



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Alkolukkoon liittyvä päihdeinterventio

Mursula, Juha

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Alkolukkoon liittyvä päihdeinterventio

Juha Mursula  
Sairaanhoitaja-  
koulutus  
Opinnäytetyö  
kesäkuu, 2016

Juha Mursula

### Alkolukkoon liittyvä päihdeinterventio

Vuosi

2016

Sivumäärä

53

---

Alkolukolla valvottu ajo-oikeus on osoitettu tehokkaaksi keinoksi rattijuopumusseuraamuksissa. Alkolukolla valvotun ajo-oikeuden saaminen edellyttää yhtä lääkärin tai terveydenhoitohenkilöstön tapaamiskertaa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tätä yhtä käyntikertaa, jossa lain ohjeistama sisältö tulisi käsitellyksi ja asiakasta innostava ja motivoiva kohtaaminen edesauttaisi häntä parempaan elämänhallintaan ja alkoholinkäyttöön. Tavoitteena oli tuottaa malli päihdesairaanhoitajan avuksi ja keskustelun strukturoimiseksi. Tämä opinnäytetyö toteutettiin A-klinikkasäätiön Espoon A-klinikan avopalveluissa. Opinnäytetyön tuottamaa mallia voidaan käyttää eri toimintayksiköissä sisällön ja laadun turvaamiseksi.

Laki valvotusta ajo-oikeudesta määrittelee tapaamisen sisällöksi päihteidenkäytön, niiden vaikutukset elimistöön ja hoitomahdollisuudet. Sisältöjen laajuus on vaikeuttanut laadunvarmennusta eri työntekijöiden ja hoitopaikkojen välillä. Opinnäytetyössä pyrittiin avaamaan noita sisältöjä ja nostamaan esille oleellisia alueita niiden sisältä.

Työn teoreettinen viitekehys saatiin motivoivan haastattelun teoriasta, jonka avulla laissa määrätystä yhdestä tapaamiskerrasta haluttiin asiakasta muutokseen kannustava kokemus. Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä. Sen tavoitteena on vahvistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa eli ambivalenssia. Vuorovaikutusta käytetään muutoksen voimana. Motivoivan haastattelun tavoitteena on vahvistaa asiakkaan muutoshalukkuutta.

Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastattelun avulla. Haastateltaviksi valittiin Espoon A-klinikan työntekijöitä, joilla oli kokemusta päihdehoitotyön eri alueilta. Haastattelussa pyrittiin avaamaan laissa määrättyjä teemoja. Lisäksi nostettiin pohdittavaksi, millaiset tekijät voisivat vaikuttaa myönteisesti asiakkaan kokemukseen tapaamisesta ja saada näin aikaa positiivisen muutoksen. Opinnäytetyön tuloksena syntyi maapallo-malliksi nimetty malli, jonka avulla tapaamisen hahmottaminen ja sisältö on mahdollista avautua uudella tavalla.

Tulevaisuudessa jatkotutkimuksen aiheeksi syntyi tarve tutkia alkolukkotapaamisen kehittämistä edelleen. Voidaanko ennakkotehtävillä tai tapaamiskertojen lisäämisellä vahvistaa asiakkaan muutosvoimaa tai kuinka alkolukon tunnettavuutta ja käyttöä voitaisiin lisätä? Eri viranomaisten yhteistyön lisäämisellä voitaisiin myös saada aikaa tehokas kampanja. Päihdehoitotyön kehittämisen rooli olisi tässä tärkeä.

Asiasanat: alkolukko, rattijuopumus, motivoiva haastattelu.

Juha Mursula

**Motivational interview in a single alcolock meeting**

Year	2016	Pages	53
------	------	-------	----

---

Alcolock-controlled right to drive has proven to be very effective among DUI sentences. In order to obtain an alcolock, a person has to have a single discussion (a meeting) with a doctor or other health care professional. The objective of this thesis was to develop that single meeting and its contents so that it would include all the topics instructed by the law but also motivate and inspire the person to have a better control over his or her life and alcohol use. The objective was to develop a structured model that would help the professionals in their work during this single alcolock meeting.

The law regarding the alcolock-controlled right to drive states, that certain topics must be covered in the alcolock meeting. These topics include person's substance use, the effects of alcohol on a person and different treatment options. The content area of the alcolock meeting has been too broad to assure uniform quality between different treatment places and professionals. The objective of this thesis was to unfold the content and bring forward the essential content areas.

The theoretical background comes from the theory of motivational interview. The objective was to develop the single alcolock meeting and its contents so that it would be a motivational one- A meeting that would encourage and inspire a person to change. Motivational interview is a client-based method. The purpose of MI is to strengthen a person's desire to change by exploring the ambivalence in the problematic behavior. Interaction between the person and the professional creates the foundation and the purpose of the interaction is to increase and strengthen the person's desire to change.

The data was collected by using theme interview. The interviewees all came from Espoo A-clinic and they all had long term experience in different areas of substance abuse treatment. In the interviews different themes regarding legal issues were raised into discussion. Additionally, there was discussion on the factors that might have a positive influence on the meeting and on the person's attitude towards the process. The outcome was a so-called globe model. With the help of this model it may be possible to perceive the meeting and its content in a new way.

In the future there is a need to research and develop and improve the alcolock meeting and its contents even more. Would pre-tasks or additional meetings be beneficial for the person and strengthen his or her desire or motivation to change? How to make the alcolock better known so that more people would use it? Increasing the cooperation between different authorities might also lead to an effective campaign. Developing substance abuse treatment would play an important role in this.

Keyword: alcolock, driving under the influence (DUI), motivational interview

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen tietoperusta.....	8
2.1	Alkoholiriippuvuus ja rattijuopumus.....	8
2.2	Alkolukko .....	10
2.3	Motivoiva haastattelu .....	12
2.4	Muutosvaihemalli.....	15
2.4.1	Esiharkinta.....	16
2.4.2	Harkinta.....	16
2.4.3	Päätöksenteko .....	17
2.4.4	Toimintavaihe.....	17
2.4.5	Ylläpitovaihe .....	17
2.4.6	Ongelman uusiutuminen .....	18
2.4.7	Ulkoinen ja sisäinen motivaatio .....	19
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	20
4	Tutkimusmenetelmät.....	21
4.1	Laadullinen tutkimus .....	21
4.2	Aineiston keruu .....	22
4.3	Teemahaastattelu.....	24
4.4	Aineiston analyysi .....	26
4.5	Luotettavuus .....	28
4.6	Eettisyys .....	30
5	Tulokset.....	32
6	Pohdinta .....	36
	Lähteet .....	39
	Kuviot 1-2 .....	42
	Taulukot .....	45
	Liitteet.....	47

## 1 Johdanto

Suomalaisten runsaan alkoholinkäytön haitat näkyvät myös liikenteessä. Rattijuopumusonnettomuuksissa menehtyi vuosina 2007 -2011 noin 80 ihmistä ja vuosittain 900 henkilöä loukkaantui. Kuolemaan johtaneista onnettomuuksista tämä on neljäsosa kokonaismäärästä ja loukkaantuneista kymmenesosa. Päivittäin arvioidaan ajettavan jopa tuhansia kilometrejä päihtyneenä. Suurin osa näistä päihtymystiloista johtuu alkoholinkäytöstä. (Löytty 2013, 15.) Julkisuudessa rattijuopumus tuomitaan voimakkaasti ja äänekkäästi, varsinkin kun mediassa on kerrottu sivullisen henkilön loukkaantuneen tai saaneen surmansa. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 124.)

Alkoholi on liikenteen merkittävimpiä riskitekijöitä. Päihtyneenä ajamisen sijasta ajokunto voi olla huonontunut myös krapulan tai väsymyksen vuoksi. Alkoholin runsas ja säännöllinen käyttö voi pitkään jatkuessa aiheuttaa myös tajuttomuuskohtauksia ja kognition häiriöitä. Muiden lääkeaineiden sekakäyttö alkoholin kanssa voi heikentää ajokykyä huomattavasti. (Lääkäriin käsikirja 2016.)

Eu-direktiivin mukaan ajoterveysvaatimukset eivät täyty, jos henkilö on alkoholiriippuvainen tai hän ei kykene pidättäytymään ajamisesta alkoholin vaikutuksen alaisena. Vaatimusten voidaan katsoa kuitenkin täyttyvän, mikäli henkilön ajamassa autossa on päihtyneenä ajamisen estävä alkolukko. (Lääkäriin käsikirja 2016.)

Ennaltaehkäisyyn ja päihtyneenä ajamiseen on pyritty vaikuttamaan monella tavalla. Yhteiskunnallisessa keskustelussa nousee aika ajoin esiin sanktioiden koventaminen. Joidenkin vuosien ajan se on saanut rinnalleen valvotun ajo-oikeuden lisäämisen ajokiellon sijaan. Ajo-oikeutta voidaan tehokkaasti valvoa alkolukolla. Suomessa käynnistettiin kolmivuotinen alkolukkokeiluvuosi 2005 -2008. Kokeilun jälkeen säädettiin pysyvä alkolukkolaki vuonna 2008, joka mahdollistaa epäillylle rattijuopolle mahdollisuuden valita valvottu ajo-oikeus ajokiellon sijaan. (Vehmas 2013, 1-2.)

Epäillyn valitessa valvotun ajo-oikeuden tulee hänen käydä päihdehoitoon perehtyneen lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla. Tieliikennelaissa tapaamisen sisältöön rajataan karkeasti kuuluvan keskustelu päihteiden käytöstä, niiden vaikutuksesta terveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvistä hoitomahdollisuuksista. (L439/2008.)

Suomessa kokeiltiin valvottua ajo-oikeutta 1.7.2005 -30.6.2008. Tähän kokeiluun osallistui noin 300 kuljettajaa ja kokeilun tavoitteena oli selvittää alkolukkolaitteiden ja -prosessien toimivuutta ja hyväksyttävyyttä (Vehmas ym. 2013, 1). Kokeiluaajasta on julkaistu seurantara-

portti 2007. Lisäksi samana vuonna julkaistiin tutkimus, jossa kartoitettiin kokeiluun osallistuneiden mielipiteitä ja kokemuksia. (Beilinson & Poutanen 2007.)

Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 439/2008 säätää mahdollisuudesta määrätä rattijuopumukseen syyllistyneelle ehdollinen ajokielto yhdistettynä ajo-oikeuden valvontaan. Valvottava voi ajaa vain poliisille ilmoitetuilla ja ajoneuvoliikennerekisteriin merkityillä ajoneuvoilla. Saman lain kuudennessa pykälässä määrätään päihdehoidosta. ”Valvottavan on käytävä lääkärin tai terveyden ammattihenkilön luona keskustelemassa päihteiden käytöstä, niiden vaikutuksista terveyteen sekä päihteiden käyttöön liittyvistä hoitomahdollisuuksista. Käynnistä on pyydettyä todistus, josta ilmenee keskustelun tarkoitus”. (L439/2008.)

Liikenne- ja Viestintäministeriö ja Trafi ovat tehneet seuranta- ja vaikuttavuustutkimuksia alkolukkokäytänteisiin ja käyttäjien kokemuksiin liittyen mm. Vehmas ja Löytty (2013) ja Löytty (2013). Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisussa (2012) on käsitelty kysymystä voiko rattijuopumukseen syyllistyneelle määrätä alkolukon ajo-oikeuden ehdoksi. Aihe on kiinnostava myös poliisin ja etenkin tässä työssä terveydenhuollon näkökulmasta. Kaikki keinot, joilla voidaan vähentää päihtyneenä ajamista liikenteessä, sen seurauksia, inhimillistä kärsimystä ja rattijuoppoudesta aiheutuvia kustannuksia edesauttaa osaltaan hyvinvointiyhteiskunnan tavoittamista. Korkein Oikeus (KKO:2009:71) on ennakkopäätöksessään ottanut kantaa alkolukolla valvottuun ajo-oikeuteen. Alkolukon käyttö nähtiin perustelluksi vaikka kuljettajalla oli useampia törkeitä rattijuopumuksia.

Myös kansainvälisesti ongelma on yhteinen. Euroopan unionissa ei toistaiseksi vielä ole lainsäädäntöä alkolukon käytöstä. Ruotsissa alkolukko kokeilu tehtiin Suomea aiemmin ja ajoittui vuosiin 1999 -2011. Norjassa aloitti kansallinen alkolukkotyöryhmä vuonna 2011. Tähän työryhmään osallistuu laaja joukko eri asiantuntijoita pohtiakseen käytäntöjen sisällöstä. Tanskassa hyväksyttiin v. 2010 laki, joka sisältää yleisiä säännöksi alkolukon käytöstä. Tällä hetkellä alkolukko on osoittautunut tehokkaimmaksi tavaksi estää ongelman laajentuminen tai uusiutuminen. (Vehmas & Löytty 2013, 12-17.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää alkolukkoasiakkaan vastaanottokäynnin sisältöä. Tavoitteena on tuottaa malli päihdesairaanhoitajan vastaanottokäyntiin alkolukkoasiakkaalle. Mallin tuottamisessa hyödynnetään koko henkilökunnan osaamista. Kehittämistyön aikana pyritään käyttämään jo aiemmin sovittuja tiimi- ja palaveriaikoja sekä erikseen tähän kehittämistyöhön liittyviä tapaamisaikoja.

## 2 Teoreettinen tietoperusta



### 2.1 Alkoholiriippuvuus ja rattijuopumus

Käypä hoito-suositus (2016) antaa ohjeet alkoholiriippuvuuden arvioimiseksi. Suositukseen on kirjattu kuusi alkoholikäyttäytymistä kuvaavaa määritelmää. Alkoholiriippuvuus-diagnoosiin on perusteet, mikäli vähintään kolme seuraavista määritelmistä on asiakkaalla havaittavissa yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajanjaksolla. Arvioinnissa tulee huomioida myös niiden toistuvuus vuoden aikana, mikäli yhtäaikaiset jaksot ovat kuukautta lyhempiä. Ensimmäisenä kohtana tulee huomion kiinnittyä pakonomaiseen tarpeeseen tai voimakkaaseen haluun käyttää alkoholia. Riippuvuuteen viittaa myös juomisen kontrolloimattomuus, joka kohdistuu juomisen impulsiiviseen aloittamiseen, sen lopettamiseen tai kykyyn hallita käyttöannoksia. Vie-roitusoireiden esiintyminen käytön vähentyessä tai sitä lopetettaessa antaa kuvaa käyttömääristä. Neljäntenä kohtana arvioidaan mahdollista toleranssin kasvua. Suuret kertakäyttö- tai viikkoannosmäärät viittaavat toleranssin kasvuun elimistön tottumuksen vuoksi. Psykkisellä tai sosiaalisella tasolla alkoholiriippuvuus näkyy usein kiinnostuksen vähentymisenä muihin mielihyvän lähteisiin tai ajankäytön rajoittumisena vain alkoholin käyttöön liittyvään. Viimeisenä kohtana suositus (2016) määrittää alkoholin käytön jatkumisen huolimatta havaittavissa olevista vaikutuksista.

Lisäksi Käypä hoito- suosituksessa (2016) todetaan, että alkoholiriippuvuus on todennäköinen, jos potilaan 1) veren tai hengitysilman alkoholipitoisuus on vastaanotolla yli 1.0 promillea, 2) alkoholipitoisuudeksi todetaan missä tahansa tilanteessa yli 3 promillea tai 3) pitoisuus on ollut yli 1,5 promille ilman päihtymyksen merkkejä. Ajoterveyttä arvioitaessa katsotaan alkoholiriippuvuuden osoitukseksi edellä mainitut Käypä hoito-suosituksen määritelmän lisäksi myös suosituksen ”todennäköinen”- kriteerien täyttyminen. (Lääkärin käsikirja 2016.)

Alkoholi on osasy monissa liikenne- ja vesiliikenneonnettomuuksissa, hukkumisissa, kaatumisissa sekä erilaisissa tapaturmissa. Riskiryhmässä ovat miehet ja näyttää siltä, että naisten ja ikääntyneiden osuus on kasvussa. Jopa 1500 päihtynyttä ihmistä kuolee vuosittain tapaturman tai väkivallan vuoksi. Alkoholisairaudet myös kuormittavat merkittävästi terveydenhuoltojärjestelmää. Terveydenhuollon vuodeosastoilla kirjattiin vuonna 2010 miltei 22900 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosi. (Peltoniemi 2013, 15 -16.)

Uudenmaan tieliikenteessä rattijuoppoja on keskimäärin 1/500 kuljettajasta ja lisäksi kolme on nauttinut alkoholia alle rangaistavan promillemäärän. Esiintyvyys ei ole muuttunut vuosien



1990 -2008 välisenä aikana. Se oli pienemmillään 0,19 % vuosina 1991, 1999 ja 2005 ja suurimmillaan 0,28 % vuonna 2003. Todennäköisemmin rattijuoppoja löydettiin lauantaiaamupäivän ratsioissa. Ammattikuljettajia rattijuopoista oli 9,4 % v. 2005. (Portman, Penttilä, Haukka, Eriksson, Kuoppasalmi & Koskimaa 2011.) Rattijuopumusten määrä on laskenut vuosina 2010-2014 ollen korkeimmillaan yli 21000 (taulukko 1 Tilastokeskus 2014). Viime vuonna todettiin 17698 rikostilastoihin päätynttä rattijuopumustapausta. Suunta on ollut määrällisesti laskeva vuosikymmenten seurantaajalla. Huumerattien osuus on kasvanut (taulukko 2 Tilastokeskus 2015).

