

POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Laura Karttunen
Laura Karvinen

PÄIHDEHOITOTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA
Joensuun kaupungin alueen aluesairaanhoitajien näkemyksiä
päihdehoitotyön käytännöistä

Opinnäytetyö
Tammikuu 2010



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät
Laura Karttunen, Laura Karvinen

Nimeke
Päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Joensuun kaupungin alueen aluesairaanhoitajien näkemyksiä päihdehoitotyön käytännöistä.

Toimeksiantaja
Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Tiivistelmä

Päihdeongelmien kasvu ja päihdyttävien aineiden laaja kirjo aiheuttavat paineita ennaltaehkäisevän työn lisäämiseen ja moniammatillisen yhteistyön sekä palvelurakenteen kehittämiseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aluesairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä sekä heidän valmiuksiaan päihdeidenkäyttäjän kohtaamiseen. Lisäksi kartoitettiin heidän näkemyksiään päihdehoitotyön kehittämistarpeista.

Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen haastattelututkimus. Tiedonantajina toimivat Joensuun alueen perusterveydenhuollon aluesairaanhoitajat. Haastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän sairaanhoitajaa. Haastatteluaineistot analysoitiin hyödyntämällä deduktiivista sisällönanalyysia.

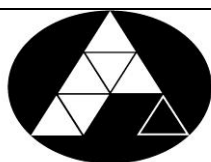
Saatuja tuloksia verrattiin aiempiin tutkimustuloksiin sekä mukaillen Stakesin laatimaan Päihdetyön koulutuksen minimisisältöön. Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajan peruskoulutus antaa niukat valmiudet toteuttaa päihdehoitotyötä ja lisäkoulutusta tarvitaan. Työkokemus antaa aluesairaanhoitajille runsaasti valmiuksia päihdehoitotyöhön. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sekä yhteistyöverkostojen selkiyttäminen ovat tärkeitä haasteita laadukkaan päihdehoitotyön toteuttamiseksi sekä hoidon jatkuvuuden toteutumiseksi. Päihdehoitotyön laadukkaan toteuttamisen kriteereiksi nousivat riittävät ammatilliset valmiudet, täydennyskoulutukset ja päihdetuntemus. Myös vuorovaikutuksen merkitys korostui.

Jatkotutkimusaiheena on esimerkiksi selvittää, millaiset valmiudet vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla on päihdehoitotyöstä ja kuinka hyvin erilaiset päihdetyön suositukset ja toimenpideohjelmat ovat hoitotyöntekijöiden tiedossa.

Kieli
suomi

Sivuja 60
Liitteet 7
Liitesivumäärä 10

Asiasanat
ennaltaehkäisevä päihdetyö, aluesairaanhoitaja, kartoitus



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
January 2010
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 6600

Authors

Laura Karttunen, Laura Karvinen

Title

Substance Abuse Nursing in Primary Health Care. Views of Regional Nurses in the area of Joensuu City on Substance Abuse Nursing Practices

Commissioned by

The Centre of Expertise on Social Welfare in Eastern Finland

Abstract

Substance abuse problems and a broad spectrum of intoxicating substances are causing pressure to increase preventive work and multidisciplinary co-operation and to develop the provision of services. The purpose of this thesis was to explore the experiences of regional nurses on substance abuse nursing and their ability to confront a drug user. In addition, their views on the development needs of substance abuse nursing were also explored.

The research method was a qualitative interview study. The respondents were regional nurses attached to primary health care in the area of Joensuu City. A total of seven regional nurses participated in the interviews. The interview material was analyzed using deductive content analysis.

The results were compared to previous research results as well as to the minimum content of education on substance abuse established by Stakes. The results showed that the basic nursing education gives a limited competence to implement substance abuse nursing and further education is needed. Work experience gives regional nurses plenty of competence for substance abuse nursing. Development of multidisciplinary co-operation and clarification of co-operation networks are important challenges for the implementation of high-quality substance abuse nursing as well as for the implementation of continuity of care. The criteria for implementing a high quality substance abuse nursing emerged from the thesis. These were sufficient professional skills and competencies, further education and the knowledge of intoxicants. Also, the importance of interaction was emphasised.

