensihoidon piiriin joko suoraan huumausaineesta johtuvasta syystä, kuten psykoosin tai yliannostuksen vuoksi, tai sairauden, tapaturman tai esimerkiksi väkivallan vuoksi. Vieroitusoireet taas lisäävät kouristusriskiä ja rytmihäiriöiden ilmaantumista, ja vieroitusoireet voivat olla käyttäjälle jopa hengenvaarallisia. Myös monia alkoholin pitkäaikaiskäytöstä johtuvia akuutteja haittoja hoidetaan ensihoidossa. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2015, 663, 683.)

Yllä kuvattujen kaltaisia tuloksia päihtyneiden asiakkaiden ja ensihoidossa kohdattavan väkivallan yhteydestä saatiin ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa käsiteltiin väkivallan esiintymistä ruotsalaisessa ensihoitojärjestelmässä. Selvisi, että 66 % ambulanssihenkilökunnasta on kokenut työuransa aikana uhkaa tai väkivaltaa. Heistä 27 % oli kokenut uhkaa ja 16 % oli kohdannut tosiasiallista fyysistä väkivaltaa edeltäneen vuoden aikana. Nämä väkivaltatilanteet tapahtuivat suurimmaksi osaksi ensihoitotehtävillä, joissa ambulanssi oli

hälytetty myrkytyksen tai madaltuneen tajunnan tason vuoksi ja väkivallan tekijä oli tavallisimmin päihtynyt potilas itse. (Petzäll, Tällberg, Lundin & Suserud 2011.)

Akuuttihoidon yhteydessä ensihoitoa ohjataan arvioimaan päihtyneen potilaan päihdehuollon tarve ja tarvittaessa ohjaamaan palvelujen piiriin (Kuisma ym. 2015, 671). Tätä näkökulmaa tukee myös A-klinikalla toteutettu päihdetyön asiantuntijan teemahaastattelu, jossa Ruusu korostaa päihteidenkäytön puheeksi oton olevan aina kannattavaa – tilanteessa kuin tilanteessa – eli aina, kun huoli asiakkaasta herää (Ruusu 2016).

Sairaalan ulkopuolisten ensihoitoyksiköiden lisäksi sairaaloiden ensiapupoliklinikat ovat keskeisiä ensihoitaja-ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden työllistäjiä Suomessa. Päihtyneiden asiakkaiden kohtaaminen päivystyksissä on arkipäivää, mistä kertoo Heikkilän (2012, 2) tutkimustulos, jossa sairaalan ensiapuun hakeutuneista traumapotilaista lähes kolmasosa oli humalassa. Sitä tässäkin sairaalan sisään sijoittuvassa ensihoitajan työroolissa korostuu päihdetyön valmiuksien merkitys.

Lisäksi Heikkilän (2012, 2) tutkimuksessa selvisi, että lähes puolet kaatuneista ja myrkytyspotilaista sekä lähes jokainen pahoinpidelty asiakas oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Vastaavasti samassa tutkimuksessa erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvista potilaista 43 % oli päihtyneitä ja heidän määränsä painotui ilta- ja yöajalle.

8 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Päihteidenkäyttäjän neuvonnan ja hoitoon ohjauksen perusteena on asiantuntijalle annettu selkeä ja todenmukainen kuva siitä, mitä päihteitä henkilö on käyttänyt, kuinka paljon, millä tavalla, miten usein ja kuinka pitkään. On myös kartoitettava, millaisia riskejä hänelle koituu esimerkiksi elinympäristön tai perimän vuoksi. On huomioitava, että päihteiden käyttö voi olla jo kokeiluvaiheessa tai satunnaisessa käytössä itse käyttäjän tai hänen läheistensä hyvinvointia voimakkaastikin uhkaava tekijä, riippuen päihteidenkäytön laadusta ja käytettävästä aineesta. (Partanen ym. 2015, 240.)

Hoidon tarpeen määrittelyn tueksi on luotu erilaisia mittareita. Alkoholin käytön arviointiin tyypillisesti käytettävät testit ovat AUDIT, joka soveltuu riskikulutuksen tunnistamiseen, ja SADD-lomake, joka soveltuu alkoholiriippuvuuden arviointiin. Yli 65-vuotiaille on kehitetty myös alkoholimittari, joka antaa palautetta ikääntyneen alkoholinkäytöstä. Myös päihdelinkissä on saatavilla juomatapa-testi, josta palautteen saa henkilökohtaisesti. Huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytön luonteesta, siihen liittyvistä ongelmista ja niiden asteesta antaa tarkempaa kuvaa DAST-20-lomake, DUDIT-E-lomake ja DUDIT-lomake. Paradise24-testillä voidaan arvioida psykososiaalisia vaikeuksia. (Partanen ym. 2015, 241.)

8.1 Mini-interventio

Kun päihteidenkäyttäjää kohdataan terveystilanteissa, päihteidenkäyttöön puuttuminen ja hoitoon ohjaus ovat tarpeellisia ja kustannustehokkaita keinoja. Tällaisella toiminnalla voidaan ehkäistä päihdeongelman laajeneminen ja kehittyminen terveyttä vaarantavaksi. (Holmberg 2010, 9.) Päihteidenkäyttöä koskeva ohjaus ja neuvonta tulisi aina suhteuttaa tilannekohtaisesti ja yksilöllisesti siihen, millaisessa tilanteessa käyttäjä on päihteiden suhteen (Partanen ym. 2015, 242).

Päihteidenkäytön lyhytneuvonta eli mini-interventio on esimerkki ennaltaehkäisevästä työstä, jos asiakkaalla on tarve päihteidenkäytön vähentämiseen, mutta mainittavia haittoja ei ole vielä syntynyt. Lyhytneuvontaa voi toteuttaa monen asiakassuhteen yhteydessä, ja onkin huomioitavaa, että lukuisten psyykkisten, sosiaalisten ja fyysisten ongelmien takana voi olla päihteiden käyttöä. Tällaisessa tilanteessa on aika ottaa puheeksi asiakkaan päihdetaipeudet, tunnistaa riskikulutus ja antaa neuvoja hänelle kulutuksen vähentämiseksi. Käyttäjää muistutetaan vielä päihteiden haitoista ja pyritään motivoimaan oman käytöksen muuttamiseksi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015a.)

Mini-interventio on jaoteltu Partanen ym. kirjassa neljään vaiheeseen. Ensin riskikäyttö tulee tunnistaa ja tämän myötä käyttäjän tulisi tiedostaa kulutuksensa huomioiden sen riskit. Tätä vaihetta seuraa motivoiva neuvonta, jossa

käyttäjä saa tietoa, tiedostaa tilannettaan ja pohtii muutostarvettaan. Seuraavaksi muutosta aletaan suunnitella ja käyttäjä pohtii tahollaan tavoitteitaan ja keinojaan. Hän saa päättää toimintasuunnitelman ja saa ohjausta sekä tukea. Viimeinen vaihe on muutoksen tuki jossa käyttäjä toteuttaa laatimaansa suunnitelmaa, opettelee hallintaa ja tarvittaessa pystyy muuttamaan suunnitelmaansa, työntekijän tukemana. (Partanen ym. 2015, 252.)

Varhainen puuttuminen on tehokkainta, sillä silloin käyttäjällä on vielä hyvät mahdollisuudet muuttaa päihteidenkäyttötapojansa. Eri testejä (lisää kohdassa 8 Päihdepotilaan hoidon tarpeen määrittely) voidaan käyttää kartoituksen apuvälineenä. Tarvittaessa käyttäjälle annetaan hänen tilanteeseensa sopivaa palautetta ja osoitetaan luottamusta käyttäjän kykyyn muuttaa käyttäytymistään. Käyttäjälle tulee antaa tietoa päihteistä sekä suullisesti että kirjallisesti. Hänen kanssaan luodaan realistisia tavoitteita päihteiden käytön suhteen ja annetaan aikaa niiden toteuttamiselle. Tilanteessa ei sovi alkaa arvostelemaan, vaan tulee käyttäytyä empaattisesti ja arvostavasti. Myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää. Loppupeleissä vastuu muutoksen tekemisestä jätetään kuitenkin asiakkaalle itselleen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Ruusu korostaa ohjaustilanteessa käyttäjän kohtaamisen merkitystä. Tähän liittyviä tekijöitä ovat työntekijän asenne, ongelmaan suhtautuminen, asiakkaan hoitoon hakeutumiseen ja rohkeuteen suhtautuminen sekä miten ohjausta ja neuvontaa toteutetaan. (Ruusu 2016.) Honkalammen mukaan vuorovaikutussuhteelta toivotaan aidon välittämisen tunnetta, empatiaa ja asiantuntevaa neuvontaa: neuvonta vahvistaa käyttäjän omia voimavaroja ja näin se auttaa käyttäjää ottamaan vastuuta käytön vähentämisestä tukien itsenäisyyttä. Nämä tekijät myös vahvistavat luottamusta terveydenhuoltoon. Kun päihteidenkäyttäjän tilanteesta ja auttamisesta ollaan kiinnostuneita, hän voi kokea itsensä arvokkaaksi. Jos työntekijä ei ottanut alkoholinkäyttöä puheeksi tai käyttäytyi paheksuvasti, asiakkaalle aiheutui mielipahaa ja käytös koettiin huonona kohteluna ja vallankäyttönä. (Honkalampi 2015.)

Honkalammen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon asiakkaiden näkökulmasta mini-interventio on tärkeä osa alkoholihaittojen ehkäisyssä ja riippuvuuksien hoidossa. Mini-interventio voi parhaimmillaan herättää päihteiden-

käyttäjässä toivon paremmasta voinnista. (Honkalampi 2015, 2.) Tätä korostaa myös Ruusu teemahaastattelussa, jossa hän mainitsee alkoholin käytön puheeksi oton olevan käyttäjälle herättävä tekijä, ja siksi siihen kannattaa ryhtyä aina, kun huoli herää (Ruusu 2016).

Luonsisen tutkimus, jossa on haastateltu 65 vuotta täyttäneitä, tukee aiempaa teoriaa. Myös tähän tutkimukseen vastanneet pitivät alkoholinkäytön puheeksi ottoa luontevana terveyskeskuskäynnillä, eivätkä puheeksi otto ja ohjaus perusterveydenhuollon piirissä ole herättäneet kielteisiä ajatuksia. Hyödyllistä mini-interventiossa on uusi, yksilöllinen ja terveydentilaan liittyvä tieto, mitä pidetään tärkeänä asiana. (Luonsinen 2011, 2.)

Tutkimusta alkoholin käytön puheeksi otosta on tehty myös päivystysolosuhteissa. On todettu, että puheeksi ottoa pidetään ylipäätään tärkeänä asiana, mutta tilanteet herättävät usein työntekijässä kielteisiä tuntemuksia. Samassa tutkimuksessa myös todetaan, että potilaat taas kokevat puheeksi ottona hoitoaan. Puheeksi otton toteutumiseksi on olemassa paljon erilaisia haasteita, kuten se, että työntekijöillä ei ole yksiselitteistä kuvaa varhaisvaiheen päihde-työstä, heillä ei saata olla tarpeeksi osaamista ja asenteissa voi olla korjattavaa. Puheeksi otton onnistuminen on myös paljon potilaan yhteistyökyvystä kiinni. (Behm 2015, 7.)

Heikkilän tutkimuksen mukaan esimerkiksi ensiavussa erikoissairaanhoidossa työskentelevistä työntekijöistä lähes 1/3 ei tuntenut termiä mini-interventio, vaikka sen käyttö työssä olisi tutkitusti suotavaa. Päivystysten työntekijöistä 1/5 oli sitä mieltä, että alkoholiasioista keskustelu oli potilaan yksityisasioihin puuttumista. Työntekijöistä 70 % oli myös sitä mieltä, että on työntekijänä kykenemätön vaikuttamaan potilaidensa alkoholinkäyttötapoihin. (Heikkilä 2012,2.)

Suuresta päihtyneiden asiakkaiden osuudesta johtuen päivystyspoliklinikoilla tarjoutuu lukuisia mahdollisuuksia päihteenkäytön puheeksi ottamiselle eli mini-intervention toteuttamiselle. Koivusen, Harjun, Kaukon ja Välimäen (2016) seurantatutkimus antoi viitteellisiä todisteita mini-intervention tehokkuudesta alkoholin liikkakäyttäjille sekä alkoholiriippuvaisille potilaille päivystyksessä, kun taas Leen ja Forsythen (2011) tutkimuksessa sen vaikuttavuus nähtiin kyseenalaisena. Vastaavasti irlantilaisessa tutkimuksessa ilmeni, että tietämys interventiostrategioista on puutteellista, eikä suurin osa päivystysten

työntekijöistä ollut saanut minkäänlaista koulutusta päihteistä, mikä on voinut johtaa päihdeasiakkaiden epäasianmukaiseen kohteluun (Kelleher & Cotter 2009). Päihdeasiakkaiden epäasianmukainen kohtelu on ongelma myös Suomessa (Ruusu 2016).

8.2 Päihteidenkäytön muodot

Käsite ”päihteet” pitää sisällään kaikki keskushermostoon vaikuttavat aineet, jotka ovat haitallisia ja aiheuttavat riippuvuutta. Tällaisia aineita ovat alkoholi, huumeet, tupakka, lääkkeet ja liuottimet. Tämän kaltaisessa aineessa jopa yksi käyttökerta voi aiheuttaa haittaa, ja myös esimerkiksi alkoholin kohtuukäyttäjä joutuu tekemisiin alkoholihaittojen kanssa. Haitta ei välttämättä ole käyttäjään itseensä kohdistuva, vaan ulkopuolisiin kohdistuvat haitat ovat uskottua yleisempiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015e.)

Pääpäihteenä Suomessa käytetään edelleen alkoholia, mutta myös muiden päihteiden ja lääkkeiden käyttö on jatkuvasti yleistymässä myös Suomessa. 1990-luvulla huumeiden käyttö vakiintui osaksi päihteidenkäyttökulttuuria ja se on edelleen voimakkaasti lisääntyvä päihteidenkäyttötapa. Vuonna 2012 arvioitu huumausaineiden käyttäjien määrä oli 18 000 – 30 000, eli noin 0,55–0,9 % koko maan 15–64 vuotiaista. (Poikolainen 2009.)

Ruusun haastattelussa todetaan, että viimeaikaisia alkoholitrenejä tarkasteltaessa voidaan huomata nuorten alkoholinkäytön vähentyneen. Alkoholi on kuitenkin jäänyt taka-alalle mietojen huumausaineiden syrjäyttämänä, sillä myönteisyys mietoja huumausaineita kohtaan on lisääntynyt. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii kannabis, joka on ajan kuluessa tullut alkoholin rinnalle ja osittain jopa tilalle. Siten alkoholinkäytön vähentymisen ei voida ajatella olevan suhteessa päihteiden käytön vähentämiseen, vaan sitä korvaamaan saat- taakin tulla uusi päihde. (Ruusu 2016.)

Huumehoidon asiakkaista 62 % kertoi käyttävänsä ongelmapäihteenään enemmän kuin kolmea päihdettä. Pääasiallinen ongelmapäihde on siis alkoholi, ja huumeiden käyttö ongelmana on tuoreempi. (Varjonen 2015, 5.)

Vuosina 2000–2014 tilastojen mukaan suurin huumehoidon ongelmapäihde oli opioidit (lähes 80 %:lla asiakkaista). Lähes 50 % nimesi ongelmapäihteekseen

stimulantit, kannabiksen tai lääkkeet. Hieman yli 30 % mainitsi sekä alkoholin että huumeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015h.) Partasen ym. (2015, 70) mukaan kannabis on yleisimmin käytetty laiton päihde Suomessa.

8.2.1 Alkoholi

Alkoholi luokitellaan lamaavaksi aineeksi. Kuitenkin vähäinen määrä alkoholia vaikuttaa käyttäjään piristävästi, mielialaa kohottavasti ja vilkastuttavasti. Sen käyttö lisää sosiaalisuutta ja vähentää estoja. Se myös aiheuttaa pahoinvointia, puheen sammaltamista, kömpelyyttä, reaktio- ja arvostelukyvyn laskua sekä näistä johtuvaa onnettomuusalttiutta. Alkoholi on laillinen päihde ja sen vuoksi sen käyttö on hyvin yleistä. Kysynnän hillitsemiseksi esimerkiksi mainontaa on rajoitettu ja käytön, oston ja hallussapidon ikärajaksi määritetty 18 vuotta. (Päihdelinkki 2016.) Alkoholin pitkäaikaiskäytön haittoja on esitetty luvussa 7.2.1 Terveysongelmat.

Alkoholi voi aiheuttaa voimakkaan fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden ja vieroitusoireet voivat olla jopa hengenvaarallisia. Alkoholi luokitellaan riippuvuuden perusteella keskivahvaksi päihteeksi. (Päihdelinkki 2016.)

8.2.2 Huumeet

Huumaavien aineiden väärinkäyttö on joko resepti- tai käsikauppalääkkeiden käyttöä ohjeiden annostukset ylittäen tai huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. Huumaaviksi aineiksi ovat määritetty kannabis, kokaiini, heroini ja muut opiaatit, amfetamiini ja muut stimulantit, impattavat aineet, rauhoittavat lääkkeet, barbituraatit, synteettiset päihteet ja halusinogeenit. Eri päihteet eroavat toisistaan vieroitusoireiden laadun, toleranssin kehittymisen ja psykogeenisten vaikutusten perusteella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015d.)

Lääkkeiden väärinkäyttöä tavataan monenlaisena ja haitat vaihtelevat lääkkeestä riippuen. Yleisimpiä väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, opiaatit, muut kipulääkkeet ja piristeet. (Terveyden ja hyvin-

voinnin laitos 2015k.) Ne voivat myös olla huumausaineiksi luokiteltuja, psyko-trooppisia tai PKV-valmisteita (Partanen ym. 2015, 82). Lääkkeet aiheuttavat paljon myrkytyskuolemia ja toimivat myös itsemurhan tekotapana (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2015k).

Suomessa yleisesti havaittuja huumausaineita ovat amfetamiini, ekstaasi, gamma, lakka, heroini ja opiaatit, kannabis, khat, kokaiini, LSD ja väärinkäytetyt lääkkeet (Huumausaineet. Poliisi). Huumausaineiden ominaisuuksien monimuotoisuuden vuoksi työn liitteeksi (Liite 1.) on luotu taulukko, jossa on esitetty tietoa yleisimmistä huumausaineista. Siinä on esitetty aineen vaarallisuus, riippuvuuden aiheuttamiskyky, vaikutuksen kesto, muunnelmat, tavoitellut vaikutukset, välittömät haitat, pitkäaikaiskäytön haitat, käyttötapa ja tunto-merkit. Partanen ym. (2015, 70–82) Kuitenkin jokaisen pistohuumeen haittavaikutuksena ovat vaurioituneet ja tukkeutuneet verisuonet, verisuonten ja sydämen tulehdukset, paiseet ja ihon kudosten tulehdukset, ja poltettavista huumeista puolestaan aiheutuu limakalvojen tulehduksia, kroonisia keuhkoputkentulehduksia, yskää, keuhkolaajentumaa ja suun alueen kasvaimia. Huumeen nuuskaaminen aiheuttaa haittoja nenän limakalvoille. Kaikkien huumausaineiden käytön pitkäaikaishaitoista suurimpia voi olla voimakas riippuvuus, joka johtaa koko elämän kääriytymiseen käytetyn aineen ympärille.

8.3 Riippuvuuden synty

Päihteiden ongelmakäyttöön johtavia tekijöitä on monia. Haluun käyttää ainetta voi johtaa esimerkiksi uteliaisuus, päihteiden vaikutuksen koettu hyödyllisyys, rentoutuminen, juhliminen ja hauskanpito, sosialisointi ja itsensä kehittäminen tai tutkiskelu. Päihteet näyttävät ehkä arjen vastapainona ja antavat käyttäjälle mahdollisuuden irtautua todellisuudesta. Omia tunteita saatetaan turruttaa ja tätä kautta vapautua huolista. Päihteitä käyttävä ihminen perustelee käyttöönsä siitä saamallaan hyödyillä ja hänen voi faktoista huolimatta olla vaikea ajatella, että käytöstä koituisi haittaa. Juurikin päihteiden käytön positiiviset seuraukset ovat yleensä tienä riippuvuuteen ja näiden seurausten myötä päihteiden käyttö yleistyä, lopulta jopa elämää hallitsevaksi. (Holmberg 2010, 45–47.)

Päihderiippuvainen voi kuvata oman riippuvuutensa alkua vähitellen tapahtuneena ajautumisena, sattumana tai pakotienä ahdistukseen. Kaveripiiri voi vaikuttaa asiaan vahvasti, kuten myös erilaiset elämäntilanteet ja ikävät tapahtumat elämässä. Monesti päihteidenkäytöstä kuvataan myös vain hiljalleen tulleen tapa. (Lampela & Jounila 2010, 46.)

Päihderiippuvuuden kehitysriskiä ja päihteiden ongelmakäyttöä lisäävät monet psyykkiset häiriöt, kuten ahdistus, masennus ja pelkotilat, sillä nämä oireet usein lievittyvät päihdettä käytettäessä. Toisaalta oireisto voi myös pahentua käytön seurauksena. (Huttunen 2014.)

Riippuvainen ihminen kokoaa elämänsä käyttämänsä aineen ympärille eikä kykene halutessaan lopettamaan sen käyttöä tiedostamistaan haitoista huolimatta. Tällöin käytetyn päihteen määrä on suuri ja sitä on saatava keinolla millä hyvänsä. Riippuvuuteen liittyy usein fyysisen riippuvuuden syntyminen, ja tällöin ihminen saa fyysisiä vieroitusoireita, jos ei käytä päihdettä. Vieroitusoireet ovat usein syy päihteidenkäytön jatkamiselle. Aineelle voi syntyä myös psyykinen riippuvuus, ja tämä perustuu aineen tuottamaan hyvänolon tunteeseen ja esimerkiksi miellyttäviin aistiharhoihin. Olemassa on myös sosiaalisen riippuvuuden muoto, jossa käytetty aine liittyy nimenomaan sosiaaliseen ryhmäytymiseen ja hyväksytyksi tulemisen tavoitteluun. Kun riippuvuus syntyy, käytön lopettaminen ilman apua voi olla mahdotonta. Hoitoon tulee hakeutua heti, kun käyttäjälle tulee tunne oman käyttönsä hallinnan menettämisestä, ja mielellään ennaltaehkäisevästi jo ennen kuin tilanne on edennyt riippuvuudeksi asti. (Huttunen 2014.)

8.4 Elämää päihteidenkäyttäjänä

Vuonna 2014 päihdehuollon huumeasiakkaista 66 % oli miehiä ja 61 % oli 20–34-vuotiaita. Koulutustaso oli matala ja heistä töissä tai opiskelemassa oli vain 27 %. Asunnottomia oli 9 %. Aiemminkin päihdehoidon piirissä oli ollut 83 % henkilöistä ja 77 % oli käyttänyt huumeita myös suonensisäisesti. Tieto on koottu 1891 asiakkaasta eri huumehoitoyksiköissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015g.) Tyypillisesti huumeiden käyttäjät ovat suhteellisen nuoria, monella tavalla syrjäytyneitä kansalaisia, joilla on monia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia (Varjonen 2015, 48). On myös todettu, että mielenterveyspotilaat

ajautuvat hyvin usein käyttämään päihteitä: jopa 80 %:lla heistä, joilla on todettu päihderiippuvuus, on myös jokin mielenterveysongelma (Havio ym. 2009, 200–201).

Hyvin voimakkaat ja merkittävät vieroitusoireet ovat tyypillisiä alkoholin, heroinin, muiden opiaattien sekä lääkkeiden käyttäjillä. Esimerkiksi amfetamiinilla ja kokaiinilla oireet ovat näitä lievempiä, ja hallusinogeenien tai kannabiksen käyttäjille ei välttämättä esiinny vieroitusoireita ollenkaan. Käyttäjä kärsii mahdollisista vieroitusoireista nopeastikin aineen käytön lopettamisen jälkeen, ja vieroitusoireet kannustavat käyttämään ainetta uudestaan. (Huttunen 2014.)

Toleranssi voi kehittyä aineesta riippuen hyvinkin moninkertaiseksi verrattaessa ihmiseen, joka ei ole koskaan käyttänyt ainetta. Alkoholille kehittyy toleranssi pienemmin ja hitaammin kuin esimerkiksi joillekin huumeille, kuten amfetamiinille. Toleranssi vaatii huumeidenkäyttäjää käyttämään ainetta yhä suurempina määrinä ja aiempaa useammin. (Huttunen 2014.)

8.5 Päihteidenkäytön erityispiirteet ikäryhmittäin

Päihteidenkäyttäjillä esiintyy ikäryhmittäisiä erityispiirteitä, jotka vaikuttavat päihteiden käyttöön. Tässä kappaleessa käsitellään ikäryhminä nuoret, työikäiset ja ikääntyneet. Työ on toteutettu koskemaan vain täysi-ikäisiä päihteidenkäyttäjää, joten tässä kappaleessa käsitellään täysi-ikäisyyden saavuttaneita nuoria. Päihteidenkäyttäjille on kehitetty omia spesifisiä, ikään ja ongelmien vaikeusasteeseen perustuvia erityistoimia (Partanen ym. 2015, 364–366).

Myös kulttuurit ylittävä päihdehoitotyö on osa globalisoituvan nyky maailman haastetekijöitä, ja erityisryhmäksi voidaan myös ajatella kulttuurista työtä vaativat ryhmät. Monikulttuurisuus kulkee osana valtaväestöä, ja eri kulttuureissa kulkevat eri tavat ajatella, hahmottaa, kommunikoida, ilmentää ja hoitaa itseään. Ajattelua ohjaavat erilaiset normit, arvot, asenteet ja myytit voivat poiketa valtavirran säätelemistä käsityksistä. (Partanen ym. 2015, 400–401.) Vaikka monikulttuurisuus on lisääntyvä rikkaus maassamme, tästä työstä aiheen laajempi käsittely on rajattu ulkopuolelle sen tuoman laajuuden vuoksi.

Nuorten ehkäisevä päihdehoitotyö on tärkeässä asemassa, sillä mitä myöhemmin nuori aloittaa päihteidenkäytön, sitä pienempi on päihdehäiriöiden riski. Nuorten kohdalla ratkaisevassa asemassa olevia toimijoita ovat koulu, sen terveydenhuolto, vanhemmat ja lähipiiri. Ehkäisevä päihdehoitotyö ei tässä tapauksessa rajoitukaan itse päihdeteemaan, vaan enemmänkin vaihtoehtoihin ratkaisuihin, joita nuori voi käyttää päihteiden sijasta. (Partanen ym. 2015, 364–366.)

Nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt koko 2000-luvun ajan, mutta silti nuorison humalajuominen on yleistä. Tutkimuksessa vain 12 prosenttia 18-vuotiaasta nuorista kertoi, ettei käytä alkoholia. Huumeiden käyttö taas on suomalaisnuorten keskuudessa vähäisempää kuin muualla Euroopassa. Nuorilla päihteidenkäyttö liittyy usein hauskanpitoon ja uusien kokemuksen hakemiseen, ja sille annetaan monia muitakin erilaisia käyttötarkoituksia. (Partanen ym. 2015, 362–364.) Ruusun mukaan nuorilla on havaittu olevan ongelmia kaikkien päihteiden suhteen, ja ongelma-aineisiin voivat kuulua niin pelkkä alkoholi kuin pelkkä huumeikin ja myös päihteiden sekakäyttöä esiintyy. Lisäksi kuten jo aiemmin on todettu, alkoholinkäytön vähentymisen ei voida ajatella tarkoittavan päihteiden kokonaiskäytön vähentymistä, sillä tilalle voi tulla jokin muu päihde. (Ruusu 2016.)