Tyypillinen rattijuoppo on 40 -49 vuotias ajokortin omaava mies, jolla ajokilometrejä kertyy 20 000-50 000 vuodessa. Hän ajaa omistamallaan autolla ja on työsuhhteessa oleva ammattityöntekijä tai alempi toimihenkilö, joka elää avio- tai avoliitossa. Rattijuopumus tapahtuu kotoa lähtiessä tai sinne palatessa. Naisten rattijuopumusriski on alle viidesosa miesten riskistä. Eronneilla ja leskillä on selvästi korkeampi riski jäädä rattijuopumuksesta kiinni. (Portman ym. 2011.)

Yleisimmin rattijuopon aiheuttamissa onnettomuuksissa vammautuu tai kuolee rattijuoppo itse, koska ne ovat yksittäisonnettomuuksia esim. tieltä suistumisia. Alkoholiin liittyvissä onnettomuuksissa kuolleista tai loukkaantuneista sivullisista suurin osa on kyydissä ollut matkustaja. Lapsella ei ole välttämättä mahdollisuutta päättää lähtevätkö he humaltuneen kyytiin, koska kuljettaja on usein oma vanhempi. Näitä rattijuopon muille tielläliikkujille aiheuttamia haittoja voidaan vähentää rattijuopumuksen ennaltaehkäisyllä. Viime aikoina tutkijoiden kiinnostus on herännyt myös muille kuin juojalle aiheutuvien haittojen tutkimukseen. (Warpenius ym. 2013 11, 130 -133.)

Rikoslaki (1889/39) 23 luvun 3. ja 4. & määrittelee rattijuopumuksen ja törkeän rattijuopumuksen, jotka koskevat ajoneuvoliikennettä. Lisäksi samassa lain kohdassa määritellään mm. vesiliikenne-, ilmaliikenne-, junaliikennejuopumus sekä kulkuneuvon luovuttaminen juopuneelle ja liikennejuopumus moottorittomalla ajoneuvolla. Tätä rikoslakia rattijuopumuksesta on tarkennettu vuonna 1999. (Rikoslaki 1999/545.)

Henkilö, joka kuljettaa moottorikäyttöistä ajoneuvoa tai raitiovaunua nautittuaan alkoholia niin, että hänen verensä alkoholipitoisuus on ajon aikana vähintään 0,5 promillea tai, että hänellä tällöin on vähintään 0,22 milligrammaa alkoholia litrassa uloshengitysilmaa on tuomitava rattijuopumuksesta sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi. (Laki rikoslain 23§ muuttamisesta 2002/1198).

Rattijuopumuksesta tuomitaan myös se, joka kuljettaa moottorikäyttöistä ajoneuvoa tai raitiovaunua käytettyään huumausainetta niin, että hänen veressään on ajon aikana tai sen jäl-

keen käytetyn huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta. Tämän momentin säännöstä ei kuitenkaan sovelleta, jos mainittu aine tai aineenvaihduntatuote on peräisin lääkevalmisteesta, jota kuljettajalla on ollut oikeus käyttää. (Laki rikoslain 23§ muuttamisesta Finlex 1198/2002.)

Rattijuopumuksesta tuomitaan niin ikään se, joka kuljettaa moottorikäyttöistä ajoneuvoa tai raitiovaunua käytettyään muuta huumaavaa ainetta kuin alkoholia taikka tällaista ainetta ja alkoholia niin, että hänen kykynsä tehtävän vaatimiin suorituksiin on huonontunut (Laki rikoslain 23§ muuttamisesta Finlex 1198/2002).

Rattijuopumus katsotaan törkeäksi rattijuopumukseksi, jos veren alkoholipitoisuus on vähintään 1,2promillea tai kuljettajalla on vähintään 0,53 milligrammaa alkoholia litrassa uloshengitysilmaa. Rattijuopumus voidaan tulkita törkeäksi myös tapauksissa, joissa rikoksentekijän kyky tehtävän suoritukseen katsotaan olevan tuntuvasti huonontunut huumaavan aineen tai alkoholin ja huumaavan aineen yhteiskäytön vuoksi. Lisäksi tekijä voidaan tuomita törkeästä rattijuopumuksesta, jos rikos on aiheuttanut vaaraa toisen turvallisuudelle. (Rikoslaki 1999/545, 2002/1198.)

	2010	2011	2012	2013	2014
rattijuopumukset yhteensä	21 130	21 459	19 134	17 994	17 608
törkeä rattijuopumus	11 242	11 409	10 333	9 001	8 304

Taulukko 1 Rattijuopumusrikosten kehitys 2010-2014 (Tilastokeskus 2014)

## 2.2 Alkolukko

Alkolukko on laite, joka estää tarvittaessa ajoneuvon käynnistymisen. Laite asennetaan ajoneuvoon ja sen toiminta perustuu alkometriin. Kuljettajan halutessa käynnistää ajoneuvo, laite vaatii puhallusmittausta. Ajoneuvo ei käynnisty mikäli hengitysilmaasta mitattu alkoholipitoisuus ylittää sallitun rajan. (Liikenneturva 2016). Laite on kalibroitu estämään ajoneuvon käynnistyminen, jos uloshengitysilmassa on yli 0,1mg/L alkoholia. Kyseinen määrä vastaa promillemittarilla mitattuna 0,2 promillea veressä. Laite kontrolloi päihteettömyyttä myös ajon aikana ja se pyytää tarkistusmittauksia ajon aikana. (Poliisi.fi).

Alkolukon keskusyksikkö rekisteröi mahdolliset rikkeet ja käyttötiedot laitteen muistiin. Keskusyksikön muisti tutkitaan 60 päivän välein ja liian korkeat puhallutustulokset ovat tallentuneet laitteen muistiin. (Poliisi.fi).

Alkolukkoa ohjaa vahvasti lainsäädäntö, kun sitä käytetään ajokiellon sijasta. Korkein oikeus (KKO) on tehnyt ennakkopäätöksen, jossa aiemmat oikeusasteet ovat katsoneet alkolukon olevan sopimaton kuljettajalle, jolla on useita törkeitä rattijuopumuksia. Korkein hallinto-oikeus on katsonut, että alkolukon käyttöä tulisi lisätä tulevaisuudessa ja huomiota ei voida kiinnittää kuljettajan todennäköisyyteen ajaa päihtyneenä aiemman käyttäytymisen perusteella. (KKO, 2009.)

Alkolukko liittyy myös aina rattijuopumukseen ja päihtyneenä ajamiseen ajoneuvolla alkoholin vaikutuksen alaisena. Muilla aineilla päihtyneenä ajamiseen ei alkolukolla ole merkitystä eikä sitä näin voida käyttää kuljettajan huume- tai lääkeriippuvuuksissa. (Liikenneturva 2016).

Euroopan neuvosto on antanut 29.7.1991 direktiivin yhteisön ajokortista (91/439/ETY). Direktiivin 80/1263/ETY 10 artiklassa säädetään ajokortin antamismenettelyyn liittyviä kokeita koskevien säännösten tarkemmasta yhdenmukaistamisesta; tätä tarkoitusta varten on määriteltävä ajoneuvon kuljettamiseen liittyvät tiedot, ajotaito ja ajotapa ja rakennettava kuljettajatutkinto siten, että se perustuu näille seikoille sekä määriteltävä uudelleen tällaisten ajoneuvojen kuljettamiseen vaadittavan fyysisen ja henkisen suorituskyvyn vähimmäisvaatimukset.

Alkoholin käyttö on vakava vaara liikenneturvallisuudelle. Tämän ongelman vakavuuden vuoksi lääkintäviranomaisten on oltava erityisen valppaita (Direktiivi 80/1263/ETY 14 artikla). Ajokortit jaetaan ajoneuvon koon mukaan B, C, D, E -kortteihin sekä kahteen ryhmään yksityis- (ryhmä1) ja ammattiajokortteihin (ryhmä 2). (Ajovarma.fi.)

Ryhmän 1 ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijoille tai kuljettajille, jotka ovat riippuvaisia alkoholista tai, jotka eivät pysty olemaan ajamatta alkoholin vaikutuksen alaisena. Ajokortin saa antaa tai uudistaa hakijoille tai kuljettajille, jotka ovat aikaisemmin olleet riippuvaisia alkoholista. Toimivaltaisen lääkintäviranomaisen lausunnon ja säännöllisten lääkärin tarkastusten perusteella, jos nämä henkilöt osoittavat olleensa tietyn määräjän ilman alkoholia. Ryhmän 2 ajokorttia myönnettäessä tai uudistaessa ”toimivaltaisen lääkintäviranomaisen on otettava asianmukaisesti huomioon lisääntynyt vaara, joka liittyy tämän ryhmän määritelmän piiriin kuuluvien ajoneuvojen kuljettamiseen. (eur-lex.europa.eu.)

Eduskunnan päätöksellä Suomessa säädettiin laki (360/2005) alkolukolla valvotun ajo-oikeuden kokeilemisesta. Kokeilu-aika säädettiin kolmeksi vuodeksi. Lain tarkoituksena oli

säättää mahdollisuus määrätä rattijuopumukseen syyllistyneelle ehdollinen ajokielto yhdistetynä ajo-oikeuden valvontaan (L360/2005).

Epäillylle tulee ilmoittaa poliisin toimesta mahdollisuudesta valvottuun ajo-oikeuteen. Hänelle selvitetään tässä yhteydessä valvonnan ehdot, sisältö ja kustannukset. (L360/2005). Valvottua ajo-oikeutta on kokeiltu Suomessa 1.7.2005 -30.6.2008. Miltei 300 kuljettajaa osallistui kokeiluun, jossa oli tarkoituksena selvittää alkolukkolaitteiden ja prosessien hyväksyttävyyttä ja toimivuutta. (Vehmas, Löytty 2013.) Kokeilujasta julkaistiin raportti (Beilinson 2007) ja kokeiluun osallistuneiden mielipiteitä ja kokemuksia kartoitettiin toisessa julkaisussa myöhemmin samana vuonna. (Beilinson & Poutanen 2007).

Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta (2008/439) antaa tuomioistuimelle mahdollisuuden määrätä rattijuopumukseen syyllistyneelle valvottava ajo-oikeus ajokiellon sijaan. Ajo-oikeus on vain niihin ajoneuvoihin, jotka on poliisille ilmoitettu ja merkitty ajoneuvorekisteriin. Lain kuudennessa pykälässä määrätään päihdehoidosta. ”Valvottavan on käytävä lääkärin tai terveyden ammattihenkilön luona keskustelemassa päihteiden käytöstä, niiden vaikutuksista terveyteen sekä päihteiden käyttöön liittyvistä hoitomahdollisuuksista. Käynnistä on pyydettävä todistus, josta ilmenee keskustelun tarkoitus. Valvottava vastaa valvotusta ajo-oikeudesta aiheutuneista kustannuksista. (L439/2008.)

Alkoholin takia rattijuopumuksesta epäilty henkilö voi ehdottoman ajokiellon sijaan pyytää alkolukolla valvottua ajo-oikeutta, jolloin hän saa ajaa vain alkolukolla varustettua autoa. Ehtona on, että asuinpaikka on Suomi ja mitään aiempaa tai muuta syytä ajo-kieltoon ei ole. Alkolukkoajokortti voidaan myöntää tapauksissa, joissa syynä on rattijuopumus tai törkeä, yli 1,2 promillen ylittävä rattijuopumus. Ajokorttiin voidaan liittää ehto alkolukon käytöstä, jos henkilölle ei voida alkoholin jatkuvan väärinkäytön takia myöntää tavallista ajokorttia (terveysperusteinen alkolukko). ([www.poliisi.fi](http://www.poliisi.fi).)

### 2.3 Motivoiva haastattelu

Motivoivan haastattelun ensimmäiset tutkimukset ja artikkelit julkaistiin 1983. Professori Miller University of New Mexico on tämän lähestymistavan ja työmenetelmän kehittäjä. Suomeen motivoiva haastattelu rantautui 80-luvun alussa ja vuosikymmenen puolivälissä se otettiin käyttöön eri hoitopaikoissa. Menetelmästä on tällä hetkellä sovelluksia terveydenhuollossa ja rikosseuraamusalalla. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 8-42.)

Motivoivaksi haastatteluksi kutsutaan asiakaslähtöistä toimintatapaa, jossa tavoitteena on vahvistaa yksilön sisäistä motivaatiota. Keskustelun ja dialogin keskiöön otetaan ongelmakäyt-

täytymiseen sisältyvän ristiriidan ja ambivalenssin tutkiminen. Vuorovaikutusta pyritään käyttämään muutoksen voimana. Tavoitteena on muutoshalukkuuden vahvistaminen. Muuttuakseen jossakin toimintatavassa, ihminen tarvitsee muutokseen motivaation. Muutos ja motivaatio muodostavat läheisen ja yhtenäisen parin. Vuorovaikutuksen kulmakivi motivaation syntymiseksi ja vahvistamiseksi on yhteistyö asiakkaan ja työntekijän välillä sekä ymmärretyksi tulemisen tunne ja luottamus. (Koski-Jännes ym. 2008, 17.)

Motivoivassa haastattelussa on tavoitteena auttaa ja tukea asiakasta löytämään ratkaisuja sellaisissa motiiviristiriidoissa, jotka voivat vaikeuttaa tai ehkäistä myönteistä käyttäytymismuutosta. Asiakas tulisi saada innostumaan omasta tilanteestaan ja sen eteenpäin viemisestä. Keskustelussa tulisi välttää tyrkyttämistä muutoksen välttämättömyydestä tai eduista. Haastattelussa tulisi kiinnittää huomiota empaattisuuteen ja asiakaskeskeisyyteen. Työntekijä voi luoda empaattisella ja aidolla asiakasta kunnioittavalla lähestymistavalla luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin. Sillä voidaan antaa myös turvallinen ilmapiiri, joka antaa mahdollisuuden pohtia omaa elämää. Työntekijän kuuntelevalla ja ymmärtävällä työskentelytavalla asiakkaalla on mahdollisuus tulla kuulluksi. Hän myös yrittää ymmärtää asiakkaan näkökulmaa sekä eläytyy hänen tunteisiinsa ja tilanteeseensa. Syyllistämistä, kritisointia tai arvostelua tulisi välttää. Asiakas voi kokea kuulluksi tulemisen tunteen, vaikkei työntekijä hyväksyisikään asiakkaan tekoja. (Oksanen, Routsalo & Pitkälä 2009, 27; Koski-Jännes 2008, 42-43; Miller & Rollnick 2002, 37.) Tavoitteita tarvitaan, kun halutaan muuttaa jotakin käyttäytymistä tai yrittää jotakin uutta kohti. (Pietikäinen 2014, 77).

Tämän transteoreettisen muutosvaihemallin avulla työntekijällä on mahdollisuus hahmottaa ja arvioida asiakkaan valmiutta muutokseen. Erityisesti alkukeskustelussa tämä muutosvaihemalli on käyttökelpoinen, koska siinä hahmotetaan asiakkaan tarvetta muutokseen. Kukin asiakas etenee yksilöllisesti ja voi ylittää jonkin vaiheen. Muutosvaihemalli auttaa ymmärtämään muutoksen prosessinomaisuuden. On tärkeää, että työntekijä tunnistaa missä muutosvaiheessa asiakas on. Näin hän voi tukea asiakasta juuri tuohon vaiheeseen sopivilla keinoilla. (Oksanen 2014, 39-42.)

Tärkeimpinä tekijöinä ovat herättely, muutostyö ja itseohjautuminen. Asiakkaalla itsellään on kyky ja edellytykset muutokseen. Ne etsitään ja pyritään saamaan esille vetoamalla asiakkaan omiin arvoihin, havaintoihin ja tavoitteisiin. Työntekijä osoittaa kunnioittavansa haastateltavan omaa oikeutta ja kykyä tehdä valinnat ja päämäärät. Empatian osoittamisen lisäksi tulee huomioida myös ristiriidan voimistaminen ja uskon vahvistaminen muutoskykyyn. (Oksanen 2014, 44; Koski-Jännes 2008, 40.)

Urautuneen toimintatavan muuttaminen on aina vaikeaa. Haasteellisuus lisääntyy varsinkin jos se tuottaa helpotusta ja välitöntä tyydytystä. Tyydytyksen tunne voi tulla hyvin erilaisista

tilanteista ja olla monitahoista. Yksilö voi kokea palkitsevaksi ahdistavan tunteen helpottumisen tai mielialan nousun. Jollekin vaikea kokemus voimattomuudesta ja sen laukeaminen tuottaa tyydytystä. Usein jännityksen tai huolen kokemus on epämiellyttävää ja toimimme aktiivisesti sen väistymiseksi. Addiktiiviseen käyttäytymiseen ja päihteidenkäyttöön liittyy pyrkimys saada mieliala paremmaksi ja vaikea tunnetila poistumaan. Addiktiota voi lisätä tarve saada muutos helposti ja nopeasti. Ratkaisevammaksi nousee nopea tyydytys kun taas piddättäytymisen terveysedut jäävät vähemmälle huomiolle. (Koski-Jännes 2008, 41.)