Follow-up research topics could be, for example, to explore the skills and competencies of recently graduated nurses on substance abuse nursing and also how well various recommendations and agendas concerning substance abuse work are known by health care workers /professionals.

Language
Finnish

Pages 60
Appendices 7
Pages of Appendices 10

Keywords

preventive substance abuse work, regional nurse, survey

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDEHOITOTYÖ SUOMESSA JA PÄIHDEHOITOTYÖN PERUSKÄSITTEITÄ	7
2.1	Yhteiskunnallinen näkökulma.....	7
2.2	Lainsäädäntöä.....	10
2.3	Päihdeet	11
2.4	Päihdetyö ja päihdehoitotyö.....	12
3	PÄIHDEHOITOTYÖN OSAAMINEN JA ENNALTAEHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA.....	14
3.1	Sairaanhoitaja päihdehoitotyössä	14
3.2	Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen päihdetyössä	15
3.2.1	Hoitotyön periaatteiden soveltaminen päihdehoitotyössä.....	16
3.2.2	Päihdetyön koulutuksen minimisisältö	18
3.3	Ennaltaehkäisevä päihdetyö.....	19
3.3.1	Ennaltaehkäisevän päihdetyön käytänteet.....	20
3.3.2	Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit	21
3.4	Päihdeitä käyttävä asiakas perusterveydenhuollossa	22
3.5	Asiakkaan ohjaaminen sairaanhoitajan työssä	23
3.6	Mini-interventio	24
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	26
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
5.1	Tutkimusmenetelmä	26
5.2	Tiedonantajat.....	27
5.3	Haastatteluaineiston keruu	28
5.4	Aineiston analyysi	32
5.4.1	Sisällönanalyysi.....	33
5.4.2	Aineiston analyysin eteneminen	35
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	36
6.1	Aluesairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyön valmiuksista ja niiden riittävydestä.....	36
6.2	Aluesairaanhoitajien kuvaamia kehittämistarpeita ja –toiveita päihdetyöhön	41
7	POHDINTA	42
7.1	Tulosten tarkastelua.....	42
7.1.1	Aluesairaanhoitajien kokemukset heidän valmiuksistaan ja niiden riittävydestä päihdehoitotyöhön.....	42
7.1.2	Aluesairaanhoitajien kehittämistarpeet ja –toiveet päihdetyöhön	46
7.2	Johtopäätökset	47
7.3	Luotettavuus.....	49
7.4	Eettisyys.....	53
7.5	Jatkotutkimusaiheet	57
	LÄHTEET	58

LIITTEET

Liite 1	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2	Päihdetyön koulutuksen minimisisältö
Liite 3	AUDIT-kyselytesti lomake
Liite 4	Saatekirje
Liite 5	Teemahaastattelulomake
Liite 6	Esimerkki aineiston yhdistelystä ja pelkistämisestä
Liite 7	Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

1 JOHDANTO

Yksilötasolla päihdeongelma tuo mukanaan vaikeuksia työssä suoriutumiseen, raha-asioiden hallintaan ja arkielämässä selviytymiseen. Tämä näkyy sosiaali- ja terveydenhuollossa usealla eri tavalla ja monen eri tekijän yhteisvaikutuksen tuloksena. Aiemmin vallinneen kontrolloivan suhtautumisen sijasta päihdeongelmat nähdään nykyisin hoidon, elämäntilanteen kohentamisen ja sosiaalisen tuen tarpeina. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2004, 79.) Päihdeongelmiin suhtaudutaan vakavasti sekä Euroopan unionin, valtion että kuntien tasolla. Esimerkkinä ajankohtaisista toimista ovat Euroopan alkoholiohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 38–39), Mieli 2009-suositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 5) sekä Kaste-hanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c).