Nuorilla kasvuikäisillä päihteidenkäyttö on haitallisempaa kuin aikuisiässä. Se voi häiritä normaalia psykofyysistä kehitystä. Päihteillä on haitallinen vaikutus nuoren kehittyvään keskushermostoon sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti, ja tämä tuo mukanaan kognitiivisten toimintojen alikehittymistä ja heikentää keskushermoston kehitystä. Päihteet vaikuttavat myös nuoren sukupuoli- ja kasvuhormonintuotantoon kehitystä häiritsevällä tavalla. Nuori on myös erityisen altis saamaan alkoholiperäisen maksa- tai haimatulehduksen. Diagnooitavia päihdehäiriöitä esiintyy n. 5-10 prosentilla nuoruusikäisistä, ja häiriöiden aiheuttama psyykinen ja sosiaalinen haitta heijastuu usein aikuisikään saakka. (Partanen ym. 2015, 362–364.) Haastattelussa Ruusu toteaa, että ahdistus- ja masennusoireet liittyvät läheisesti nuorten päihteiden käyttöön. Psykkiset ongelmat voi olla joko syy tai seuraus päihteiden käytölle. Nuorten päihdekuntoutuksessa psykososiaalinen tuki korostuu. (Ruusu 2016.)

Nuoruus elämänvaiheena aiheuttaa sen, että hoidossa on tärkeää huomioida nuoren kokonaiselämäntilanne. Esimerkiksi koulutusjärjestelmästä tai työelämästä syrjäytymisen seurauksena jäljelle jää tyhjä arki, joka altistaa päihteiden käytölle. Nuoren kanssa voidaan laatia jatkosuunnitelmia, jotta hän saisi mahdollisimman hyvät eväät oman elämänsä jatkamiseen. Päihteiden käyttö saattaa myös olla omalta perheeltä opittu tapa, ja nuorilla saattaa olla perheeseen liittyviä ongelmia. Tärkeää olisi kuitenkin koota tukiverkoston nuoren ympärille esimerkiksi ottamalla vanhemmat tai vaihtoehtoisesti muu läheinen mukaan hoitoon. (Ruusu 2016.)

Työikäisillä aikuisilla päihteidenkäyttötavat näkyvät lähipiirissä, perheessä ja työelämässä. Ruusun mukaan ikäryhmän laajuudesta johtuen ongelmia esiintyy varsin laaja-alaisesti, ja elämän kriisit sekä erilaiset muutostilanteet laukaisevat mahdollisesti päihteidenkäyttöä (Ruusu 2016).

On todettu, että suuri osa alkoholista kulutetaan perheissä, joissa on pieniä lapsia. Jopa kolmasosa pikkulasten isistä on alkoholin riskikäyttäjiä, ja että 100 000 lasta kokee perheensä alkoholinkäytön haittaavana asiana. Perheelliset alkoholinkäyttäjänaiset salaavat herkästi ongelmansa leimautumisen pelosta ja häpeän tunteesta johtuen, ja tilanteen tunnistaminen voi olla hyvin vaikeaa. Neuvolatoimintaan kuuluu kiinteästi sekä äidin että kumppanin alkoholinkäytön seuranta ja avun tarjoaminen myös päihdepalvelujen piiristä. (Partanen ym. 2015, 369–377.)

Kaikki päihteet ovat haitallisia käytettynä raskauden aikana. Arviolta 6 % raskaana olevista naisista kuitenkin on alkoholin suurkuluttajia. Tämän mukaan Suomessa syntyy vuosittain yli 3000 päihteille altistunutta lasta. Altistukseen liittyviä oireita on n. 600 lapsella vuodessa. Perheeseen ja raskauteen liittyvät ongelmat ovat hyvin monimuotoisia ja näille ongelmille on olemassa omia palveluja, kuten HAL-poliklinikat ja Ensi- ja kurvakotien liiton erikoistuneet yksiköt. Myös A-klinikat auttavat tässäkin tilanteessa. (Partanen ym. 2015, 369–377.)

Alkoholinkäyttö aiheuttaa haittoja 10–20 prosentille suomalaisista työelämässä oleville. Suuri osa on tavoitettavissa työterveyden kautta ja heidän auttamisensa tapahtuu usein juuri tätä reittiä. Työterveydessä päihteet otetaan puheeksi työhöntulo- ja määräaikaistarkastuksissa. Monilla työpaikoilla toteu-

tetaan päihdetyön ohjelmaa, johon kuuluu ehkäisevät toimenpiteet, puuttumisen periaatteet, vastuut ja hoitoonohjausmenetelmät. Lakisääteinen tämä ohjelma on niillä työpaikoilla, joissa tehdään myös huumausainetestauksia, mutta se voidaan liittää osaksi myös muiden työpaikkojen työsuojelun toimintaohjelmaa. Myös muita välineitä, kuten testejä, käytetään työpaikan päihdetilanteen analysoimiseksi. (Partanen ym. 2015, 380–381.)

Ikääntyneet voidaan myös nähdä päihteidenkäytön erityisryhmänä. Päihdehoitotyötä voidaan joutua toteuttamaan ikäihmistä hoidettaessa sekä kotihoitossa että laitoshoidossakin, ja vanhuksille on tarjolla myös avohoidon palveluita. Ikäihmisille palveluiden saatavuutta tulisi olla mahdollisuutta räätälöidä saavutettavuuden parantamiseksi. (Partanen ym. 2015, 390.)

Ikääntyneistä, eli yli 65-vuotiaista, päihderiippuvaisia on 5 - 10 prosenttia. Luku on kasvussa eikä kasvu näytä pysähtyvän. Kasvussa on myös ikääntyneiden määrä. Päihteidenkäyttö siis muodostaa suuren ongelman myös ikääntyneiden piirissä. Ikääntyneille tarkoitettujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittämättömyys näyttää olevan kuntapalvelujen suurin haaste. On tutkittu, että jopa ammattilaisten näkökulma on, että alakuloisuus kuuluu vanhuksen elämään eikä ikääntyneiltä välttämättä edes kysytä päihteiden käytöstä. Asiaan vaikuttaa kylläkin esimerkiksi resurssien puute, mutta käytännössä vanhusten on vaikeampi päästä mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin. (Partanen ym. 2015, 382–386.) Ruusu tuo esille, että vanhuksilla on myös taipumus piilotella juomistaan. Hänen mukaansa alkoholiongelmat ovat aiemmin olleet vaiettu aihe, ja ehkä nyt vasta iäkkäiden päihteidenkäyttö on tuotu ilmi. Asian esille nostaminen on tärkeää, jotta salailun ja häpeän kulttuurista voitaisiin päästä eroon. (Ruusu 2016.)

Strömin tutkimuksen mukaan ikääntyneiden alkoholin käyttö on muuttunut siinä missä muidenkin ikäryhmien. Se on arkipäiväistynyt tullen osaksi normaalia arkea. Ikääntyvien itsensä mielestä taito käyttää alkoholia oli parantunut iän myötä. 2/3 nosti esille jopa lapsuudenkotinsa merkityksen alkoholiin suhtautumisessa. Ikääntyneiden päihdetyössä olisi tärkeää aikaansaada keskustelua ikäihmisistä omana ryhmänään, sekä levittää tietoa heidän omista kokemuksistaan, sillä kuitenkin iäkkäiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt selkeästi kasvattaen alkoholin tuomia ongelmia. Suuri ongelma on, ettei ikäänty-

neille ole suunniteltu spesifistä hoitojärjestelmää, sillä ikääntyneet eroavat kuitenkin monella tapaa muista ikäryhmistä mm. elinpiirinsä suhteen. Lisäksi päihdetyöntekijöillä tuntuu olevan kädet täynnä työikäisten käyttäjien kanssa. Ikäihmiset kaipaavat, että heidän päihteidenkäyttönsä suhtauduttaisiin kuten nuorempien päihteidenkäyttöönkin. (Ström 2009, 80–83.) Ruusun (2016) mukaan erityisheitteitä iäkkäiden hoidon suunnittelussa ovat esimerkiksi kognitiivisten kykyjen, kuten muistin, heikentyminen. Nämä asiat tuovat haasteita päihdehoitotyössä ja vaikuttavat etenkin hoitomuodon valintaan. Ohjaus ja neuvonta ovat iäkkään päihdehoitotyössä avainasemassa, sillä asiakas voi olla tietämätön päihteisiin liittyvistä riskeistä. Ohjeistus tulee olla suhteutettuna iäkkään kognitiivisiin kykyihin.

Ikääntyneiden päihteidenkäyttöön johtavat nuorempia ikäluokkia useammin fyysiset sairaudet, toimintakyvyn aleneminen, muistin heikkeneminen, menetykset, murheet, yksinäisyys ja kivut (Partanen ym. 2015, 382–386). Myös Ruusu mainitsee haastattelussa iäkkäiden juomisen syitä ja nostaa esille esimerkiksi tavanomaisuuden, eli juominen voi olla ikääntyneelle jo eletyssä elämässä opittu tapa. Alkoholi on usein kulkenut elämässä mukana kauan ja käyttö on ehkä vain runsastunut, ja sen myötä se on paremmin huomattavissa. Vanhuksen elimistö myöskin sietää alkoholia nuorempia ikäluokkia huomommin, eli vaikutus voi tulla esiin isompana, vaikka käyttö ei olisikaan määrällisesti lisääntynyt. (Ruusu 2016.)

Päihteidenkäyttö voimistaa vanhenemisen kielteisiä vaikutuksia. Iäkkäällä kehon vesimäärä pienenee ja rasvamäärä suurenee vaikuttaen elimistön metaboliaan, ja tämä johtaa esimerkiksi lääkkeiden sekä alkoholin poikkeuksellisiin vaikutuksiin ja yhteisvaikutuksiin pitoisuuksien kasvun myötä. Useiden lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu. Alkoholi voi pienentää tai suurentaa lääkkeiden pitoisuutta elimistössä ja lääkeaine voi vaikuttaa alkoholin aineenvaihduntaan, tai ne voivat lisätä toistensa vaikutuksia. Alkoholin ja lääkkeiden tahatonta sekakäyttöä tapahtuu herkästi, jos ikääntyneellä on säännöllisiä lääkityksiä. Sekakäyttö kuormittaa sisäelimiä johtaen jopa pysyviin vaurioihin. Altius kaatumiselle ja itsensä loukkaamiselle kasvaa henkilön ikääntyessä ja alkoholi lisää riskiä entisestään. Päihteiden käyttö nopeuttaa muistin, aistitoiminnan, motoriikan ja koordinaatiokyvyn heikkenemistä. (Partanen ym. 2015, 382–386.)

8.6 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista hoitopolkua varten

Hoitotyön prosessimallia noudattavan hoitopolun rakentamiseksi alla olevaan laatikkoon (kuva 3) on poimittu kappaleesta 8 Päihdepotilaan hoidon tarpeen arviointi ja sen alaluokista keskeisimmät päihdeasiakkaan hoidon tarpeen määrittelyssä kartoitettavat tiedot. Niiden perusteella arviointia toteuttava taho, esimerkiksi terveysasema, työterveys, kotihoito tai oppilaitosterveysneuvonta, ryhtyy suunnittelemaan asiakkaan hoitoa omien palveluidensa piirissä tai tarvittaessa ohjaa asiakkaan spesifisten päihdepalveluiden piiriin A-klinikalle.

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

- Mini-interventio terveyspalveluissa aina kun huoli herää: riskikäytön tunnistaminen, motivoiva neuvonta, muutoksen suunnittelu ja muutoksen tuki
- Diagnostinen haastattelu: mitä pähteitä on käytetty, kuinka paljon, miten, kuinka usein ja kuinka pitkään
- Käyttäjän ikä ja yleinen elämäntilanne
- Moniongelmaisuus: syrjäytyneisyys, sosiaaliset ongelmat, terveysongelmat ja mielenterveysongelmat
- Päihteiden käytöstä koituvat riskit: elinympäristö, perimä
- Testit: AUDIT, SADD, yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, päihdelinkin juomatapatesti, DAST-20, DUDIT-E, DUDIT ja Paradise24
- Riippuvuus ja sen taso: fyysinen, sosiaalinen vai psyykkinen

Kuva 3. Hoidon tarpeen arvioinnin ydinkohdat.

9 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON SUUNNITTELU

Päihteidenkäyttäjien hoito suunnitellaan usein tavoitteita vastaavaksi. Hoidon tavoitteet päihdehoidossa voivat olla eritasoisia. Hoidolla voidaan haluta lievittää päihteistä johtuvia haittoja, estää käyttäjän tilan sekä elinolojen heikentymistä tai saada ne pysymään ennallaan. Tavoitteena voi myös olla käyttäjän tilan ja elämäntilanteen korjaantuminen tai käyttäjän psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilanteen kohentuminen. (Partanen ym. 2015, 316.)

Käyttäjän hoito suunnitellaan yksilöllisesti hoidon tarpeen, riippuvuusongelman ja elämäntilanteen mukaan. Päihdehoitotyön suunnitteluun vaikuttavat myös ongelman vaikeusaste, fyysinen ja psyykkinen terveydentila sekä sosiaalinen tilanne. Joskus tilanteen korjaamiseksi riittää ehkäisevän työn nimissä tehtävä neuvonta ja tilannearvio, joskus hoitoon hakeutuminen käynnistää pitkäaikaisen prosessin: tämä tulee useimmin kyseeseen, jos riippuvuus on jo syntynyt. Riippuvaisen hoitoon liittyy vieroitushoidon avo- ja laitoshoitajaksoja, kuntoutusjaksoja sekä jatkohoito- ja seurantakäyntejä. (Partanen ym. 2015, 316–317.) Hoitomuotoja on saatavilla monia erilaisia, ja näistä tulisi luoda jokaiselle yksilöllisesti toimiva kokonaisuus (Ruusu 2016).

Ruusun mukaan käyttäjän lopullisen hoitopolun syntyyn vaikuttavat monet yksilölliset asiat. Näitä ovat esimerkiksi elämäntilanne, historia ja käytetty päihde. Hoitoon vaikuttaa myös, onko hoitoon hakeutuminen tapahtunut käyttäjän omasta päätöksestä vai onko hänet ohjattu jostain muualta palvelun piiriin, jolloin yhteistyönäkökulma muiden palveluiden kanssa korostuu. Joissain tapauksissa läheisverkosto pyritään ottamaan huomioon hoidossa. Suunniteltaessa hoitoa koko elämäntilanne tulee kartoittaa ja huomioida tarkasti, ja tämän perusteella hoitopolun elementit kasataan yksilöllisesti vastaamaan asiakkaan tarpeita. (Ruusu 2016.)

9.1 Päihdepotilaan hoitoonohjaus

Päihteidenkäyttäjän hoitoon hakeutuminen on tärkeää heti, kun käyttäjä huomaa, että tarvitsee apua päihteestä irti pääsemiseen tai käytön vähentämiseen. Varhainen hoitoon hakeutuminen takaa paremmat selvitysmahdollisuudet ongelman suhteen. Hoitoa on aina saatavilla, ja päihteidenkäyttäjä neuvotaan ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan, kouluterveydenhuoltoon tai työterveyteen. Vaihtoehtoisesti myös vapaaehtoiset neuvontajärjestöt auttavat, kuten myös neuvontaorganisaatiot, sosiaaliviranomaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset. Jos läheisen huomataan olevan ongelmassa, häntä tulee rohkaista hakemaan apua (Auttavia tahoja. Poliisi). Partanen ym. kirjassa kerrotaan arviosta, jonka mukaan kuitenkin jopa 14–55 % alkoholiongelmista kärsivistä toipuu ilman vertaistukea tai hoitojärjestelmää (Partanen ym. 2015, 242).

Päihteidenkäyttäjän tarpeisiin tulisikin vastata juuri silloin, kun hän hakeutuu hoitoon, sillä avun tarve on suurin juuri sillä hetkellä. Jollei siihen kyetä vastaamaan välittömästi, asiakkaan takaisinpaluukynnys saattaa kasvaa. (Ruusu 2016.)

Hoitoon ohjaukseen vaikuttava tärkeä ulottuvuus on myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointi. Palveluiden tulisi olla suunniteltu niin, että ne saataisiin rinnakkain vastaamaan laajasti niin pelkkiin päihdeongelmiin, pelkkiin mielenterveysongelmiin sekä vielä samanaikaisesti sekä päihde- että mielenterveysongelmista kärsivien tarpeisiin (Partanen ym. 2015, 495). Myös Nyysösen tutkimus tukee tätä teoriaa ja siinä haastatellut päihdeongelmaiset, jotka pitivät riippuvuuksia myös tunne-elämän ongelmana, näkivät palveluiden pirstaleisuuden jopa esteenä omalle toipumiselleen. Toipuminen oli siis heidän mielestään varmempaa, jos he saisivat apua riippuvuuden lisäksi tunne-elämän ongelmin. (Nyysönen 2008, 2.) Ruusun mukaan mielenterveydelliset ongelmat kulkevat hyvin pitkälti päihdeongelmien rinnalla, ja niiden lisäksi käyttäjillä esiintyy paljon psykososiaalisia ongelmia. Akuutti päihteidenkäyttö voi kuitenkin olla syy sille, ettei psykiatrian puolella asiakkaan hoitaminen onnistu. Päihteiden käytön tulee olla hallinnassa, jotta psykiatristen ongelmien hoitamiseen voidaan paneutua. (Ruusu 2016) Yhden oven pariaatteen tulisi olla keskeinen hoidon menetelmä (Partanen ym. 2015, 495).

9.2 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon suunnittelusta hoitopolkua varten

Hoitotyön prosessimallia noudattavan hoitopolun rakentamiseksi alla olevaan laatikkoon (kuva 4) on poimittu kappaleesta 9 Päihdepotilaan hoidon suunnittelu ja sen alaluokista keskeisimmät päihdeasiakkaan hoidon suunnittelussa huomioitavat osatekijät. Niiden perusteella suunnittelua toteuttava taho, esimerkiksi terveysasema, työterveys, kotihoito, oppilaitosterveyspalvelu tai A-klinikka ryhtyy toteuttamaan asiakkaan hoitoa omien palveluidensa piirissä tai tarvittaessa ohjaa asiakkaan eteenpäin palvelupolulla (kuva 8).

HOIDON SUUNNITTELU

- Hoidon aloitus mahdollisimman varhain
- Avoin, rehellinen, arvostava kohtaaminen
- Yksilöllisten tavoitteiden laadinta asiakkaan kanssa
- Asiakkaan tilanteeseen sopivan palautteen antaminen, luottamuksen osoittaminen asiakkaan kykyihin, ajan antaminen muutosten toteuttamiselle
- Hoitomuodon valinta: riippuvuusongelman vaikeusaste, historia, ongelmapäihde, elämäntilanne, terveydentila, sosiaalinen tilanne, moniongelmaisuus
- Tiedon antaminen, muistuttaminen päihteiden haitoista

Kuva 4. Hoidon suunnittelun ydinkohdat.

10 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON TOTEUTUS

Lain mukaan päihdepotilaan hoito tulee toteuttaa hyvän hoidon periaatteiden mukaan, ja näihin periaatteisiin kuuluvat esimerkiksi itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus, kuten myös asiakkaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Päihteiden käyttö tulee asiantuntijan toimesta ottaa tarvittaessa puheeksi ja päihteidenkäyttäjän terveydentilasta ja päihteiden vaikutuksesta on annettava riittävästi tietoa. Käyttäjällä on oikeus päättää, ottaako hoidon vastaan vai kieltäytyäkö. Onnistunut hoitotyön toteutus vaatii perustarpeiden ja kokonaisuuksien huomiointia. (Partanen ym. 2015, 225–226.)

Päihdehuoltolaki luo perustan päihdepotilaan hoidon toteutukselle ja nykyaikaiselle päihdepalvelujen järjestämistavalle. Se siis mahdollistaa päihdeongelmaisten avunsaannin sekä osana sosiaali- ja terveysalan peruspalveluita että vain päihdeongelmaisiin erikoistuneiden palveluiden kautta. Kunnilla on mahdollisuus toteuttaa päihdepalvelut itse, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostopalveluna säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä tuottajilta. (Partanen ym. 2015, 485.)

Suomessa on entistä enemmän tarvetta käytännön kokemukseen, vankkaan ammatilliseen osaamiseen ja tutkimukseen perustuvaan päihdehoitotyön osaamiseen, sekä ennaltaehkäisevässä että päihdeongelmiin vastaavassa

hoitotyössä. Päihdeongelmiin tulisi suhtautua yhtä vakavasti kuin muihin terveysongelmiin ja päihteidenkäyttäjien tulisi päästä palveluiden piiriin yhdenvertaisesti, ja tässä järjestelmällä on edelleen paljon kehittämistä. Laadukkaan päihdehoitotyön edellytys on vahva ammattiosaaminen. (Partanen ym. 2015, 494.)

Keskeisiä asioita ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön toteuttamisessa on paljon, ja ne yhdessä muodostavat toimivan hoitoprosessin. Näihin kuuluvat hyvä etiikan toteuttaminen ja ajantasainen, laaja tietoperusta päihdehoitotyöstä sekä siihen liittyvistä asioista. Prosessin tulee olla yksilöllinen ja suunniteltu hyvin, vastaten asiakkaiden tarpeita. Käytössä täytyy olla tarvittavat resurssit ja yhteistyön sekä viestinnän eri tahojen välillä on tärkeää olla sujuvaa. Prosessin toteutuksen on oltava mahdollisimman vaivatonta ja sujuvaa kaikille osapuolille. Hoitosuhde tulee myös osata vakiinnuttaa eli luoda luottamusta, halua ja hoitomyönteisyyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

10.1 Palvelut

Monista sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista voi saada päihdeongelmaan liittyvää apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta, vaikkei palvelu olisikaan päihdehuoltoon erikoistunut. Varhaisvaiheen ongelmiin ja somaattisiin sairauksiin saa apua perusterveydenhuollon piiristä ja erikoissairaanhoidosta, kun sosiaalipuolen ongelmiin avun saa taas sosiaalihuollon palveluista. Peruspalveluissa, kuten terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, kotipalvelussa ja -sairaanhoidossa sekä neuvoloissa ollaan paljon tekemisissä päihdeongelmien kanssa. Näissä palveluissa toteutetaan päihteiden käytön tunnistamista, mini-interventiota ja varhaista puuttumista, kuten myös päihdeongelman arviointia ja tarvittaessa hoitoon ohjausta. (Partanen ym. 2015, 485–487.)

Päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneita palveluita ovat A-klinikat ja muut hoitoon hakeutumisen mahdollistavat palvelut, katkaisu- ja kuntoutusyksiköt, päihdeongelmaisten asumispalvelut ja erilaiset matalan kynnyksen palvelut. Ne tarjoavat tukea arkeen ja auttavat vähentämään nimenomaan päihteistä koituvia haittoja. (Partanen ym. 2015, 485.)

Avomuotoiset päihdehuollon erityispalvelut ovat maksuttomia ja ne toimivat usein A-klinikoiden nimellä. Niistä ja vastaavista avohoitoyksiköistä saa avun sekä alkoholi- että huumeongelmaan. Siellä toteutetaan yksilö-, pari-, verkosto- ja perhetyötä sekä mahdollisesti ryhmäterapiaa. Muita hoitomuotoja ovat katkaisuhuolto, keskustelu- ja toiminnallinen terapia sekä arviointi- ja neuvontapalvelut. Päihdetyötä on myös pyritty vahvistamaan mielenterveystyön osaamisella, ja päihdepalvelujen rinnalla tulisi kulkea psykiatrinen poliklinikkatoiminta. (Partanen ym. 2015, 487.)

Matalan kynnyksen palveluina toimivat esimerkiksi pistohuumeita käyttävien pistämisvälineiden vaihtopisteet, jonne hakeudutaan anonymisti ja josta voi saada neuvontaa, B-hepatiittirokotuksia, HIV- ja hepatiittitestauksia tai laboratoriolähetteitä, sekä esimerkiksi pienten haavojen hoitoa ja hoitoon ohjausta. Arjessa selviytymistä, tukea ja rohkaisua tarjoavat päiväkeskukset. A-killat toimivat päihdeongelmista toipuvien ja heidän läheistensä tukena. Matalan kynnyksen palveluissa tarjotaan myös esimerkiksi ateria- ja hygieniapalveluita, vertaistukea, ryhmätoimintaa ja tuetun työllistymisen palveluita. Vertaistukiryhmiä järjestetään sekä alkoholia että huumeita käyttäville ja heidän läheisilleen, eikä niiden käytössä ole velvoitteita eikä kustannuksia asiakkaalle. (Partanen ym. 2015, 488 – 490.)

Nuorille eli alle 25-vuotiaille tarkoitettuja avohoidon päihdepalveluja järjestetään nuorisoasemilla. Siellä perehdytään myös mielenterveysongelmiin ja muihin kriiseihin. Palvelut ovat vapaaehtoisia ja maksuttomia. (Partanen ym. 2015, 487.)

Erikoissairaanhoidon piiriin pääsy edellyttää lääkärin lähetettä. Tällaisia palveluja ovat päihdepsykiatriset yksiköt poliklinikkapalveluineen, erityisryhmien palveluina raskaana oleville tarkoitettu HAL-poliklinikkatoiminta, ensi- ja turvakotitoiminta ja opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidot. (Partanen ym. 2015, 487.)

Avohoidon riittämättömyys ajaa päihdepotilaan ympärivuorokautisen laitoshoidon piiriin. Se voidaan jakaa alle vuorokauden mittaiseen selviämishoitoon selviämisasemalla ja vaihtelevan pituisiin katkaisu- sekä vieroitushoitoihin ja pitkäaikaiskuntoutukseen. Monilla alueilla huumeiden ja alkoholin käyttäjät käyttävät samoja katkaisu- ja vieroitusyksiköitä ja katkaisu- ja vieroitushoitoa voidaan toteuttaa myös terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tällä palvelulla

päihdekierre katkaistaan ja luodaan pohja kuntoutumiselle. Vieroitushoito voidaan toteuttaa lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi sekä alkoholi- että huumeriippuvaisille. Tätä voidaan toteuttaa A-klinikoiden kautta, erikoistuneissa vieroitushoitoyksiköissä ja päihdepsykiatrian osastoilla. Jatkohoitoa voi saada kuntoutuslaitoksista. (Partanen ym. 2015, 487–488.)

Sen sijaan erilaiset asumispalvelut tukevat päihdeongelman päihdeettömyydessä pysymistä ja päihdekeskeisen elämäntavan ehkäisyä. Asumispalvelut on kehitetty ehkäisemään pitkäaikaisasunnottomuutta. (Partanen ym. 2015, 489–490.)

10.2 Päihdepotilaan muutosmotivaatio

Päihteiden käytön lopettamiseen ja vähentämiseen liittyy vahvasti muutosmotivaatio. Sen syntymiseen johtavat monet tekijät, eikä siinä välttämättä ole kyse vain ihmisen omasta päätöksestä, vaan siihen liittyvät kiinteästi sosiaaliset suhteet, elämäntilanne ja monet laajemman sosiaalisen ympäristön osatekijät. Vaikka muutos on pääasiassa käyttäjän itsensä vastuulla, esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla avainasemassa muutosmotivaation kehittämisessä. Työntekijän rooliin kuuluvat käyttäjän rohkaisu ja motivointi, huomion suuntaaminen käyttäjän kykyihin sekä lopettamisen etujen korostaminen. Motivaation voimistaminen liittyy suoranaisesti myönteisiin hoitotuloksiin. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 9 - 10, 21–22.)

Tutkimuksen mukaan päihteidenkäytön lopettaminen on syvä minuuteen vaikuttava muutos, ja sen saavuttaminen vaatii oman arvomaailman muokkamista. Lopettamista seuraa kokonaisvaltainen sosiaalisen ja henkisen minuus- ja identiteetti-projektin läpikäyminen. (Hulkkonen 2014, 93.)

Lampelan ja Jounilan tutkimuksessa selviää, että muilta tahoilta saatava tuki on tärkeä osa kuntoutumista, mutta yksilön oma muutostahto on tätä tärkeämpää (Lampela & Jounila 2010, 2, 135). Vastaavaan tulokseen päädytään Järvisen tutkimuksessa, jonka mukaan sekä päihteidenkäyttäjät että päihdetyöntekijät näkivät päihdeongelman ratkaisuvastuun olevan lähinnä riippuvaisella itsellään (Järvinen 2010, 2).