Epäonnistumiset tilan muutostyössä usein selitetään asiakkaan sairaudella, motivaation puutteella, luonteen heikkoudella tai perintötekijöillä. Tämän suuntainen viesti voi pikemminkin vahvistaa asiakkaan kokemusta omasta epäonnistumisesta myös tulevaisuudessa ja saattaa leimata pystyvyyden kokemusta. Negatiivinen ja vaikea tunne aiemmista yrityksistä vahvistaa epäonnistumisen tunnetta ja vinoutumaa. Tulevaisuudessa muutoksen aikaansaaminen voi olla yhä vaikeampaa. (Koski-Jännes, 2008, 41.)

Uusi tapa ymmärtää motivaatio, on nähdä se moniulotteisena ilmiönä, joka voi olla avain muutokselle. Motivaatio vaihtelee eri tilanteissa. Sille on tyypillistä dynaamisuus, joka on altis sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Hoitajan vuorovaikutustyyllillä on vaikutuksia asiakkaan motivaatioon. Pinnalle nousee työntekijän tärkeä tehtävä motivaation herättelylle, esiin nostamiselle tai voimistamiselle. Aikaisemmin asiakkaan haluttomuus, väsymys tai innottomuus tulkittiin motivaation puutteeksi, joka saatettiin nähdä asiakkaan vikana tai haluttomuutena. Nykyään motivaatio osataan nähdä enemmän tilana, joka voi olla vaihteleva ja dynaaminen. Vuorovaikutustyyli vaikuttaa asiakkaan motivaatioon. Asiakkaan motivaatiota pystytään herättämään ja voimistamaan. Hoitajan tulisi välttää kriittisyyttä, joka kohdistuu asiakkaan tavoitteisiin, käyttäytymiseen tai pystyvyyteen. Voimakkaasti hoitajan esiin tuomalla käännytyksellä hän saattaa voimistaa pikemminkin asiakkaan vastarintaa tai kieltämistä. Vuorovaikutuksessa luottamuksellinen ja turvallisuutta nostava ilmapiiri edesauttaa hyvää ja rakentavaa avointa keskustelua. (Koski-Jännes 2008, 17-21.)

Motivoivaa haastattelua käytetään erilaisissa tavoitteellisissa pyrkimyksissä tai epäedullisen toimintatavan poisoppimisessa. Suositeltavia tilanteita on dieetin noudattaminen, päihdeongelmien hoito, diabeteksen hallinta, fyysisen aktiviteetin lisääminen ja tarve seksuaalisen käyttäytymisen muutokselle. Motivoiva haastattelu on osoitettu tehokkaaksi myös hoitosuhteissa, joissa vastustus tai aggressio on pinnalla. (Koski-Jännes 2008, 11.)

Elämäntapamuutoksen vaikuttavuus perustuu asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasa-vertaisuuteen. Muutokseen voidaan tukea hyvällä ja luottamuksellisella vuorovaikutuksella. Sen tulee perustua vastavuoroisuuteen ja kumppanuuteen. Hoitosuhteessa tulee huomioida tärkeimpinä seikkoina kunnioitus, luottamuksen rakentuminen ja aktiivinen kuuntelu. Työnte-

kijän tulisi osoittaa aitoa kiinnostusta asiakkaan tilannetta ja kertomaa kohtaan. Työntekijän tulisi olla läsnä. Asiakkaan kokiessa kuulluksi tulemisen tunteen hänen luottamuksensa sekä itseään että työntekijää kohtaan lisääntyy. Luottaminen työntekijään mahdollistaa huolien ja vaikeiden asioiden esille ottamista. Luottamus herättää aina toivoa jostakin johon voimme vaikuttaa. Asiakas kokee, että hänen tilanteensa otetaan vakavasti ja kiinnostuneena ongelmien ratkaisemisessa. Luottamuksen ja toivon herättäminen ovat työntekijän haasteet. Työntekijän on ansaittava luottamus. (Oksanen 2014, 111, Hyytiäinen 2010, 29.)

Terveyttä ohjaavassa käyttäytymisessä keskeistä on millaisiksi asiakas arvioi omat kykynsä onnistua muutoksessa. Motivoituminen sekä hallinnan tunne omasta elämästä vaikuttavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen. Asiakkaan kokema vahvuuden tunne heijastuu hänen asettamiinsa tavoitteisiin. Voiman ja pystyvyyden kokemus nostaa tavoitteita ja vaativuustasoa. Terveyttä ohjaavaan käyttäytymiseen liittyy vahvasti asiakkaan stressinhallintataidot, sinnikkyys, riittävä motivaatio sekä itsekontrolli epäonnistumisen jälkeen. Työntekijän tehtäväksi nousee asiakkaan tukeminen ja pystyvyyden vahvistaminen. Asiakkaalle tulisi luoda vahva kokemus hänen pystyvyydestään saada muutos aikaan. (Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008, 13.)

## 2.4 Muutosvaihemalli

Motivoivaan haastatteluun liitetään muutoksen vaihemalli (DiClemente & Prochaska 1998). Se voidaan kuvata ympyränä, jossa muutoksen vaiheet esitetään prosessina, joka kuvataan kuviossa 1. Elämäntapojen muuttaminen etenee vaiheittain ja prosessi on pitkäkestoinen. Prosessin aikana asiakas pyrkii tunnistamaan tuttuja elintapojaan sekä pohtii muutosta, jota haluaa ja tarvitsee. Uusi elämäntapa vaatii harjoittelua, jotta siitä voisi tulla pysyvä osa elämää. (Ylimäki 2009, 209- 210, Miller 2008, 30.)

Muutos jaetaan viiteen eri vaiheeseen transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan. Ne ovat esiharkinta, harkinta, päätöksenteko, toiminta ja ylläpito. Muutoksiin katsotaan kuuluvan myös retkahdukset, joiden avulla asiakas oppii tunnistamaan muutokseen vaikeuttavia tekijöitä ja tilanteita. Niiden avulla asiakas oppii omaksumaan uuden toimintatavan. Muutos etenee toisinaan eteenpäin tai taaksepäin. Eteneminen tapahtuu myös eri nopeuksilla. (Alahuhta ym. 2009, 148-149, Miller 2008, 30-31). On tärkeää tunnistaa eri muutosvaiheet. Niiden avulla asiakasta voidaan ohjata ja tukea yksilöllisin keinoin. Tunnistaminen auttaa myös asiakasta ja työntekijää välttämään turhautumisen tunteen. Pysyvä muutos edellyttää asiakkaan valmiutta siihen. (Alahuhta 2009, 149.)



Kuvio 1 Muutoksen vaihemalli (Oksanen 2014, 42)

#### 2.4.1 Esiharkinta

Muutos alkaa esiharkinta-vaiheesta. Tämä vaihe saattaa olla asiakkaan tilanteesta ja yksilöllisistä ominaisuuksista riippuen. Tässä vaiheessa muutosta ei nähdä vielä omakohtaisesti (Oksanen 2014, 41) Esiharkinnassa asiakas ei koe muutoksen tärkeyttä lähitulevaisuudessa. Hän voi myös tietämätön muutoksen tarpeellisuudesta (Miller 2008, 31; Kyngäs ym. 2007, 90-93). Esiharkintavaiheessa olevan asiakkaan on vaikea tiedostaa, että hänen terveyskäyttäytymisensä on ongelmallista. Elämäntapamuutos voi tuntua hänestä tarpeettomalta. Asiakas saattaa asettua helposti vastukseen tai puolustuskannalle, mikäli kokee työntekijän painostavan häntä elämänmuutokseen, koska ei koetarvitsevansa neuvoja. Asiakkaalla saattaa myös olla aiempia epäonnistuneita kokemuksia elämänmuutoksessa, jolloin ne eivät anna lisää halua tai motivaatiota uudelleen yrittämiseen. Tällöin asiakas arvioi millaisia etuja ja haittoja muutokseen sisältyy. Esiharkintavaiheessa tavoitteeksi nousee asiakkaan herättely kykyyn arvioida ja tunnistaa omaa tilannettaan. Terveysriskeistä voidaan antaa tietoa neutraalisti. Se voi mahdollistaa paremmin asiakkaan halun lisätä tietoa. (Ylimäki 2009, 211 Miller 2008, 31 Poskiparta 2006, 14.)

#### 2.4.2 Harkinta

Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa oman tarpeensa muutokselle ja pohtii syvemmin keinoja elintapojensa muuttamiselle. Sitoutuminen muutokseen on kuitenkin vielä heikkoa. Harkinta-



vaiheessa elämäntilannetta arvioidaan toisaalta-toisaalta asetelmasta. Muutoksen mahdollisuus kyetään ottamaan esille, vaikka alkamisajankohta on vielä epäselvä (Oksanen 2014, 41, Miller 2008, 31, Kyngäs ym. 2007, 90-93). Tässä vaiheessa asiakas tiedostaa ongelmia elämäntavoissaan, joita hänen tulisi muuttaa. Hän pohtii ja harkitsee niiden muuttamista lähitulevaisuudessa. Konkreettista suunnitelmaa ei ole kuitenkaan vielä tehty. Sitoutuminen muutokseen on kuitenkin vielä kesken ja tekemättä. Asiakas saattaa myös jäädä tähän harkintavaiheeseen. Tärkeää olisi, että asiakas oivaltaisi elämäntapamuutoksen tärkeyden. Tämä vaihe voi vaatia pitkän ajan ja asiakas punnitsee toimintojensa merkityksiä. (Miller 2008, 31.)

#### 2.4.3 Päätöksenteko

Päätöksentekovaiheessa asiakkaalle selkiytyy elämäntapamuutoksen tarpeellisuus. Suunnitelma ja sitoutuminen vahvistuvat. Asiakas saattaa olla epätietoinen kuinka toimia muutoksen suhteen tai mitä tulisi tehdä. Aiemmat epäonnistuneet kokemukset saattavat nostaa pintaan syyllisyydentunteita. Tunnistamalla ja hyväksymällä nämä tunteet asiakas pystyy löytämään paremmin keinoja muutokseen. Tavoitteena on löytää realistinen suunnitelma elämäntapamuutos-suunnitelmaan. Suunnitelma voi olla konkreettinen ja omat lähtökohdat tiedostava. Päätöksentekovaiheessa asiakas tarvitsee tietoa, vaihtoehtoja ja keinoja elämäntapamuutoksesta. Onnistumista lisää niiden kirjaaminen konkreettisiksi ja arkisiksi toiminnantason tavoitteiksi. Tärkeää on asiakkaan oma päätös muutoksen aloittamisesta. (Miller 2008, 32 Kyngäs ym. 2007, 90-93.)

#### 2.4.4 Toimintavaihe

Toimintavaiheessa asiakas opettelee toteutukseen liittyviä muutoksia ja käsittelee muutoksen tunteita. Toiminta on muuttunut tavoitteiden mukaiseksi. (Oksanen 2014, 42.) Asiakas aloittaa toteuttamaan omaa toimintasuunnitelmaansa. Muuttaakseen toimintatapojaan asiakas muuttaa käyttäytymistään. Se sisältää muutoksen tekemisen. Tavoitteena on, että elämäntapamuutoksen tavoitteet ovat selkeästi määriteltyinä. Työntekijän huomio kohdistuu motivointiin ja tunnetukeen. (Miller 2008, 32.) Keskusteluiden tavoitteena on tunnistaa ja valmistautua vaikeisiin hetkiin sekä etsiä uusia toimintavaihtoehtoja (Honkanen & Mellin 2008, 161).

#### 2.4.5 Ylläpitovaihe

Vakiinnuttaminen on muutoksen ylläpitämistä. Silloin muutoksesta johtuneet suurimmat tunnemyrskyt ovat etäännyneet ja muutokset asettuvat osaksi kokonaispersoonallisuutta (Oksa-

nen 2014, 42). Asiakas pitää muutosta pysyvänä elintapanaan ja pyrkii välttämään repsahduksia, jotka ovat kuitenkin luonnollinen osa uuden oppimisessa (Miller 2008, 32 Kyngäs ym 2007, 90-93). Ympäristöstä saatu myönteinen palaute ja positiiviset viestit vahvistavat sitoutumista muutokseen. Tässä vaiheessa oleva yksilö joutuu arvioida omaa sitoutumistaan sekä tietoisesti että tiedostamatta jopa lukuisia kertoja. (Ylimäki 2009, 213.) Asiakas joutuu vielä tässä vaiheessa tekemään työtä ylläpitääkseen uutta toimintatapaa. Näin opitaan tunnistamaan retkahdukseen altistavia tekijöitä ja välttämään niitä. (Miller 2008, 32.) Työntekijän tulee nostaa esille asiakkaan voimavaroja, aktiivisuutta ja päätöksiä. Positiivinen palaute auttaa asiakasta sitoutumaan muutokseen yhä paremmin. (Poskiparta 2002, 28.)

#### 2.4.6 Ongelman uusiutuminen

Harvoin kuitenkin elämä etenee suoraviivaisesti vaiheesta toiseen. Tavallisesti asiakas ei heti sitoudu ja pysy tavoitteessa ilman, että toisinaan hän saattaa siirtyä aikaisempaan vaiheeseen tai repsahda tavoitteistaan. (Miller 2008, 33). Retkahdus ei ole kuitenkaan epäonnistumista vaan se on osa uuden elämäntavan tai terveystyöskäytymisen oppimista. Se on osa oppimisprosessia. Ohjauksen ja tuen keskipisteeksi nousee niiden tilanteiden tai hetkien opettelu, jotta niistä voi päästä yli (Miller 2008, 33 Kyngäs ym 2007, 90-93). ”Useimmat päihteidenkäyttäjät joutuvat tekemään useampia muutoskierroksia toipuakseen pysyvästi” (Koski-Jännes 2007, 33).

Miller (2008) kuvaa sanontaa, jonka mukaan ihminen on valmis, halukas ja kykenevä muuttamaan. Nämä sisältävät motivaation kriittisimmät ulottuvuudet-mutta kehityksen suhteen vastakkaisessa järjestyksessä. Kyvyllä viitataan siihen, missä määrin asiakkaalla on tarpeellisia taitoja, voimavaroja ja luottamusta muutoksen toteuttamiseen. Asiakas voi kyetä muutokseen, mutta ei halua. Halu viittaa siihen kuinka tärkeänä hän pitää muutosta. Huomioitavaa on myös, että asiakas voi haluta muutosta, muttei koe olevan siihen kykenevä. Halu ja kyky eivät kuitenkaan yksin riitä. Tarvitaan myös valmius-komponentti, joka edustaa viimeistä askelta siihen, että asiakas päättää muuttaa toimintaansa tai käyttäytymistään. ”Sitä, että joku on halukas ja kykenevä, mutta ei valmis, voidaan usein selittää muutoksen suhteellisella tärkeydellä ihmisen elämän prioriteettien joukossa”. Juurruttamisella tarkoitetaan, että asiakasta autetaan ja tuetaan tulemaan valmiiksi, halukkaaksi ja kykeneväksi. Hoidon ja keskustelun suunta voi määräytyä siitä, mitä näistä kolmesta halutaan vahvistaa myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi. (Miller 2008, 34.)

Muutoksen vaihemalli on hyödyllinen käytännön työhön. Sen kautta muutos on käsitettävissä helpommin prosessiksi, jossa muutosaiheen etsiminen ja uuden toimintatavan löytyminen saavat paikkansa. Se antaa myös välineen arvioida asiakkaan henkistä tilaa ja valmiuttaan muu-

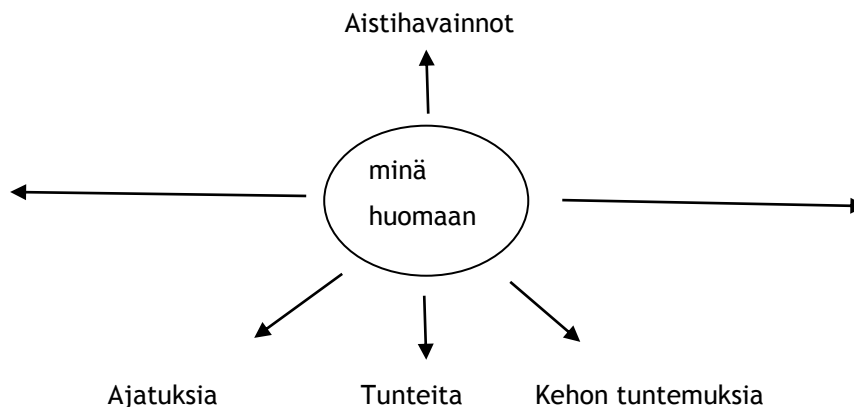
tokseen. Työntekijän on myös helpompi käsitellä omia tunteitaan, jotka liittyvät asiakkaan ambivalenssiin. Se voi myös parantaa keskustelun laatua, kun työntekijä hahmottaa ja asemoi asiakkaan tämänhetkisen suhteen muutokseen. Tärkeintä on, että mallin avulla työntekijän ja asiakkaan suhde yhteistyöhön voimistuu. Se auttaa myös hallitsemaan ja olemaan kiirehtimättä ja huomioimaan asiakkaan etenemisen omalla vauhdilla. Vaihemallin sanotaan soveltuvan erityisesti alkukeskusteluihin, jolloin pyritään arvioimaan asiakkaan avuntarve. (Oksanen 2014, 42-43.)