Suomessa tehtyjen tutkimusten aihealueisiin tutustuesssa huomaa, että päihdetyötä ja päihdehoitotyötä on tutkittu suhteellisen vähän terveydenhuollon näkökulmasta, ja erityisesti hoitotieteellistä tutkimustietoa on saatavilla yhä varsin vähän (Levänen 2006, 10). Tutkimuksia on tehty muun muassa päihdetyötä tekevien sairaanhoitajien toivosta, varhaisvaiheen päihdehoitotyöstä perusterveydenhuollossa, päihdehoitotyöstä päihdesairaanhoitajaverkoston jäsenten itsensä kuvaamana ja asiakkaiden kokemuksista päihdepalveluista (Behm 2005, Halonen & Pasivaara 2008, Levänen 2006, Sutinen 1997). Aihealuetta on tutkittu myös kansainvälisesti. Esimerkiksi Englannissa toteutettiin vuosina 2007–2008 vuoden mittainen projekti, jossa tutkittiin viiden englantilaisen kaupungin päihdehoitotyön vaikuttavuutta perusterveydenhuollossa. (Mason 2009, 35, 40).

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana on Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (liite 1). Opinnäytetyön aihe tuli käytännön tarpeista, sillä perusterveydenhuollon toimijoiden valmiuksia, koulutustarpeita ja näkemyksiä päihdehoitotyöhön Joensuun alueella ei ole aikaisemmin kartoitettu. Tiedonantajiksi valittiin perusterveydenhuollon toimijoita, joita ei työnkuvansa puolesta luokitella päihdehoitotyön erityisosaajiksi. Joensuun kaupungin aluesairaanhoitajat rajattiin tiedonantajiksi, koska heillä on laaja asiakaskunta ja heidän

toimenkuvansa on toimia ensikontaktina ihmisten tarvitessa terveydenhuollon palveluita.

Opinnäytetyöstä saatavaa tietoa aluesairaanhoitajien valmiuksista ja näkemyksistä päihdehoitotyöhön vertailtiin soveltuvin osin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (yhdistyi vuoden 2009 alussa Kansanterveyslaitoksen kanssa Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi) laatimia valtakunnallisia suosituksia päihdetyön minimisisällöstä. Tuloksia analysoitaessa tarkasteltiin lisäksi Joensuun aluesairaanhoitajien koulutustaustaa, valmiuksia päihdehoitotyöhön, jatko- ja täydennyskoulutusten riittävyyttä sekä kehittämistarpeita ja toiveita.

2 PÄIHDEHOITOTYÖ SUOMESSA JA PÄIHDEHOITOTYÖN PERUSKÄSITTEITÄ

2.1 Yhteiskunnallinen näkökulma

Suomen alkoholilainsäädännön uudistamisen myötä alkoholin tarjonta on lisääntynyt, myyntiverkostot ovat laajentuneet ja päihteidenkäytön yksilönvastuu on korostunut. Toisaalta yhteiskunnassa vallitsevat olot, kuten taloudellinen laskusuunta, lisäävät päihteiden väärinkäyttöä, tästä johtuvia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia sekä syrjäytymistä. Myös Euroopan yhdentyminen on lisännyt huumeiden ja kiellettyjen lääkeaineiden tarjontaa Suomessa. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1995, 2–4.)

Vaikka yksilönvastuu nykyisen lainsäädännön osalta korostuukin, päihteiden käyttö ei koske pelkästään yksilöä itseään. Se vaikuttaa myös yksilön perheeseen, ystäviin ja työtovereihin. Päihteiden runsas käyttö aiheuttaa lisääntyvää sairastavuutta, kuolleisuutta sekä sosiaalisia ongelmia. Terveydenhuollossa kohdataan päivittäin asiakkaita, joiden ongelmat johtuvat vähintään epäsuorasti päihteiden käytöstä. Koska väärinkäyttö todennäköisesti tulee pysymään jatkuvana yhteiskunnallisena ongelmana, tulisi terveydenhuollossa pyrkiä vaikuttamaan yksilötasolla henkilöiden käyttötottumuksiin sekä tiedottaa päihteidenkäytön terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista. Päihteidenkäyttäjien kanssa työskentelevien olisikin tästä syystä hyvä tuntea erilaiset päihteet ja tunnistaa niiden ongelmakäyttö pystyäkseen vaikuttamaan kysynnän

vähentämiseen ja samalla panostamaan ennaltaehkäisevään päihdetyöhön. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1995, 3–5.)