Muutokseen motivoivat Ruumensaaren tutkimuksen mukaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Tärkeimpiin muutosta motivoiviin fyysisiin tekijöihin kuuluvat päihteistä aiheutuvat oireet ja niiden pelko, psyykkisiin tekijöihin masennus, pettymys päihteen vaikutuksiin, häpeä, syyllisyys ja kuoleman pelko. Sosiaalsiin tekijöihin kuuluivat lähipiirin merkitys ja elämänpiirin supistuminen. Tutkimuksessa muutosmotivaation ylläpitämiseen kannustavat tulevaisuuden suunnitelmat ja kokemus kuntoutus-jakson merkityksellisyydestä. (Ruumensaari 2012, 45–46.)

Ennaltaehkäisevää päihdehoitotyötä tukee teoria, jonka mukaisesti päihteidenkäyttäjien ei välttämättä tarvitse käydä pohjalla saavuttaakseen motivaation käytön lopettamiseen. Käyttäjä voi kokea muutoksen tarpeellisuuden jo ennen vakavien seurauksien syntyä. Muutosmotivaatiota voi edistää hädän ja ahdingon tuntemukset, kriittiset elämäntapahtumat, kognitiivinen arviointi, kielteiset seuraukset ja myönteiset sekä kielteiset ylläkkeet. (Koski-Jännes ym. 2008, 18–20.)

Sen sijaan Hanna Ruumensaaren tutkimuksen mukaan voidaan taas ajatella, että päihteidenkäyttäjä alkaa kaivata muutosta vasta käytyään pohjalla. Pohjakokemukset ovat nousseet tutkimuksessa selvästi esiin tarkasteltaessa päihteiden käytön lopettamiseen johtavia tekijöitä. Pohjakokemuksia voivat olla uupumus ja kyllästyminen, lasten huostaanotto tai itsetuhoisuus. Kuitenkin ajateltaessa muutosmotivaation kehittymistä, pohjakokemuksia tulisi pitää yksilöllisinä muuttujina. Muutokseen motivoivat tekijät voivat olla pohjakokemuksia suuremmassa roolissa, eli miten kukin käyttäjä kokee asioita ja antaa niille merkityksen. (Ruumensaari 2012, 45.)

Edellisen kaltaiseen tulokseen on tullut myös Kuusisto tutkimuksessaan. Hän on todennut, että muutosvalmius syntyy päihteidenkäytöstä aiheutuneiden negatiivisten seurannaisvaikutuksen pohjalta. Päihteidenkäyttöön ajaudutaan vähitellen ja riippuvuus on usein syy lähteä muuttamaan päihteidenkäyttötottumuksia. Seurannaisvaikutuksien kasaannuttua ja ensisijaisesti henkilön itsensä määrittämän merkityksenannon myötä muutosvalmius kasvaa, ja erilaisilla muutosta virittäville tekijöillä on siihen oma vaikutuksensa. Ongelmien monimuotoisuus ja kokemus oman pystyvyyden heikkoudesta ovat suuri syy hakeutua tuen piiriin. Se, haetaanko tukea varsinaisten hoitomahdollisuuksien

piiristä vai yritetäänkö selvittää ilman niitä, riippuu paljon käyttöhistorian vaikeudesta ja päihdeongelman vaikeudesta. Hoitoa kohdennettaessa on tarkasteltava käyttäjän muutosvalmiutta, pystyvyyssodotuksia, päihdeongelman vaikeusastetta ja hoidon merkitykseen uskomista. (Kuusisto 2010, 8–9.)

Myös Jan Holmbergin kirjassa tutkimustulosten perusteella on päädytty siihen, että vakavimmista päihdeongelmista kärsivät ihmiset saavuttavat raittiuden todennäköisemmin kuin lievemmistä ongelmista kärsivät. Elämönhallinta voi kuitenkin silti parantua, vaikkei täyttä raittiutta saavutettaisikaan. (Holmberg 2010, 54.)

Muutosmotivaation myötä tapahtuva muutos voidaan nähdä kuusivaiheisena prosessina. Vaiheiden välillä voidaan siirtyä edestakaisin, eikä vaiheesta toiseen siirtyminen ole lainkaan selkeää. Muutokseen vaadittava aika on yksilöllistä ja retkahtamiset prosessin aikana ovat normaaleja. Muutoksen vaiheita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautuminen, toimintavaihe, ylläpito-vaihe ja ongelman uusiutuminen. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Esiharkintavaiheessa käyttäjä itse ei vielä tunnista ongelmaansa, ja tässä vaiheessa ongelma vielä kehittyy ja paisuu, vaikka lähiympäristö saattaakin jo tiedostaa ongelman. Toinen vaihtoehto on, että ongelma tunnistetaan, mutta siihen ei ole rohkeutta tarttua. Oma motivaatio ei ole vielä kehittynyt. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Harkintavaiheessa käyttäjä alkaa huolestua käyttäytymisestään ja huomaa sen tuottavan harmejä. Hän siis kohtaa ongelman, mutta päätöksen tekoon liittyy vielä vahva epävarmuus. Tässä vaiheessa voidaan horjua kauankin, kun epävarmuus ottaa vallan ennen valmistautumisen aloittamista. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Valmistautumisvaiheessa alkaa muutoksen suunnittelu. Siihen kuuluu omien kykyjen arviointia ja tavoitteiden asettamista, valmistautumista konkreettisiin tekoihin. Suunnitelmasta saatetaan alkaa kertoa läheisille. Käyttäjä havaitsee muutoksen olevan käyttöä edullisempi vaihtoehto monelta kannalta. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Toimintavaihe pitää sisällään käyttäjän konkreettisen aktivoitumisen muutoksen hyväksi. Tämä voi sisältää rankkoja tuntemuksia, minäkuvan ja elämäntyylin muutoksia sekä vieroitusoireita, mutta myös kannustavia onnistumisen

kokemuksia. Henkilö voi etsiä päihteiden tilalle muuta korviketta. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Ylläpitovaiheessa käyttäjä on toteuttanut suunnitelman, ja vaikein vaihe prosessissa alkaa, kun saavutettuja etuja pyritään säilyttämään. Päihdettä ei välttämättä koetakaan enää ongelmana, ja sen käytöstä on jäljellä vain muisto. Läheisten tuki ja kannustus alkavat jo laantua. Muutokseen sitoutumisen tulee kuitenkin jatkua. Jos tähän ei kuitenkaan pystytä, tapahtuu retkahdus, ja henkilö palaa samaan toimintamalliin ja päihteiden pariin. Tätä ei kuitenkaan tulisi ajatella epäonnistumisena, vaan prosessin vaiheena ja uusien retkahdusten ehkäisijänä. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

10.3 Sairaanhoidajuus päihdetyössä

Sairaanhoidajaliiton määritelmä päihdehoitotyöstä:

Päihdehoitotyö on osa moniammatillista päihdetyötä. Se sisältää terveyttä edistävän, ehkäisevän ja korjaavan työn. Sairaanhoidaja toimii päihdetyössä hoitotyön asiantuntijana ja sen toteuttajana. Päihdehoitotyötä toteutetaan joko itsenäisenä asiantuntija-alueena tai osana muuta hoitotyötä lähes kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. (Partanen ym. 2015, 31.)

Päihteidenkäyttäjät ovat haaste terveydenhuollolle, sillä hoitomotiivatio ja -tyytyväisyys ovat usein puutteellisia, kun taas oireisto esiintyy monimuotoisena. Lisäksi käyttäjä voi olla varaton sekä taipuvainen väkivaltaan tai suisaalisuuteen. Usein päihteidenkäyttäjien käyttäytyminen saa hoitohenkilökunnan suhtautumaan negatiivisesti itseensä. Tämän potilasryhmän muodostaessa merkittävän suuren osan terveystalouden asiakkaista, voi negatiivisesta suhtautumisesta muodostua käytäntö. (Havio ym. 2009, 200–201.)

Erityisesti sekä psyykkisesti sairaan että päihdeongelmaisen potilaan hoito vaatii erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa nämä negatiiviset asenteet tulisi poikkeuksetta unohtaa. Hoidossa on tärkeää huomioida käyttäjän muutosvalmius, päihde- ja mielenterveysongelmien aste, esiintyvyys ja jatkuvuus. Psykososiaalisiin ongelmiin pitää kyetä puuttumaan ja käyttäjä tulee ohjata mahdollisimman nopeasti pysyvälle hoitolinjalle, jossa yksi hoitoyksikkö ottaa vastuun kokonahoidosta. (Havio ym. 2009, 200–203.)

Päihdetyön parissa työskentelevä hoitaja tekee töitä elämän varjopuolien kanssa. Hoitaja voi joutua tekemisiin rankkojen ja kuormittavien asioiden ja kohtaloiden kanssa, ja tällainen työ vaatii hoitajalta tiettyjä ominaisuuksia. Päihdetyö on osa-alueena erityisen herkkä ja vaatii hienotunteisuutta. Vääränlaisella suhtautumisella ja käyttäytymisellä on suora yhteys siihen, millaisena asiakas kokee hoitonsa. Se myös vaikuttaa käyttäjän itsetuntoon, motivaatioon ja sitoutumiseen. (Havio ym. 2009, 24.)

Päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa tulisi korostua itsemääräämisoikeiden kunnioittaminen ja ihmisarvon ylläpitäminen. Oikeudenmukaisuus, luottamus ja avoin vuorovaikutus saadaan aikaan vain toteuttamalla samanarvoista ja inhimillistä kohtelua. Hoitaja tekee työtään omana persoonanaan, mutta tässä tapauksessa ennakkoluulojen ja omien tunteiden käsittelyn taito on ensiarvoista. Hoitajan työ päihteidenkäyttäjien parissa voi olla henkisesti raskasta ja monin tavoin kuormittavaa. Myös hoitajan omaa suhdetta päihteisiin on kyettävä tarkastelemaan, jotta hoitaja voi kehittyä työssään ja auttaa muita. (Poikolainen 2009.)

Tietoa päihteistä tulee antaa kysyjälle todenmukaisesti ja asiallisesti. Asiakasta neuvotaan ja autetaan mahdollisuuksien mukaan, jos hän kertoo päihdeongelmistaan. Päihteitä käyttävällä on oikeus tuntea niiden käyttöön liittyvät vaarat ja hänelle kerrotaan ne tarvittaessa. Hänelle annetaan oikeus olla eri mieltä, tarkentaa tai kysyä. Samalla hänelle tarjotaan apua ongelmaan. Keskustelussa pyritään keksimään keinoja päihteidenkäytön vähentämiseksi, käytön lopettamiseksi ja haittojen minimoimiseksi. (Poikolainen 2009.) Työntekijän tulisi kuitenkin myöntää myös se tosiasia, että päihteiden käyttäjät ovat monesti työntekijää tietoisempia käyttämästään aineesta, sen ominaisuuksista ja käytön syistä (Ruusu 2016).

Henkilöille, jotka kertovat päihdeongelmistaan, tehdään diagnostinen haastattelu. Haastattelussa kysytään, millaista tai millaisia aineita henkilö käyttää, millä tavalla hän niitä käyttää ja kuinka usein, kuinka paljon hän käyttää kerralla, miten aine vaikuttaa häneen ja millaisia haittoja hän tuntee siihen liittyvän. Hänelle kerrotaan päihteiden vaaroista ja haitoista sekä tarvittaessa harkitaan hoitoon ohjaamista. Tässä vaiheessa hoitoon voi ohjata myös ennaltaehkäisevästi, sillä hoitoon voi hakeutua ilman vakavaa päihdeongelmaa. (Poikolainen 2009.)

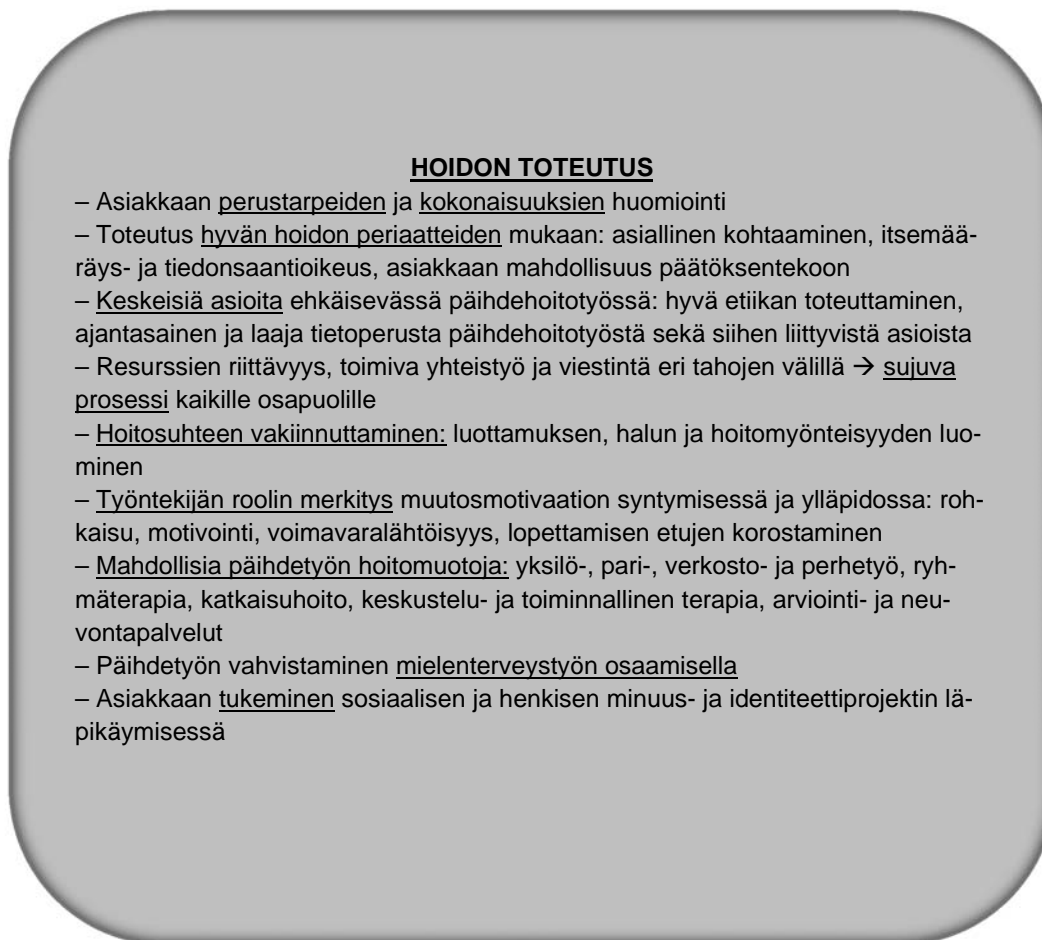
Käyttäjän neuvominen perustuu todettuihin terveyshaittoihin. Terveyshaitoista mainitaan ainekohtaisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten haittojen lisäksi riippuvuudet, myrkytykset, hepatiittitartunnat, HIV-tartunnat ja raskauden aikaisen käytön riskit. Päihteiden, ja varsinkin huumeidenkäyttäjien, kuolemanvaara on tuntuvasti lisääntynyt ja siinä yhdistyvät käyttöön liittyvän vaaran lisäksi huono sosiaalinen asema ja muut vaaratekijät käyttäjien keskuudessa. (Poikolainen 2009.)

Suonensisäisiä aineita käyttäville ohjeistetaan steriili tekniikka ja tähdenne-tään neulojen puhtauden merkitystä; kerrotaan myös, mistä tarvikkeita saa. Sekä hoitajan että käyttäjän tulee hyväksyä hoitosuunnitelma tai ainakin siihen tulee pyrkiä. (Poikolainen 2009.)

Hoitajana kannattaa muistaa kehottaa päihteidenkäyttäjää olemaan kertomatta yksityiskohtia laittomien aineiden kaupoista, kuljetuksista, hallussapidoista ja jopa käyttämästään määrästä, sillä salassapitovelvollisuudesta huolimatta oikeuden puheenjohtaja määrää todistajat vakaville rikoksille, ja jokaisella on velvollisuus ilmoittaa jopa suunnitteilla olevista vakavista rikoksista. Tällaisen tilanteen yhteydessä hoitosuhde vaarantuu ja käyttäjän hoitoon sitoutuminen vaurioituu. (Poikolainen 2009.)

10.4 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon toteutuksesta hoitopolkua varten

Hoitotyön prosessimallia noudattavan hoitopolun rakentamiseksi alla olevaan laatikkoon (kuva 5) on poimittu kappaleesta 10 Päihdepotilaan hoidon toteutus ja sen alaluokista keskeisimmät päihdeasiakkaan hoidon toteutuksessa tarvittavat tiedot. Näitä periaatteita noudattaen hoidon tulisi toteutua eri päihdehoitotyötä toteuttavissa yksiköissä.



Kuva 5. Hoidon toteutuksen ydinkohdat.

11 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON ARVIOINTI

Tutkimuksen mukaan päihdeidenkäyttäjän näkökulmasta merkityksellisiä asioita hoidon onnistumiseksi ovat ammatillinen apu, vertaisuus, elämänhallinnan sekä toiminnallisuuden lisääntyminen, fyysisen sekä psyykkisen olon kohentuminen ja läheisten kanssa lähentyvät välit (Ruumensaari 2012, 71). Toipumista tukevat usein päihdeisiin liittymättömien kiinnostavien ja mielekkäiden

asioiden sisällyttäminen elämään, myönteisten pystyvyysodotusten saavuttaminen sekä luodut hallinnan ja selviytymisen keinot (Partanen ym. 2015, 152).

Päihdeongelmista toipuminen voi merkitä eri ihmiselle eri asioita, riippuen ongelman vaikeusasteesta. Toipuminen on myös monen tekijän prosessi, ja kuvaan kuuluvat myös lipsahdukset eli palaamiset entiseen toimintatapaan. Tärkeää on pystyä tukemaan pysyvämpää ja voimakkaampaa selviytymisen ja hallinnan tunnetta. Myös omia arvoja ja itselle mielekästä elämää on kannattavaa tavoitella. (Partanen ym. 2015, 152.)

Toipumista voidaan arvioida lyhyen ja pitkän ajan kuluessa tapahtuneiden myönteisten muutosten kautta. Myönteisiä muutoksia voi tapahtua ihmisen kokonaiselämäntilanteessa, fyysisessä toimintakyvyssä, psyykkisessä voinnissa, sosiaalisissa suhteissa, työssä ja opiskelussa sekä taloudellisissa asioissa. Käyttäjä voi myös omaksua terveellisempiä ruokailutapoja, huolehtia enemmän liikunnasta, uni-valverytmi voi parantua sekä kiinnostus huolehtia itsestä ja ympäristöstä voi kasvaa. Toipumisesta voi kertoa myös motivaation kasvaminen hoitoa kohtaan, tuen vastaanottaminen, halukkuus käydä läpi omia asioita, tavoitteiden asettaminen ja niihin pyrkiminen, vastuun kantaminen omasta tekemisestä ja päivittäisistä toiminnoista sekä omista velvollisuuksista selviäminen. Ahdistus ja stressi voi vähentyä, ja kyky keskustella ja tutustua omiin ajatuksiin ja tunteisiin voi parantua. (Partanen ym. 2015, 156.)

Ruusun mukaan päihdepotilaan hoidon arviointi päihdehoitotyön piirissä vaikuttavuuden näkökulmasta tapahtuu usein peilaten yksilöllisesti räätälöityyn hoitosuunnitelmaan, jonka toteutumista voidaan seurata säännöllisin väliajoin. Sen arvioimiseksi voidaan siis käyttää esimerkiksi mittareita, joita on lueteltu selityksineen luvussa 8 Päihdepotilaan hoidon tarpeen määrittely. Myös elämäntilannekartoitus säännöllisin väliajoin on tärkeää, koska sen avulla kokonaisvaltainen asiakkaan tilan arviointi onnistuu. Jos arvioinnissa ilmenee, ettei käyttäjän toipuminen edisty toivotusti, suunnitelmaa voidaan vielä yksilöllisesti räätälöidä. (Ruusu 2016.)

Käyttäjä itse huomaa tavoitteiden realistisuuden, menettelytapojen tehokkuuden ja ympäristön riskitekijöiden vaikutuksen muutokseen, ja näihin seikkoihin vaikuttamalla sekä niitä arvioimalla myös käyttäjä itse voi arvioida omaa onnistumistaan. Yleisesti päihteiden käytön arvioinnin perustana on avoimuus, luottamus, neutraali keskustelu, havainnointi, käytettyjen arviointilomakkeiden

ja mahdollisesti myös laboratoriokokeiden antama tieto. (Partanen ym. 2015, 152, 240.)

11.1 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidontarpeenarvioinnista hoitopolkua varten

Hoitotyön prosessimallia noudattavan hoitopolun rakentamiseksi alla olevaan laatikkoon (kuva 6) on poimittu kappaleesta 11 Päihdepotilaan hoidon arviointi keskeisimmät päihdeasiakkaan hoidon arvioinnissa käytettävät menetelmät sekä ne merkit, jotka kertovat hoidon edistymisestä. Niiden perusteella päihdehoitoa toteuttava taho, esimerkiksi A-klinikka, arvioi asiakkaan edistymistä omassa päihdekuntoutumisprosessissaan. Arvioinnin seurauksena tarjoutuu mahdollisuus hoitosuunnitelman muokkaamiseen uusia tarpeita vastaavaksi tai vaihtoehtoisesti hoidon asteittaiseksi lopettamiseksi, mikäli kaikkiin tavoitteisiin on päästy.

HOIDON ARVIOINTI

- Toipumisen merkitys eri ihmisille erilainen: yksilöllisyyden ja ongelman vaikeusasteen huomiointi
- Toipumista voidaan arvioida myönteisten muutosten kautta: selviytymisen ja hallinnan tunne, omien arvojen löytyminen, mielekäs elämä, hoitoon motivoituminen, tuen vastaanotto, halu käsitellä omia asioita, tavoitteiden asettaminen ja niihin pyrkiminen, vastuun kantaminen esim. päivittäisistä toiminnoista, velvollisuuksista selviäminen, ahdistuksen ja stressin vähentyminen, keskustelukyvyn kehittyminen, omien ajatusten ja tunteiden ymmärtäminen
- Arvioinnin perusta: avoimuus, luottamus, neutraali keskustelu, havainnointi, yksilöllisen hoitosuunnitelman toteutuminen, elämäntilannekartoitukset, ed. mainittujen testien toisto, laboratoriokokeet → tarv. hoitosuunnitelman muokkaus.
- Tavoitteena, että käyttäjä itse huomaa tavoitteiden realistisuuden, menettelytapojen tehokkuuden ja ympäristön riskitekijöiden vaikutuksen muutokseen → onnistumisen arviointi
- Retkahdukset kuuluvat prosessiin
- Asiakkaan tukeminen sosiaalisen ja henkisen minuus- ja identiteettiprojektin läpikäymisessä

Kuva 6. Hoidon arvioinnin ydinkohdat.

12 PÄIHDEASIAANTUNTIJAN HAASTATELU HOITOPOLUN KEHITTÄMISESSÄ

A-klinikkasäätiön Etelä-Suomen palvelualueen palveluesimiestä, Maarit Ruusua, haastateltiin teemahaastattelumenetelmää käyttäen 3.10.2016. Haastattelu tapahtui hänen työhuoneessaan A-klinikalla. Läsä haastattelutilanteessa olivat molemmat opinnäytetyön tekijät sekä itse haastateltava. Haastattelu kesti noin puolitoista tuntia, ja se tallennettiin kahdella älypuhelimien nauhurilla. Tallenteet poistetaan opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

12.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa olennaisinta on, että tarkkojen ennalta laadittujen kysymysten sijaan haastattelu etenee teoreettisesta viitekehystä nousevien teemojen varassa. Tutkimuksiin ja teorian tietoon perehtymällä hahmottuvat tutkittavan ilmiön teoreettiset peruskäsitteet eli teemahaastattelun pääluokat. Niiden alaluokkia ovat yksityiskohdalliset, tiiviit ja iskusanamaiset teema-alueet, joita haastattelutilanteessa täsmennetään kysymyksillä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48, 66.) Näin meneteltiin myös tässä työssä, ja ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön kontekstista nousevat teoreettiset peruskäsitteet ovat ennaltaehkäisy, hoitopolku ja päihderiippuvuus. Näiden pääluokkien alle sijoittuvia teema-alueita ovat huumeet, alkoholi, nuoret, työikäiset, iäkkäät sekä päihdetyön toimijat ja palvelut. Alaluokista muodostettiin teemahaastattelurunko, joka on esitetty kohdassa 12.3 Teemahaastattelun teemarunko.

12.2 Teemahaastattelun tutkimusongelmat

Teemahaastattelu on kehittämistyömme tutkimuksellinen interventio, joten muiden tutkimusten tavoin sille tulee määrittää tutkimusongelmat. Niihin haetaan haastattelun avulla vastauksia. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat keskeisimmät ongelmat ja kehittämistarpeet Haminan päihdepalveluissa?
2. Minkälainen on työntekijän näkemys ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön toteutumisesta Haminassa?

3. Minkälainen on päihteidenkäyttäjien jakauma ongelman vaikeusasteen, käyttäjien iän ja ongelma-aineen suhteen?

12.3 Teemahaastattelun teemarunko

Teemahaastattelurunko on luotu sekä tutkimuskysymysten että teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Näin on toimittu siksi, että teemahaastattelulla on täydennetty teoreettista viitekehystä, joten teemat on luotu myös tätä ajatellen eli pyrkimyksenä saada lisää teorian tietoa. Teemahaastattelusta saatua tietoa on käytetty luvuissa 2 Haminan kaupunki ja päihdepalvelut, 7.4 Ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö, 7.5 Päihteidenkäyttäjät ensihoidossa, 8.1 Päihteidenkäytön muodot, 8.4 Päihteidenkäytön erityispiirteet ikäryhmittäin, 9 Päihdepotilaan hoidon suunnittelu, 9.1 Päihdepotilaan hoitoon ohjaus, 9.2 Mini-interventio, 10.3 Sairaanhoidajuus päihdetyössä ja 11 Päihdepotilaan hoidon arviointi.

Päihdetyön toimijat ja palvelut

- Haminan päihdepalveluiden listaus
- palvelun piiriin ohjaamisen perusteet
- palveluiden kehittämistarpeet ja toiveet
- olemassa olevien palveluiden tarkoituksenmukaisuus/ongelmiin vastaaminen
- aiempi "hoitopolku" ja sen toimivuus
- palveluiden piiriin hakeutumisherkkyys ja ongelmien vaihe ko. tilanteessa
- mahdollisuus ennaltaehkäiseville toimille
- mielenterveyspalveluiden yhtenäisyys päihdepalveluiden kanssa
- väliinputoamisriski palvelujärjestelmässä
- palveluiden piiriin pääsemisen mahdollisuus
- ohjaustilanteet
- ennaltaehkäisyn roolin kartoitus, peruste jolla asiakkaan hoitoa suunnitellaan ennaltaehkäisyvaiheessa
- päihdepotilaan hoidon arviointi, vaikuttavuuden näkökulma

Huumeet

- käyttäjien määrä vrt. palvelujen saatavuuteen
- vertaus Suomen tilanteeseen
- Haminassa esiintyvät huumausaineet
- huumeitrendien vaihtelu viime vuosien aikana
- ennaltaehkäisykeinot

Alkoholi

- käyttäjien määrä vrt. palvelujen saatavuuteen
- vertaus Suomen tilanteeseen
- ennaltaehkäisykeinot

Nuoret

- spesifiset ongelmat
- moniongelmaisuus ja siihen puuttuminen
- nuorille sopiva mini-interventio

Työikäiset

- spesifiset ongelmat
- työkyvyttömyysriski, työttömien määrä
- työikäisille sopiva mini-interventio

Iäkkäät

- spesifiset ongelmat
- ero nuorempiin ikäluokkiin
- asenteet ja yhteiskunnan suhtautuminen
- iäkkäille sopiva mini-interventio, kotihoidon tms. rooli

12.4 Teemahaastattelun toteutus

Haastattelua edeltävästi suunniteltiin teemahaastattelurunko. Tutkimuskysymykset olivat nousseet esille jo aiemmassa vaiheessa sekä tarvittavien tietojen että teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Vaikka teemahaastattelurunko ei suoraan mukaile tutkimuskysymyksiä, on se suunniteltu epäsuorasti vastaamaan myös tutkimuskysymyksiin, samalla antaen toivottuja tietoja ja teoriapohjaa. Näin se vastasi parhaiten sille asetettuihin tavoitteisiin, eli lähinnä teoreettisen viitekehyksen täydentämiseen ja sitä kautta tukemaan hoitopolun valmistumista.