#### 2.4.7 Ulkoinen ja sisäinen motivaatio

Motivaatiota voidaan jakaa myös ulkoiseen ja sisäiseen motivaatioon. Muutoksen alkuvaiheessa ulkoisella motivaatiolla on usein voimakkaampi rooli. Ulkoisessa motivaatiossa asiakas saattaa tunnistaa yhteisön tai ympäristön asettamat tarpeet tai paineen. Asiakas yrittää vastata tuohon vaatimukseen, jossa hän kokee muuttumisensa olevan vaatimusten keskiössä. Toimintaa ohjaa ulkoinen säännöstö. Lähiympäristön hyväksyntä nousee omasta pohdinnasta ja työskentelynsä osoittamisesta. Itsetutkinta lisää mahdollisuuksia kokea ja hyväksyä tavoite omaksi ja osaksi omaa maailmaa. Näin asiakas vähitellen siirtyy lähemmäksi kohti sisäistä motivoitumista. Sisäisen motivoitumisen saavutettua tavoite on osa asiakkaan sisäistä kiinnostuksen kohdetta ja se voi tuoda hänelle tyydytystä. (Oksanen 2014, 44.) Työntekijän tulisi varmistaa keskustelussa kolme tärkeää aluetta. Ensimmäiseksi asiakkaan tulisi tavoittaa itsemääräämisen tunne. Keskustelun sävy tulisi olla sellainen, että asiakas voi itse päättää toiminnastaan ja muutoksesta. Toiseksi pätevyyden tunne voimistaa pystyvyyden kokemusta. Omalla toiminnalla on vaikutusta elämänlaatuun. Kolmanneksi sosiaalisen yhteyden tunne, jolla tarkoitetaan tuen sekä hyväksynnän saamista ajatuksille ja mielipiteille läheisiltä ja työntekijältä. (Oksanen 2014, 44.)

Pietikäinen (2014, 202) kuvaa kanssakäymisessä tärkeäksi muodostuvaa tietoisuutta. Tietoinen hyväksyvä havainnointi tarkoittaa, että kiinnität huomiosi valitsemaasi kohteeseen tässä ja nyt, arvostelematta ja tarkoituksellisesti. Annat huomion kohteelle luvan olla juuri sitä mitä on riippumatta omista toiveistasi tai tunteistasi.

Asiakas on työskennellyt omien tavoitteidensa toteuttamiseksi. Hän aloitti määrittelemällä, mikä on hänelle tärkeää. Sitten hän asetti arvoista johdettuja muutostavoitteita ja suunnitteleli, mitä tekoja voi toteuttaa, kun liikkuu kohti tärkeää. Sitten he ryhtyivät harjoittelemaan psykologista joutavuutta, jotta voisivat ohjata oman elämänsä bussia haluamaansa suuntaan riippumatta siitä, mitä matkustajat bussissa sanovat. He opettelivat havainnoimaan omaa kokemustaan, ajatuksiaan ja tunteitaan. (Pietikäinen 2014, 329.)



Kuvio 2 Tietoinen huomion kohdistaminen (Pietikäinen 2014, 202)

### 3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää alkolukon saamiseksi määrättyä yhtä terveydenhoitohenkilön tapaamiskertaa, joka mahdollistaisi asiakasta parempaan alkoholinkäytön ja elämänhallintaan. Tavoitteena on tuottaa malli päihdesairaanhoidajan avuksi ja keskustelun strukturoimiseksi.

#### Tutkimuskysymykset

1. Miten terveydenhoitohenkilökunta toteuttaa alkolukkokäynnillä käsiteltäviksi vaadittuja teemoja?
2. Millaisten tekijöiden huomioimisella voidaan vaikuttaa myönteisesti asiakkaan alkoholinkäytön muutokseen?
3. Miten tapaamista tulisi kehittää?

## 4 Tutkimusmenetelmät

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jolla pyritään ymmärtämään kohteen merkityksiä, ominaisuuksia ja laatua. Menetelmää käytetään usein ihmistieteissä määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen rinnalla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja selvittämään merkityksiä, tarkoitusta ja syvempää käsitystä. Huomio kiinnittyy tutkittavien henkilöiden näkökulmiin ja kokemuksiin. Tämä tutkimusmenetelmä perehtyy tutkittavan ilmiön ajatuksiin ja tunteisiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160-164.)

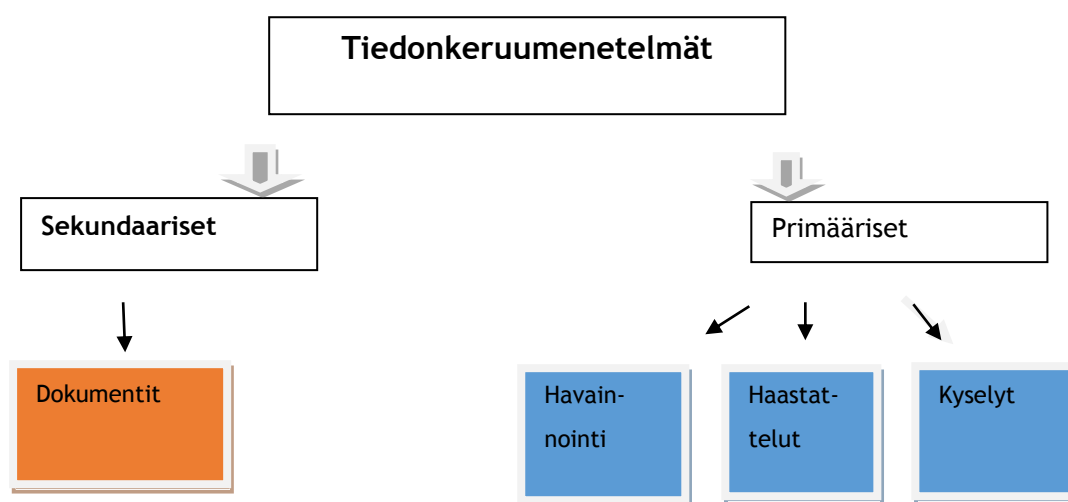
Laadullinen tutkimus käyttää sanoja ja lauseita, kun taas määrällinen tutkimus perustuu lukuihin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä määrällisen tutkimuksen mukaisiin yleistyksiin (Kananen 2014, 18). Laadullista tutkimusta voi luonnehtia prosessiksi. Kun aineistonkeruun väline on inhimillinen eli tutkija itse (human instrument), voi aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen katsoa kehittyvän tutkijan tietoisuudessa vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Tutkimustoiminnan ymmärtäminen on eräänlainen oppimistapahtuma. (Valli & Aaltola 2015, 74.)

Pääsääntöisesti laadullinen tutkimus tulee kysymykseen silloin, kun tutkittavaa ilmiötä ei tunneta. Laadullisella tutkimuksella pyritään saamaan ymmärrys ilmiöstä ja vastaus kysymykseen ”mistä tässä on kyse?” (Kananen, 2014, 16). Laadullinen tutkimus antaa uuden tavan ymmärtää ilmiötä. Sillä pyritään saamaan yhdestä havaintoyksiköstä irti mahdollisimman paljon eli tapausta käsitellään perusteellisesti syvyysuunnassa. (Kananen 2014, 19.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan laadullisella eli kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, koska halutaan saada esiin ja ymmärtää niitä kokemuksia ja ajatuksia, joita tutkimuskohteena olevalla henkilökunnalla on tutkittavasta aiheesta. Haastateltavat ovat Espoon avopalveluiden työntekijöitä ja omaavat pitkän kokemuksen päihdehuollon eri osa-alueilla. Laadullinen tutkimusote antaa parhaiten mahdollisuuden tutkia ja saada esiin niitä ajatuksia, joita haastateltavilla on. (Kananen 2014, 17.)

## 4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön menetelmällä on tarkoituksena antaa tutkimusongelmaan vastaus. Sen tulee olla luotettava, uskottava ja totuudenmukainen. Ratkaisun tuottamiseen tarvitaan tietoa, jota kerätään erilaisilla aineistonkeruumenetelmillä. Osa on olemassa olevaa, jota kutsutaan sekundaarisiksi aineistoksi. Tätä aineistoa voidaan hyödyntää sellaisenaan. Primääriset tiedonkeruumenetelmät ovat havainnointi, haastattelut ja kyselyt. Aineistoa kerätään siitä saadun tiedon vuoksi, jota käytetään ilmiön ratkaisemiseksi (Kananen 2014, 64).



Kuvio 3. Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät (Kananen 2014 , 64)

Dokumentteja voivat olla kirjoja, tutkimuksia, vuosikertomuksia, muistioita tai tilastoja. Niitä kutsutaan sekundaarisiksi eli olemassa oleviksi aineistoiksi. Primäärisiin tiedonkeruumenetelmiin kuuluu havainnointi, joka voi olla teknistä havainnointia, piilohavainnointia, suoraa havainnointia, osallistuvaa tai osallistavaa havainnointia. Haastattelut jaetaan strukturoituun tai ei-strukturoituun eli teemahaastatteluun (Kananen 2014, 64). Tässä opinnäytetyössä aineisto tullaan keräämään teemahaastattelulla.

Suunnitelmassa tulee kuvata aineiston keräämiseksi haluttujen informanttien hankkiminen mahdollisimman tarkasti. Tämä tieto on merkityksellistä tutkimusluvan myöntäjälle. Luvan myöntäjä haluaa myös tietää millaisia resursseja organisaatiolta odotetaan opinnäytetyön toteuttamiseksi (Kankkunen 2013, 101).

Aineisto kerätään A-klinikkasäätiön Etelä-Suomen palvelualueen Espoon avopalveluiden sairaanhoitajilta. Toimipiste sijaitsee Espoon Leppävaarassa ja siellä työskentelee eri ammattiryhmiä sosiaali- ja terveysalalta. Työryhmä koostuu palveluesimiehestä, lääkäristä, sairaanhoitajista, sosionomista, sosiaaliterapeutista ja psykologista.

Kattavalla aineiston keruulla pyritään saamaan alkolukkoon liittyvä päihdekeskustelu omassa toimintaympäristössä Espoon A-klinikalla yhdenmukaiseksi ja pysyväksi käytännöksi laadun ja luotettavuuden takaamiseksi työntekijästä riippumatta. Vehmas & Löytty (2013, 73) toteavat tutkimuksen yhteenvedossa, että alkolukot ovat estäneet useita tuhansia rattijuopumuksia. Alkolukko toimii tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttaa kuljettajaan myös koeajan päätyttyä. Alkolukkoa käytetään myös suhteellisen vähän valtakunnallisesti. Alkolukkoraporteissa nostetaan esille sen tunnettavuuden ja käytön lisäämisen myönteinen vaikutus. Sen käytön mahdollisuuksista tiedetään vielä liian vähän kokemusten määrän vuoksi. Tutkijat Vehmas ja Löytty (2013) pitävät tärkeänä alkolukkoraporteissaan sen tunnettavuuden lisäämistä. Tämän työn tavoitteena on myös osaltaan tässä toimintaympäristössä lisätä sen tunnettavuutta ja käyttöä.

Otokseen valitaan sairaanhoitajia tutkimuskohteena olevasta yksiköstä. Hoitotieteellinen näkemys ja koulutus antavat samanlaisen arvo- ja ymmärryspohjan kuin haastattelijalla. Kieli on yhteinen. Kokemuksella halutaan saada hioutunut käsitys siitä, mitkä seikat ovat tärkeitä tuoda ja ottaa esille päihdeasiakkaan hoidossa ja alkolukko-käynneillä. Näillä käynneillä pyritään selvittämään päihdeiden käyttö ja jakamaan informaatiota hoidosta. Kummassakin motivointi oman itsensä hoitoon nousee tärkeänä esille.

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat yleensä otokseltaan pienempiä kuin kyselyjen. Aineiston laatu nousee määrää tärkeämmäksi. Opinnäytetyössä tavoitellaan teoreettista yleistettävyyttä. Otoksen keskiössä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapahtumat. Osallistujien valintaperusteena käytetään tutkittavia, joilla on paljon tietoa asiasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Tässä opinnäytetyössä Espoon avopalveluiden työryhmän vakituisella henkilökunnalla on runsaasti kokemusta päihdehoitotyöstä. Viisi heistä on toteuttanut kyseisessä yksikössä uransa aikana alkolukko-käyntejä. Heistä sairaanhoitajia on kolme. Aineisto tullaan keräämään osalta niiltä sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta alkolukko-käynneistä. Opinnäytetyötä tehdessä näistä työntekijöistä kaikki olivat siirtyneet lääkkeellisen korvaushoidon työryhmään. Vain opinnäytetyön tekijä jatkaa Espoon avopalveluissa tutkimuksen kohteena olevien alkolukko-käyntien toteuttamista. Opinnäytetyöllä halutaan selvittää toiseen työryhmään siirtyneiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kyseisistä alkolukko-käynneistä.

### 4.3 Teemahaastattelu

Erilaisiin ilmiöihin ja ongelmiin voidaan hakea vastauksia ja tutkia niitä. Menetelmänä voidaan käyttää teemahaastattelua, lomakehaastattelua tai syvähaastattelua. Näiden ero perustuu haastattelun pohjana olevan toteutuksen strukturoinnin asteeseen. Teemahaastattelussa käytetään puoliavoimia tai avoimia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 74.) Teemahaastatteluksi kutsuttu haastattelutapa on Suomessa suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa. Teemahaastattelun idea on yksinkertainen; kun halutaan tietää mitä henkilö ajattelee jostakin asiasta, yksinkertaisinta ja usein tehokkaintakin on kysyä sitä häneltä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 72.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu ja havainnointi. Vaatimuksena on yhteinen kieli tutkijan ja tutkittavan välillä, joka mahdollistaa kommunikoinnin. Kieli ei ole kuitenkaan yksiselitteistä. Keskustelut ja haastattelut koostuvat lauseista ja sanoista, joiden merkitykset eivät ole yksiselitteisiä. Tavallisessa arkipäiväisessä keskustelutilanteessa sanojen ja ilmaisujen käyttö on vapaampaa. Haastattelutilanne on ihmisten välinen vuorovaikutustapahtuma. Kokemuksella ja taidoilla haastattelijä voi saada kohteestaan paljon selville. Haastattelijalla tulisi olla kyky rakentaa luottamuksellinen ilma-  
piiri, jossa haastateltava kokee arvostusta, kunnioitusta ja kiinnostusta (Kananen 2014, 71-72). Teemahaastattelu voidaan kuvata eräänlaisena keskusteluna, jossa otetaan esille tutkijan aloitteesta ja on häntä kiinnostava. Vuorovaikutuksessa tutkimukseen kuuluva aihepiiri pyritään nostamaan ja tuomaan esille. (Valli & Aaltola 2015, 27).

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on menetelmänä lähellä syvähaastattelua. Niille on tyypillistä avoin työskentelytapa. Teemahaastattelussa edetään keskeisten teemojen avulla, jotka on suunniteltu ja valittu etukäteen. Niihin liitetään tarkentavia kysymyksiä. Ihmisten tulkinnat asioista ja niille annetut merkitykset sekä niiden syntyminen korostuu teemahaastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48. Tuomi & Sarajärvi 2012, 77.)

Teemahaastattelun avulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia sen mukaan, mikä on tutkimuksen tarkoitus tai ongelmanasettelu. Tutkimustehtävä määrittää millaisiin asioihin kiinnitetään huomio. Tutkimuksen viitekehukseen perustuvat etukäteen valitut teemat eli siihe, mitä jo tiedetään tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.). Viime vuosina työskentelyote on siirtynyt perinteisestä kysymys-vastaus haastattelutilanteesta enemmän keskusteluomaisimpiin haastatteluihin. (Valli & Aaltola 2015, 28).

Motivoivana tekijöinä haastatteluun suostumisessa tunnistetaan ainakin kolme erilaista tekijää. Mahdollisuus oman mielipiteen esiin tuomiseen ja tutkijan kiinnostus sitä kohtaan motivoi haastateltavaa. Tutkimushaastattelu koetaan kanavaksi, jonka kautta voi tuoda oman mielipi-



teensä esiin. Toisena tekijänä on halu sanoittaa ääneen oma kokemus. Siihen voi liittyä ajatus juuri oman mielipiteen tärkeydestä ja narsistinen mielihyvä sen esille tuomisesta muille haastateltaville tai tutkijalle. Toisaalta taustalla voi olla myös omaan empaattisuuteen liittyvä tunne muiden auttamisesta oman kertoman avulla. Motivoivana tekijänä voi olla myös aiempi hyvä kokemus haastateltavana olemisesta ja tutkimukseen osallistumisesta. (Valli & Aaltola, 28-29.)

Ennen varsinaista haastattelua joudutaan tekemään useita kysymyksiin liittyviä päätöksiä. Kysymykset ovat tärkein väline ja instrumentti siihen saadaanko vastauksia haluttuihin kysymyksiin. Haastattelu voi perustua tarkkoihin ennalta suunniteltuihin kysymyksiin tai spontaaneihin kysymyksiin. Valintaan vaikuttaa ennakkoon saatavissa oleva tietomäärä eli kuinka hyvin ilmiö on tunnettu. Tutkijan on hyvä välttää dikotomisista kysymyksiä, joihin on mahdollista vastata: kyllä tai ei. Dikotomiset kysymykset ohjaavat vastaajaa liikaa ja ne johtavat suppeaan aineistoon. (Kananen 2014, 73-74.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään deduktiivista tutkimusotetta, joka tarkoittaa yleisestä yksityiseen menevää. Teemat haastatteluun tulevat lain määrittelemänä. Siinä runko keskustelulle on alkolukko-käynneissä, jotka liittyvät päihteiden käyttöön, alkoholin vaikutuksista elimistöön ja hoitomahdollisuuksiin (Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 26.6.2008/439, 6§). Kukin näistä teemoista sisältää runsaasti käsiteltävää asiaa ja asiakkaalle annettavaa informaatiota. Opinnäytetyössä on tehtävänä avata näitä alueita ja katsoa tarkemmin näiden teemojen sisältöä. Kullakin työntekijällä on oma painotus siihen millaisia asioita kokee tärkeäksi näiden teemojen sisällä.