Ennen haastattelua haastateltava sai luettavakseen sekä työmme keskeneräisenä että teemahaastattelun teemarungon. Näin haastateltava pystyi valmistautumaan haastatteluun ja siinä keskusteltaviin aiheisiin.

Haastattelutilanne eteni keskustelumaisesti teemahaastattelurunkoa mukailleen. Toteutimme haastattelun kuten Hirsjärven ym. teoksessa on esitetty, eli teemoja käsiteltiin laajasti käyttäen täsmentäviä kysymyksiä, joita esittivät niin haastattelijat kuin haastateltavakin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66).

Haastattelu nauhoitettiin kahden älypuhelimien nauhurilla, sillä haastatteluaineiston tallentaminen on välttämätöntä. Nauhoitetun haastatteluaineiston purkamisessa käytettiin litteroinnille vaihtoehtoista menetelmää, jossa aineistoa ei kirjoitettu auki, vaan päätelmiä ja tulkintoja tehtiin suoraan nauhoitteista kuuntelun perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 75, 138.) Molemmat opinnäytetyön

tekijät kuuntelivat äänitteet useaan kertaan kirjoittaen samalla haastattelun tuloksia teema-alueittain. Tämän jälkeen tulkintoja vertailtiin keskenään, jotta varmistuttiin niiden yhtäpitävyydestä. Tämä menettely lisäsi analyysin luotettavuutta. Tulkintojen vertailun jälkeen tekijät yhdessä kokosivat molempien kirjoittamat analyysit yhdeksi tekstiksi, joka on esitetty kohdassa 12.5 Haastatteluaineiston purku.

12.5 Haastatteluaineiston purku

Tässä luvussa haastatteluaineisto on kirjoitettu auki teemoittain siinä järjestyksessä, kun teemoja haastattelutilanteessa käsiteltiin. Pääteemat on esitetty lihavoituna luvun selkiyttämiseksi. Alateemat löytyvät tekstiin sisällytettynä.

Suurimmaksi osaksi haastattelu ja siten myös haastattelun purku noudattavat teemahaastelurunkoa. Tällaista teoriatietoon perustuvaa, ennalta laadittua ja runkoa noudattavaa sisällön analyysitapaa kutsutaan deduktiiviseksi strukturoiduksi sisällön analyysiksi ja se soveltuu käytettäväksi esimerkiksi strukturoitujen haastatteluaineistojen analysoinnissa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7–9). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47), joten haastattelun purku mukailee teemahaastattelurungon teemajärjestystä kuitenkin noudattamatta sitä täysin.

Haminan **päihdetyön toimijoita ja palveluita** käsiteltiin haastattelun ensimmäisenä pääteemana. Maarit Ruusu korosti osaavansa kertoa spesifisesti vain A-klinikan tarjoamista palveluista, joten kaiken kattavaa listausta Haminan palveluista ei ymmärrettävästi saatu. Keskeisinä A-klinikan ulkopuolisina toimijoina haastateltava mainitsi kuitenkin terveysaseman, psykiatrian poliklinikan ja oppilaitosterveysdenhuollon.

Päihdetyön toimijoiden ja palveluiden alle sijoittuvista alateemoista ensimmäisenä keskusteltiin palvelun piiriin ohjaamisen perusteista. Haastattelussa ilmeni, että näitä A-klinikalle asiakkaita lähettäviä tahoja olivat Ruusun mukaan pääasiassa terveysasema, psykiatrian poliklinikka, oppilaitokset, Haminan sairaala, sosiaalitoimi, työterveys, poliisi, kotihoito ja esimerkiksi Kotkan keskussairaalan päivystys. Näiden tahojen lisäksi päihdeasiakas voi hakeutua A-klini-

kalle omasta aloitteestaan tai läheisten tukemana. A-klinikan palvelut ovat matalakynnyksisiä, ja tahtoessaan asiakas voi tulla paikalle aikaa varaamatta. Palvelun piiriin pääsemiseen ei myöskään tarvitse lähetettä.

Toisena alateemana käsiteltiin teemaahaastattelurunkoon suunnitellusta järjestyksestä poiketen palveluiden piiriin hakeutumisherkkyyttä ja ongelmien vaikeusastetta hakeutumisvaiheessa. Ruusun mukaan asiakkaat ovat hoitoon tullessaan hyvin erilaisissa tilanteissa. Hakeutumisherkkyyks vaihtelee, sillä toiset tulevat palveluiden piiriin herkästi omasta tai läheisten tahdosta, toiset taas hyvin myöhäisessä vaiheessa. Aina asiakas ei ole riippuvainen apua hakiesaan. Mahdollisuus on siis myös ennaltaehkäisevän työn toteuttamiselle. Vaikka usein A-klinikan työ on korjaavaa, Ruusun mukaan A-klinikka harjoittaa myös ennaltaehkäisevää päihdehoitotyötä viitaten ennaltaehkäisyn tasoihin. Tasoja ovat primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasot. Primaaritasolla ongelmaa ei välttämättä ole vielä olemassa ja ennaltaehkäisy on kuin ”kansanterveys-työtä”. Sekundaarisessa vaiheessa ongelma on olemassa, mutta muut riskit pyritään minimoimaan. Tertiaaritasolla riippuvuus tai sairaus on olemassa, mutta sen eteneminen pyritään pysäyttämään ja ehkäisemään sen aiheuttamien haittojen pahenemista, kokonaisvaltaisesti asiakkaan elämäntilanne huomioiden. A-klinikan toteuttamat palvelut kohdistuvat siis usein sekundaari- ja tertiaaritasoille.

Kolmannen alateeman kohdalla palattiin jälleen teemaahaastattelurungon mukaiseen järjestykseen, joten käsittelyyn tulivat palveluiden kehittämistarpeet ja toiveet. Kehitystarpeiksi päihdepalveluiden toimivuudessa Ruusu mainitsi, että palveluiden välistä yhteistyötä voisi edelleen kehittää ja sitä voisi olla enemmän. Hyviä rakenteita palveluissa on jo olemassa, ja siksi kehittäminen tulisi kohdentaa hyvien rakenteiden vahvistamiseen ja niiden jatkuvuuden turvaamiseen. Esimerkkinä toimivasta käytännöstä Ruusu mainitsi sen, että säännöllisiä yhteistyötapaamisia järjestetään monien tahojen kanssa.

Neljäntenä alateemana keskusteltiin olemassa olevien palveluiden tarkoituksenmukaisuudesta ja ongelmiin vastaamisesta. A-klinikan palveluiden piirissä Ruusu kertoikin tilanteen olevan hyvä, sillä palveluiden piiriin pääsee jonottamatta ja uusia asiakkaita saadaan tasaiseen tahtiin. Asiakas siis pääsee palveluiden piiriin nopeasti ja hänen tarpeisiinsa pystytään vastaamaan. Olemassa on myös päivystyspalvelu, jonka avulla asiakas saa avun välittömästi

päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolta. Yksilötapaaminenkin usein järjestyä päivien tai enimmillään viikon päähän. Tärkeää on vastata asiakkaan tarpeisiin juuri silloin, kun asiakas hakeutuu hoitoon, sillä avun tarve on juuri sillä hetkellä suurin. Jollei avun tarpeeseen kyetä vastaamaan välittömästi, asiakkaan takaisinpaluukynnys kasvaa.

Aiemman hoitopolun ja sen toimivuuden käsittely muodosti viidennen alateemamme. Hoitopolkuun vaikuttavat Ruusun mukaan monet asiat, kuten esimerkiksi yksilöllinen elämäntilanne, historia ja käytetty päihde. Hoitoon vaikuttaa myös, onko asiakassuhde tapahtunut käyttäjän omasta päätöksestä vai onko hänet ohjattu jostain muualta palvelun piiriin, jolloin yhteistyönäkökulma muiden palveluiden kanssa korostuu. Itse hakeutuneiden läheisverkosto pyritään ottamaan huomioon työskentelyssä. Lisäksi koko elämäntilanne tulee kartoittaa ja huomioida tarkasti. Tämän arvioinnin perusteella hoitopolun elementit kasataan yksilöllisesti asiakkaan tarpeita vastaamaan. Hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi yksilöhoitoa, ryhmähoitoa ja parityöskentelyä, eli käytössä on menetelmiä laidasta laitaan. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Ruusun mukaan asiakkaiden yksilölliset hoitopolut on tähän asti koettu toimivina. Kysyntään pystytään vastaamaan esimerkiksi luomalla tarpeen mukaan spesifisiä ryhmiä joustavasti ja tarpeita vastaavasti, yksilöllisetkin tarpeet huomioiden.

Hoito voi myös olla lyhytaikaista eli esimerkiksi akuuttien vieroitusoireiden hoitoa. Kuitenkin kokonaisvaltaisuus pyritään huomioimaan myös tässä tilanteessa.

Kuudes alateema oli mahdollisuus ennaltaehkäiseville toimille. Ilmeni, että A-klinikka tekee työtä esimerkiksi oppilaitosten kanssa ennaltaehkäisevästi esimerkiksi luentojen muodossa. A-klinikka voi myös antaa koulutusta eri henkilöille esimerkiksi terveysasemilla ja sosiaalitoimessa. Lisäksi se voi tuottaa työnohjauspalveluita eri työpaikoille.

Mielenterveyspalveluiden yhtenäisyys päihdepalveluiden kanssa oli seitsemäntenä alateemana. Selvisi, että Haminan A-klinikka tekee jonkin verran yhteistyötä mielenterveyspalveluiden kanssa ja yhteistyösopimukset tätä koskien ovat olemassa raamittaen käytäntöjä ja yhteisiä linjauksia. Mielenterveysongelmat kulkevat hyvin pitkälti päihdeongelmien rinnalla. Lisäksi psykososiaalisia ongelmia esiintyy paljon päihteidenkäyttäjillä. Käyttäjillä voi olla monia

diagnooseja, joiden lisäksi rinnalla kulkee päihdeongelma. Akuutti päihteidenkäyttö on yleinen syy sille, ettei psykiatrian puolella asiakkaan hoitaminen onnistu. Päihteiden käytön tulee siten jollain tasolla olla hallinnassa, jotta psykiatristen ongelmien hoitamiseen voidaan paneutua.

Moniongelmaisuus huomataan myös siinä, että yhteistyötahoja on paljon, kuten sosiaalitoimi, työvoimakeskus Väylä sekä lastensuojelu perheellisillä asiakkailla. Somaattisten ongelmien hoito onnistuu esimerkiksi terveysasemalla.

Kahdeksantena alateemana keskusteltiin väliinpuotoamisriskistä palvelujärjestelmässä. A-klinikan näkökulmasta palveluiden piiriin on helppo hakeutua, mutta hakeutumatta jättäneitä ihmisiä on varmasti paljon, vaikka mahdollisuus päästä palvelun piiriin on hyvä. Asiakkaan hoito toteutetaan hoitosuunnitelman mukaan, ja tässä ilmenee mm. tavoitteet, hoidon tarve ja jatkosuunnitelmat. Asiakkaan rinnalla kuljetaan hoidon aikana, ja hoidon edistyessä esimerkiksi keskustelukertoja harvennetaan tai asiakas ohjataan muihin palveluihin. Käyn-tejä voi myös jatkaa päihdeongelman tasaannuttua esimerkiksi päiväkeskuk-sessa, ja tällöin varsinainen päihdeongelman hoito on jo voinut päättyä. Se voi olla tuki, joka pitää asiakkaan raittiina. Palveluiden piirissä pysyminen on vii-mekädessä asiakkaan omalla vastuulla. Väliinpuotoamisriskiä minimoidaan niin sanotulla ”saattaen vaihto” - menetelmällä, jolla eri palveluiden välistä kuilua pyritään kaventamaan, mutta asiakkaan päätös on, hakeutuuko hän palvelun piiriin.

Ohjaustilanteet olivat yhdeksäs alateema. Asiakkaan ohjaustilanteissa Ruusu korostaa kohtaamisen merkitystä. Siihen sisältyvät työntekijän asenne, ongelmaan suhtautuminen, asiakkaan hoitoon hakeutumiseen ja rohkeuteen asen-noituminen sekä tapa, miten ohjausta ja neuvontaa toteutetaan. Ohjaustilanne voi tapahtua puhelimitse tai paikan päällä.

Mini-interventio tulisi toteuttaa rauhallisessa tilassa. Puheeksi otto voi olla käyttäjälle herättävä asia, joten puheeksi otto kannattaa aina. Työntekijän vä-littämistä on se, että huoli päihteistä otetaan puheeksi.

Kymmenentenä alateemana käsiteltiin hoidon suunnittelua ennaltaehkäisyvai-heessa. Erityyppiset asiat saavat päihteidenkäyttäjät hakeutumaan hoitoon. Myös omaan tilanteeseen herättävät tekijät vaihtelevat paljon ja ne voivat liit-tyä esimerkiksi käyttäjään itseensä tai läheisiin. Päihdeongelmallisilla korostuu

se, että asiakkaan kokonaistilanne huomioiden on tärkeää hoitaa muutakin kuin oiretta, esimerkiksi yleistä toimintakykyä. Omaa päihteidenkäyttöä voidaan monesti vähätellä ja luotettavan kokonaiskuvan saaminen on siksikin tärkeää jo hoidon suunnitteluvaiheessa.

Päihdepotilaan hoidon arviointi vaikuttavuuden näkökulmasta muodosti yhdenentoista alateeman. Selvisi, että se tapahtuu usein hoitosuunnitelmaan peilaten. Hoitosuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisin väliajoin. Käytössä on mittareita asian arvioimiseksi, esimerkiksi Paradise24 (toimintakyvyn kartoitus), SDS (masentuneisuuden arviointi), AUDIT (alkoholinkäytön riskit), SADD (alkoholiriippuvuustesti). Myös elämäntilannekartoitus säännöllisesti on tärkeää, koska sen avulla kokonaisvaltainen asiakkaan tilan arviointi onnistuu.

Huumeet olivat haastattelun toinen pääteema. Tämän aihepiirin ensimmäisenä alateemana käsiteltiin huumausaineiden käyttäjien määrää verrattuna palveluiden saatavuuteen. Selvisi, että alkoholiongelmiaisten tavoin myös huumausaineita käyttävät pääsevät palveluiden piiriin jonottamatta. Heidän käyttössään ovat A-klinikkapalvelut, opioidiriippuvaisten korvaushoito ja päiväkeskustoiminta, mitkä kaikki ovat samaa organisaatiota ja toteutus tapahtuu saman katon alla. Sekakäyttö on yleistä, ja siihen kuuluvat huumeet, lääkkeet ja alkoholi. Harvinaisempaa on, että käytössä olisi vain yksi päihde. Kaikki huumausaineiden käyttäjät pääsevät hoitoon, eli palvelujen saatavuus suhteessa käyttäjien määrään on riittävä.

Huumeisiin liittyvänä toisena alateemana vertasimme Haminan huumausainetilannetta koko Suomen tilanteeseen. Tilastoja ei ollut nähtävänä, joten keskustelu olikin lähinnä pohdintaa mahdollisista vaikuttimista paikkakunnan tilanteeseen. Venäjän rajan ja sataman läheisyys sekä teollisuuden rakennemuutoksesta aiheutunut työttömyyden kasvu ovat perinteisesti pitäneet Haminan korkealla sijalla päihdetilastoissa.

Kolmas alateema oli Haminassa esiintyvät huumausaineet. Ilmeni, että Haminan A-klinikalla tavataan kaikkia päihteitä, huumeista yleisimpänä kannabista. Ruusun mukaan huumausaineiden esiintyvyys vaihtelee, mikä näkyy A-klinikan asiakaskunnassa. Lisäksi Ruusu korosti, etteivät kaikki huumausainetaipaukset tule A-klinikan tietoon, joten esimerkiksi poliisilla voisi olla kattavampaa tietoa asiasta.

Huumetrendien vaihtelu käsiteltiin neljäntenä alateemana. Selvisi, että trendeissä esiintyy erilaisia kausia esimerkiksi amfetamiinin ja opiaattien tavattavuudessa. Vaihtelu riippuu muun muassa aineiden saatavuudesta. Muuntohuumeet ovat nyt uusi haaste päihdetyössä, sillä niiden koostumusta ja vaikutuksia on mahdotonta tuntea. Siten ne ovat vaarallisia, arvaamattomia ja voimakkaita. Muuntohuumeita on lisäksi helppo tilata ympäri maailmaa, sillä osaa aineista ei ole luokiteltu laittomiksi.

Huumausaineiden viimeisenä alateemana keskusteltiin huumeiden käytön ennaltaehkäisykeinoista. Keskeisimpiä elementtejä ennaltaehkäisytyössä ovat puheeksi ottaminen, avoimuus, rehellisyys, kohtaaminen, ohjaus ja neuvonta. Asiakkaat ovat monesti työntekijää tietoisempi käyttämänsä aineen ominaisuuksista ja siitä, miksi ainetta käyttävät. Tärkeää on asiakkaan motivointi ja kiinnittyminen hoitoon. Näin pyritään ennaltaehkäisemään ongelmien paheneminen.

Alkoholia käsiteltiin kolmantena pääteemana. Aiheen ensimmäisenä alateemana keskusteltiin käyttäjien määrän suhteesta palveluiden saatavuuteen. A-klinikalla myös spesifisesti alkoholinkäyttäjien kannalta tilanne on hyvä ja hoitoon pääsee nopeasti ilman jonoja.

Toisena alateemana verrattiin Haminan alkoholin käyttäjien määrää suhteessa koko Suomen tilanteeseen. Kuten edellä on jo tullut ilmi, Haminassa on perinteisesti ollut paljon päihdeongelmia kaupungin erityispiirteistä johtuen. Ruusu arvelikin, että Haminassa on Suomen keskivertotasoja enemmän niin huume- kuin alkoholiongelmiakin. Vastaavasti palveluiden määrä on suhteutettu kysyntään, joten palveluita on ollut tarjolla niitä tarvitseville.

Viimeaikaisissa alkoholitrendeissä on ollut nähtävissä nuorten juomisen vähentyminen. Myönteisyys mietoja huumausaineita kohtaan on lisääntynyt, ja alkoholi on sitä kautta jäänyt taka-alalle. Mietoja huumausaineita ei pidetä enää välttämättä vakavana asiana, mistä hyvänä esimerkkinä mainitaan cannabis, joka asettunut alkoholin rinnalle ja osittain jopa tilalle. Siten alkoholin käytön vähentyessä sitä korvaamaan saattaakin tulla uusi päihde. Myös puhtaasti alkoholisteja on kuitenkin vielä olemassa.

Kolmantena alateemana keskusteltiin spesifisesti alkoholin käytön ennaltaehkäisykeinoista. Ruusun mukaan ennaltaehkäisykeinoista vertaistuki esimerkiksi ryhmätoiminnan muodossa nähtiin hyvänä alkoholiongelmaisten kohdalla. Yksilöllisesti sopivan keinon löytäminen on oleellista.

Nuorten päihdeasioita käsiteltiin neljäntenä pääteemana. Tarkennuksena esitettiin, että nuorella tarkoitetaan tässä työssä yli 18-vuotiaista, mutta nuoruuden takarajaa ei ole tarkasti määritelty, sillä se on myös elämäntilanteeseen sidonnainen ikäkausi kestäen eri lähteiden mukaan noin 25 ikävuoteen asti.

Nuorten spesifisiä ongelmia käsiteltiin ensimmäisenä alateemana. Niitä ovat sekä pelkkä alkoholi tai pelkkä huume että päihteiden sekakäyttö. Ahdistus- ja masennusoireet liittyvät usein nuorten päihteiden käyttöön ja ne voivat olla joko syy tai seuraus käytölle. Päihteellä voidaan yrittää lievittää psyykeongelmia, mutta ne voivat myös aiheuttaa niitä. Kokonaiselämäntilanne on myös keskeinen vaikutin, ja esimerkiksi koulutusjärjestelmästä tai työelämästä väliin putoamisen tuloksena on tyhjä arki, joka altistaa päihteiden käytölle. Lisäksi perheeseen liittyviä ongelmia voi esiintyä. Päihteiden käyttö voi olla ylisukupolvinen ilmiö nuoren elämässä, eli omat vanhemmat ovat saattaneet olla päihteiden käyttäjiä ja kenties myös heidänkin vanhempansa, jolloin päihteiden käytöstä on tullut kotona opittu tapa. Huumausaineita käyttävät nuorten lisäksi yleisesti myös aikuiset, eli se ei ole nuorten spesifinen ongelma.

Toisena alateemana keskusteltiin nuorten moniongelmaisuuuden huomioinnista päihdekuntoutusprosessissa. Yllä kuvattujen nuorten päihdeongelman tyyppi-piirteiden perusteella voidaan todeta, että kuntoutuksessa psykososiaalinen tuki korostuu. Keskeistä on koota tukiverkoston nuoren ympärille esimerkiksi ottamalla vanhemmat mukaan hoitoon, vaikka kyseessä olisi jo täysi-ikäinen henkilö. Yhtä tärkeää on laatia jatkosuunnitelmat, jottei nuori jäisi tyhjän päälle, vaan hän saisi mahdollisimman hyvät eväät oman elämänsä jatkamiseen.

Kolmantena alateemana käsiteltiin nuorille sopivaa mini-interventiota. Nuoren kohdalla asenne ja kohtaaminen korostuvat entisestään, ja nuoret aistivatkin herkästi tähän liittyviä asioita. Nuorten voi olla vaikeaa sitoutua palveluun, vaikea tulla paikalle tai saapua sovittuihin tapaamisiin A-klinikalle. Siksi nuoren

luonnollisessa ympäristössä tapahtuvia tapaamisia voidaan käyttää työmuotona. Tapaaminen voidaan järjestää kaupungilla tai kotonakin. Tekemisen kautta voi olla luontevampi keskustella, joten A-klinikan työntekijän tapaaminen esimerkiksi päiväkeskuksen kuntosalilla on yksi vaihtoehto.

Työikäisten päihdeasiat muodostivat viidennen pääteeman. Ruusun mukaan juuri työikäiset ovat A-klinikan suurin asiakasryhmä. Ensimmäisenä alateemana käsiteltiin työikäisten spesifisiä ongelmia, ja ikäryhmän laajuudesta johtuen ongelmia esiintyy erittäin laaja-alaisesti. Työikäisten parissa esiintyy niin pelkkää alkoholinkäyttöä kuin muidenkin päihteiden käyttöä, mukaan lukien kovien huumeiden käyttöä. Työikäisellä voi olla perhettä, jolloin lastensuojelu voi olla keskeinen yhteistyötaho. Lisäksi päihdeongelma aiheuttaa usein ongelmia työssä, sekä psyykeongelmia ja masennusta. Työikäisillä voi olla diagnosoituja psyykesairauksia tai vain huomattavia oireita, mutta päihteidenkäytön vuoksi diagnoosin teko voi olla vaikeaa. Elämän kriisit ja muutostilanteet voivat laukaista päihteidenkäyttöä, ja päinvastoin.

Työikäisten toisena alateemana keskusteltiin työkyvyttömyysriskistä ja työttömien määrästä. A-klinikan asiakkaista iso osa on työttömiä, mutta heistä monet ovat kuntouttavan työtoiminnan ja palkkatuen piirissä, esimerkiksi Työvoimakeskus Väylän asiakkaina. Kuntouttava työ on hyvä tukimuoto kaiken muun päihdehoitotyön rinnalla. Pitkään jatkunut ja jatkuva päihteiden käyttö tuo mukanaan työkyvyttömyysriskin, ja jonkin verran A-klinikalla tavataankin jo eläkkeellä olevia työikäisiä asiakkaita. Työikäiset ovat suurin asiakasryhmä A-klinikalla, vaikka heidän päihdeongelmistaan ei puhuta yhtä paljon kuin esimerkiksi nuorten. Monesti työikäiset ovat myös piilossa palveluilta: he ovat riskitai suurkulutuksen rajoilla, mutta pärjäävät vielä ilman palveluja.

Kolmantena alateemana käsiteltiin työikäisille sopivan mini-intervention ominaispiirteitä. Ohjauksessa ja neuvonnassa on huomioitava asiakas yksilöllisine perheeseen, työhön, ja omaan persoonaan liittyvine ominaispiirteineen. Hoitoon tulee motivoida käyttäjälle tärkeiden asioiden avulla, sillä esimerkiksi työpaikan menettämisen uhka voi olla jollekin keskeisin motivaatiotekijä, kun taas toiselle suuremmassa roolissa ovat läheiset. Oleellista on voimavaralähtöinen työskentely, jolloin ongelmakeskeisyyden sijasta keskitytään myös hyviin asioihin. Tähän voidaan hyödyntää mm. motivoivan haastattelun keinoja.

lääkkäiden päihdeasiat muodostivat kuudennen eli viimeisen pääteeman. Sen ensimmäisenä alateemana käsiteltiin iäkkäiden spesifisiä ongelmia. Päihteistä alkoholi on ikääntyneiden keskeisin ongelmien aiheuttaja, mutta myös esimerkiksi kipu- ja unilääkkeiden väärinkäyttöä esiintyy. Sen sijaan huumeita ei ole juurikaan tavattu A-klinikalla asioivien iäkkäiden parissa. Iäkkään alkoholin käytön syitä voivat olla esimerkiksi kivut, yksinäisyys, tavanmukaisuus eli vuosikymmenten juominen ja riippuvuus. Ikääntyneillä alkoholi on siten usein kulkenut elämässä mukana jo kauan, mutta ikääntymisen myötä käyttö on voinut runsastua. Liikakäyttö voidaan huomata esimerkiksi kaatumisten lisääntymisen myötä. Toisaalta vanhuksen elimistö ei kestä alkoholia samalla tavalla, eli päihteen vaikutus voi olla isompi vaikka käyttö ei olisikaan lisääntynyt määrällisesti.

Toisena alateemana käsiteltiin iäkkäiden ikäryhmän eroa nuorempiin ikäryhmiin päihdepalveluiden näkökulmasta. Iäkkäät ovat vähemmistönä A-klinikan palveluissa, mikä antaa viitteitä siitä, että ikäihmisten päihteenkäyttö voi olla piilossa oleva ongelma. Palveluiden piiriin hakeutuminen voi muodostua huonon toimintakyvyn vuoksi ylitsepääsemättömän hankalaksi. Ratkaisuksi tähän ongelmaan A-klinikka tarjoaa mahdollisuuden kotikäynteihin esimerkiksi yhteistyössä kotihoidon kanssa. Kotihoito voi ottaa suoraan yhteyttä A-klinikkaan asiakkaan puolesta, mutta asiakkaan suostumus yhteiselle kotikäynnille pitää saada. Samoin kuin nuorempien ikäluokkien, myös ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla palvelun tarvetta ja tukimuotoja arvioidaan asiakkaan tilanteen vaatimalla tavalla.

Myös iäkkäille tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma ja kartoitetaan hänen kokonaistilanteensa, verkostonsa ja toimintakykynsä. Hoidon lähtökohdat ovat siten samat kuin muillakin ikäryhmillä, mutta erityisesti huomioitavia seikkoja ovat esimerkiksi kognitiivisten kykyjen, kuten muistin, mahdollinen heikentyminen. Nämä asiat tuovat haasteita päihdehoitotyöhön ja vaikuttavat etenkin hoitomuodon valintaan. Täten iäkäs voi hyötyä eri hoitomuodoista, esimerkiksi päiväkeskuksesta, enemmän kuin nuorempien suosimasta keskusteluterapiasta.

Asenteista ja yhteiskunnan suhtautumisesta ikäihmisten päihteenkäyttöön keskusteltiin kolmantena alateemana. Juomisen piilottelu voi johtua esimerkiksi historiasta, eli juomisesta vaikeneminen ja salailu voi olla opittu tapa ja

kulttuuri. Asian esille nostaminen on tässäkin tilanteessa tärkeää ja iäkkäiden päihdeongelmat voisivatkin olla enemmän esillä mediassa, jotta salailun ja häpeän kulttuurista päästäisiin eroon.

Viimeisenä alateemana käsiteltiin iäkkäille sopivaa mini-interventiota ja kotihoidon roolia siinä. Kuten muissakin ikäryhmissä, myös iäkkäiden kanssa työskenneltäessä päihteidenkäytön puheeksi otto kannattaa aina. Esimerkiksi kotihoidossa asia voi olla vaikeasti puheeksi otettavissa, sillä hoito tapahtuu asiakkaan kotona. Ensikontakti A-klinikalle voi olla asiakkaan suostumuksella tehty moniammatillinen kotikäynti, jossa A-klinikan työntekijä tulee tapaamaan asiakasta yhdessä kotihoidon kanssa. Iäkkäillä eteen tulevat nopeasti terveydelliset ongelmat, jollei päihteidenkäyttöä saada hallintaan. Esimerkiksi lääkeshoidon toteutus vaarantuu ja arvaamattomia yhteisvaikutuksia voi esiintyä. Ohjaus ja neuvonta ovat tärkeitä seikkoja, sillä asiakas voi olla tietämätön käyttäytymiseensä liittyvistä riskeistä. Muisti voi olla heikko, jolloin iäkkään on entistä vaikeampaa kiinnittää huomiota alkoholinkäyttöön. Ohjeistuksen taso tuleekin suhteuttaa iäkkään asiakkaan kognitiivisiin kykyihin.

12.6 Yhteenveto tuloksista tutkimusongelmittain

Haastattelun tuloksia on tässä kappaleessa käsitelty työn tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymykset on esitetty myös luvussa 12.2 Teemahaastattelun tutkimusongelmat. Vaikka teemahaastattelurunko ei nousekaan suoraan tutkimuskysymyksistä, haastattelun tulokset on esitetty tutkimuskysymyksittäin, sillä teemojen kautta vastattiin myös tutkimuskysymyksiin. Seuraavissa kappaleissa on vielä kunkin vastauksen lopussa lihavoidulla tekstillä ydinasiat, mikä helpottaa keskeisten tulosten lukemista.

1.) Mitkä ovat keskeisimmät ongelmat ja kehittämistarpeet Haminan päihdepalveluissa?

Haastattelussamme Ruusu mainitsee päihdepalveluiden kehittämistarpeiksi lähinnä vanhojen, hyvien jo olemassa olevien rakenteiden vahvistamisen sekä niiden jatkuvuuden turvaamisen. Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tulisi kehittää ja sitä voisi olla enemmän. Hän kertoo, että päihdepalvelut sellaisenaan on koettu toimivina. Keskeisimmiksi yhteistyökumppaneiksi Ruusu mainitsee

terveysaseman, psykiatrian poliklinikan, oppilaitosterveydenhuollon, Haminan sairaalan, sosiaalitoimen, työterveyden, poliisin, kotihoidon, Kymenlaakson keskussairaalan päivystyksen, työvoimakeskus Väylän ja lastensuojelun.

A-klinikka on niin sanotusti matalan kynnyksen palvelu, johon apua kaipaavat pääsevät ilman lähetettä, ilman jonoja ja juuri silloin, kun he apua tarvitsevat. Siltä osin palveluita tarkasteltaessa ongelmat ovat vähäisiä. Myös yksilöllisyys on huomioitu hyvin ja jokaiselle asiakkaalle luodaan oma, henkilökohtainen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöity hoitosuunnitelma, jonka myötä voidaan myös seurata hoidon vaikuttavuutta. A-klinikalla on paljon erilaisia hoitomuotoja, joiden käyttöä voidaan soveltaa yksilöllisesti asiakkaiden kanssa, heidän tarpeidensa mukaisesti. Tällaiset yksilölliset hoitopolut on koettu tähän asti hyvin toimivina. Myös kysyntään pystytään vastaamaan luomalla erilaisia tarpeisiin vastaavia hoitomuotoja, kuten esimerkiksi järjestämällä tietynlaisia ryhmiä kysynnän mukaan. Yhteistyö esimerkiksi psykiatrian poliklinikan kanssa on ollut toimivaa. Väliinputoamisriskiä Ruusu kuvaa mahdolliseksi, mutta väliinputoamista pyritään estämään niin sanotulla ”saattaen vaihto”-menetelmällä, jossa työntekijä saattaa asiakkaan konkreettisesti toisen palvelun piiriin. Lopulta asiakas itse päättää, ottaako hän tarjotun avun vastaan.

Kehittämistarpeiksi mainitaan olemassa olevien rakenteiden vahvistaminen ja jatkuvuuden turvaaminen sekä yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden välillä, sillä päihdepalvelut sellaisenaan on koettu toimiviksi ja kysyntään pystytään vastaamaan yksilöllisesti.

2.) Minkälainen on työntekijän näkemys ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön toteutumisesta Haminassa?

A-klinikan ennaltaehkäisevä työ suuntautuu usein sekundaari- ja tertiaaritasoille. A-klinikan työhön kuuluvat päiväkeskustoiminta, keskusteluapu, vertaistukiryhmät, ryhmätoiminta, ja mahdollisesti tapaamisia voidaan toteuttaa erilaisissa ympäristöissä, kuten asiakkaan kotona tai kaupungilla. Oleellista on yksilöllisesti sopivan keinon löytäminen asiakkaan saaman avun maksimimiseksi. A-klinikan työ on myös koulutusmuotoista. A-klinikka voi kouluttaa

esimerkiksi terveysasemien tai sosiaalitoimen henkilöstöä sekä tuottaa työhönohjauspalveluita. A-klinikka voi järjestää myös oppilaitoksissa ennaltaehkäisevän päihdetyön luentoja.

Kun asiakas on hoidon piirissä, hoito pyritään toteuttamaan asiakkaan ehtoilla. Esimerkiksi käyntien harventaminen ajan ja toipumisen puitteissa on myös asiakkaan päätösvallan alla. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat monet eri seikat. Hoitopolun rakentumiseen vaikuttaa esimerkiksi se, onko asiakas tullut palvelun piiriin omasta halustaan ja aloitteestaan, vai onko hänet ohjattu muualta. Hoitopolun luomiseen vaikuttavat myös käytetty päihde, historia ja kokonaiselämäntilanteen kartoituksessa esiin tulleet yksilölliset seikat, joiden kautta päästään vastaamaan asiakkaan henkilökohtaisiin tarpeisiin. Hoidossa tulee ottaa huomioon muutkin tekijät kuin itse oire eli esimerkiksi asiakkaan toimintakyky muilla elämän osa-alueilla.

Ruusu neuvoo, että mini-interventioon tulisi ryhtyä herkästi, eli oikeastaan aina, kun huoli asiakkaan mahdollisesta päihteiden ongelmakäytöstä ilmenee. Ennaltaehkäisyyn soveltuvia elementtejä ovat puheeksi ottaminen, avoimuus, rehellisyys, hyvä kohtaaminen sekä ohjaus ja neuvonta. Asiakkaan motivointi on myös tärkeää ja sen välineenä toimii mm. motivoiva haastattelu.

A-klinikka toteuttaa ennaltaehkäisevää päihdetyötä monella eri tavalla, ja usein se kohdistuu sekundaari- ja tertiaaritasolle.

3.) Minkälainen on päihteidenkäyttäjien jakauma ongelmien vaikeusasteen, käyttäjien iän ja ongelma-aineen suhteen?

A-klinikan asiakkaista suurin osa on työikäisiä. Vähiten hoidon piirissä on vanhuksia. Hoitoon hakeutuvien käyttäjien ongelmien vaikeusaste on hyvin vaihteleva, mutta useimmiten riippuvuus on jo olemassa ja siksi ennaltaehkäisy kohdistetaan sekundaari- ja tertiaaritasoille. Ongelmia on asiakkailta laaja-alaisesti, suuren ikäjakauman ja käytettyjen päihteiden laajan kirjon vuoksi.

Työikäisillä ongelmiksi muodostuvat usein päihdeongelman rinnalla kulkevat mielenterveysongelmat, ongelmat töissä tai varsinainen työttömyys ja elämänkriisien laukaisemat ongelmien pahenemis- tai alkamisvaiheet. Päihteidenkäyttö on riski työkykyisyydelle, ja suuri osa A-klinikan asiakkaista onkin työttömiä.

Nuorten alkoholinkäytön todetaan vähentyneen, mutta myönteisyys mietoja huumausaineita kohtaan on lisääntynyt jättäen alkoholin taka-alalle. Nuorten käyttäjien ongelma-aineet vaihtelevat, ja usein mukana kulkevat mielenterveysongelmat.

Iäkkäiden päihdeongelmina esiintyy yleisimmin alkoholin liikkäyttöä sekä lääkkeiden väärinkäyttöä, ja luonnollisesti myös sekakäyttöä. Haminan A-klinikalla iäkkäiden keskuudessa ei ole havaittu huumeiden käyttöä. Yleinen tietämättömyys altistaa lääkkeiden väärinkäytölle ja sekakäytön vaaroille. Hoiossa huomioitava seikka on iäkkäiden kognitiiviset heikkoudet, eli esimerkiksi mahdolliset muistin häiriöt, ja näiden ikäryhmän ominaispiirteiden huomiointi tuo oman haasteensa hoioon. Päihteistä johtuvat terveysongelmat tulevat usein muita ikäluokkia selvemmin esille, ja myös lääkehoioon liittyvät vaikeudet hankaloittavat tilannetta.

Yhteiskunnallisen ilmapiirin muutos on lisännyt erityisesti mietojen huumausaineiden käyttöä. A-klinikalla useimmiten tavattu huumausaine on kannabis, mutta kaikkia huumeita kuitenkin tavataan. Uusimpana haasteena ovat nyt muuntohuumeet. Eri huumausaineiden esiintyvyys vaihtelee sykleittäin esimerkiksi saatavuuden mukaan.

On arvioitu, että Haminassa olisi suhteessa Suomen kokonaistilanteeseen enemmän päihteiden käyttäjiä. Palvelujen määrä on suhteutettu käyttäjien määrään ja resurssit ovat olleet riittävät.

Ongelmien vaikeusaste on hyvin vaihteleva, ja ongelmia esiintyy laajalaisesti. A-klinikalla suurin ryhmä ovat työikäiset. Haminassa on suhteellisen paljon päihteidenkäyttäjiä ja erityisesti mietojen huumausaineiden käyttö on lisääntynyt. Uusimman haasteen muodostavat muuntohuumeet.

13 HAMINAN KAUPUNGIN PÄIHDETYÖN HOITOPOLKU

Tässä kappaleessa esitetään Haminan kaupungin kaksiosainen päihdetyön hoitopolku. Ensimmäisessä osassa esitetään hoitotyön prosessimallin mukainen hoitopolku, joka alkaa hoidon tarpeen arvioinnista ja päättyy suunnittelun ja toteutuksen kautta hoidon tulosten arviointiin. Toisessa osassa Haminan päihdepalvelut yhteystietoineen on järjestetty asiakkaan ikäryhmän mukaisesti

organisaatiokartaksi. Hoitopolut eivät kuitenkaan ole täysin erillisiä toisistaan, vaan palvelupolkumallissa on nähtävissä myös sisään rakennettu prosessimalli, sillä tapahtuuhan ensisijaisissa yhteydenottotahoissa hoidon tarpeen arviointia sekä ohjausta jatkohoitopaikkoihin ja niissä edelleen hoidon toteutusta ja arviointia.

Palvelupolkumallissa on huomioitu myös ongelmien jaottelu päihdeongelmiin, somaattisiin ja psykiatrisiin ongelmiin. Sen sijaan prosessimallin mukainen hoitopolku on luotu työn loppuvaiheessa tukemaan palvelupolkumallia, sillä palvelupolkumalli ei yksin tuo kylliksi esille hoitotyön prosessia.

13.1 Prosessimallin mukainen hoitopolku

Tässä kappaleessa alempana esitettävä hoitopolkukaavio (kuva 7) on koostettu neljästä työssä aiemmin laaditusta tiivistelmälaatikosta, joissa esitetään kuhunkin hoitotyön prosessin vaiheeseen liittyvät oleelliset asiat. Hoitopolku alkaa kappaleessa 8.6 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista hoitopolkua varten muodostetulla yhteenvedolla hoidon tarpeen arvioinnin keskeisimmistä sisällöistä. Seuraava askelma hoitopolussa on kappaleessa 9.2 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon suunnittelusta hoitopolkua varten laadittu koonti päihdepotilaan hoidon suunnittelussa huomioitavista asioista. Tämän jälkeen hoitopolku jatkuu tiivistelmällä päihdeasiakkaan hoidon toteutuksesta, joka on koottu kappaleessa 10.4 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidon toteutuksesta hoitopolkua varten. Hoitopolku päättyy hoidon tulosten arviointiin. Arvioinnissa huomioitavien oleellisimpien tekijöiden summauslaatikko on poimittu työn kohdasta 11.1 Tiivistelmä päihdeasiakkaan hoidontarpeenarvioinnista hoitopolkua varten.

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

- Mini-interventio terveystalveissa aina kun huoli herää: riskikäytön tunnistaminen, motivoiva neuvonta, muutoksen suunnittelu ja muutoksen tuki
- Diagnostinen haastattelu: mitä päihteitä on käytetty, kuinka paljon, miten, kuinka usein ja kuinka pitkään
- Käyttäjän ikä ja yleinen elämäntilanne
- Moniongelmaisuus: syrjäytyneisyys, sosiaaliset ongelmat, terveysongelmat ja mielenterveysongelmat
- Päihteiden käytöstä koituvat riskit: elinympäristö, perimä
- Testit: AUDIT, SADD, yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, päihdelinkin juomatapatesti, DAST-20, DUDIT-E, DUDIT ja Paradise24
- Riippuvuus ja sen taso: fyysinen, sosiaalinen vai psyykinen

HOIDON SUUNNITTELU

- Hoidon aloitus mahdollisimman varhain
- Avoin, rehellinen, arvostava kohtaaminen
- Yksilöllisten tavoitteiden laadinta asiakkaan kanssa
- Asiakkaan tilanteeseen sopivan palautteen antaminen, luottamuksen osoittaminen asiakkaan kykyihin, ajan antaminen muutosten toteuttamiselle
- Hoitomuodon valinta: riippuvuusongelman vaikeusaste, historia, ongelmapäihde, elämäntilanne, terveydentila, sosiaalinen tilanne, moniongelmaisuus
- Tiedon antaminen, muistuttaminen päihteiden haitoista

HOIDON TOTEUTUS

- Asiakkaan perustarpeiden ja kokonaisuuksien huomiointi
- Toteutus hyvän hoidon periaatteiden mukaan: asiallinen kohtaaminen, itsemääräys- ja tiedonsaantioikeus, asiakkaan mahdollisuus päätöksentekoon
- Keskeisiä asioita ehkäisevässä päihdehoitotyössä: hyvä etiikan toteuttaminen, ajantasainen ja laaja tietoperusta päihdehoitotyöstä sekä siihen liittyvistä asioista
- Resurssien riittävyys, toimiva yhteistyö ja viestintä eri tahojen välillä → sujuva prosessi kaikille osapuolille
- Hoitosuhteen vakiinnuttaminen: luottamuksen, halun ja hoitomyönteisyyden luominen
- Työntekijän roolin merkitys muutosmotivaation syntymisessä ja ylläpidossa: rohkaisu, motivointi, voimavara- lähtöisyys, lopettamisen etujen korostaminen
- Mahdollisia päihdetyön hoitomuotoja: yksilö-, pari-, verkosto- ja perhetyö, ryhmäterapia, katkaisuhoido, keskustelu- ja toiminnallinen terapia, arviointi- ja neuvontapalvelut
- Päihdetyön vahvistaminen mielenterveystyön osaamisella
- Asiakkaan tukeminen sosiaalisen ja henkisen minuus- ja identiteettiprojektin läpikäymisessä

HOIDON ARVIOINTI

- Toipumisen merkitys eri ihmisille erilainen: yksilöllisyyden ja ongelman vaikeusasteen huomiointi
- Toipumista voidaan arvioida myönteisten muutosten kautta: selviytymisen ja hallinnan tunne, omien arvojen löytäminen, mielekäs elämä, hoitoon motivoituminen, tuen vastaanotto, halu käsitellä omia asioita, tavoitteiden asettaminen ja niihin pyrkiminen, vastuun kantaminen esim. päivittäisistä toiminnoista, velvollisuuksista selviäminen, ahdistuksen ja stressin vähentyminen, keskustelukyvyn kehittyminen, omien ajatusten ja tunteiden ymmärtäminen
- Arvioinnin perusta: avoimuus, luottamus, neutraali keskustelu, havainnointi, yksilöllisen hoitosuunnitelman toteutuminen, elämäntilannekartoitukset, ed. mainittujen testien toisto, laboratoriokokeet → tarv. hoitosuunnitelman muokaus.
- Tavoitteena, että käyttäjä itse huomaa tavoitteiden realistisuuden, menettelytapojen tehokkuuden ja ympäristön riskitekijöiden vaikutuksen muutokseen → onnistumisen arviointi
- Retkahdukset kuuluvat prosessiin

Kuva 7. Hoitotyön prosessimallin mukainen hoitopolku.

13.2 Palvelupolkumallin mukainen hoitopolku

Päihdetyön palvelupolun luomiseksi tarvittiin tiedot Haminalaisten käyttämistä päihdepalveluista, sekä kyseisten palvelujen yhteystiedot. Tarvittava informaatio saatiin Maarit Ruusun haastattelusta, työelämän edustajalta sekä internetlähteistä. Kaavio on luotu tukemaan sekä ammattilaisen että päihteidenkäyttäjän selviytymistä järjestelmässä sekä selkeyttämään päihdepalvelujen käyttöä. Tavoitetta vastaavan kaavion luomiseksi yhteystiedot on esitetty selkeästi ikäryhmittäin ja selventäen, millaisen ongelman kanssa juuri kyseiseen tahoontulee ottaa yhteys.

Työelämän toiveiden mukaisesti palveluista on luotu prosessia selventävä palvelupolkukaavio (Kuva 8). Kaavio on luotu siten, että sitä pystyy käyttämään sekä sitä tarvitseva työntekijä että päihteidenkäyttäjä itse, vaikka ensisijaisesti työelämän toiveet huomioiden se on tarkoitettu työntekijöiden käyttöön. Kaaviota voivat käyttää niin alkoholin kuin huumeiden ja lääkkeidenkin käyttäjät, sillä hoitopolku on samankaltainen kaikilla.

Palvelupolussa on esitetty päihdehoitotyössä käytettävät yhteydenottotahot ja yhteystiedot on esitetty ikäryhmittäin ja moniongelmaisuus huomioiden. Epäilyn tai huolen syntyessä (läheiselle, itselle tai työntekijälle) voi yhteyttä ottaa kaaviossa esitettyihin palveluntarjoajiin suoraan, riippuen onko kyse ensisijaisesti somaattisesta vai mielenterveydellisestä ongelmasta vai spesifisestä päihdeongelmasta. Yhteystiedoiksi on lisätty lähinnä ensisijaisia yhteydenottotahoja, ja näiltä voidaan saada tarvittaessa lähete muille tahoille: ikäryhmittäin esitettyihin palveluihin ei tarvitse lähetettä, toisin kuin johonkin A-klinikan alle kuvattuihin palveluihin. Haminan A-klinikalle lähetettä ei tarvitse.

Kaavioon on rajattu kuulumaan vain peruspalvelut ja avomuotoiset päihdehuollon erityispalvelut aiheen rajauksen ja kaavion käytön helpottamisen vuoksi. Myös muita palveluja on lueteltu teoreettisen viitekehyksen kohdassa 10.1 Palvelut. Nämä palvelut eivät kuitenkaan koske spesifisesti Haminaa.

Kaavion selkiyttämiseksi mainittavaa on, että vaikka osasta yhteydenottotahoista ei ole mahdollista saada suoraan spesifistä apua päihdeongelmaan, on päihteidenkäyttäjien moniongelmaisuuden vuoksi hyvä mainita myös muihin, esimerkiksi somaattisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin vastaavat tahot.

Niiltä voi myös saada jonkinasteista apua myös itse päihdeongelmaan, esimerkiksi mini-interventiona. A-klinikka on tunnetuin ja päihdeongelmiin laaja-alaisesti vastaava palvelu, ja siksi kyseisessä kaaviossa on käytetty ”kaikki tiet vievät A-klinikalle” -ajattelumallia. Päihdeneuvontaa saa myös muista esitetyistä palveluista, mutta ongelman syventyessä yhteys A-klinikkaan on avainasemassa.

Nämä yhteistiedot ovat suunniteltu spesifisesti Haminalaisten asiakkaiden käyttöön ja kyseiset yhteystiedot eivät vastaa muiden kaupunkien asukkaiden tarpeisiin, vaan yhteystiedot ovat paikkakuntaakohtaisia. Myös muiden paikkakuntien päihdepalveluvalikoimasta tulisi kuitenkin löytyä ainakin lähes kyseisenlaiset yhteydenottotahot. Muiden paikkakuntien päihdeasiakkaiden tulee siis tutustua oman paikkakuntansa päihdepalveluvalikoimaan, mutta Haminan kaaviota voi käyttää apuvälineenä.

Ennaltaehkäisyn näkökulma oli esitetty kaaviossa havainnollistamaan ennaltaehkäisevän toiminnan muotoja. Työelämän toiveesta ja heidän tarpeensa huomioiden kyseinen kohta on kuitenkin poistettu kaavion käytön helpottamiseksi ja selkiyttämiseksi.

Jätettäessä kaaviosta kokonaan pois ennaltaehkäisevän työn painotus kaavio alkaa kohdasta, jossa kaavion käyttäjällä on jo huoli jonkun ihmisen päihteiden käytöstä. Seuraavaksi kaaviota luetaan sen mukaan, minkä ikäinen kyseinen päihteidenkäyttäjä on. Myös se, onko käyttäjällä jo olemassa oleva kontakti mainittuihin palveluihin, vaikuttaa palveluiden pariin hakeutumiseen, ja ongelma kannattaakin ottaa puheeksi tutun palvelun parissa. Käyttäjällä voi olla kontakti myös useaan mainittuun palveluun, ja päihdetyö onkin hyvin usein moniammatillista yhteistyötä.

Eri ikäryhmille on luokiteltu käytettäväksi erilaisia palveluja. Luonnollisesti työssäkäyvä kääntyy ensin työterveyden puoleen, opiskelija oppilasterveydenhuollon puoleen ja iäkäs kotihoidon asiakas kotihoidon puoleen, ja jos ei kyseisiä kontakteja ole, niin yhteys otetaan terveysasemalle. Työterveys, oppilasterveydenhuolto ja terveysasema auttavat monissa ongelmissa, ja näistä palveluista saa mini-interventiotyylisiä ohjausta ja tarvittaessa lähetteen muiden palveluntarjoajien pariin. Ikäluokiteltuihin palveluihin hakeutumiseen ei tarvita lähetettä. Muita palveluita ovat terveyskioski, terveyskeskuspsykologi,

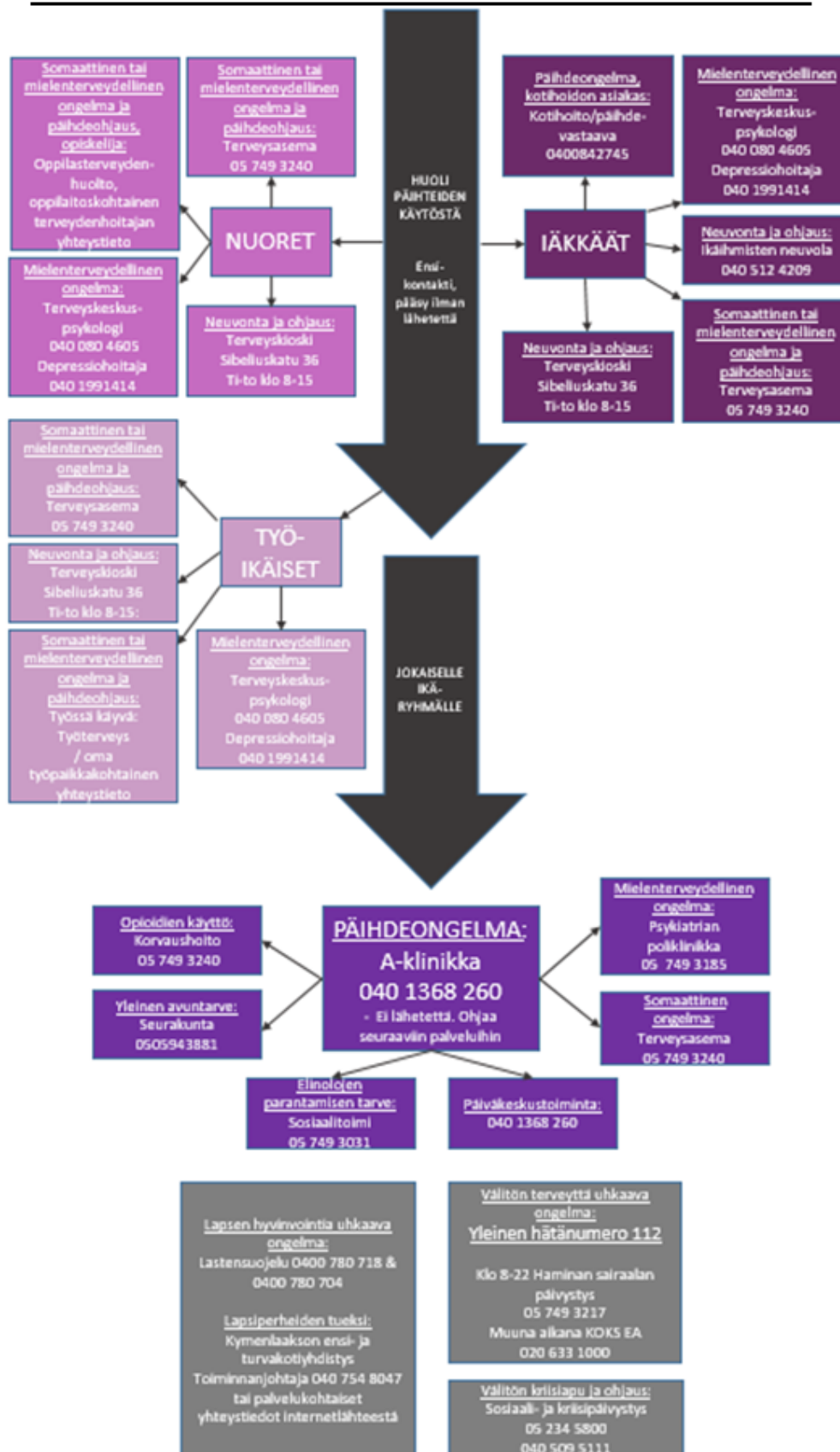
depressiohoitaja, ja ikäihmisten neuvola. Terveyskioskilta saa yleistä terveysneuvontaa ja siellä voidaan toteuttaa pieniä toimenpiteitä (Terveyskioski. Haminan kaupunki.), ja terveyskeskuspsykologille ja depressiohoitajalle hakeudutaan psyykkisten ongelmien kohdatessa. Ikäihmisten neuvola palvelee ajanvarauspalveluna lähinnä yli 65-vuotiaita monien ongelmien kanssa neuvoen ja ohjaten, ja palvelu auttaa myös päihdeongelmissa (Ikäihmisten neuvola. Haminan kaupunki).

A-klinikalle hakeutuminen tulee kyseeseen, kun asiakkaalla on spesifisesti päihdeongelma, ja minkä tahansa päihteen käyttö minkä asteisena tahansa on syy hakeutua A-klinikalle (Ruusu 2016). A-klinikan palvelut ovat monimuotoisia ja tätä kautta käyttäjä voidaan ohjata myös muihin palveluihin, joita on esitetty kaaviossa A-klinikan yhteydessä.

Päiväkeskustoiminta ja korvaushoito toimivat A-klinikan alaisuudessa. Jos käyttäjällä havaitaan olevan myös psyykkisiä ongelmia, voidaan hänet A-klinikalta ohjata psykiatrian poliklinikalle, ja tähän palveluun tarvitaan lähete. Käyttäjän somaattiset ongelmat hoidetaan terveysaseman kautta. Työelämän ohjaaja mainitsi 19.12.16 tapaamisessa, että A-klinikalta voidaan ohjata yleisessä avun tarpeessa myös seurakunnan pariin. Elinolojen parantamiseen käytettäviä tukitoimia saa lisäksi sosiaalitoimen kautta.