Pyrkimyksenä tässä opinnäytetyössä on selvittää teemahaastattelun avulla (liite 2) millaisia käsityksiä ja kokemuksia Espoon A-klinikan avohoitotyöryhmän pitkän työkokemuksen omaavilla sairaanhoitajilla on siitä, mitkä asiat teemojen sisällä ovat tärkeitä ja oleellisia ottaa yhden vastaanoton aikana ottaa esille. Tutkimuskysymyksillä halutaan nostaa myös esille millaisia käsityksiä heillä on siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä huomioida vastaanottotilanteessa, jotta käynti olisi merkityksellinen ja tuloksellinen asiakkaan päihteidenkäytön vähenemiseksi.

Tässä opinnäytetyössä haastattelupaikaksi valitaan rauhallinen neuvotteluhuone ja ajaksi varataan 60 min. Opinnäytetyöhön haastatellaan kaksi-kolme yksikön sairaanhoitajaa. Aika on tärkeää tuoda alussa esille, jotta haastateltavat osaavat orientoutua kokonaiskestoan ja sitoutua paremmin keskusteluun. Teemahaastattelu pyritään viemään läpi ilman keskeytyksiä. Haastattelija ottaa esille hyvissä ajoin ennen haastattelua pyrkimyksen välttää keskeytyksiä. Keskustelutila sijaitsee Espoon avopalveluiden tiloissa ja sitä käytetään erilaisissa kokouksissa ja muissa rauhallista ilmapiiriä vaativissa ryhmätapaamisissa. Puitteet antavat mahdollisuuden rauhalliseen keskusteluun ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä.

Teemahaastattelulle ja avoimelle haastattelulle varataan aikaa tunnista kahteen tuntiin. Haastattelijan on hyvä varautua toisaalta puheliaksiin, toisaalta niukkasanaisiin haastateltaviin (Hirsjärvi 2010, 211 ). Monet haastattelun hyvät puolet sisältävät myös ongelmia. Haastattelu on kuin kolikko kaksine puolineen. Haastatteluun on hyvä varata riittävästi aikaa ja alle puolen tunnin haastatteluun ei kannata ryhtyä, koska tuolloin voi tutkimusongelman selvittää helpommin kyselylomakkeella. Haastattelu edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan rooliin. Haastateltava voi kokea haastattelun uhkaavaksi ja pelottavaksi tilanteeksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 206.) Tässä opinnäytetyössä teemakeskustelun ajaksi on rajattu 60min.

#### 4.4 Aineiston analyysi

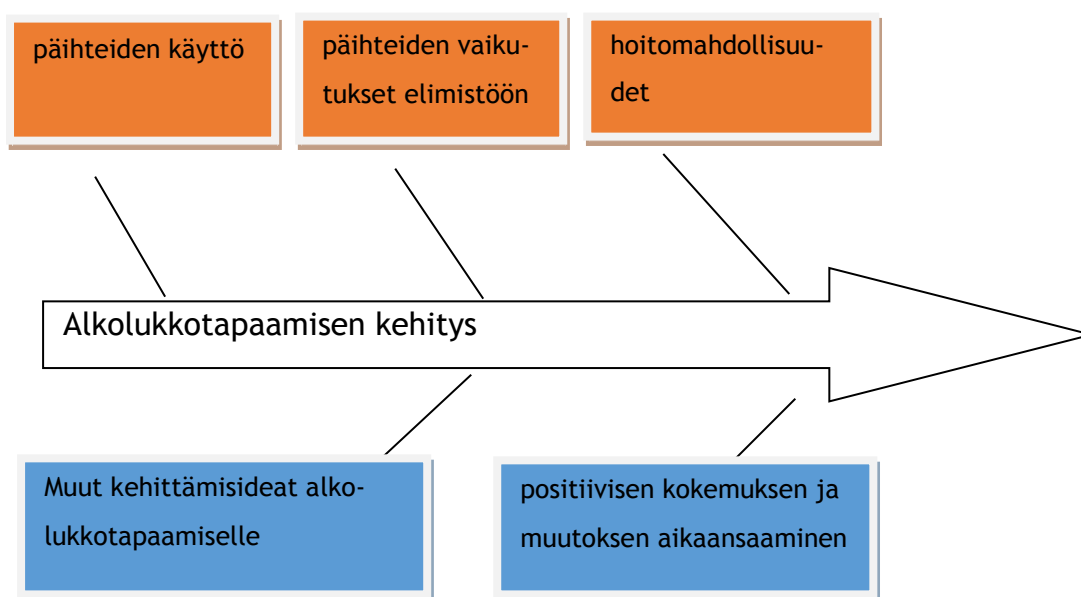
Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sen ideaa käytetään useissa eri laadullinen eli kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on laaja ja tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluoituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-166.)

Laadullisessa tutkimuksessa tulee esiin induktiivinen tai deduktiivinen analyysi. Induktiivisella tarkoitetaan yksittäisestä yleiseen ja deduktiivisella yleisestä yksittäiseen liittyvää analyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa sanoja luokitellaan ja tutkitaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään mikäli asiasta tai ilmiöstä tietoa on vähän tai se on hajanaista. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joita tarkastellaan käytännössä. (Kankkunen ym. 2013, 167.)

Kananen (2014, 99) erottelee seuraavat vaiheet laadullisen tutkimuksen tulokinnan ja ratkaisun etsimisessä:

- 1) tutkimusongelmaan liittyvää aineistoa kerätään erilaisilla tiedonkeruumenetelmillä kuten teemahaastattelu
- 2) kerätty tieto yleismitallistetaan l. aineisto saatetaan yhteen muotoon, joka on tavallisesti tekstimuoto
- 3) tekstimassa käsitellään tutkimusongelman ja -kysymysten näkökulmasta. Tekstikokonaisuuudet tiivistetään ja sen osille annetaan sisältöä kuvaava ilmaisu eli koodi.
- 4) luokitteluvaiheessa tarkastellaan mitkä koodit muodostavat omat ryhmänsä ja nimitetään ne
- 5) analyysivaihetta seuraa usein uusi tiedonkeruuvaihe, jossa etsitään vastauksia esiin nousseisiin kysymyksiin tai täydennetään vastuksia uudella tiedonkeruulla

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on tuottaa malli, jossa laissa vaadittuja kolmea teemaa on avattu sisällöllisesti. Nämä teemat ovat päihteiden käyttö, päihteiden vaikutukset terveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvät hoitomahdollisuudet (Laki alkoholilla valvotusta ajo-oikeudesta 26.6.2008/439, 6§). Keskustelussa teemoja avataan ja keskustellaan niiden sisällöstä. Teemakeskustelulla saadaan kokeneilta sairaanhoitajilta pohdintoja siitä mitä laissa määritellyt teemat sisältävät ja millaisten seikkojen huomioimisen sekä esiin ottamisen he kokevat tärkeänä ja kuinka tapaamista voisi kehittää.



Kuvio 4 Opinnäytetyön sisällönanalyysi

Teemoittelua voidaan käyttää aineistonpurkuun, kun se on kerätty teemahaastattelulla. Aineisto tiivistetään litteroinnin avulla tekstimuotoon. Sen jälkeen tutkitaan mitä aineisto kertoo. Oma viitekehys suuntaa kuinka aineisto nähdään ja sama aineisto voi tuottaa erilaisia tuloksia eli tulkintoja. (Kananen 2012, 117.)

Kananen (2012) kuvaa, että laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen sisällönanalyysi voi olla joustavaa. Aineistoa voidaan tutkia eri analyysimenetelmillä ja aineistoa voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. Samasta näkökulmastakin voidaan saada eri tulkintoja. Sisällönanalyysi tarkoituksena on puristaa ja paljastaa kerätystä tiedosta ydinasia ja tehdä siitä tiivistetty ydinsisältö.

Aineisto saattaa kuitenkin näyttäytyä analyysia aloitettaessa vieraana, sekavana ja hämmäntävänä. Aivan kuin kohtaisi uuden ihmisen, jonka kanssa joutuisi viettämään aikaa ja tulla

hyväksi tutuksi. Haastattelut ovat pikemminkin arvoitus ja uusien kysymysten esiin nostaja. (Ruusuvuori & Nikander & Hyvärinen 2011, 9-11.)

#### 4.5 Luotettavuus

Perusajatuksena tutkimuksessa on saada luotettavaa ja laadukasta tutkimustulosta. Luotettavuuskriteeristö eroaa laadullisessa tutkimuksessa kvantitatiivisesta kriteeristöstä. Opinnäytetyön tekijä päättää kvalitatiivisessa tutkimuksessa ketä haastatellaan, mitä kysytään ja mitä ei kysytä. Tekijä perehtyy tutkittavaan asiaan huolella ja asiantuntemuksella voidaan luotettavuutta lisätä. Tutkimusprosessi tulee toteuttaa tieteen sääntöjen mukaisesti ja tutkimusasetelman tulee olla kunnossa. Riskienhallintaan pitää varautua jo suunnitteluvaiheessa. Parempi lopputulos ja tulosten luotettavuus saavutetaan hyvällä ennakkosuunnittelulla. (Kananen 2014, 151.)

Tuomi ja Sarajärvi (2008) toteavat, että laadullisen tutkimuksen oppaita olevan paljon erilaisia ja ne painottavat erilaisia näkemyksiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus tarkastelusta. Siinä todetaan aiheelliseksi pohtia, onko laadullisen tutkimuksen piirissä ylipäättään yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta.

Laadullisen tutkimuksen kriteereinä Kananen (2014, 150-154) kirjoittaa käytettävän yleisesti mm. seuraavia tekijöitä:

- vahvistettavuus
- arvioitavuus/dokumentaatio
- tulkinnan ristiriidattomuus
- luotettavuus (tutkitun kannalta)
- saturaatio (kylläntyminen)

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkittavalla on mahdollisuus lukea häntä koskeva teksti ja vahvistaa lukemansa oikeaksi. Tällöin tutkijan kannalta tilanne on ongelmaton. Vaikeimmassa tapauksessa tutkittava ei hyväksi tekstiä ja kieltää häntä koskevat päätelmät. Tällöin ratkaisua on kunnioitettava (Kananen 2014). Tässä työssä aineistotriangulaatiota ei käytetä, vaan haastateltavat tulevat samasta yksiköstä.

Luotettavuutta lisätään myös riittävällä ja jatkuvalla dokumentaatiolla, jolloin voidaan ratkaisut perustalla opinnäytetyön eri vaiheissa. Tiedonkeruu-, analysointi- ja tulkintaperusteet kirjataan syineen ja perusteluineen.

Tutkintoja on toisinaan sanottu olevan yhtä paljon kuin tulkitsijoitakin. Opinnäytetyön tekijän tulee hankkia tietoa useista lähteistä ja arvioida niiden ristiriidattomuus. Samasta aineistosta voidaan tehdä erilaisia tulkintoja vaihtamalla näkökulmaa. Luotettavuutta lisää kun kaksi eri tutkijaa saa aineistosta saman lopputuloksen.

Saturaatiolla i. kylläntymisellä tarkoitetaan, että eri lähteiden antamat tutkimustulokset alkavat toistua. Ainoastaan yksi havaintopiste ei riitä kylläntymiseen. Vastauksien alkaessa toistaa itseään on kylläntymispiste saavutettu.

Tulosten tulee olla opinnäytetyötä tehtäessä luotettavia. Luotettavuus voidaan saavuttaa suunnitelmallisella ja paneutumisella laadun valvontaan. Tarkasteltaessa ihmisten käyttäytymistä, toimintaa ja ajattelua, tutkimustilanteiden vakioiminen on lähes aina haastavaa. Ilmiöt ja ihmisten toiminta ei ole kaavamaista. Oppimista tapahtuu ja ympäristö muuttuu. Tieteellisen tutkimuksen yleiset luotettavuusmittarit ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Validiteetillä tarkoitetaan aineiston laatua. Tutkitaan oikeita asioita (Kananen 2014, 145-147). Tieteen raaka-aineena on tieto, jota käsitellään oikeilla menetelmillä laadukkaan lopputuloksen saamiseksi. Tiedon luotettavuus on opinnäytetyön tärkein tekijä (Kananen 2012, 162). Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy kiinteästi aineiston laatu (validiteetti), analyysin laatu (reliabiliteetti) ja raportointi. Erityispiirteinä on tulkitseva ja ymmärättävä tiedekäsitys. Siinä halutaan ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia ja todellisuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 136-137)

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin, jolloin hän saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tutkimuskirjallisuudessa varoitetaan niin sanotusta holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmistä. Tässä tutkija on yhä vakuuttuneempi tutkimuksen edetessä johtopäätöksien oikeellisuudesta ja että hänen kuvaamansa malli kuvaa todellisuutta, vaikei näin välttämättä ole. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen perusasioita ovat metodologinen-, käsitteellinen-, kontekstuaalinen ja kielellinen perusymmärrys sekä kyky loogiseen ajatteluun. (Kankkunen ym. 2013, 197-198).

Tässä opinnäytetyössä aineiston laatua pyritään pitämään korkealla valitsemalla haastatteleluun sellaisia Espoon avopalveluissa työskenteleviä sairaanhoitajia, joilla on pitkäaikainen kokemus päihdehuollon tehtävistä ja, jotka ovat uransa aikana tehneet joko ajokorttiseuranta-käyntejä tai alkolukkokäyntejä. Nämä kummatkin käynnit liittyvät liikennelääketieteeseen. Riittävällä työssäolokokemuksella, joka tässä opinnäytetyössä haastateltavien osalta on määritetty 10-15 vuodeksi, voidaan saada syvempää ja kokemukseen perustuvaa tietoa. Opinnäytetyöhön saatava aineisto haluttiin kerätä riittävästi työkokemusta omaavilta kyseisen yksikön työntekijöiltä. Haastateltaviksi otettiin työntekijöitä, joilla oli pitkäaikainen kokemus päih-

dehuollon avopalveluista ja yksilötapaamisista. Tällä tavoin otokseksi saadaan henkilöitä, joilla on runsaasti tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Esitestausta on oleellinen keskeinen osa tutkimuksen luotettavuuden lisäämistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205). Esitestaaminen tarkoittaa luotettavuuden ja toimivuuden ennalta kokeilua ja ennalta arviointia pienemmällä vastaajajoukolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelurunko (Liite 2) esitestataan yksikön vastavalmistuneella sairaanhoitajalla.

Teemahaastattelurunko esitestattiin 21.12.15 yksikön sairaanhoitajalla, joka on työskennellyt noin 3 vuotta sairaanhoitajan tehtävissä Espoon K-klinikalla. Esitestauksen arvioinnissa haastatteluteemat tulivat selkeästi esille päihteiden käytön, vaikutuksien elimistöön ja hoitomahdollisuuksien osalta. Teemahaastattelurunkoon lisättiin esitestauksen jälkeen tekstiä muutosmotivaatiosta, jolloin varsinaisessa haastattelutilanteessa haastateltavat osaavat paremmin orientoitua myös tuon aiheen pohdinnalle. Runkoon haluttiin myös lisätä lause, jossa todetaan sairaanhoitajan käyttäytymisellä ja ulkoisten asioiden huomioimisella olevan merkitystä asiakkaan muutosmotivaation syntymiselle. Näin haastateltavalla on helpompi lähestyä aiheita motivaation syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ja nostaa esille häntä kiinnostavia pohdintoja.

#### 4.6 Eettisyys

Lähtökohtana inhimilliselle toiminnalle on kunnioittava suhtautuminen toiseen ihmiseen. Eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella myös koko opinnäytetyö-prosessin ajan. Tutkimuksen tekoon sisältyy useita eettisiä kysymyksiä, joita pitää tarkastella ja jotka on otettava huomioon. Tieto tulee hankkia ja julkaista yleisesti hyväksytyjen tapojen mukaisesti. Näiden asioiden huomioiminen ja toimiminen on opinnäytetyön tekijän vastuulla. kaikessa tulee muistaa, että opinnäytetyön teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2010, 23.)

Suomessa on erillisiä julkisia elimiä, jotka valvovat tutkimushankkeiden eettisyyttä ja asianmukaisuutta. Opetusministeriön tutkimuseettinen neuvottelukunta antaa ohjeita eettisesti kestävästä tutkimushankkeen läpiviemisestä. Siinä tuodaan esiin lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen. Meidän tulee noudattaa tutkimuksessa rehellisyyttä tiedon hankinnassa ja tarkkuutta tutkimuksen teossa ja tulosten analysoinnissa. Huolellisuudella tutkija herättää luotamusta ja saa esiin oikeanlaisia tuloksia. Kaikessa toiminnassa on muistettava tarkkuus työnteossa. (Hirsjärvi ym. 2010, 24.)