Kaaviossa on myös mainittu tahot, johon ottaa yhteyttä äkillisessä tilanteessa, joka uhkaa terveyttä tai mielenterveyttä. Tällaisessa tilanteessa haminalaiset käyttävät ensisijaisesti Haminan sairaalan päivystyspoliklinikan palveluja sen aukioloaikojen puitteissa, ja muuna aikana hakeudutaan Kotkan keskussairaalan päivystykseen. Sosiaali- ja kriisipäivystys Kotkassa taas tarjoaa haminalaisille kriisiapua, ohjausta, neuvontaa ja selvittelyä (Kotka 2016). Lastensuojelun monimuotoisten palvelujen tehtävänä on vaikuttaa lasten kasvuoloihin, ehkäistä erinäisten ongelmien syntyä tai jo olemassa olevien ongelmien vaikeutumista ja tukea sekä kuntouttaa perhettä sekä lasta (Kunnat.net 2012). Myös ensi- ja turvakotitoiminnan monimuotoiset palvelut on suunnattu lapsiperheiden tueksi (Kymenlaakson ensi- ja turvakotiyhdistys ry 2016).

HAMINAN KAUPUNGIN PÄIHDETYÖN PALVELUPOLKUKAAVIO



Kuva 8. Haminan kaupungin päihdetyön palvelupolkukaavio.

14 POHDINTA

Kehittämistoiminta perustuu pitkälti aikaisemman tutkimustiedon käyttöön, joten lähteiden luotettavuutta tulee arvioida huolellisesti. Työssä tiedonhakuprosessia on avattu kohdassa 5.2 Tiedonhaun kuvaus, jossa on myös selostettu lähteiden valinnan kriteerit. Tutkimustiedon lisäksi kehittämistoiminta pohjautuu sekä käytännön kokemuksiin että ammattilaisten kokemustietoon ja hiljaiseen tietoon, joita tässä työssä kartoitettiin teemahaastattelulla. Tällöin tulosten luotettavuuden kannalta olennaista on tiedon tarvetta vastaavan haastattelutavan valinta. Teemahaastattelujen suunnittelu, toteutus ja tulosten arviointi on selostettu kohdassa 12.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä. (ks. Heikkilä ym. 2008, 44.)

Koska työ on kehittämistehtävä eikä tutkimus, luvussa 14.1 Luotettavuus sekä luvussa 14.2 Eettisyys keskitytään arvioimaan näitä asioita pääasiassa tutkimuksellisen intervention eli teemahaastattelun näkökulmasta.

14.1 Luotettavuus

Yleisesti haastatteluaineiston luotettavuus perustuu kahteen päätekijään, joita ovat aineiston laadukas keruu ja analyysin tarkkuus. Laadukkaaseen aineistonkeruuseen liittyvät esimerkiksi tallenteiden laatu, litteroinnin säännönmukaisuus sekä luokittelun epäsattumanvaraisuus. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184–185.) Tässä työssä edellä mainitut tekijät on huomioitu tallentamalla haastatteluvarmuuden vuoksi kahdella älypuhelimien nauhurilla ja haastattelun sisältö on kirjoitettu auki omin sanoin teemahaastattelurunkoa mukaillen, jolloin luokittelu on jäsenneltyä.

Reliabiliteetti ja validiteetti ovat yleisiä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettäviä käsitteitä, ja niille kummallekin on olemassa useita erilaisia määritelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 186). Yleisesti reliabiliteetilla tarkoitetaan mitaustuloksen toistettavuutta ja validiteetilla tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta eli kykyä selvittää sitä, mitä ollaan selvittämässä (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2016 a & b).

Perinteisesti reliabelius ja validius ovat kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin käsitteitä, joten niiden soveltaminen kvalitatiiviseen tutkimukseen ei ole yksiselitteistä. Kuitenkin reliabiliteetti voidaan määritellä myös niin, että tutkimus on reliabeli, jos kaksi tutkijaa päätyvät samaan tulokseen tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 185–186.) Tätä tulkintatapaa käyttäen toteutettua teemahaastattelua voidaan pitää reliabelina, sillä haastattelun purku ja tulkinta on tehty vertailemalla molempien haastattelijoiden näkemyksiä, jotka olivat lähes identtisiä keskenään. Lisäksi haastateltava luki auki puretun haastattelun ja esitti siihen täsmennys- ja korjausehdotuksia, mikä Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 186) mukaan lisää haastattelun reliabiliteettia.

Vastaavasti teemahaastattelun validiutta voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, että vastasiko teemahaastattelu sille asetettuihin tavoitteisiin eli saatiinko vastauksia tutkimuskysymyksiin (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2016a). Tästä näkökulmasta A-klinikalla toteutettu teemahaastattelu on validiteetiltaan laadukas, sillä ennalta laadittuihin tutkimuskysymyksiin saatiin keskusteluteemojen kautta kattavat ja monipuoliset vastaukset.

14.2 Eettisyys

Kehittämistyö on monivaiheinen prosessi, jonka jokaisessa vaiheessa täytyy kiinnittää huomiota luotettavaan ja eettisesti hyväksyttävään toimintaan. Jo aiheen valintaan liittyy eettinen ulottuvuus pohdittaessa päämääriä, joiden eteen halutaan työskennellä. Tällöin kehittämistyön tekijän on kyettävä muotoilemaan tavoitteet sellaisiksi, että hän voi sitoutua niihin omien arvojensa pohjalta, ja että ne on mahdollista saavuttaa eettisesti oikein toimien ketään ihmistä tai ihmisryhmää loukkaamatta tai väheksymättä. Terveystieteiden kehittämissuunnitelmien pääasiallinen tavoite on saavuttaa hyötyä terveyspalveluiden käyttäjille, ja heidän etunsa edistäminen on myös opinnäytetyön keskeisimpiä päämääriä (ks. 4 Kehittämistyön tavoitteet) ja siksi siihen on eettisesti helppo sitoutua. (Heikkilä ym. 2008, 44.)

Käytettäessä kehittämistyössä teemahaastattelua tutkimuksellisenä interventi-
oina, sitä koskevat yleiset tutkimuseettiset käytännöt. Tällaisia ovat esimer-

kiksi, että terveydenhuollon organisaatiosta on haettava tutkimuslupa, haastateltavilla on oikeus päättää itse osallistumisestaan hankkeeseen ja oikeus jopa perua osallistumisensa prosessin missä vaiheessa tahansa. Haastateltaville tulee myös antaa perusteellista tietoa kehittämisprojektista. (Heikkilä ym. 2008, 44 – 45.)

Haminan A-klinikan palveluesimies valikoitui haastateltavaksi, sillä A-klinikka on keskeinen päihdetyön toimija Haminassa. Häneen oltiin yhteydessä puhelimitse ja lisäksi hän sai työn teoriapohjan luettavaksi ennen haastattelua. Tutkimuslupa haettiin A-klinikan sisäisen Tietopuu- järjestelmän kautta. Myös vaihtolositoumukset allekirjoitettiin ja lähetettiin A-klinikan keskustoimistolle. Valmis työ liitettiin Tietopuu-palveluun.

14.3 Yhteistyöprosessin onnistuminen

Tässä luvussa käsitellään kehittämistyön yhteistyöprosessin onnistumista työn keston, työelämälähtöisyyden, yhteistyön ja kehittämistyölle asetettujen tavoitteiden kautta. Erityisesti arvioinnissa keskitytään hoitopolkuun ja sen toimivuuteen.

Ajallisesti opinnäytetyöprosessi on kestänyt kauan, marraskuusta 2015 tammi-kuuhun 2017. Tarkkaa aikataulua ei työlle edes alun perin laadittu ja työ on valmistunut muiden opintojen ohella, mikä osaltaan selittää pitkää työstöaikaa. Hoitopolkukaavio saatiin kuitenkin valmiiksi työelämän asettamien tavoitteiden puitteissa, sillä hoitopolun tavoiteltu valmistumisajankohta siirtyi myöhemmäksi Mietippä-hankkeen saatua lisäaikaa.

Yhteistyö työelämän edustajien kanssa on sujunut kuhunkin opinnäytetyön vaiheeseen sopivalla tavalla. Tapaamisia oli prosessin alkuvaiheessa runsaasti, jotta aiheen hahmottaminen ja rajaaminen mahdollistuivat. Sen sijaan teoriapohjan kirjoittamisen aikana tapaamisia oli niukemmin, mutta silti työelä-mältä saatiin teoriapohjassa tarvittavat tiedot.

Teemahaastattelun toteutus oli alun perin suunniteltu aiempaan vaiheeseen, mutta tutkimusluvun viipyessä myös haastattelun toteutus siirtyi parilla kuu-kaudella myöhemmäksi. Tämä aikataulumuutos ei kuitenkaan viivästyttänyt itse työn valmistumista tai etenemistä.

Kehittämistyölle asetettuja tavoitteita olivat päihdeasiakkaan selviytymisen parantaminen omassa elämässään ja päihdetyön piirissä, päihdehuollon toimintamallin ja eri ammattiryhmien työn selkiyttäminen, asiakkaita ja henkilökuntaa hyödyttävän hoitopolun luominen sekä asiakkaan toimivan ja asiakaslähtöisen hoidon turvaaminen jo ongelmien synnyn varhaisvaiheessa. Näihin kaikkiin tavoitteisiin vastaa luotu kaksiosainen hoitopolku, jonka molemmat osat on kaaviona esitetty kohdan 13 Haminan kaupungin päihdetyön hoitopolku alaluvuissa.

Hoitotyön prosessimallin mukaisesti etenevä hoitopolku selkiyttää työntekijän näkemystä siitä, mitkä ovat päihdeasiakkaan asiakassuhteessa keskeiset sisällöt kussakin vaiheessa hoidon tarpeen arvioinnista hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta tulosten arviointiin. Sitä voidaan hyödyntää sellaisenaan tai yhdessä palvelupolkukaavion kanssa.

Asiakkaan selviytyminen päihdetyön piirissä ja sitä kautta omassa elämässään paranee, kun hoitohenkilöstö palvelupolkukaaviota käyttämällä pystyy ohjaamaan asiakkaan hakemaan apua oikeasta paikasta. Myös työntekijöiden käsitys eri ammattiryhmien rooleista päihdetyön laajalla kentällä selkiytyy ja siten muodostuu kuva siitä, kuka vastaa mistäkin potilasryhmästä. Palvelupolkuun sisällytetyt puhelinnumerot auttavat sekä hoitajaa että asiakasta. Lisäksi toimiva palvelupolku edistää asiakkaan pääsyä tarvitsemiensa palveluiden piiriin jo ongelmien synnyn varhaisvaiheessa, jolloin on mahdollista toteuttaa ennaltaehkäiseviä toimia.

Palvelupolkukaavio lähetettiin työelämän edustajille nähtäväksi, ja 19.12.2016 käydyssä palaverissa kaavio sai vielä muutamia pieniä parannusehdotuksia. Palvelupolun rakenne oli työelämälle hyvin mieleinen ja heidän tarpeitaan vastaava. Käytännön testaus jää kuitenkin työelämän vastuulle. Samalle heille siirtyä oikeus edelleen jalostaa hoitopolkua, jos kehitettävää löytyy.

15 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Kirjan Tutkiva kehittäminen mukaan kehittämistyön loppuraportointiin kuuluu jatkosuunnitelmien esittäminen. Se tarkoittaa, että raportissa annetaan ehdo-

tuksia tutkimusaiheiksi ja kehittämishankkeiksi. (Heikkilä ym. 2008, 124.) Päih-teiden käyttö Haminassa on yleinen ongelma ja siksi sen ehkäisyn kehittä-miseen tulisi kiinnittää huomiota myös jatkossa. Alla esitetään opinnäytetyöpro-cessin aikana esiin nousseita kehittämisideoita.

1) Ikäihmisten erityistarpeet nousivat esiin useassa kohdassa opinnäytetyö-prosessin aikana. Siksi ensimmäinen jatkokehittämisehdotus onkin **spesifi-sesti ikäihmisille laadittu päihdehoitosuunnitelma**. Sitä voisi täydentää opas ikäihmisille päih-teiden haitoista ja esimerkiksi yhteisvaikutuksista ylei-simpien lääkkeiden kanssa.

2) Ruusun haastattelussa tuli ilmi, että **yhteistyötä eri päihdetyöhön osallis-tuvien tahojen välillä voisi kehittää ja hyviä rakenteita vahvistaa**. Kehittä-misehdotukseksi se on nostettu koskien yleisesti Haminan palveluita, sillä Ruusu koki, että se on palveluiden suurin kehitystarve. Ruusu mainitsi myös **jatkuvuuden turvaamisen** olevan avainasemassa palveluiden kehittämiselle.

3) Mini-intervention toteuttamisen merkitys korostui niin teoriaosuudessa kuin haastattelussakin, mutta työntekijät kokivat sen usein hankalaksi. Niinpä jatko-kehittämisideaksi syntyi **mini-interventio-ohjauksen järjestäminen eri työ-yksiköille tai vaihtoehtoisesti kirjallisten yksikkökohtaisten mini-inter-ventio-ohjeiden laadinta**.

4) Teemahaastattelussa selvisi, että maailmalla yleistyneet muuntohuumeet ovat rantautuneet myös Haminan ongelmaksi. Täten olisi perusteltua kehittää **muuntohuumeisiin liittyvää tutkimusta**.

5) Tässä työssä ei käsitellä kulttuurin vaikutusta päihdeongelmiin. Siksi viiden-neksi jatkokehittämisaiheeksi nousi **monikulttuurisuuden huomioivan päih-dehoitotyön kehittäminen**.

LÄHTEET

Haastattelut:

Arholahi, H. & Pasi, A. 2015. Opinnäytetyön työelämän edustajat. Haastattelu 23.11.2015. Hamina: Kotihoidon toimipiste.

Ruusu, M. 2016. Haminan A-klinikan palveluesimies. Haastattelu 3.10.2016. Hamina: A-klinikka.

Kirja- ja lehtilähteet:

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. 5.- 6. painos. Jyväskylä: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, N. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. 1. painos. Helsinki: Edita Prima oy.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Tammi.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2015. Ensihoito. 3.- 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3 - 12.

Murto, L. 2006 Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Vääräkirja, toim. Helne, T. & Laatu, M., 135-145. Vammala.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rautavaara-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lait ja asetukset:

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/351

Pro gradut ja väitöskirjat:

Behm, M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päi-
vystysvastaanotoilla: eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Itä-Suo-
men yliopisto. Saatavilssa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1944-1/urn_isbn_978-952-61-1944-1.pdf [viitattu 26.7.2016].

Heikkilä, A. 2012. Alkoholien yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoi-
tohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa.
Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120560/urn_nbn_fi_uef-20120560.pdf [viitattu 11.8.2016].

Hirschovits-Gerz, T. 2014. Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat.
Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95952/978-951-44-9539-7.pdf?sequence=1> [viitattu 26.7.2016].

Honkalampi, S. 2015. Asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventi-
osta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45747/URN:NBN:fi:jyu-201504301697.pdf?sequence=1> [viitattu 11.8.2016].

Hulkkonen, N. 2014. "Määks se kannan sen vastuun nytte?": identiteetin mää-
rittäminen huumeiden ongelmakäytön lopettaneiden ihmisten elämäntäri-
noissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96360/GRADU-1417186572.pdf?sequence=1> [viitattu 11.8.2016].

Järvinen, K. 2010. Kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja am-
mattilaisten käsityksiä addiktioista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.
Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82179/gradu04756.pdf?sequence=1> [viitattu 11.8.2016].

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muu-
toksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Väitös-
kirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66569/978-951-44-7957-1.pdf?sequence=1> [viitattu 26.7.2016].

Lampela E. & Jounila M. 2010. "Se ei ole niin yksioikonen juttu..." Kuntoutuk-
sellinen näkökulma katkaisuhoidon prosessiin Lapin alueella. Pro-gradu-tut-
kielma. Lapin yliopisto. Saatavissa: <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61157/Lampe%2cJounilaMarjut.pdf?sequence=1> [viitattu 16.11.2015].

Luonsinen, M. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottaminen ja oh-
jaus. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Saatavissa: https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2011/luonsinen.pdf [viitattu 11.8.2016].

Nyysönen, M. 2008. Alkoholi- ja huumeaddiktiota koskevat syy- ja vastuutul-
kinnat päihdekuntoutusasiakkailta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.
Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80705/gradu03638.pdf?sequence=1> [viitattu 11.8.2016].

Ruumensaari, H. 2012. POIS PULLON PAULOISTA: Näkökulmia päihdekuntoutujien muutosmotivaatioon ja hoitoon hakeutumiseen. Pro-gradu-tutkielma. Lapin yliopisto. Saatavilla: <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61444/Ruumensaari.Hanna.pdf?sequence=1> [viitattu 16.11.2015].

Ström, A. 2009. Ikääntyvät ja alkoholitoimijuus: kvalitatiivinen tutkimus ikäihmisten alkoholinkäytöstä. Pro-gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20044/URN_NBN_fi_jyu-200905071544.pdf?sequence=1 [viitattu 11.8.2016].

Internetlähteet:

Davis, N. 2005. Integrated Care Pathways. A guide to good practice. Saatavissa: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/integratedcarepathways.pdf> [viitattu 23.6.2016].

Päihde- ja raittiustyö. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Sosiaality%C3%B6/P%C3%A4ihde%20ja%20raittiuusty%C3%B6/> [viitattu 11.11.2015].

Terveyskioski. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Terveyspalvelut/Terveyskioski/> [viitattu 22.12.2016].

Ikäihmisten neuvola. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/lk%C3%A4ihmisten%20palvelut/lk%C3%A4ihmisten%20neuvola/> [viitattu 22.12.2016].

Terveyspalvelut. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Terveyspalvelut/> [viitattu 8.1.2017].

Sosiaalityön palvelut. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Sosiaality%C3%B6/> [viitattu 8.1.2017].

Huttunen, J. 2012. Alkoholit ja terveys. Terveyskirjasto 18.9.2012. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120 [viitattu 16.11.2015].

Huttunen, M. 2014. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto 16.9.2014. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414 [viitattu 16.11.2015].

Irti huumeista ry. Huumausaineet. Saatavissa: http://www.irtihuumeista.fi/tieto_ ja_tukea/huumausaineet [viitattu 16.10.2016].

Kelleher, S. & Cotter, P. 2009. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. University College Cork, Ireland. Saatavissa: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(08\)00096-7/fulltext](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(08)00096-7/fulltext) [viitattu 25.10.2016].

Kotka. Sosiaali- ja kriisipäivystys. Saatavissa: http://www.kotka.fi/asukkaalle/perhe_ ja_sosiaalipalvelut/prime101_fi.aspx [viitattu 22.12.2016].

Kunnat.net. 2011. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/mielenterveys-ja-paihdepalv/Sivut/default.aspx> [viitattu 29.2.2016].

Kunnat.net. 2012. Lastensuojelu. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/lapset/lastensuojelu/Sivut/default.aspx> [viitattu 22.12.2016].

Kymenlaakson ensi- ja turvakotiyhdistys ry. 2016. Saatavissa: <http://kymenlaaksonensijaturvakoti.fi/sample-page/> [viitattu 22.12.2016].

Lee, G. & Forsythe, M. 2011. Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. Saatavissa: [http://www.internationalemerngencynursing.com/article/S1755-599X\(11\)00008-5/fulltext](http://www.internationalemerngencynursing.com/article/S1755-599X(11)00008-5/fulltext) [viitattu 25.10.2016].

Mietippä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia 2012 – 2016. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Hallinto/Strategiat%20ja%20ohjelmat/> [viitattu 11.11.2015].

Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B.-O. 2011. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. Karlstad University, Sweden. Saatavissa: [http://www.internationalemerngencynursing.com/article/S1755-599X\(10\)00006-6/fulltext](http://www.internationalemerngencynursing.com/article/S1755-599X(10)00006-6/fulltext) [viitattu 24.10.2016].

Poikolainen, K. 2009. Huumeidenkäytön ehkäisy. Terveyskirjasto 19.01.2009. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00153 [viitattu 16.11.2015].

Auttavia tahoja. Poliisi. Saatavissa: https://www.poliisi.fi/rikkokset/huumausainerikostorjunta/auttavia_tahoja [viitattu 16.11.2015].

Huumausaineet. Poliisi. Saatavissa: <https://www.poliisi.fi/rikkokset/huumausaineet> [viitattu 16.11.2015].

Huumausainerikostorjunta. Poliisi. Saatavissa: <https://www.poliisi.fi/rikkokset/huumausainerikostorjunta> [viitattu 16.11.2015].

Päihdelinkki. Alkoholi. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi> [viitattu 28.4.2016].

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/> [viitattu 13.3.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ehkäisevä päihdetyö. Saatavissa: <http://stm.fi/ehkaiseva-paihdeetyo> [viitattu 14.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. Saatavilla: <https://www.thl.fi/documents/10531/104447/Alkoholin%20riskik%C3%A4yt%C3%B6n%20tunnistaminen.pdf> [viitattu 4.7.2016].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Kymenlaakson aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vuonna 2012. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/kymenlaakso.pdf/9f57175a-792b-441f-b542-a9e9ec020844> [viitattu 1.3.2016].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013b. Pohjoismainen alkoholitilasto 2011. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/pohjoismainen-alkoholitilasto> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Huumeet Suomessa. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet/huumeet-suomessa> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Alkoholinkäytön puheeksiotto ja mini-interventio. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/ehkaisevan-paihdeyton-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Ehkäisevä päihdetyö. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Ehkäisevän päihdetyön laatu. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/ehkaisevan-paihdeyton-laatu> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015d. Huumeet. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015e. Keskeisiä käsitteitä. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/paihdestrategiat/keskeisia-kasitteita> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015f. Päihdehaittakustannukset 2010. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/paihdehaittakustannukset> [viitattu 30.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015g. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/huumeet/paihdehuollon-huumeasiakkaat> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015h. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Tilastoraportti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126907/Tr17_FI.pdf?sequence=1 [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015i. Päihdekasvatus kouluissa. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/paihdekasvatus-ja-valistus/paihdekasvatus-kouluissa> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015j. Päihdevalistuksen tavoitteet. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/paihdekasvatus-ja-valistus/paihdevalistuksen-tavoitteet> [viitattu 16.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015k. Tietoa eri huumeista. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja->

mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaoh-
jaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huu-
meista [viitattu 18.11.2015].

Varjonen, V. 2015. Huuutilanne Suomessa 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos 1/2015. Saatavissa: [http://www.irtihuumeista.fi/files/888/Huueti-
lanne_Suomessa_2014.pdf](http://www.irtihuumeista.fi/files/888/Huueti-
lanne_Suomessa_2014.pdf) [vii-tattu 16.11.2015].

Virtuaaliammattikorkeakoulu a. Validiteetti. Saatavissa:
[http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-
sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/11944153676
69.html](http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-
sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/11944153676
69.html) [viitattu 26.10.2016].

Virtuaaliammattikorkeakoulu b. Reliabiliteetti. Saatavissa:
[http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-
sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/11944153073
56.html](http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-
sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/11944153073
56.html) [viitattu 26.10.2016].

KUVALUETTELO

Kuva 1. Kehittämistyön vaiheet. Sivu 15.

Kuva 2. Julkiset alkoholi- ja huumehaittakustannukset (keskiarvot) pääryhmittäin 2010 (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015f). Sivu 22.

Kuva 3. Hoidon tarpeen arvioinnin ydinkohdat. Sivu 41.

Kuva 4. Hoidon suunnittelun ydinkohdat. Sivu 44.

Kuva 5. Hoidon toteutuksen ydinkohdat. Sivu 53.

Kuva 6. Hoidon arvioinnin ydinkohdat. Sivu 55.

Kuva 7. Hoitotyön prosessimallin mukainen hoitopolku. Sivu 73.

Kuva 8. Haminan kaupungin päihdetyön palvelupolkukaavio. Sivu 77.

Taulukko 1. Tietoa yleisimmistä huumeaineista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015k; Partanen ym. 2015, 70–85; Irti huumeista 2016.)

Huume	Vaarallisuus, riippuvuus, vaikutuksen kesto, muunnelmat	Tavoitellut vaikutukset	Välittömät haitat	Pitkäaikaiskäytön haitat	Käyttötapa ja tuntomerkit
Kannabis	Luokiteltu huumeaineeksi, ei ole erityisen toksinen. Aineeseen syntyy voimakaskin riippuvuus on lähinnä psyykkistä. Valmisteita ovat marihuana, hasis ja hasisöljy. Vaikutuksen kesto 2-4h poltettaessa, suun kautta jopa 6-8h.	Rauhoittava ja psyykoaktiivinen vaikutus. Mielihyvä, lamaantumisen tai piristyneisyys, puheliaisuus, hyväntuulisuus, euforia, ruokahalun lisääntyminen, aistikoekemusten korostuminen, estojen väheneminen, uneliaisuus.	Muistihäiriöt, pahoinvointi, ahdistus, paranoia, paniikkikohtaukset, sekavuustilat, harhaisuus, masentuneisuus, nopea syke, verenpaineen lasku, huijaus, jopa pyörtäminen, psykoottiset häiriöt tai akuutti psykoosi, syrjään vetäytyminen, silmien verestäminen, suun kuivuminen, koordinaatiokyvyn heikkeneminen, ajantajun häiriintyminen. Polttaminen vaurioittaa hengitysteitä, suuta, kurkunpäättä ja nielua.	Henkisen kehityksen vaurioituminen, muistihäiriöt, ongelmienratkaisu- ja keskittymiskyvyn puutteellisuus, välinpitämättömyys, oppimishäiriöt, lisääntynyt psykoosi- ja mielialahäiriöriski ja skitsofreniaan sairastumisen todennäköisyyden kasvu, masennus, ahdistus, aivoinfarktiriski kasvava, suurentunut alttius sydän- ja verisuonisairauksille.	Käytetään polttamalla, höyryttämällä, piipulla, vesipiipulla. Hamppukasvin rouhe on ruskeaa. Hasis on levytai murmuodossa ruskeana, mustana ja vihreänä. Kannabisöljy on vihertävä tai väritöntä nestettä, jähmettyä huoneenlämmössä, voidaan liuottaa esim. juomaan tai ruokaan.
Amfetamiini	Erittäin vaarallinen. Aineelle syntyy voimakas riippuvuus. Huumeen vaikutus kestää useita tunteja. Metamfetamiinin vaikutus voimakkaampi, mutta samankaltainen.	Euforian tunne, ylienergisyys, itsevarmuuden tunne, lisääntynyt voiman ja seksuaalisuuden tunne, puheliaisuus, suuruskuvitelmat.	Unettomuus, sekavuus, aistiharhat, vainoharhat, masennus, vapina, suun kuivuminen, nopea syke, ahdistus, tihentynyt hengitys, ärtymys, vihamielisyys, levottomuus ja arviointikyvyn heikkeneminen, ketoosi, ruokahaluttomuus, hengitystaaajuuden kohoaminen, korkea verenpaine, laajat pupillit, pääkipu, yllänpöisyys, hikoilu, virtsaamisvaikeus, huimaus, hampaiden narskuttelu, myrkytys: kouristukset, oksentelu, rytmihäiriöt, tajunnan lasku, aivopaineen nousu.	Persoonallisuuden muutokset, sekavuus, vainoharhat, aistiharhat, paniikkitilat, skitsofrenia, amfetamiinipsykoosit, ruokahaluttomuus ja aliravitsemus, masennus.	Tabletti, kapseli, kiteet, jauheet, liuokset. Väri on valkoinen tai kellerävä. Käytetään pistoksena, suun kautta, nuuskaamalla, polttamalla.
Ekstaasi	Erittäin vaarallinen. Riippuvuus on lähinnä psyykkistä. Vaikutus kestää useita tunteja.	Voimakas hyvinolontunne, sosiaalisuus, fyysisen suorituskyvyn lisääntyminen, itsevarmuus, piristymisen, hallusinaatiot, läheisyyden kaipuu, seksuaalinen halukkuus, aistien voimistuminen.	Lihaskrampit, lämmönsäätelyn häiriöt, ruokahaluttomuus, verenpaineen nousu, nopea syke, keskittymiskyvyttömyys, hampaiden kiristely, aggressiivisyys, ahdistus, masennus, sydäninfarkti tai aivoverenvuoto, hikoilu, kuiva suu, uni- valvetrytmin häiriöt, väsymys, serotoniinioreyhtymä, nestehukka, maksan ja munuaisten toimintahäiriöt.	Unettomuus, oppimishäiriöt, muistin häiriöt, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, psykoottinen oireilu, maksan ja munuaisten toiminnan muutokset, aivo-vauriot	Esiintyy tabletteina, kapselina, jauheina, nesteinä. Käytetään suun kautta, pistoksena ja nuuskaamalla.