Opinnäytetyön tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti, jossa on ymmärretty asianmukainen suhtautuminen ja työn vaatavuuden huomioiminen. Tiedonhankinnassa muiden tutkijoiden työhön ja tuloksiin tulee suhtautua kunnioituksella. Toisten tutkijoiden saavutuksiin tutkijoina tulee kunnioittaa. Rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet, jotka ovat tutkimuksen suorittamisen kannalta merkityksellisiä, ilmoitetaan tutkimukseen osallistujille. Ne tulee raportoida tutkimustuloksia julkaistaessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 24.)

Opinnäytetyön tekijän tulee olla perehtynyt asiaan ja varmistettava, että tutkittavat ja tutkimuksen tilaaja saavat oikeanlaisen informaation tutkimuksesta. Haastateltavilta pyydetään tuon tiedon pohjalta suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Se tulee tehdä kirjallisena, jossa on riittävä tieto yleisesti hyväksytyjen eettisten ohjeiden mukaan tutkittavasta asiasta. Haastateltavalla on oikeus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se halutessaan. Haastateluun osallistuvilla on oikeus kysyä tutkijalta epäselvistä asioista ja oikeus saada rehellinen ja käytettävissä oleva tieto. Tutkija pidättäytyy plagioinnista opinnäytetyön tekemisessä ja ilmoittaa ymmärrettävästi työssään saadun tiedon lähdemerkinnän. Tuloksia julkaistaessa tulee huomioida tieteellisen työn luonteeseen liittyvä avoimuus. (Hirsjärvi ym. 2010, 24-25.)

Kankkunen ym. (2013) tuovat esiin Helsingin Julistuksen vuodelta 1964. Se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohje ja sen uusi suomennos on hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 2001. Se sopii hoitotieteellisen tutkimuksen ohjeeksi. Tutkimustyön perusteluiksi todetaan lääketieteen edistymiselle välttämättömäksi, että myös ihmiseen kohdistuu tutkimusta. Tutkittavan hyvinvointi on aina ensisijaista. Tutkimusta säätelevät eettiset normit varjelevat hänen terveyttään ja oikeuksiaan sekä edistävät yksilön kunnioittamista. Lisäksi tutkijan on tunnettava lainsäädännölliset ja eettiset viranomaisvaatimukset Suomessa sekä soveltuvilta osin myös kansainväliset vaatimukset. (Kankkunen ym. 2013, 212-213.)

A-klinikkasäätiöllä on eettinen työryhmä, joka käsittelee ehkäisevään päihdetyöhön ja hoitoon sekä kehittämistoimeen ja tutkimukseen liittyviä ajankohtaisia kysymyksiä. Toimikunta käsittelee myös tutkimuslupahakemukset. A-klinikkasäätiön eettinen toimikunta on aloittanut toimintansa vuonna 1985 (<https://keskuststo.aklinikka/tietopuu/teema/eettinen>). Tämän opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin A-klinikkasäätiön eettiseltä toimikunnalta ja organisaation johdolta. Opinnäytetyössä noudatettiin A-klinikkasäätiön eettisen toimikunnan ja kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä. Opinnäytetyön tekijän tuli huolehtia osallistujien riittävästä vaitiolovelvollisuudesta. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai tutkimustavaltaan tutkimuslupaa edellytettiin haettavaksi uudelleen. Tutkimusluvan myöntäjällä oli oikeus muuttaa tai peruuttaa antamaansa lupaa. Tutkimuslupa myönnettiin hakemuksen perusteella A-klinikkasäätiön tutkimuspäällikön toimesta suullisesti helmikuussa 2016. A-klinikkasäätiön Tietopuuohjelma-alustan huollon vuoksi kirjallinen lupa voitiin myöntää 16.3.16. Toteutuneet tuotokset päivitetään opinnäytetyön valmistuttua A-

klinikkasäätiön Tietopuu-sivustolle. Opinnäytetyössä ei käsitellä yksittäisiä asiakastapauksia eikä heitä voi identifioida Espoon avopalveluiden asiakkaiksi. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä asiakkaita lainkaan nimellä.

## 5 Tulokset

Teemahaastattelu toteutettiin 22.2.2016 Espoon A-klinikan tiloissa, rauhallisessa, keskusteluihin varatussa neuvotteluhuoneessa. Haastatteluun oli varattu 60 minuuttia, joka käytettiin tarkasti. Aika osoittautui riittäväksi asiaan paneutumisen kannalta, muttei liian pitkäksi mielenkiinnon säilyttämiseksi tai intensiteetin ylläpitämiseksi. Äänittäminen suoritettiin laadukkaalla, tuohon tarkoitukseen suunnitellulla laitteella. Äänityksen hyvä taso helpotti myös tulosten purkamista.

Tutkimussuunnitelmassa teemahaastatteluun toivottiin saatavan terveydenhuollon ammattilaisia, joilla olisi kokemusta ajokorttiseurannoista sekä pitkäaikainen työkokemus. Haastatteluvien saaminen osoittautui kuitenkin huomattavan vaikeaksi. Useampi haastatteluun pyydyistä koki haastattelun siinä määrin vaikeana, että ei halunnut siihen osallistua. Kynnystä haastatteluun olisi ollut tärkeää saada madallettua. Nyt useampi koki tietonsa ja kokemuksensa tämän erityisryhmän osalta riittämättömänä osallistuakseen tämän opinnäytetyön haastatteluun. Haastatteluun saatiin lopulta kaksi alan ammattilaista Espoon A-klinikalta. Toinen heistä oli koulutukseltaan sosionomi (YAMK) ja toinen terveydenhoitaja (AMK). Molemmilla oli työkokemusta 5-15 vuoteen. Haastattelu muodostui alkujännityksen jälkeen avoimeksi ja innostuneeksi. Vaikeaksi koettiin nimenomaa keskustelun äänittäminen ja toisaalta aihepiiri, joka koettiin vieraana sen spesifisyyden vuoksi.

Haastattelun tukena käytettiin teemahaastattelurunkoa (Liite 2) ja kalanruotomallia (Kuvio 4), joka oli asetettu taululle kaikkien nähtäville. Kuvio on kuvattu opinnäytetyön aineiston analyysi-kappaleessa sivulla 26. Haastattelun alussa alkoholukkotapaamisen prosessi käytiin läpi. Toinen haastateltava nosti esille kansalaisten tiedon niukkuuden alkoholukkomahdollisuudesta ja valvotusta ajo-oikeudesta. Laitteen käytön lisääminen nähtiin tärkeänä.

Haastattelun tulokset jaotellaan ja avataan suunnitelman mukaisesti seuraavasti: päihteiden käyttö, päihteiden vaikutukset elimistöön ja hoitomahdollisuudet. Opinnäytetyön teemahaastattelussa haluttiin nostettavan esille myös niitä seikkoja, jotka voisivat saada aikaan positiivisen kokemuksen alkoholukkotapaamisella ja edesauttaa siten asiakkaan muutosprosessia pidättäytymisessä päihtyneenä ajamiseen. Teemahaastattelussa nostettiin pohdintaan myös alkoholukkotapaamisen kehittämisideat.



Asiakkaan alkolukkokäynti on rajattu yhteen tapaamiseen ja ajallisesti sen pituus on yleisesti 45 minuuttiin. ”Tää on aika tiukkaa settii, jos kaikki pitäis käydä läpi”. Tuon ajan tehokas ja järjellinen käyttö vaatii tavoitteellista suunnittelua, jotta oleelliset asiat tulisivat esille ja käsitellyksi. Myös asiakkaan tilanne muovaa jonkin verran sitä millaisia alueita tapaamisella painotetaan. Ensisijaiseksi nostettiin yhteyden saamisen asiakkaaseen aidolla keskustelulla ja haastattelun konemaisuuden välttäminen. Haastattelussa tuotiin esille muutoksen mahdollisuus 45 minuutissa. Toinen haastateltava toi kuitenkin esille, että asiakas on aloittanut muutosprosessin jo ilmaistessaan halunsa alkolukkoon ja näin muutos on jo lähtenyt liikkeelle. ”Mä antaisin positiivista palautetta siitä, että on lähtenyt mukaan”.

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelussa oleelliseksi nostettiin kysymys pääpääteestä ja sen käyttömäärästä. Kysymys, joka liittyi aiheeseen, millainen on asiakkaan suhde päihteisiin. Suhteella tarkoitetaan tässä saman tyyppisiä seikkoja kuin syillä alkoholin käytössä. Osa käyttää alkoholia humaltuakseen, kun taas toiselle alkoholin käyttö voi olla unensaantia helpottava. Tärkeää kokonaiskuvan selvittämiseksi on myös alkoholin käytön toistuvuus päivittäisenä tapana tai satunnaisena harvoin tapahtuvana käyttönä. Asiakkaalla on oma käsitys siitä millaista hänen alkoholin tai päihteiden käyttönsä on. Lähtökohtaisesti kaikki alkolukkoasiakkaat ovat alkoholin käyttäjiä. Tilanne voi olla myös muuttunut asiakkaan kohdalla. Rattijuopumukset voivat myös antaa väärän kuvan siitä mikä on asiakkaan pääpäähde. Rattijuopumustilanteissa asiakas on saattanut käyttää alkoholia satunnaisesti ja jopa vain juuri tuona kiinnijäämisen aikana. Todellinen päihde voi olla jokin muu. Alkolukkotapaamisella on syytä välttää ennakkokäsityksen muodostumista, vaan keskittyä kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanteeseen ja kertomaan. Näin asiakkaalla on mahdollisuus tulla kuulluksi, joka voi vahvistaa halua muutokseen. Teemahaastattelussa toinen haastateltava nosti esille ”positiivisen muutoksen tai innon saaminen on mahdotonta, jos sä et oikeasti keskustele asiakkaan kanssa”. ”Jos se kontaktinluominen on sitä, et sä oot jonkun listan kanssa ja pidät sillain sitä välimatkaa”.

Lisääntyvään alkoholin käyttöön liittyy aina toleranssin kasvaminen, joka voi altistaa rattijuopumuksille. Keskustelussa se nähtiin tärkeäksi nostaa esille. Asiakas voi rattijuopumustilanteessa tuntea itsensä ajokykyiseksi tai olla vilpittömän yllätynyt puhaltamastaan promillemäärästä. Suuretkaan määrät alkoholia eivät toleranssin kasvun myötä enää vaikuta asiakkaaseen samalla lailla päihdyttävästi. Asiakkaan tulisi tiedostaa juomansa alkoholimäärät ja mieltääkö itse käytön ongelmalliseksi.

Vuorovaikutuksellisuutta lisää aito ja välittävä keskustelu. Asiakkaalle tulisi välittyä kuva, että hänen tilanteestaan ollaan kiinnostuneita ja tapaaminen viestittää aidosta vuorovaikutuksellisuudesta. Teemahaastattelussa toinen haastateltava kommentoi ”mikä se lähtötilanne on ollut, mitä siinä rattijuopumustilanteessa oli tapahtunut eli mitkä seikat edesauttoivat sitä

ja onko ollut tilanteita, ettei ole lähtenyt ajamaan päihtyneenä. Siitähän saisi niitä positiivisia juttuja”.

Alkoholin vaikutuksista haluttiin nostaa nimenomaa ajamiseen liittyviä seikkoja. Tärkeänä nähtiin vaikutukset havainnointi- ja reaktiokykyyn, ”koska ajaminen on tässä niin merkittävässä roolissa ja lähes jokainen tietää alkoholin vaikutuksista että en rupeis sitä perusterveysneuvontaa antamaan siinä 45 minuutissa”. ”Jos sitä perusneuvontaa jankuttaa niin voi tulla se kieltoreaktio”. ”Rattijuopolle ei ole oleellista kertoa kuinka alkoholi nostaa verenpainetta”. Kuitenkin alkoholin palamisen läpikäynti on keskeistä tapaamisella. Asiakkaan tulisi tiedostaa juomansa määrät ja missä ajassa alkoholi palaa laskennallisesti. Mitä juo, kuinka paljon ja kuinka usein. Kuinka pitkään juominen on jatkunut asiakkaan kertomalla tasolla? Asiakkaalta tulisi kysyä mitkä ovat hänen oma kokemuksensa alkoholin vaikutuksista elämäänsä. Esille nousi myös alkoholin vaikutukset sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin. Huomion voi kohdistaa alkoholin käytön vaikutuksista pari- ja perhesuhteisiin, työhön ja harrastuksiin. Fokukseen nousee myös läheisten huomiot tai interventiot alkoholinkäyttöä koskien.

Tapaamisella tulisi kertoa myös hoitomahdollisuuksista. Asiakkaalla on ehkä oma käsitys siitä, onko alkoholin käyttö hänelle ongelma. Kuinka sen käyttö on vaikuttanut eri osa-alueilla. Usein sosiaaliset vaikutukset auttavat asiakasta hahmottamaan ja luomaan käsitystä ongelman vakavuudesta. Tätä kautta hän on ehkä pohtinut sitä, kokeeko hän hoidon tarpeelliseksi tai jopa välttämättömäksi. Keskustelussa olisi hyvä kertoa ja antaa tietoa laitos- ja avohoidon mahdollisuuksista. Keskustelussa asiakasta voidaan myös motivoida tai tukea haluun jatkaa käyntejä esim. A-klinikalla. Joissakin tapauksissa katkaisuhuolto voi olla ainut realistinen vaihtoehto. ”Jokuhan voi miettiä, et mä voin juoda pullon viiniä joka ilta ja se ei vaikuta mihinkään”.

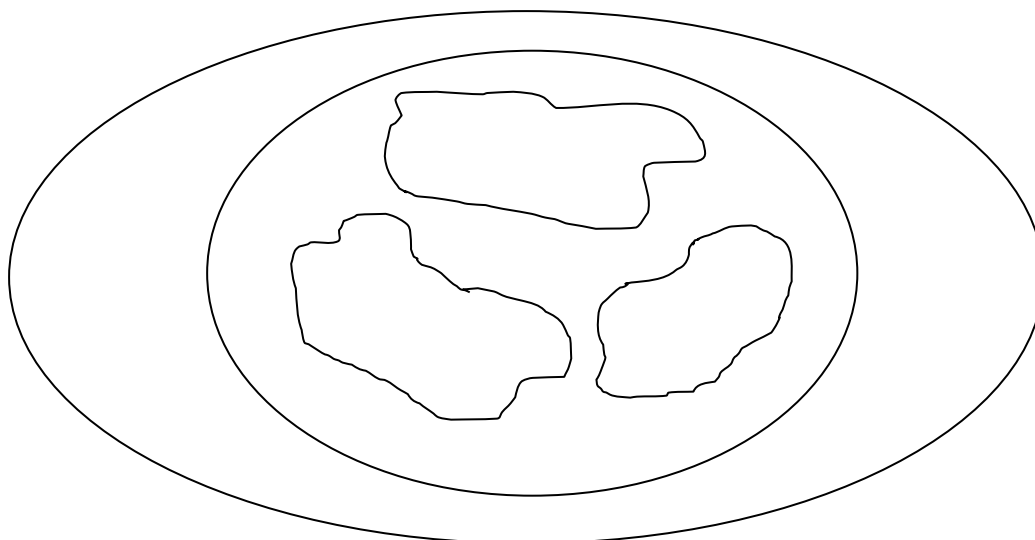
Kehittämissideoiksi nousi tapaamisten lisääminen. Oleelliseksi ja tavoitetilaksi nähtiin käyttäytymisen muutos. ”Mutta eihän tässä edes pyritä muutokseen jos toi 45 min on vain suoritus, jotta oikeus voi määrätä alkoholukon”. ”Mua hiillostaa tää 45 minuuttia”. Ennen käyntiä ehdotettiin antamaan asiakkaalle juomispäiväkirja tai muita ennakkotehtäviä kuten Audit-alkoholinkäytön riskit testi (Liite 5). Alkoholinvaikutuksista tietoa voisi jakaa myös paperiversiona. Näin eri työntekijöiden tai hoitopaikkojen väliset erot sisällön suhteen olisivat tasalautuisempia ja laadunvarmistus helpottuisi. Esiin nousi myös idea kolmesta tapaamisesta alkoholukäytön aikana. Alkupalaveri, väliarvio ja loppukeskustelu, alkoholukon poistamisen yhteydessä. Tapaamisten lisääminen koettiin niin tärkeäksi, että se tulisi velvoittaa lain määräämänä. ”Kovin pieneltä määrältä tuo yksi keskustelu tuntuu kun yleensä on totuttu, että päihdeongelmien hoito kestää vuosia”. Huonoimmillaan yksi käynti voi olla merkitykseltään samaa tasoa kuin ”plakaatin täyttämisen”. Tilastollisesti rattijuoppouden taustalla on useita päihtyneenä ajamisia ennen kiinnijäämistä. Tästä syystä myös muutoksen aikaan saaminen voi viedä

aikaa. Muutostavoitteesta keskustelu voi vahvistaa asiakkaan halua muuttaa suhdettaan alkoholiin. ”Asiakashan voi ajatella, että jes, nyt se alkolukko otetaan pois ja mä voin ajaa kännissä”. Tulevaisuudessa, alkolukon poistamisen jälkeen asiakkaan itsesääätelykyvyn tulisi toimia niin, ettei hän aja enää päihtyneenä. Motivaation ja muutoksen kehittyessä rajoitus päihtyneenä ajamiseen ei tule enää itsen ulkopuolelta laitteesta vaan sisäsyntyisenä haluna ja päätöksenä olla ajamatta päihtyneenä.

Informaation lisääminen nähtiin välttämättömäksi. Se oli keskeisin kehittämisidea. Tällä hetkellä kansalaisilla on liian vähän tietoa mikä alkolukko on ja millaisissa tapauksissa sitä voidaan käyttää. ”Aika kiinnostunut pitää olla, että tota osaa poliisilta kysyä kun on ajanut humalassa”. Tieto alkolukosta ja sen käytöstä voisi välittyä kampanjan tai tietoisukujen kautta. Kiinnostava ja varsin käyttökelpoinen ajatus olisi lisätä auton omistajille lähetettävään autoverolaskuun lyhyt tiedonanto ja muistutus päihtyneenä ajamisesta ja alkolukosta. Ongelmaksi käytön lisäämiselle voivat olla myös varsin korkeat kustannukset sen käyttöön liittyen. Varsinainen laite, sen asennus, katsastus, tiedon purkaminen ja laitteiston pois ottaminen aiheuttavat varsin paljon kustannuksia asiakkaalle. Esille nousi epäusko onko laitteen hankinta taloudellisista syistä mahdollista tavalliselle palkansaajalle. Valtaosa laitteen nykyisistä käyttäjistä epäiltiin olevan ammattiautoilijoita, joille ajokortti on toimeentulon ehto. Kehittämisideaksi nousi myös selkeyden lisäämisen siitä, mitä seurauksia on, jos havaitaan asiakkaalla olleen lukuisia yrityksiä käynnistää ajoneuvo päihtyneenä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa malli alkolukkotapaamiselle. Prosessin aikana vahvistui kuva siitä, että yksilöllisellä työskentelyllä ja hyvän vuorovaikutussuhteen luomisella on keskeinen osa siinä kuinka haluttu viesti ja informaatio välittyy. Eri asiakkailla laissa määritellyt pääteemat voivat saada erilaisia painotuksia. Joillakin asiakkailla esimerkiksi hoidon osuus keskustelussa on suurempi kuin toisella. Tämä painotusero tulee huomioida tapaamisilla, koska sillä on tärkeä rooli kohtaamisessa ja se vahvistaa asiakkaan kokemusta kuulluksi tulemisen tunteesta.

Malli terveydenhoitohenkilöstön alkolukkotapaamisesta on kuvattu tarkemmin liitteen (Kuvio 5). Kuvion ulkokehässä on kuulluksi tulemisen kokemus, joka on edellytys hyvälle keskustelulle ja vuorovaikutukselle. Sisimpänä olevat saaret kuvaavat kolmea pääteemaa, jotka ovat päihteiden käyttö, vaikutukset elimistöön ja hoitomahdollisuudet. Saarten muoto kuvaa painotuseroja eri asiakkaiden vastaanottotilanteissa. Ne voivat olla eri kokoisia suhteessa toisiinsa, mutta ovat olemassa koosta huolimatta. Meri saarten ympärillä koostuu muutoshalun tunnistamisesta, herättelystä, vahvistamisesta ja tukemisesta. Tässä opinnäytetyössä kehitetty malli nimetään alkolukkotapaamisen maapallo-malliksi. Malli on kuvattu sisältöineen (Kuvio 5).



Kuvio 1 Alkolukkotapaamisen maapallo-malli

## 6 Pohdinta

Alkolukko ja sen käytön lisääminen nousee tasaisesti esille eri valtamedioissa. Keinoiksi rattijuoppouden vähentämiseksi on ehdotettu poliittisessa keskustelussa niin rangaistuksien koventamista kuin ajoneuvon menettämistä valtiolle. Ongelma on vakava ja sen aiheuttama kärsimys valtavaa yksilötasolla. Se aiheuttaa myös suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Vammat ja kuolemantapaukset kuormittavat terveydenhuoltoa. Vakavassa pohdinnassa valtiovallan ja EU:n toimesta on asentaa kaikkiin uusiin autoihin ja mahdollisesti muihinkin ajoneuvoihin laitteet. Tarkoituksena on vähentää kansainvälistä ja yhteistä ongelmaa.

Yhtä keinoa tuskin löytyy ongelman ratkaisussa. Tärkeintä olisi saada aikaan yhteistä arvokeskustelua ja eri alojen asiantuntijoiden konsensusta siitä, että ongelmaan halutaan panostaa. Tuloksen menestyksellisyys edellyttää yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välillä ja kunkin aktiivista työtä oman alueensa kehittämisessä. Kunkin tulisi miettiä, mitä minä oman alan asiantuntijana voisin tehdä yhteisen asian hyväksi. Usein havahdumme vasta sitten, kun jokin yleisesti tiedossa oleva ongelma koskettaa läheltä omaa elämäämme. Silloin halumme ja tarpeemme asian viipymättä ratkaisemiseksi kasvaa.

Terveydenhuollon ammattilaisena sairaanhoitajan rooli alansa asiantuntijana kasvaa tulevaisuudessa yhä enemmän. Vastuualue lisääntyy ja samalla myös velvoite kehittää ja saada ai-

kaan tuloksia. Opinnäytetyötä tehdessä oma ymmärrykseni kasvoi alkolukkotapaamisten suhteen. Kaikkia ei voida auttaa ja saada muutoshalua heräämään, mutta asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemuksella se on todennäköisempää. Yksilöllinen ja aito asiakkaan kohtaaminen luo hänessä uskoa, että se on mahdollista. Huonoimmillaan tapaamisesta jää kummallekin kokemus konemaisuudesta tai pelkän listan läpikäymisestä, jonka voisi suorittaa yksin vaikkapa netissä.

Teemahaastattelussa esiin tulleet ideat alkolukkotapaamisen kehittämiseksi ansaitsevat mielestäni tarkemman analyysin. Mahdollisuuksia olisi tärkeää pohtia. Ennakkotehtävillä asiakas saataisiin orientoitumaan tehokkaammin ja syvemmin käsiteltävään asiaan. Hänen huomionsa ja käsityksensä saisivat enemmän tilaa. Tätä informaatiota voisi syventää varsinaisessa keskustelussa. Alkolukon käytön lisäämisen esteenä voivat myös olla varsin korkeat kustannukset juuri heille, jotka ovat rattijuoppouden uusimisen riskiryhmässä. Vaikuttavuutta voitaisiin lisätä uskoakseni vielä verrattain pienillä kustannuksilla lisäämällä velvoitteisiin väli- ja loppu-tapaaminen valvotun ajo-oikeuden aikana.

Suurin ongelma käytön lisäämiselle on kuitenkin kansalaisten tiedon niukkuus ja laitteen tunnettavuus. Sama koskee myös meitä ammattilaisia, joka konkretisoitui opinnäytetyötä tehtäessä. Haastatteluun oli vaikeaa saada haastateltavia, koska aiheesta koettiin tietävän liian vähän. Myös eri toimijoiden välinen yhteistyö on liian niukkaa. Terveystieteiden, Trafian, poliisin ja tuomioistuimen välistä yhteistyötä tulisi tehostaa ja yhteistyötä lisätä alkolukon käytön lisäämiseksi. Opinnäytetyön teemahaastattelussa tullut idea liittää autonkäyttömaksuun tietoisuutta asiasta on mielestäni kokeilemisen arvoinen ja saattaisi olla vaikuttava sekä kustannustehokas. Tarvitsemme myös erillistä kampanjaa, jossa rattijuoppouteen ja etenkin alkolukkoon liittyviä faktoja tarkastellaan ja tunnettavuutta lisätään.

Euroopan yhteisön alueella on suuria eroja rattijuoppouden promillerajoissa, rangaistuksissa ja alkolukon käyttöön liittyvissä seikoissa (Löytty 2013). Nämäkin osaltaan aiheuttavat hämmennystä kansalaisissa ja hälventävät kuvaa yhteisestä päämäärästä. Viime kädessä ongelman ratkaisu on kuitenkin yksinkertainen ja yksilön omassa valinnassa sekä kyvyssä tehdä päätös olla ajamatta päihtyneenä.



## Lähteet

Beilinson, L., Britschgi, V., Higgins, A. & Lähesmaa, J. 2007. Alkolukkokokeilu 2005-2008; Prosessin seuranta. 2007. Liikenne- ja viestintäministeriön (LVM) julkaisu 30/2007. Helsinki.

Beilinson, L. & Poutanen, M. 2007. Alkolukkokokeilu: Kokeilun suorittaneiden mielipiteitä. 2007. Liikenne- ja viestintäministeriön (LVM) julkaisu 30/2007. Helsinki.

EU-ajokorttidirektiivi (91/439/ETY)

Heikkilä, A. Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen- avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY, Porvoo

Heikkilä, H. 2011. Lapin yliopisto Pro Gradu, Päihdeinterventio sosiaalialalla: rattijuopumuksesta epäiltyjen henkilöiden kanssa käyty päihdekeskustelu: tie selväksi hanke

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita, Hämeenlinna. Kariston kirjapaino.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino- Juvenes Print

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy) sivu198

King, L. & Rajalin, S. 2007. Paljonko alkolukon jälkeen olisi rattijuopumuksen uusijoita? Liikenneviikko 1/2007, 32. Liikenneturva.

KKO. 2009:71 Korkein oikeus (KKO). 2009. Korkeimman oikeuden ennakkopäätös KKO:2009:71

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta-motivointimenetelmiä päihde- ja mielenterveysongelmiin. Helsinki. Tammi.

Kärki, O. 2001. Alkolukko rattijuopumuksen ehkäisyssä; esiselvitys. VTT (Valtion teknillinen tutkimuskeskus) tiedotteita. Espoo

L39/1889. Rikoslaki 19.12.1889

L267/1981. Tieliikennelaki 3.4.1981/267

L360/2005. Laki alkolukolla valvotun ajo-oikeuden kokeilemisesta 27.5.2005/360.

L439/2008. Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 26.6.2008/439.

L474/2008. Valtioneuvoston asetus alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 474/2008

L1085/2012. laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta annetun lain muuttamisesta 1085/2012

Liikenne- ja viestintäministeriö (LVM). 2008. Alkolukko pysyväksi keinoksi vähentää rattijuopumusta.

Liikenneturva. 2012. Henkilövahingot rattijuopumustapauksissa. Tilastokatsaus.

- Löytty, M. 2013. Alkoholirattijuopumus tieliikenteessä. Liikenteen Turvallisuus virasto, Helsinki Trafín julkaisuja 11/2013
- Peltoniemi, T. 2013. Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki. Lönnberg Painot Oy
- Pietikäinen, A. 2014. Kohti arvoistasi Helsinki. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim
- Pursiainen, H. 2009. Kansallinen älyliikenteen strategia; Selvitysmiehen ehdotus. Liikenne- ja viestintäministeriö.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Hansaprint Oy
- Valli, R. Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1- Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva. Bookwell Oy.
- Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2- Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS-Kustannus
- Valtioneuvosto. 2006. Valtioneuvoston periaatepäätös tieliikenteen turvallisuuden parantamisesta 9.3.2006
- Vehmas, A. & Löytty, M. 2013. Alkolukolla valvotun ajo-oikeuden toimivuus ja vaikuttavuus; Trafi 5/2013
- Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tampere. 2013.

#### sähköiset

- Ajovarma ajokorttiluokat. Luettu 12.12. 14  
<https://www.ajovarma.fi/ajokorttiluokat>
- AKE. 2009. Vuoden 2009 tiedotteet. Alkolukot estäneet yli 10 000 kertaa päihtyneen kuljettajan ajon. Luettu 31.1.15  
<http://www.ake.fi/AKE/Ajankohtaista/Vuoden+2009+tiedotteet/Alkolukot+est%C3%A4neet+yli+10+000.htm>
- A-klinikkasäätiö. Eettinen toimikunta. Luettu 8.10.15  
[https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/teema/eettisia\\_nakokulmia/eettinen\\_toimikunta%20](https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/teema/eettisia_nakokulmia/eettinen_toimikunta%20)
- Alkolukko ajo-oikeuden ehdoksi rattijuopumukseen syyllistyneille. Liikenne ja Viestintäministeriö Julkaisuja 3/2012  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-243-280-3>
- eur-lex.europa.eu  
yhteinen kanta (EY) Nro 23/2006: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin 2006/EY antamiseksi ajokorteista (uudelleenlaadittu teksti) (2006/C 295 E/01), Liite III  
Moottoriajoneuvon kuljettamiseen fyysistä ja henkistä suorituskykyä koskevat vähimmäisvaatimukset. Luettu 15.6.15  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:52006AG0023>



Liikenneturva. Alkolukko. 2016

<https://www.liikenneturva.fi/fi/liikenteessa/autoilijat/alkolukko>

(<https://www.poliisi.fi/ajokortti/alkolukkoajokortti>)

Lvm. 2009. Alkolukkoesite. Tietoa alkolukosta. Luettu 18.1.16

<https://www.lvm.fi/fileserver/upl709-Tietoa%20alkolukosta.pdf>

Lvm. 2009. Alkolukkoesite. Tietoa alkolukosta. Luettu 18.1.16

<http://www.lvm.fi/-/alkolukkoa-ehdotetaan-pakolliseksi-koulu-ja-paivahoitokuljetuksiin-773191>

Lääkärin käsikirja 2016. Luettu 19.1.16

Terveysportti. Ajoterveysten arviointiohjeet lääkärille-Duodecim. Lääkärin käsikirja 13.1.16.

Uusi artikkeli. Liikenneturvallisuusvirasto.

Poliisi. 2009. Tietoa alkolukosta. Alkolukkoesite. Luettu 30.4.2014

[http://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/ExternalFiles/alkolukkoesite\\_2009/\\$file/alkolukkoesite\\_2009.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/ExternalFiles/alkolukkoesite_2009/$file/alkolukkoesite_2009.pdf)

Portman, M., Penttilä, A., Haukka, J., Eriksson, G., Kuoppasalmi, K., Koskimaa, H., 1/2011 Liikenneturvallisuuden pitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelma LINTU-julkaisuja 1/2011; Rattijuopon profiili ja uusimisriskit; tuloksia rattijuopumuksen esiintyvyydestä ja kehityksestä Uudenmaan ratsiatutkimuksesta vuosina 1990-2008. Helsinki. Multiprint Oy  
ISBN 978-952-243-205-6

ISBN 978-952-243-206-3 (verkkajulkaisu). Luettu 23.2.15

<http://www.lintu.info/RATTIJUOPUMUS.pdf>

Tilastokeskus. 2014. Luettu 30.4.15

[https://www.stat.fi/til/rpk/2015/01/rpk\\_2015\\_01\\_2015-04-21\\_fi.pdf](https://www.stat.fi/til/rpk/2015/01/rpk_2015_01_2015-04-21_fi.pdf)

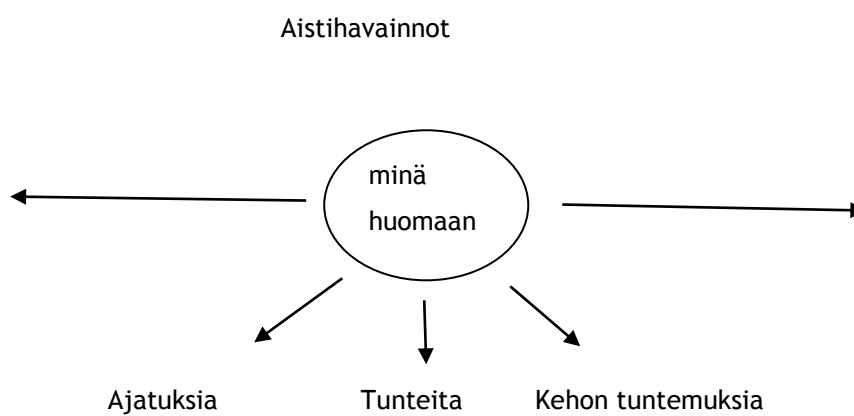
Tilastokeskus. 2015. Luettu 24.4.16

[http://www.stat.fi/til/rpk/2015/13/rpk\\_2015\\_13\\_2016-03-22\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/rpk/2015/13/rpk_2015_13_2016-03-22_tie_001_fi.html)

Kuviot 1-2

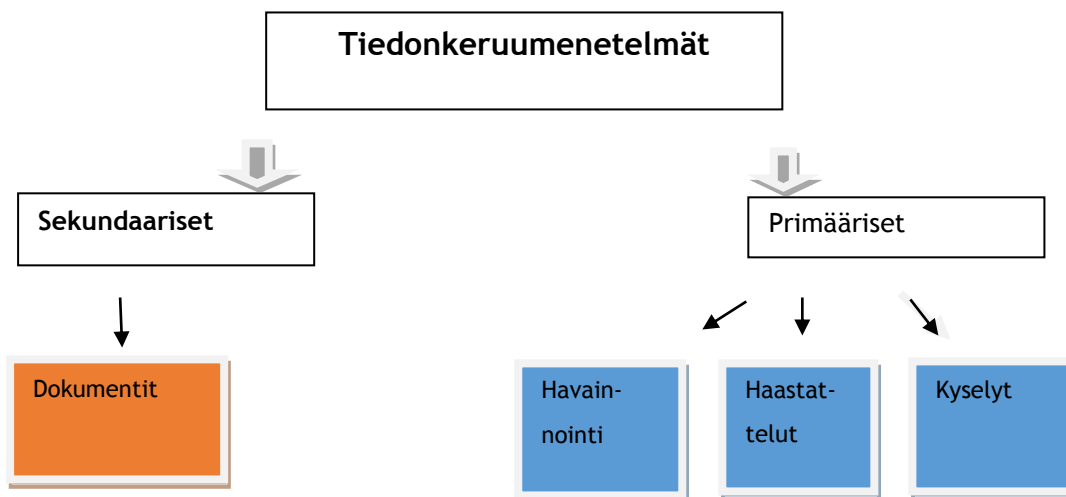


Kuvio 1 Muutoksen vaihemalli (Oksanen 2014, 42)