Gamma ja lakka	Erittäin vaarallinen. Aine aiheuttaa voimakasta fyysistä riippuvuutta. Lakka on gammaa moninkertaisesti vahvempaa, ja yliannostusriski on todella suuri. Vaikutus kestää noin 8h.	Keskushermoston lamaantuminen: euforia, rentoutuminen, aistiharhat, uneliaisuus	Väsymys, rytmihäiriöt, verenkiertohäiriöt, pahoinvointi, oksentelu, päänsärky, muistihäiriöt, hallusinaatiot, ailämpöisyys, huimaus, nestetasapainon häiriöt, sekavuus, tajunnan tason lasku ja jopa kooma, matala syke, verenpaineen lasku, kouristukset, hengityslama, myrkytyskuolemariski.	Pitkäaikaiskäytön vaikutuksia ei vielä täysin tunneta.	Liukset, rakeet, kapselit, jauheet. Käytetään suun kautta ja pistämällä.
Opiaatit	Morfiini, fentanyl, kodeiini, oksikodoni, petidiini, tramadoli, oopiumi. Vaikutuksen kesto 4-12h. Aineeseen syntyy voimakas fyysinen ja psyykinen riippuvuus.	Mielihyvä, kivunlievitys, hidastuminen, motorinen kiihtyminen, hallusinaatiot	Pahoinvointi ja oksentelu, sekavuus, levottomuus tai apatia, piittaamattomuus, ruokahaluttomuus, ihon kutina ja polttelu, hikoilu ja kalpeus, pienet mustuaiset, tajunnan tason lasku, hengityksen lamaantuminen, matala syke, verenpaineen lasku, apatia, muistin heikkeneminen, lihasten nykiminen, virtsaumpi, hikoilu, suun kuivuminen, ahdistus, ailämpöisyys, tajunnan lasku, rytmihäiriöt, ummetus, pahoinvointi, oksentelu.	Maksa- ja munuaisvauriot, keuhkosairaudet, niveltulehdukset, reuma. Lisääntymiskyvyn heikkeneminen.	Lääkevalmisteita liuksena tai tabletteina. Käytetään polttamalla, pistämällä, suun kautta.
	Heroiini: kodeiini- tai morfiinipohjainen. Morfiiniksi muntautuminen: sen kaltaiset vaikutukset. Vaikutus kestää muutaman tunnin. Voimakas fyysinen ja psyykinen riippuvuus	Keskushermoston lamaantuminen: mielihyvä, kivun tunteen katoaminen	Pupillien supistuminen, ummetus, pahoinvointi, yskimisrefleksin ja hengityksen lamaantuminen, pulssein ja verenpaineen lasku, sekavuus, ihon kutina ja polttelu, hengityslama, tajunnan tason lasku	Maksa- ja munuaisvauriot, keuhkosairaudet, niveltulehdukset, reuma. Lisääntymiskyvyn heikkeneminen.	Valkoinen tai ruskea jauhe. Käytetään nuuskaamalla ja pistämällä, polttamalla tai suun kautta, tabletteina
	Buprenorfiini/ Subutex (korvaushoidossa käytetty). Voimakas psyykinen ja fyysinen riippuvuus. Vaikutus jopa vuorokausia. Yhteiskäyttö lamaavien aineiden tai alkoholin kanssa hengenvaarallinen.	Kivunlievitys, hyvänolontunne, jännittyneisyyden katoaminen, nälän tunteen katoaminen, hallusinaatiot	Motorinen kiihtyneisyys, apatia, tarkkaavaisuuden ja arvostelukyvyn katoaminen, muistin heikkous, ummetus, pahoinvointi, oksentelu, lihasnykäykset, virtsaumpi, hikoilu, suun kuivuminen, ihon kutina, sekavuus, ahdistus, mielialan muutokset	Maksa- ja munuaisvauriot, keuhkosairaudet, niveltulehdukset, reuma. Näön heikkeneminen. Pitkät vieroitusoireet. Lisääntymiskyvyn heikkeneminen.	Käytetään nuuskaamalla, pistoksena, tablettimuodossa ja laastarina.
Rauhoittavat lääkkeet	Bentodiatsepiinit. Vaikutusaika riippuu valmistesta. Hyvin vaarallinen muiden lamaavien aineiden ja alkoholin kanssa. Fyysinen riippuvuus voimakas. Vieroitusoireet voivat olla hengenvaarallisia.	Rauhoittava ja lamaava vaikutus, uneliaisuus, vieroitusoireiden lievitys, raukeus, välinpitämättömyys, joidenkin huumausainesten tehon lisääntyminen, stressin ja sietämättömien tunteiden lievitys, estojen väheneminen,	Sekavuus, koordinaatiohäiriöt, puheentulon vaikeutuminen, kontrolloimaton käytös, ärtyvyys, ahdistus, jännitys, liiallinen sedatiivinen vaikutus, aggressiivisuus, matala verenpaine, sykkeen muutokset, suun kuivuminen, pahoinvointi, ruokahaluttomuus, vatsan toimintahäiriöt, tajunnan tason lasku, keskittymiskyvyn lasku, näköhäiriöt, huimaus	Masennus, ahdistus, levottomuus, sekavuus, paniikki- ja uni-häiriöt, seksuaalinen mielenkiinto ja kyvykyys hiipuvat, yliherkkyysreaktiot, kuukautishäiriöt	Suun kautta, nuuskaaminen, pistäminen

	Unilääkkeet: jotkut bentsodiatsepiinit, hypnootit, depressiolääkkeet, psykosililääkkeet. Fyysinen ja psyykinen riippuvuus.	Rauhoittava ja sedatiivinen vaikutus, uneliaisuus, toisen aineen kuten alkoholin vaikutuksen lisääminen	Tokkuraisuustilat, sekavuus, tajuttomuus	Unihäiriöt, ahdistuneisuus, ärtyvyys, keskittymisvaikeudet, päiväväsymys, muistin heikentyminen	Käyttö suun kautta, nuuskaamalla, pistämällä
Kokaiini	Erittäin vaarallinen. Lyhyt vaikutusaika, n. 20-40min. Johdoksia crack, free-base ja koka-base. Aiheuttaa voimakasta riippuvuutta ja himoa käyttäjälle	Keskushermostoa stimulaation aiheuttama päihtymystila, hallitsematon käytös, euforia, itsevarmuus	Hallitsematon käytös, vapina, huimaus, lihaskramppit, vainoharhat, pelkotilat, pulssin ja verenpaineen kohoaminen, hengitysvaikeudet, kiihtyneet liikkeet, sydämen toimintahäiriöt ja jopa sydänkohtaus. Aivo-ohalvausriski kasvaa. Neurologisista kohtauksista voi seurata jopa koomatila ja äkkikuolema. Käyttöä seuraava depressio ja ärtymys, rauhattomuus, väkivaltaisuus, paniikitila ja harhaisuus.	Ruuansulatusvaivat, ruokahaluttomuus ja puutostilat, jopa suoliston kuolio. Vakavat hengitystieauriot kuten tulehdukset, krooninen yskä ja veriyökköset, hajuainin menettäminen, nenäverenvuodot ja tulehdukset sekä nenän väliseinän tuhoutuminen, limakalvovauriot	Käyttö suun kautta, pistämällä, nuuskaamalla, polttamalla. Valkoista tai beigeä jauhetta, hajutonta. Crack rakeina.
Sienet	Sienet psilosybiini ja psilosini luokitellaan huumausaineeksi. Psykokeeseen vaikuttavia sienilajeja on kuitenkin Suomessa ainakin 15. Riippuvuus on lähinnä psyykkistä. Vaikutus kestää useita tunteja.	Näiden vaikutus on LSD:n kaltainen: huumaava ja hallusinogeeninen. Myös humalatilan kaltainen hallusinaatioiden kera, riippuen käytetystä sienestä.	Kauhu, kuolemanpelko, sekavuus, pelkotilat, aggressiivisuus, pahoinvointi, levottomuus, huimaus, sydämentykytykset, kouristukset ja lihaskrampit, nopea syke, korkea verenpaine, lihasjäykkyys, korkea kuume, virtsaamisvaikeudet ja pakkoliikkeet. Myrkytysvaara on olemassa.	Käyttäjä voi saada takauksia vielä kuuksia käytön jälkeen. Pitkäaikaiskäytön riskeistä ei vielä tietoa.	Käyttö sellaisenaan, juomana, keittona/muuna ruokana, polttamalla.
LSD	Erittäin vaarallinen huumausaine. Kuolemantapaukset ovat yleensä onnettomuuksia tai itsemurhia. Vaikutusaika 2-12h. Voi aiheuttaa psyykinen riippuvuuden.	Tunnetuin aistiharjoja aiheuttava huume. Näköhallusinaatiot, aistien herkistyminen ja vääristyminen, ajan, ajattelun ja kokemuksen vääristyminen, ruumiinkuvan vääristymät, minuuden jakautuminen, kyky tarkkailla itseään ruumiin ulkopuolelta, muistikuvien sekoittuminen nykyhetkeen.	Korkea verenpaine, nopea syke, nopea hengitys, hikoilu, vapina, pahoinvointi, oksentelu, syljenerityksen lisääntyminen, laajat pupillit, ylläpöisyys, levottomuus, ruokahaluttomuus, sekavuus, paranoia, voimakkaat paniikki- sekä pelkotilat, erityisesti pelot mielenterveyden ja hallinnan menettämisestä ja kuolemasta. Painajaismaiset kokemukset. Jopa yksi käyttökerta altistaa persoonallisuuden muutokselle. Oireet voivat jatkua vielä vaikutusajan jälkeen.	Vainoharhaisuus, krooniset pelkotilat, vaikea masennus, mielenhäiriöt ja takaukset ja pitkäaikaiset psykoosit, persoonallisuuden muuttuminen, traumaattinen stressihäiriö.	Hajuton valkoinen jauhe tai väritön huokoiseen materiaaliin, paperiin tai sokeripalaan tms imeytetty neste. Kapselit ja tabletit. Käytetään yleensä suun kautta.
Khat	Luokiteltu huumausaineeksi. Aine aiheuttaa psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Vaikutus 2-4h. Myrkytyksiä harvoin.	Keskushermoston stimulaatiota seuraava päihtymystila, sosiaalisuuden lisääntyminen, vilkkaus, hallusinaatiot.	Rytmihäiriöt, päänsärky, punoitus, unettomuus, aggressiivisuus, nopea syke, hyperventilaatio, ahdistus, psykoottiset oireet, käytön jälkeinen väsymys ja alakuloisuus.	Kohonnut verenpaine, ummetus, laihtuminen, anoreksia, suutulehdukset, hampaiden värjäytyminen, ruuansulatuskanavan tulehdukset, impotenssi, aistiharhat, maaniset ja paranoidiset psykoosit, masennus.	Käyttö suun kautta lehtiä pureskelemalla. Lehdet 10-15cm pitkiä, sahalaitaisia, kiiltöpintaisia. Käytetään myös juoman seassa tai polttamalla.

Imppaus	Liima, lakka, ase-toni, tinneri, bensiini, toluenei, kynsilakanpoistoaine, aerosolit, sytkärin polttoaine. Myrkylliset liuottimet ovat ihmiselle todella vaarallisia. Aineisiin voi syntyä voimakas riippuvuus. Vaikutusaika puolesta tunnista muutamaan tuntiin.	Päihtymyksen tunne, raukeus, kepeys, irtaantumisen tunne, havaintojen vääristymät, suuruuskuvitelmat, sekavuus, euforia, seksuaaliset mielikuvat.	Nopea syke, rytmihäiriöt, kontrollin menettäminen, aistiharhat, kouristukset, tajunnan tason lasku jopa koomaan asti, käytön jälkeinen tylsyyden tunne ja muistikatkokset, päänsärky, pahoinvointi, ripuli, verestävät silmät, hitaat refleksit, kaksoiskuvat ja voimattomuus. Krapulanomainen vaikutus voi säilyä päiviä. Myrkytys, äkkikuoleman riski on suuri.	Passiivisuus, ruokahalun heikkeneminen ja aliravitsemus, nuha, yskä, nenäverenvuodot, väsymys, masennus, ärtyneisyys, vainoharhaisuus, mielenterveyshäiriöt, keuhkokuudoksen vauriot, aivovauriot, munuais- ja maksavauriot.	Hengitetään aineista haihtuvia höyryjä pakkauksesta, muovipussista, kankaasta.
Muuntohuumeet	Tunnettujen huumeiden molekyyli-rakennemuunnoksia, tutkimuskemikaaleja, lääkedyhdisteitä tai muunnoksia. Erittäin vaarallisia. Eivät välttämättä näy huumetestissä.	Arvaamattomat ja hengenvaaralliset vaikutukset: Todelliset pitoisuudet hyvin epäselviä. Kemialliset aineet ja yhdistelmät voivat olla mitä tahansa, ja haittavaikutuksia on vaikea ennustaa. Lähes kaikista huumausaineista voi valmistaa muunneltuja verisoita ja toivotut kokemukset ja käyttötapa määräytyvät ainekohtaisesti, eivätkä positiivisetkaan vaikutukset ole aina odotetun kaltaisia.. Tutkittua tietoa muuntohuumeiden vaikutuksista on hyvin vähän.			

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi, taso	Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus Tutkimusmenetelmä (kvalitatiivinen jne.) Tutkimuksen otanta (haastateltavat)	Tutkimustulokset
<p>Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottilanteissa päivystysvastaanotoilla: eettisten periaatteiden toteutuminen. Behm, Minna-Maria 2015. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja</p>	<p>- tavoitteena on tuottaa tietoa, millaista varhaisvaiheen päihdetyö on, miten eettiset periaatteet toteutuvat päivystysten varhaisvaiheen päihdetyössä, ja miten periaatteiden soveltamista tulisi kehittää - tarkoituksena on kuvata varhaisvaiheen päihdetyötä, eettisten periaatteiden toteutumista ja kehittämistarpeita päivystysvastaanotoilla - narratiivinen lähestymistapa - haastateltu 34 työntekijää, 6 potilasta, 16 asiantuntijaa, joille 4 fokusryhmähaastattelua</p>	<p>- tutkimuksessa luotiin toimintamalli eettiseen varhaisvaiheen päihdetyöhön päivystysvastaanotolla, jossa keskeisiksi kehittämiskohteiksi muodostuivat puheeksioton liittäminen osaksi työtä, resurssit ja ammatillisuus - puheeksiottoa pidettiin tärkeänä, mutta sen toteutumisessa on monia haasteita - työntekijöillä ei ollut yksiselitteistä kuvaa varhaisvaiheen päihdetyöstä - puheeksiottilanteet herättivät työntekijöissä pääosin kielteisiä tunteita - potilaat kokivat puheeksioton hoitoon kuuluvaksi osaksi - työntekijät kuvasivat eettisten periaatteiden ilmenemismuotoja, mutta samalla toivat esiin ongelmat päihteitä käyttäneiden potilaiden kohdalla - puheeksioton onnistumista määräävänä tekijänä korostui se, millainen potilas oli yhteistyökumppanina: vointi, käyttäytyminen, valmius puheeksiottoon ja päihtymys - asiantuntijat toivat esiin huolen työntekijöiden asenteista ja osaamisesta - puheeksioton haasteiden ratkaiseminen on edellytyksenä myös eettisyyden toteutumiselle - on tärkeää etsiä toimintatapoja, joilla vaikeaksi koettua puheeksiottoa helpotetaan - myös tärkeää huomioida eettisten periaatteiden tasapuolinen toteutuminen kaikissa potilasryhmissä</p>
<p>Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat. Hirschovits-Gerz, Tanja 2014. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>- tavoitteena on selvittää miten suomalaisten näkemykset eri riippuvuuksista eroavat toisistaan ja vaihtelevat eri vastaajaryhmissä - tarkoituksena on tutkia, miten suomalaiset suhtautuivat 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella tupakka-, alkoholi-, amfetamiini-, opiaatti-, kannabis-, lääkeli- ja internetiriippuvuuteen - Yhdyskuntatutkimus Oy keräsi aineiston syksyllä 2007</p>	<p>- huumeita pidettiin kaikilla yksilöä koskevilla mittareilla vaikeimpina riippuvuuden muotoina - toiminnalliset riippuvuudet miellettiin kevyimmiksi riippuvuuden muodoiksi - alkoholiriippuvuutta pidettiin vaikeimpana yhteiskunnan kannalta - naiset uskoivat miehiä enemmän hoidon mahdollisuuteen auttaa irti riippuvuuksista, kun taas miehet uskoivat pääsevänsä omin avuin irti - kansainvälisessä vertailussa suomalaiset uskovat pääsevänsä alkoholiriippuvuudesta omin avuin irti ja toisaalta he myös uskoivat hoidon auttavan riippuvuuksista irtaantumisessa - riippuvuusriskiä ei pidetty kovin korkeana mutta se arvioitiin silti suureksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi - suomalaisten mielikuvat riippuvuuksista ovat linjassa yhteiskunnallisen todellisuuden ja pahepolitiikan kanssa</p>

	<p>postikyselynä, joka lähetettiin väestökisteritietojärjestelmästä (18–74v) poimitulle 2000 henkilön satunnaisotokselle</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutkimusaineistona satunnaisotokseen vastanneet (n 740), lisäksi hyödynnetään päihdetyön ammattilaisille suunnattua vastaavaa kyselyä (n 520) sekä kanadalaisille (n 864), ruotsalaisille (n 1098) ja venäläisille (n 1023) suunnattuja kyselyitä - kvantitatiivinen menetelmä 	<ul style="list-style-type: none"> - päihdetyöntekijöiden mielestä kannabiksesta on helpointa päästä itse irti ja toiminnallisista sekä lääkeriippuvuuksista vaikeinta, kun taas väestö arvioi lääkkeistä ja toiminnallisista riippuvuuksista irtipääsyn helpommaksi
<p>Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Kuusisto, Katja 2010. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on tarjota perustietoja toipumisesta, mutta myös siitä, miten toipuneet käsitteellistävät omaa toipumisreittiään. - tarkoituksena on vertaillevan asetelman avulla löytää toipumisen tavoissa olevia eroja ja yhtäläisyyksiä. - kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen - puolistrukturoidut kyselylomakkeet (104) ja teemahaastattelut haastattelut (30) 	<ul style="list-style-type: none"> - erot toipumisessa ovat enemmän yksilöllisiä kuin ryhmäkohtaisia - päihteidenkäyttöön ajaututaan vähitellen - tie raitistumiseen on pitkä - muutosvalmius syntyy negatiivisten seurannaisvaikutuksien kasaututtua ja ennen kaikkea yksilön sisäisen merkityksenannon kautta, johon erilaisilla muutosta virittäville tekijöillä on oma vaikutuksensa - eriytyminen kohti erilaisia toipumisreittejä alkaa riippuvuuden muodostumisen jälkeen - spontaanisti toipuneet kokevat alkoholiongelmansa lievempinä kuin verrokkiryhmät - vaikea päihdeongelma ja käyttöhistorian kompleksisuus heijastuvat tavassa lähteä toipumaan joko itsenäisesti tai tarjolla olevia hoitomahdollisuuksia hyödyntäen - ongelmien kompleksisuus yhdistettynä pystyvyyssodotusten heikkouteen on tärkeä syy hakeutua tuen piiriin - toipuvat tarvitsevat erilaisia tukimenetelmiä tuekseen toipuessa ja raittiuden ylläpitämisessä - asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen toteutuu osittain ja päihdeongelmainen itse on tärkeässä roolissa tarpeidensa esilletuomisessa - hoitoa kohdennettaessa on syytä tarkastella asiakkaan muutosvalmiutta, alkoholiingelman vaikeusastetta, pystyvyyssodotuksia ja uskomuksia hoidon merkityksestä omalle toipumiselle
<p>"SE EI OLE NIIN YKSOIKONEN JUTTU..." Kuntoutuksellinen näkökulma katkaisuhuito-prosessiin Lapin alueella.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena tuottaa kuva katkaisuhoidon roolista päihdekuntoutusprosessissa - tarkoituksena selvittää, minkälaisia merkityksiä katkaisuhuito ja tukitoimenpiteet saavat osana 	<ul style="list-style-type: none"> - terveyskeskuksissa katkaisuhuito näyttäytyy erityisesti lääketieteellisenä toimenpiteenä - erityispalveluyksiköissä korostuu psykososiaalinen puoli - asiakkaan huonon fyysisen ja psyykkisen kunnon takia katkaisuhuito on usein hengenpelastavaa toimintaa - lyhyellä tähtämellä katkaisuhoidon tavoitteena on hetkellisen olotilan helpottuminen ja pahimmillaan

<p>Jounila, Marjut & Lampela, Eila 2010. Lapin yliopisto. Pro gradu.</p>	<p>ongelmallisesta päihdeidenkäytöstä irrottautumisen prosessia. - haastateltu kuutta katkaisuhoidon läpikäynyttä ja sen jälkeen palvelujärjestelmän tarjoaman tuen piiriin ohjattua henkilöä, kolmea päihdehuollon erityispalveluyksikön työntekijää ja yhdeksää terveyskeskusten työntekijää - puolistrukturoitu teema-haastattelu</p>	<p>se auttaa asiakasta toipumaan takaisin juomiskuntoon - parhaimmillaan katkaisuhuolto on pysähdys, joka antaa mahdollisuuden elämänmuutoksen käynnistämiseen - varsinainen työ elämänmuutoksen toteuttamiseksi alkaa vasta katkaisuhoidon jälkeen jolloin useimmat päihdeidenkäyttäjät tarvitsevat palvelujärjestelmän tukea - tuki on tärkeä osa kuntoutumista, mutta yksilön oma muutostahto on tärkeämpää</p>
<p>POIS PULLON PAULOISTA Näkökulmia päihdekuntoutujien muutosmotivaatioon ja hoitoon hakeutumiseen. Ruumensaari, Hanna 2012. Lapin yliopisto. Pro gradu.</p>	<p>- tavoitteena on selvittää muutosmotivaation heräämiseen ja ylläpysymiseen vaikuttaneita tekijöitä sekä hoitoonlähtöpäätöksen ulottuvuuksia - tarkoituksena on tuoda esiin kuntoutujien omia kokemuksia muutosmotivaatiosta ja hoitoon hakeutumisesta - haastateltu 10 laitostuntoutusjaksolla olevaa, päihderiippuvuudesta irti pyrkivää henkilöä - kvalitatiivinen</p>	<p>- muutosmotivaation heräämisessä keskeisiä asioita olivat erilaiset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, usein toisiinsa kietoutuneina - fyysisistä tekijöistä korostuivat päihdeidenkäytöstä aiheutuneet oireet ja niiden pelko - psyykkisistä tekijöistä muutokseen motivoivat masennus, pettymys alkoholin vaikutuksiin, häpeä, syyllisyys, kuolemanpelko - sosiaalisista tekijöistä muutosmotivaatioon heräämisessä korostuivat elämänpiirin supistuminen ja läheisten merkitys - merkityksellisiä hoitoon hakeutumisen ulottuvuuksia ovat toimijuus (yksilö-, läheis- tai viranomaislähtöinen, oma halu), ajallisuus (pitkäaikaisen pohdinnan seurauksena tai havahtumista seurannut lyhyt prosessi) ja tilannesidokset (elämäntilanne, alkoholin käytön hallitsemattomuus, muiden keinojen toimimattomuus, ammatillisen avuntarpeen myöntäminen) - muutosmotivaation ylläpitämiseen kannustavat tulevaisuuden suunnitelmat ja kokemus kuntoutusjakson merkityksellisyydestä - kuntoutusjakson merkityksellisiä tekijöitä ovat ammatillinen apu, vertaisuus, elämänhallinnan ja toiminnallisuuden lisääntyminen, fyysisen ja psyykkisen olon kohentuminen ja läheisten kanssa lähentyvät välit - muutokseen kannustavat eri tekijät nykyhetkessä (tavoitteet alkoholin käytön suhteen), lähitulevaisuudessa (tukimuodot, hoidon jatkuvuus, lääkitys, vertaistuki) ja kaukaisessa tulevaisuudessa (sosiaalinen verkosto, arjen hallinta, elämänmuutosten suunnittelu, haaveet)</p>
<p>Asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventiosta. Honkalampi, Seija 2015. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.</p>	<p>- tavoitteena oli tuottaa strukturoitu ja syventävä kuvaus mini-intervention kokemuksesta sekä sen olemuksesta sellaisena kuin se alkoholia käyttävälle terveydenhuollon asiakkaalle ilmenee</p>	<p>- terveydenhuollon asiakkaat kokivat mini-intervention tärkeäksi alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyssä ja alkoholiriippuvuuden hoidossa - kokemus mini-interventiosta muodostui vuorovaihtuksesta ja asiantuntevasta neuvonnasta tilanteen aikana: se herättää asiakkaassa toivon paremmasta voinnista, joka ilmenee helpotuksena ja kiitollisuutena</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon asiakkaan kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta - otanta: 7 - aineiston analyysissä käytettiin Interpretative Phenomenological Analysis –menetelmää 	<ul style="list-style-type: none"> - vuorovaikutuksessa aidon välittämisen ja empatian kokeminen vahvisti luottamusta terveydenhuoltoon - asiakas kokee itsensä arvostetuksi ihmisenä kun hänen tilanteestaan ja auttamisestaan ollaan kiinnostuneita - asiantunteva neuvonta vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja, mikä auttaa asiakasta ottamaan vastuuta oman alkoholinkäyttönsä vähentämisestä - neuvonta tukee asiakasta itsenäisyyteen ja vastuun ottoon - asiakkaalle aiheutui mielipahaa, jos terveydenhuollon asiantuntija ei ottanut alkoholinkäyttöä puheeksi - tilanteet, joissa avun tarjoamisen sijaan työntekijä käyttäytyi paheksuvasti, koettiin huonona kohteluna tai vallankäyttönä
<p>Kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä addiktioista. Järvinen, Kukka 2010. Tampereen yliopisto. Pro gradu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on löytää mahdollisia samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia tietyn keskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksien välillä sekä vertailla myös mukana olevien kahden keskuksen tuloksia toisiinsa - tarkoituksena on selvittää kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten addiktiokäsityksiä - aineistona oli kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkailta ja ammattilaisilta kerätyt kyselylomakevastaukset: asiakkailta 42 vastausta, ammattilaisilta 38. Asiakshaastatteluja 25 ja ammattilaishaastatteluja 8. - menetelmä kuvaileva tilastoanalyysi 	<ul style="list-style-type: none"> - yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia oli löydettävissä saman päihdekuntoutuskeskuksen sisällä, kuin myös keskusten välillä - asiakkaat painottavat omaa rooliaan päihderiippuvuuden synnyssä ammattilaisia enemmän - tuloksissa ilmeni eroja riippuen siitä, ajattelivatko asiakkaat asiaa yleisesti vai omaan kokemukseensa pohjaten - yleisellä tasolla asiakkaat painottivat riippuvaisen omaa vastuuta ongelman synnyssä, kun taas henkilökohtaisella tasolla lähiympäristön vaikutus nähtiin merkittävänä - sekä asiakkaat että asiantuntijat näkivät päihdeongelman ratkaisuvastuun olevan lähinnä riippuvaisella itsellään - hoidon uskottiin auttavan päihteistä irti pääsemisessä
<p>Alkoholiriippuvuuden hoitotulokseen vaikuttavat tekijät. Laaksonen, Esti 2015. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - päätavoitteena oli tutkia yhdistelmähoidon (lääkitys ja kognitiivinen käyttäytymisterapia) tehoa alkoholiriippuvuuden hoidossa terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa ja A-klinikoissa. Lisäksi haluttiin tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkkeiden tehoon ja hoitoon sitoutumiseen 	<ul style="list-style-type: none"> - potilaat, jotka käyttivät yhdistelmähoitoa, vähensivät merkittävästi alkoholinkäyttöään ja heidän elämänlaatunsa parani - disulfiraami oli paras tutkimuksessa käytetyistä lääkkeistä vähentämään runsasta juomista, juomisen aloittamista, viikoittaista alkoholinkulutusta, sekä lisäämään raittiiden päivien määrää, mutta pitkällä aikavälillä (yli 6kk) käytettynä erot muihin lääkkeisiin tasoittuivat - alkoholiriippuvuuden haittoja voi vähentää lääkeshoidon, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyvän hoitoon sitoutumisen avulla