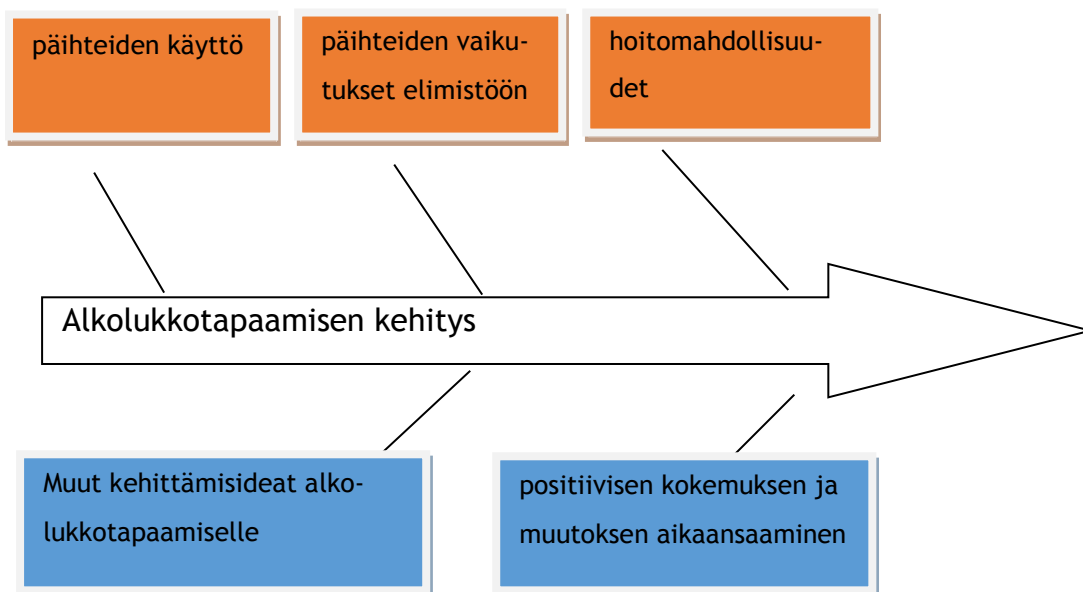


Kuvio 2 Tietoinen huomion kohdistaminen (Pietikäinen 2014, 202)

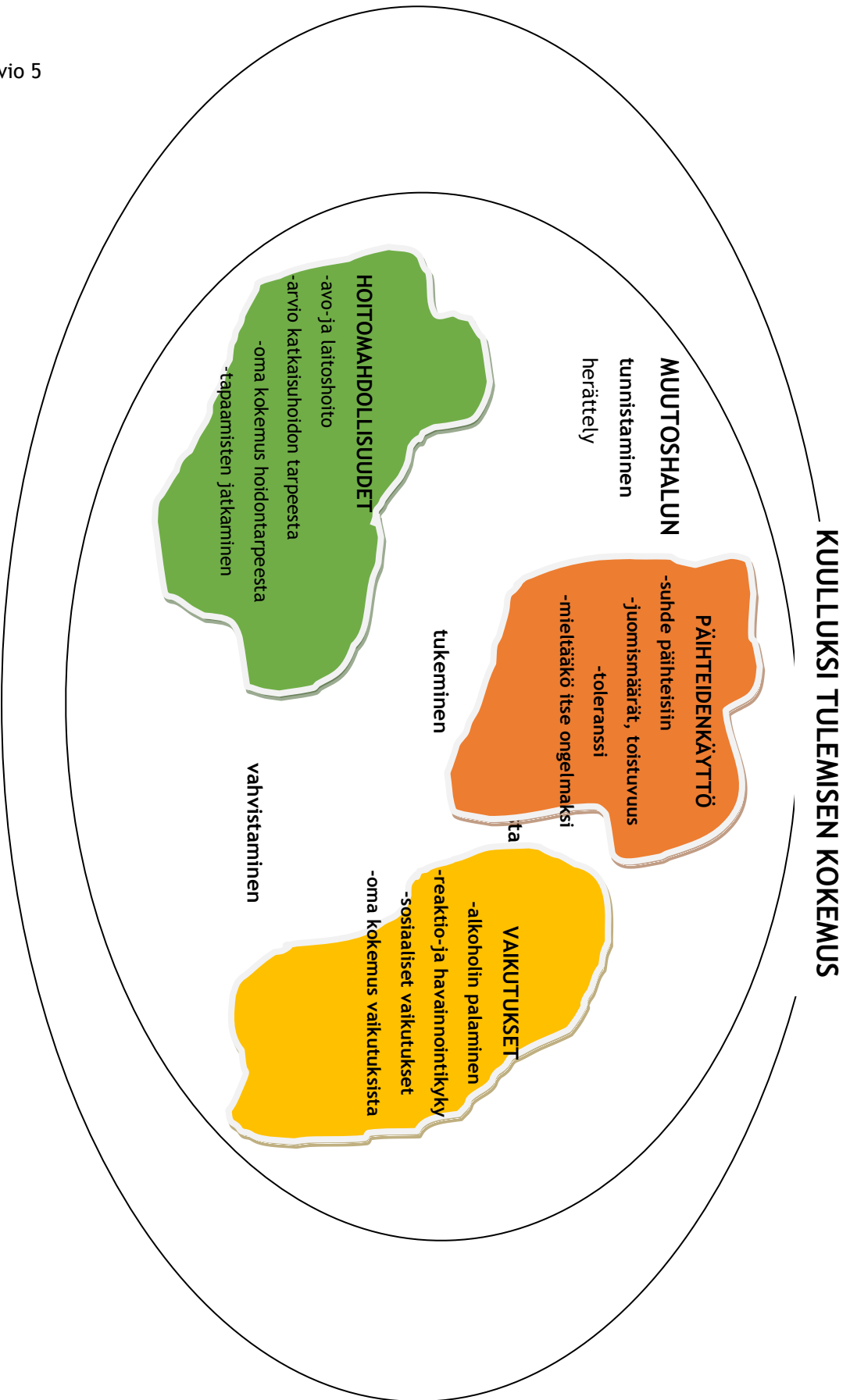
Kuvio 3-4



Kuvio 3. Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät (Kananen 2014 , 64)



Kuvio 4 Opinnäytetyön sisällönanalyysi

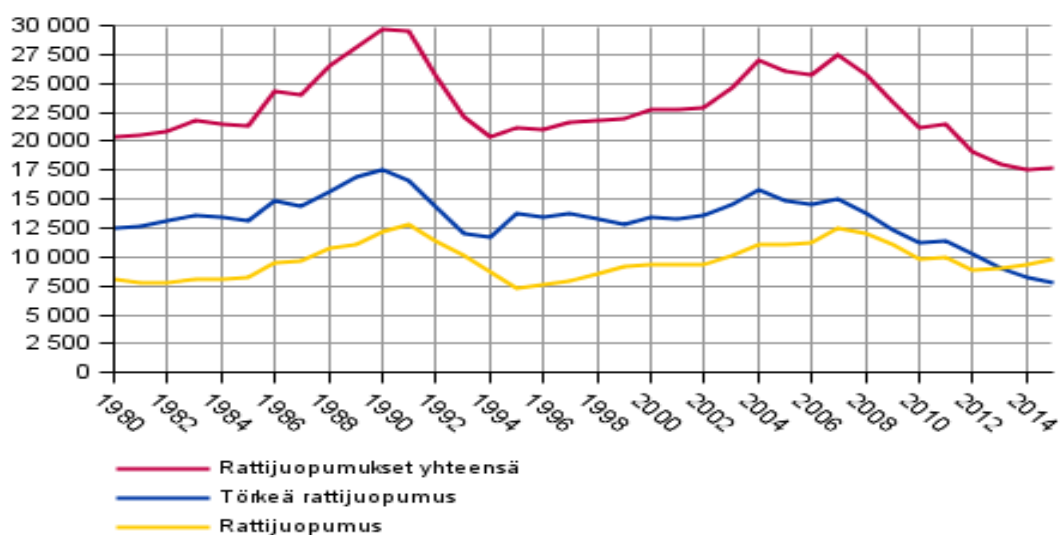


Kuvio 5

## Taulukot

	2010	2011	2012	2013	2014
rattijuopumukset yhteensä	21 130	21 459	19 134	17 994	17 608
törkeä rattijuopumus	11 242	11 409	10 333	9 001	8 304

Taulukko 1 Rattijuopumusrikosten kehitys 2010-2014 (Tilastokeskus 2014)



Taulukkoa 2 Rattijuopumusten kehitys 1980-2014 (Tilastokeskus 2015)



Liitteet  
Liite 1



Hyvä haastatteluun osallistuja

Olen Juha Mursula ja työskentelen sairaanhoitajana A-klinikkasäätiön Espoon Avopalveluissa. Päivitan opistotason erikoissairaanhoitajan tutkintoa ammattikorkeakoulututkinnoksi (AMK) Lohjan Laureassa.

Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheeni on ”Alkolukioon liittyvä päihdeinterventio”. Alkolukko on todettu tehokkaaksi keinoksi estää päihtyneenä ajaminen ja sen käyttöä pyritään valtakunnallisesti lisäämään. Pysin opinnäytetyössä avaamaan alkolukon saamiseksi vaadittavaa lääkärin tai muun terveyden hoitohenkilöstön päihdetapaamista ja sen sisältöä. Laissa määritellään tuon tapaamisen keskusteluteemoiksi:

- 1) asiakkaan päihteiden käyttö
- 2) niiden vaikutukset elimistöön
- 3) hoitomahdollisuudet

Tarkoituksena on löytää teemahaastattelun avulla ryhmässä uusia ajatuksia siitä, miten tuo yksittäinen laissa määrätty tapaaminen voisi olla merkityksellinen asiakkaan tilanteen parantumiseksi ja millaisten tekijöiden huomioiminen edesauttaisi sitä. Haastatteluun pyritään kohdistamaan sairaanhoitajiin, jotka ovat työssään aiemmin tehneet ajokorttiseurantaan tai alkolukioon liittyviä käyntejä. Ajankohta haastatteluun on erikseen sovittavana päivänä vuodenvaihteen 2016 jälkeen ja se on kestoltaan 60min.

Aineistoa käytetään tämän opinnäytetyön valmiiksi saattamiseen ja haastateltavat eivät ole identifioitavissa tuloksista. Vastaan mielelläni esiin nouseviin kysymyksiisi.

Lämmin kiitos osallistumisestasi

Espoossa 21.2.16

---

Juha Mursula

Liite 2

## Teemahaastattelurunko

12.11.15

Teen opinnäytetyötä sairaanhoitaja (AMK) Laurea ammattikorkeakoulu, Lohjan Kampukseen. Aiheena opinnäytetyölle on ”Alkolukkoon liittyvä päihdeinterventio”. Laki alkolukolla valvotusta ajo-oikeudesta 2008/474 määrittää terveydenhoito- henkilöstölle teemat, joita asiakkaan kanssa on käsiteltävä alkolukkotapaamisella. Pysin opinnäytetyössä avaamaan sisällöllisesti vaadittuja teemoja sekä nostamaan esille tekijöitä, jotka voivat kannustaa asiakasta motivoitumaan muutokselle ja vähentämään alkoholin käyttöä.

Ystävällisin terveisin

erikoissairaanhoitaja Juha Mursula (sairaanhoitaja AMK opiskelija Laurea, Lohja)

### SAIRAANHOITAJIEN TEEMAHAASTATTELURUNKO

Haastatteluteemat

#### 1. tausta

- opinnäytetyön tausta, tavoitteet ja tarkoitus
- haastateltavien sairaanhoitajien tausta ja kokemus sairaanhoitajana työskentelystä ajokorttiseuranta- ja alkolukkokäynneillä.

#### 2. Käsiteltävät teemat

Laki määrittää alkolukkotapaamisella käsiteltävän asiakkaan päihteiden käyttöä, niiden vaikutuksia elimistöön ja hoitomahdollisuuksia. Mitä nämä teemat ovat sisällöllisesti ja millaisia asioita on tärkeä ottaa esille kestoaltaan 45min tapaamisajan puitteissa

- päihteiden käyttö
- vaikutukset elimistöön
- hoitomahdollisuudet

#### 3. Motivaatio muutokselle ja siihen kannustaminen

Tavoitteena on asiakkaan käyttäytymisen muutos ja rattijuopumusten loppuminen. Sairaanhoitaja voi käyttäytymisellään ja ulkoisten tekijöiden huomioimisella lisätä asiakkaan innostumista ja motivoitumista muutokselle

- millaisten seikkojen huomioimisella asiakkaan motivaatiota voidaan herättää tai voimistaa
- tila, aika, haastattelija, käyttäytyminen, ulkoiset puitteet



4. Kuinka 45minuutin tapaamisaikaa voisi kehittää tuloksellisemmaksi

- mikä tärkeä on jäänyt huomioitta
- koulutuksen osuus (sisäinen, ulkopuolinen)
- yhteistyön osuus (Oikeuslaitos, poliisi, Rikosseuraamuslaitos)
- laitevalmistaja (esittely)

Liite 3



Sirpa Härkälä  
yksikköjohtaja  
Espoon palveluyksikkö

Laurea ammattikorkeakoulu  
Lohja

Asia AMK-tutkinnon opinnäytetyö

Juha Mursula selvittää opinnäytetyössään **Alkolukioon liittyvän  
päihdesairaanhoitajan vastaanoton sisältöä** A-klinikalla.

Espossa 20.10.2014



1 Otsikko kirjoitetaan tähän

Liite 4

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Minä \_\_\_\_\_ annan suostumukseni osallistua Juha Mursulan opin-  
näytetyön (sairaanhoitaja AMK) teemahaastatteluun, jonka nimenä on ” Alkolukkoon liittyvä  
päihdeinterventio”. Teemahaastatteluun osallistuu 2-3 yksikön sairaanhoitajaa ja sen kesto on  
60 minuuttia.

Teemahaastattelun aineistoa käytetään Juha Mursula opinnäytetyön valmiiksi saattamiseen ja  
haastateltavat eivät ole identifioitavissa tuloksista. Haastattelu nauhoitetaan, jotta aineisto  
tulisi kokonaisuudessaan esille.

Teemahaastattelu järjestetään kevään 2016 aikana.

Espoossa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2016

\_\_\_\_\_

## Liite 5

**AUDIT**

Ympyröi kustakin kysymyksestä se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa soittajan tilannetta.

1	Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. 0 ei koskaan 1 noin kerran kuussa tai harvemmin 2 2-4 kertaa kuussa 3 2-3 kertaa viikossa 4 4 kertaa viikossa tai useammin	6	Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 kerran kuussa 3 kerran viikossa 4 lähes päivittäin
2	Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia? 0 1-2 annosta 1 3-4 annosta 2 5-6 annosta 3 7-9 annosta 4 10 annosta tai enemmän	7	Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 kerran kuussa 3 kerran viikossa 4 päivittäin tai lähes päivittäin
3	Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 kerran kuussa 3 kerran viikossa 4 lähes päivittäin	8	Kuinka usein viime vuoden aikana kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 kerran kuussa 3 kerran viikossa 4 lähes päivittäin
4	Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholikäyttöä, kun aloit ottaa? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 joka kuukausi 3 joka viikko 4 lähes päivittäin	9	Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholikäyttösi seurauksena? 0 ei 2 on, muttei viimeisen vuoden aikana 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana
5	Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi? 0 ei koskaan 1 harvemmin kuin kerran kuussa 2 kerran kuussa 3 viikossa 4 päivittäin tai lähes päivittäin	10	Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholikäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista? 0 ei 2 on, muttei viimeisen vuoden aikana 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana
<b>Pistemäärä yhteensä:</b>			

Alkoholiannos:	Annostelu laskuavain:
Pullo (33cl) keskiolutta tai siidenä	Iso tuoppi (0,5l) keskiolutta tai mietoa siideriä = 1,5 annosta
Lasi (12cl) mietoa viiniä	Iso tuoppi (0,5l) A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
Pieni lasi (8cl) väkevää viiniä	Pullo (0,75l) viiniä (12%) = 6 annosta
Ravintola-annos (4cl) väkeviä	Pullo 0,5l väkeviä = 13 annosta



A-klinikkasäätiö

TUTKIMUSLUPA

Juha Mursula

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön *Alkoholukoon liittyvä päihdeinterventio*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 10.2.2016, toteuttamiselle Espoon A-klinikalla myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta on puoltanut Heli Kainulainen.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön eettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

Lupa myönnetään ja kōhdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.


Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päättyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 16.3.2016

  
Jouni Tourunen  
tutkimuspäällikkö, YTT

  
Ari Saarto  
kehittämissjohtaja  
eettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 0 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta  
Etelä-Suomen palvelualue