	<p>- otantana 243 potilasta (25-65v), jotka olivat ha- keutuneet oma-ehtoisesti hoitoon terveystakeskuk- seen, työterveyteen tai A- klinikalle, sisäänottokri- terinä alkoholiriippuvuus ja edellisestä hoitojak- sosta tuli olla kulunut ai- kaa väh. 1kk.</p> <p>- monikeskustutkimus</p>	
<p>Alkoholi- ja huu- meaddiktiota koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntou- tusasiakkailla. Nyyssönen, Milla 2008. Tampe- reen yliopisto. Pro gradu.</p>	<p>- tavoitteena etsiä vas- tauksia siihen, minkälai- sia mielikuvia ja käsityk- siä päihdekuntoutuksessa olevilla on päihderiippu- vuuksien luonteesta, syn- nystä ja niiden ratkaise- misesta</p> <p>- tarkoituksena on kuvata päihdeasiakkaiden käsi- tyksiä päihderiippuvuuksien luonteesta, synnystä ja toipumisesta ja selvit- tää, miten päihdekuntou- tusasiakkaat tulkitsevat päihderiippuvuuksien va- kavuuden suhteessa mui- hin yhteiskunnallisiin on- gelmiin</p> <p>- 78 alkoholi- ja huume- riippuvaista, aineisto ke- rättiin seitsemästä päih- dekuntoutuskeskuksesta</p> <p>- kyselylomakeaineisto analysoitiin kuvailevalla ti- lastoanalyysilla ja haas- tatteluaineisto teo- riasideonnoisella sisäl- lönanalyysilla</p>	<p>- päihdekuntoutusasiakkaiden käsitykset riippuvuu- den luonteesta, synnystä ja toipumisesta saivat eri- laisia painotuksia riippuen siitä, tarkasteltiinko riip- puvuuden luonnetta, syntyä ja ratkaisukysymyksiä yleisellä tasolla vai päihdekuntoutusasiakkaiden oman ongelman lävitse</p> <p>- yleisellä tasolla kuntoutusasiakkaat luonnehtivat päihderiippuvuuksia vahvasti yksilöllisinä ja itseai- heutettuina ongelmina</p> <p>- oman ongelman lävitse tarkasteltuna vastaajat toivat esille riippuvuuksien taustalla olevia sosiaali- sia juuria</p> <p>- huumeongelmaiset määrittelivät päihderiippuvuu- det enemmän tunne-elämän ongelmaksi kun taas alkoholiongelmaiset tekivät useammin biologiaper- räisiä riippuvuusmääritelmiä</p> <p>- riippuvuusmääritelmät olivat yhteydessä siihen, millä keinoin riippuvuuksista pyrittiin irtautumaan ja kenelle ratkaisuvastuu annettiin</p> <p>- päihderiippuvuuksia tunne-elämän ongelmana pi- tävät näkivät toipumisen esteeksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden erillisyyden : heidän mielestään toipuminen onnistuu, jos he saavat tunne-elämän ongelmiinsa käsittelyapua</p> <p>- biologiaperäisesti päihderiippuvuuksiin suhtautu- neet pitivät fyysistä himoa toipumisensa esteenä: heidän toipumisstrategiana korostuu päihteiden fyysinen välttely</p> <p>- suhteutettuna muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin alkoholiongelmat nähtiin kaikista vakavimpana on- gelmana, kun taas huumeet, poissulkien hasis, miellettiin yhdessä väkivaltarikosten kanssa toiseksi vakavimmaksi ongelmaksi</p>
<p>Päihdekuntou- tuksen sisällöt ja pyrkimys asiak- kaan elämänhal- linnan lisäämi- seen työntekijöi- den näkökul- masta. Törmänen, Jouko</p>	<p>- tavoitteena on hahmot- taa päihdekuntoutuksen teemoja</p> <p>- tarkoituksena kuvata päihdekuntoutuksen si- sältöjä, miten ja millä kei- noilla pyritään vaikutta- maan kuntoutujan elä- mänhallinnan lisääntymi- seen, hahmottamaan</p>	<p>- päihdekuntoutuksen sisällöt muodostavat koko- naisuuden, jolla pyritään vastaamaan kuntoutujan eri elämän osa-alueiden tarpeisiin</p> <p>- päihdekuntoutuksen sisältöjä: 1. kuntoutujan yksi- öllinen osio, 2. yhteisöllinen osio, 3. ryhmätoimin- nallinen osio, 4. työyhteisöllinen osio</p> <p>- kuntoutujan elämänhallinnan lisääntyminen näkyi hänen oppiessaan elämän arkipäivää ja käyttä- mään arkipäivässä tarvittavia tietoja ja taitoja</p>

2008. Tampe-reen yliopisto. Pro gradu.	<p>päihdekuntoutuksen tee- moja. Työntekijän näkö- kulma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13 päihdetyön työnteki- jää eri päihdekuntoutus- laitoksista (8 laitosta) - menetelmänä haastat- telu, jonka aineisto analy- soitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä 	
Törmäys todelli- suuteen: narratii- vinen tutkimus alkoholiriippu- vuudesta ja toi- pumisesta. Tuo- miniemi, Veli 2010. Tampe- reen yliopisto. Pro gradu.	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on lisätä ym- märrystä alkoholiriippu- vuudesta ja tuoda esiin alkoholiriippuvuuden yksi- öllisiä merkityksiä onoh- tamatta siihen liittyviä kulttuurisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia - tarkoituksena tarkastella päihteitä käyttäneiden miesten kerrontaa omasta toipumisestaan. Rajattu alkoholiin - 10 elämäntarinahaastat- telua: 35-60v miehet, al- koholiriippuvuutta koke- neet - laadullinen narratiivinen 	<ul style="list-style-type: none"> - miesten kerronta oli moniaineeksista ja haastatte- lutilanteessa tuli esiin monta tarinaa elämänkulun varrelta alkoholin kumppanina - alkoholiriippuvuuden syveneminen ja raitistumis- tarpeen ilmeneminen nousivat keskeiseen ase- maan - miehet korostivat oman tien löytämistä, johon nähtiin mahdollisuutena elämän kulun käännekoht- dat - käännekokemukset vahvistavat kulkemisen kohti onnistunutta raittiutta - menneisyyden vaikutus nykyisyyteen tulee esiin kaikilla tasoilla - riittävä etäisyys akuutista päihteidenkäytöstä on edellytys toipumisen käynnistymiselle
Alkoholin yhteys ensivussa to- dettuihin tapatur- miin ja hoitohen- kilökunnan asen- teet ja osaami- nen päihtyneen potilaan kohtaa- misessa. Heik- kilä Anne 2012. Itä-Suomen yli- opisto. Pro gradu.	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyö- dyntää ensiapupoliklini- kan työssä ja hoitajien koulutuksessa - tarkoituksena oli selvit- tää, kuinka suuri osa en- sivussa hoitoon hakeu- tuneista tapaturmapotilaista oli al- koholin vaikutuksen alai- sena. Tarkoituksena oli myös kuvata hoitohenkilökunnan päih- dehoitotyön osaamista ja asenteita päihtyneisiin potilaisiin. - potilasaineisto kerättiin tapaturmapotilaiden poti- lastiedoista (n=153). Hoitohenkilökunnan osaamista ja suhtautu- mista päihtyneisiin potilai- siin tutkittiin kyselylomakkeella. Henki- lökunnan vastauksia saa- tiin 80 - kvantitatiivinen 	<ul style="list-style-type: none"> - tapaturmapotilaista lähes kolmasosa oli alkoholin vaikutuksen alaisena - lähes puolet kaatuneista potilaista, puolet myrky- tyksistä ja lähes kaikki pahoinpidellyistä potilaista olivat alkoholin vaikutuksen alaisena - erikoissairaanhoidon potilaista 43% ja peruster- veydenhuollon potilaista 14% oli päihtyneitä - yleisimmin päihtyneet ilmaantuivat ilta- ja yöai- kaan päivystykseen - erikoissairaanhoidossa työskentelevistä kaikki vastaajat kuvasivat kohtaavansa päihtyneistä poti- laita hyvin usein - 1/5 kaikista vastaajista kuvasi, että alkoholi- asioista kysyminen oli toisen yksityisasioihin puuttu- mista - erikoissairaanhoidon vastaajista lähes 1/3 ja pe- rusterveidenhuollon vastaajista alle 10% ei tunte- nut mini-interventio-termiä - noin 90% erikoissairaanhoidossa työskentelevien mielestä alkoholin suurkuluttajat käyttävät terveys- palveluita enemmän kuin muut potilaat - yli 70% erikoissairaanhoidon työntekijöistä oli sitä mieltä, ettei pysty vaikuttamaan potilaan alkoholin- käyttöön - päihtyneet tapaturmapotilaat olivat melko harvi- naisia perusterveidenhuollossa, kun taas erikois- sairaanhoidossa heitä on runsaasti

		<ul style="list-style-type: none"> - alkoholinkäyttö on selkeästi yhteydessä tapaturmiin - päihtyneiden potilaiden suuri määrä lisää hoitohenkilöstön negatiivista suhtautumista päihtyneitä potilaita kohtaan
<p>Alkoholihaittoja ehkäisevän työn tuet ja esteet työpaikalla. Luurila, Katrimaija 2009. Tampereen yliopisto. Pro gradu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on saada tietoa työpaikan alkoholihaittojen ehkäisyn toteuttamiseen kaikille siihen osallistuville toimijoille - tarkoituksena kuvata alkoholihaittoja ehkäisevää työtä työpaikalla ja kuvata, mitkä tekijät tukevat ja mitkä estävät alkoholihaittoja ehkäisevää työtä - kahden avoimen kyselyn vastauksia n-353, n-357 - aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä 	<ul style="list-style-type: none"> - tutkimus tuotti tietoa tueksi työpaikkojen alkoholihaittojen ehkäisyn toteuttamiseen kaikille siihen osallistuneille toimijoille - alkoholihaittoja ehkäisevää työtä tukevat tekijät työpaikalla liittyvät psykososiaaliseen tukeen, tietoon ja aktiiviseen toimintaan sekä yhteistoimintaan - alkoholihaittoja ehkäisevän työn esteet työpaikalla liittyvät psykososiaalisen työn puutteeseen ja organisaation toiminnan riittämättömään tukeen - alkoholihaittoja ehkäisevässä työssä työpaikalla on oleellista tunnustaa työn merkityksellisyys organisaation joka tasolla - eri henkilöstöryhmien kanssa tulisi yhteisesti määrittellä toimintakeinot alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi - työterveyshuollon tulisi olla aktiivisesti mukana alkoholihaittojen ehkäisytyössä - puuttuminen alkoholiongelman on tehtävä heti ja avoimesti - sekä esimiesten että työntekijöiden tulisi opetella taitoja varhaiseen puheeksi ottamiseen - hoitoonohjauksen tulisi tapahtua ennalta sovituin menettelytavoin - myös työyhteisöä tulisi tukea alkoholista aiheutuvien alkoholihaittojen tullessa esiin työpaikoilla - alkoholihaittojen ehkäisemisessä on tärkeää koko henkilöstön monipuolinen tiedottaminen alkoholin aiheuttamista haitoista, työpaikan periaatteista sekä toimintatavoista - onnistunut esimiestyö on merkityksellistä alkoholihaittoihin puuttumisessa, mutta se vähentää alkoholihaittojen riskiä jo kasvattamalla työyhteistyötä väisyyttä ja psyykkistä turvallisuutta
<p>Ikääntyvät ja alkoholitoimijuus: kvalitatiivinen tutkimus ikäihmisten alkoholin käytöstä Ström, Aija 2009. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tarkoituksena ja tavoitteena on saada lisää tietoa ikääntyvien alkoholinkäytöstä, sen ilmenemisestä ja käyttötavoista - tarkastelun kohteena ovat ikääntyvien omat kertomukset: 5 naista, 5 miestä, eläkkeellä olevia - kvalitatiivinen 	<ul style="list-style-type: none"> - väkevien alkoholijuomien käyttö on vähentynyt ja tilalle ovat astuneet viinit ja miedommat juomat - juomatavat kertovat oman sukupolven, elämäntapa- ja aikakauden näkemyksestä - ikääntyvien alkoholinkäyttö on muuttunut siinä missä myös muiden suomalaisten alkoholin käyttö -alkoholin käyttö on arkipäiväistynyt ja tullut normaaliksi osaksi arkea - haastateltavista 8 oli vähentänyt alkoholinkäyttöä ikääntyessään - ikääntymisen myötä katsottiin, että taito käyttää alkoholia on parantunut - kaikki paheksuivat humalaisia naisia, joiden määrän todettiin lisääntyneen - 2/3 nosti esille lapsuudenkodin merkityksen

		<ul style="list-style-type: none"> - haastateltavista kaikki olivat tyytyväisiä omaan alkoholinkäyttönsä, mutta osa näki myös lisääntyneen käytön riskit ja pyrki puuttumaan niihin omassa elämässään - tärkeää on saada aikaan yleinen keskustelu ikääntyvien alkoholikulttuurista omana alueenaan sekä tiedon levittäminen heidän omista kokemuksistaan - ikäihmisten lisääntynyt alkoholinkäyttö ja sen tuomat ongelmat ovat kuitenkin selkeästi kasvussa, etenkin naisten osalta - päihdeongelmat ovat saman tyyppisiä iästä riippumatta - ikääntyneiden elinpiiri eroaa kuitenkin työssäkäyvistä - keskeinen ongelma on, että ikääntyville alkoholi-ongelmallisille ei ole hoitojärjestelmää, johon he voisivat itse hakeutua tai johon heidät voitaisiin ohjata - lisäksi päihdetyöntekijöillä on kädet täynnä työikäisten päihdeikäisten kanssa - pääasiallisesti alkoholia käytetään hyvin hetkiin, mutta siitä voidaan hakea myös turvaa yksinäisyydessä - omaa alkoholinkäyttöä vertailtiin omien vanhempien sekä omien jo aikuisten lasten alkoholinkäyttöön - alkoholin saatavuus ja hinta vaikuttavat alkoholinkulutukseen - vastaajien suhtautuminen alkoholiin oli yhteisistä - vastaajien mielestä vähäisinä määrinä alkoholi kohentaa ihmisen elämänlaatua - ikäihmiset kaipaisivat sitä, että heidän alkoholinkäyttönsä suhtauduttaisiin samalla lailla kuin nuorempien
<p>"Määks se kannan sen vastuun nytte?": identiteetin määrittäminen huumeiden ongelmakäytön lopettaneiden ihmisten elämäntarinoissa. Hulkkonen, Noora 2014. Tampereen yliopisto. Pro gradu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena on lisätä ymmärrystä huumeiden ongelmakäytöstä irtaantuneiden ihmisten kokemuksista - tarkoitus tuoda huumeiden käytön kokeneiden ihmisten omaa ääntä päihdetutkimuksen laajaan kenttään - 5 suullista, 5 kirjoitettua elämäntarinaa. Vastaajista kaikki olivat joskus käyttäneet laittomia huumeita ongelmallisesti, mutta lopettaneet käytön ja olleet käyttämättä n. 1-12v ajan. Vastaajat olivat 20+ - 40+ vuotiaita. Naisia 6, miehiä 4 	<ul style="list-style-type: none"> - jokaisessa tapauksessa huumeidenkäytöstä irtaantuminen vaati kokonaisvaltaisen identiteettiprojektin läpikäymisen - huumeidenkäytön lopettaminen vaati aina työtä niin suhteessa moraaliseen yhteisöön kuin omaan minuuteenkin - huumeidenkäyttöä voidaan pitää kokonaisvaltaisena ongelmana josta seuraa yhteiskunnan pyrkimys leimata yksilöä - lopetettuaan huumeiden käytön yksilön on luotava uusi suhde moraaliseen yhteisöön ja todistettava oma muutoksensa - muutos voi olla ihmiselle itselleen niin radikaali, että suhde omaan minuuteen saattaa hetkeksi jopa katketa sillä seurauksella, että ihminen ei tiedä, kuka on - huumeidenkäytön lopettaminen vaatii arvomaailman muuttamista - omien arvojen muuttaminen on syvä minuuteen vaikuttava muutos

	- kvalitatiivinen, narratiivinen	- huumeiden käytön lopettamisesta seurasi aina tarve läpikäydä sekä sosiaalinen että henkilökohtainen minuusprojekti
Huumeita käyttäneiden henkilöiden kokemuksia päihderiippuvuudesta toipumisesta ja kääntymyksestä. Ketomäki, Jaana 2010. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu.	- tavoitteena selvittää, millainen tausta on huumeita käyttäneiden henkilöiden kääntymyksellä, millainen on uskonnollinen kääntymys huumeita käyttäneiden henkilöiden kokemana ja millaista on huumeita käyttäneiden elämä kääntymyksen jälkeen - tarkoitus oli kartoittaa vähän tutkittua aluetta kääntymyksen tutkimisen kentällä kahdeksasta huumeita käyttäneestä henkilöstä - haastateltavista kolme oli naisia ja viisi miehiä. Haastateltavat olivat haastatteluhetkellä iältään 25–39- vuotiaita - kvalitatiivinen, narratiivinen ja sisällönanalyysi	- huumeita käyttäneiden kääntymyksen taustalla oli pitkä, vuosia kestänyt käyttöhistoria - kääntymys koettiin suurina muutoksia sisältäneenä prosessina - huumeiden käytön lopettamisen ja kääntymyksen myötä monet asiat itsessä ja elämän sisällössä alkoivat muuttua - ihmisenä kasvamista olivat sisäiset muutokset, kuten muutokset arvoissa ja tunteissa, ja siihen kuului myös haasteiden kohtaamisen opettelu ilman päihteitä - elämänsisällön muutoksia koettiin uskonnollisen ulottuvuuden, sosiaalisten suhteiden, työn, opiskelun, harrastusten, perheen ja tulevaisuuteen suhtautumisen osalta - kääntymystä, uskoa ja päihderiippuvuudesta toipumista ei koettu ainoastaan jatkuvana muutoksena parempaan, vaan muutoksiin liittyi kokemukset monista haasteista ja vaikeuksista - uskonnon ja toipumisen myötä koettiin löytyneen luottamus päihteettömän elämän kannattavuuteen ja haasteista selviämiseen
Harmittomia pösyttelijöitä vai rikollisia narkkareita. Huumeidenkäyttäjien konstruoiminen ryhmäksi julkisessa keskustelussa. Suomala, Riikka 2009. Vaasan yliopisto. Pro gradu.	- tavoitteena oli muodostaa kuvaa niin huumeiden käyttäjien itsensä kuin huumeita käyttämättömienkin kielenkäytössään konstruoimista merkityksistä, joiden perusteella he muodostavat ja kategorioivat ryhmän nimeltä huumeiden käyttäjät - tarkoituksena kartoittaa julkisuudessa käytävää keskustelua huumeiden käyttäjistä kahdella tasolla: median ja internetin keskustelupalstojen kirjoittajien käyttämät kielelliset keinot kuvailla ja kategorisoida huumeidenkäyttäjiä nimeämisen ja toimijaroolien kautta sekä kirjoittajien asemoituminen ja roolin ottaminen suhteessa huumeidenkäyttäjiin - yhdeksän internetissä julkaistua huumeaiheista uutisartikkelia sekä	- näkyvin tapa kategorisoida huumeidenkäyttäjiä on nimetä heidät ryhmänä ja hyödyntää nimityksiin liittyvää merkitysoppia sekä liittää heihin erilaisia ominaisuuksia kuvaavien määritteiden avulla - nimeämisen ja ominaisuuksien antamisen taustalla olivat niin yhteiskunnalliset ilmiöt kuin kirjoittajan henkilökohtaiset mielipiteetkin - huumeidenkäyttäjät näyttäytyvät monenlaisissa rooleissa aktiivisesta toimijasta toiminnan kohteena olijoihin - huumeidenkäyttäjän toiminta nähtiin puhujasta riippuen yhteiskunnallisesti hyväksyttävänä tai tuomittavana ja joissakin teksteissä myös itsetuhoisena - kirjoittajien asemoitumista tarkasteltaessa tulevat esiin huumeidenkäyttäjät, toiseksi huumeiden käyttöön myönteisesti suhtautuvat, joiden kirjoituksista ei tule mahdollinen oma käyttö ilmi, kolmanneksi ex-käyttäjät ja neljänneksi huumeisiin kielteisesti suhtautuvat - sanoma- ja iltapäivälehdissä huumeisiin, huumeidenkäyttöön ja käyttäjiin suhtaudutaan yleensä kielteisesti ja huumeidenkäyttäjät ovat usein toiminnan kohteita, esimerkiksi uhreja

	huumeaiheiset keskustelut internetin keskustelupalstoilla -diskurssianalyysi	
Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottaminen ja ohjaus. Luonsinen, Mari 2011. Turun yliopisto. Pro Gradu	- tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottamista ja ohjausta - tarkoitus oli kuvata miten ikääntyneet kokevat alkoholinkäytön puheeksi ottamisen ja alkoholinkäyttöön liittyvän ohjauksen perusterveydenhuollossa toteutettuna - aineistona kahdeksalle ihmiselle tehty teema-haastattelu, tehty yli 65v terveyskeskuksen asiakkaille - kvalitatiivinen	- haastateltavat kokivat alkoholinkäytön puheeksi ottamisen ja ohjauksen tärkeäksi asiaksi - ikääntyneiden mielestä hyödyllistä tietosisältöä alkoholinkäytöstä olivat uusi tieto, terveydentilaan liittyvä tieto ja yksilöllinen tieto - ikääntyneiden mielestä terveyskeskuksessa on luontevaa ottaa alkoholinkäyttö puheeksi - alkoholinkäytön puheeksi ottaminen ja ohjaus perusterveydenhuollossa ei herätä negatiivisia ajatuksia
A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. Kelleher, Sean & Cotter, Patrick 2009. University College Cork, Ireland.	-Tavoitteena määrittää päivystyksen lääkäreiden ja sairaanhoitajien tietämystä ja asenteita päihitteiden ongelmakäyttöä ja käyttäjiä kohtaan. -mukautettu kyselytutkimus -145 päivystyksen sairaanhoitajalle ja lääkärille lähetetyt kyselylomakkeet, 66 vastausta. -kvalitatiivinen	-työntekijöiden tietotaito alkoholin ja huumeainesten väärinkäytöstä oli tyydyttävää - erityistietämys interventiostrategioista oli puutteellista -suurin osa työntekijöistä ei ollut koskaan saanut erityistä koulutusta päihitteiden käytöstä, mikä viittaa siihen, että päihdepotilaiden kohtelu on epäasianmukaista. - osallistujilla oli lähes optimaallinen asenne rakentamaan työskentelyyn päihdepotilaiden kanssa - äkillinen tarve työpaikkakoulutukselle ja protokollille sekä ohjeistukselle päihdepotilaiden tunnistamiseen ja hoitamiseen päivystyksessä
Alcohol risk drinking, quality of life and health state among patients treated at the Sobering Unit in the emergency department – One year follow-up study. Koivunen, Marita, Harju, Sanna, Kauko, Tommi & Välimäki, Maritta 2016.	-tavoitteena arvioida mini-intervention vaikutusta potilaiden alkoholinkäyttöön ja elämänlaatuun selviämisyksikössä tapahtuneen hoitojakson jälkeen kolmen kuukauden, kuuden kuukauden ja vuoden seurannassa -kvasikokeellinen tutkimus ilman kontrolliryhmää -Audit testi -elämänlaatutesti (EQ-5D-3L)	-alkoholin riskikäyttö väheni tilastollisesti merkittävästi selviämisyksikössä hoidossa olon jälkeen - potilaiden terveyteen sidonnainen elämänlaatu ei muuttunut tilastollisesti merkittävästi kolmen kuukauden aikana hoitojakson jälkeen kun taas tilastollisesti merkittävä nousu näkyi kuuden kuukauden kohdalla. -itsearvioitu terveydentila koheni tilastollisesti merkittävästi hoitojakson ja kolmen ja kuuden kuukauden seurantapisteen välillä -tutkimus antoi viitteellisiä todisteita mini-intervention tehokkuudesta alkoholin liikakäyttäjille sekä alkoholiriippuvaisille potilaille päivystyksessä

Turun yliopisto.	-terveydentilatesti (EQ-VAS)	
Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. Lee, Geraldine & Forsythe, Marcus 2011. LaTrobe Clinical School of Nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Tarkoituksena nostaa esiin joitakin todisteita kirjallisuudessa alkoholin fyysisistä, sosiaalisista ja taloudellisista vaikutuksista ja alkoholiin liittyvistä sairauksista - tarkoituksena myös tutkia alkoholia päivystyspoliklinikan kontekstissa - kvalitatiivinen 	<ul style="list-style-type: none"> - tarkasteltaessa laajoja vaikutuksia fyysisissä, sosiaalisissa ja taloudellisissa olosuhteissa, alkoholi osoittautuu heroiniin vaarallisemmaksi sillä alkoholi on tullut yhteiskunnassa kotoperäiseksi ongelmaksi, vaikuttaen yksilötasolla ja koko yhteiskunnassa - syyt päivystyskäynnille voivat olla avoimesti ja suoraan alkoholiin liittyviä, kuten alkoholimyrkytys, väkivallanteot, loukkaantumiset ja kaatumiset. Tai epäsuorasi alkoholiin liittyviä, kuten lasten laiminlyönti, psykologiset ongelmat ja krooniset sairaudet - vaikka päivystyksen päätehtävä on hoitaa potilaan ensisijaista vaivaa, voi silti alkoholinkäytön arviointi olla tarkoituksenmukaista. Potilaalle voidaan antaa neuvoja ja tarjota interventiota. - tutkimuksen mukaan päivystys on kyvytön aktiiviseen rooliin alkoholin aiheuttamien haittojen vähentämisessä seulonnan, neuvonnan ja intervention avulla - kasvava määrä kirjallisuutta tukee teoriaa, että alkoholista tulisi tehdä vähemmän edullinen, vaikeammin saatava ja vähentää alkoholin mainostamista
Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, Björn-Ove 2011. Karlstad University, Sweden.	<ul style="list-style-type: none"> - Tarkoituksena tutkia uhkatapauksia ja väkivaltaa Ruotsalaisessa ensihoitopalvelussa ja kuvailla näitä tilanteita - Menetelmänä kvantitatiivinen - Otantana 134 kyselylomakevastausta sairaanhoitajilta ja ensihoitajilta yhdeltätoista ensihoidon asemalta, neljästä maakunnasta. Vastaajien kokemus ensihoidosta 3kk-41v. 	<ul style="list-style-type: none"> - 66% ambulanssihenkilökunnasta on kokenut uhkaa tai väkivaltaa työuransa aikana - 26% koki uhkaa ja 16% kohtasi fyysistä väkivaltaa edeltäneen vuoden aikana - yleisin uhka oli fyysisen väkivallan uhka, ja 27%:ssa oli mukana myös väkivallantekoväline - usein tapahtuvassa fyysisessä väkivallassa tapahtui puremista, potkimista, lyömistä ja tönimistä - suurimmassa osassa tapauksia väkivallan tekijä on ollut päihtynyt, ja tekijä on nimenomaan potilas - vakavimmat tilanteet tapahtuivat tehtävillä, joissa ambulanssi oli hälytetty myrkytyksen tai alentuneen tajunnantason vuoksi