Mielenterveyshäiriöihin ja päihdeongelmiin liittyvät kustannukset ovat mittavia. Yleisin työikäisten kuolinsyy on alkoholi. 1960-luvun loppuun verrattuna alkoholin kokonaiskulutus on kolminkertaistunut. Vuoden 2004 alkoholiverotuksen keventymisen myötä alkoi viimeisin jyrkkä alkoholinkulutuksen kasvuvaihe. Samalla myös alkoholikuolemat ja -sairaudet ovat selvästi lisääntyneet. Huumeiden käyttö alkoi yleistyä 1990-luvun lopussa, ja mielenterveys- sekä päihdeongelmat lisääntyivät selvästi samaan aikaan. Avohoidon kehittäminen on kuitenkin jäänyt toissijaiseksi, kun suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitokustannuksista kohdentuu laitoshoidon. Olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää kehittää laitoshoidon lisäksi myös kuntoutumista tukevaa sekä ongelmia ehkäisevää työtä. Vaikuttaminen näihin on samalla sijoittamista toimintakykyyn ja yksilöiden tuottavuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 13.)

Euroopan ensimmäinen virallinen alkoholiohjelma laadittiin vuonna 1992. Terveystenhuoltojärjestelmän merkitystä alkoholihaittojen havaitsijana ja ehkäisijänä korostettiin. Erityisesti perusterveydenhuollon rooli alkoholin riskikäyttäjien tunnistamisessa ja auttamisessa nousi esiin. Jo tällöin nähtiin, että perusterveydenhuollon toimilla voitiin auttaa yksilöitä vähentämään alkoholin kulutusta 25 - 35 prosenttia ja vastaavasti suurkuluttajien määrää 45 prosenttia. Tämän vuoksi terveydenhuollolle pyrittiin saamaan entistä suurempaa ja keskeisempää roolia alkoholihaittojen havaitsijana ja ehkäisijänä. Alkoholiohjelmassa korostui perusterveydenhuollon toimijoiden rooli päihdetyön aloitteentekijänä. Tarve koulutukseen sekä erilaisten seulonta- ja toimenpideohjelmien toteuttamiseksi lisääntyi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 70, 76.)

Vuosituhanen alussa käynnistetyssä Euroopan alkoholiohjelmassa 2000–2005 todettiin, että perusterveydenhuollon ammattilaisille tulee antaa koulutusta mini-intervention käyttöön sekä alkoholin vaarallisen ja haitallisen käytön tunnistamiseen. Tämä toimenpidemääräys oli määrä toteuttaa vuoteen 2005 mennessä, ja tähän olivat kaikki EU-maat sitoutuneet. Tavoitteena oli saatavissa olevan ja tehokkaan hoidon järjestäminen päihdeiden vaara- ja haitallisille käyttäjille sekä päihderiippuvaisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 38–39.)

Suomessa laadittiin vuonna 2004 ensimmäinen alkoholiohjelma, johon myös valtioneuvosto sitoutui. Hallitus päätti jatkaa ohjelman toteuttamista vuosille 2008–2011. Pääkoordinaattorina toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, joka vastaa ohjaamisesta ja ohjelman toteuttamisesta kuntatasolla. Ohjelman tarkoitus kiteytyy valtion, kuntien ja järjestöjen yhteiseen ponnisteluun alkoholihaittojen vähentämiseksi. Tavoitteet jakautuvat kolmeen päälinjaukseen, joita ovat lasten ja perheiden kokemien alkoholihaittojen vähentäminen, alkoholin riskikäytöstä johtuvien haittojen vähentäminen sekä alkoholin kokonaiskulutuksen kääntyminen laskuun. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kehittää ja tarjoaa toimijoille uusia työmenetelmiä sekä hyviä käytäntöjä. Esimerkkinä käytännön työkalusta on terveydenhuollon käyttämä mini-interventio. Sen avulla helpotetaan alkoholinkäytön puheeksiottoa, riskikulutuksen tunnistamista sekä neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseksi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

Tällä hetkellä Suomessa toteutettava, valtioneuvoston hyväksymä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste vuosille 2008–2011 sisältää kehittämistavoitteita ja toimenpiteitä myös päihdetyön alueelta. Ohjelma on suunnattu suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden johtamiseen, ja siihen sisältyy 39 toimenpidettä, joita toteuttavat valtio, kunnat ja kuntayhtymät sekä järjestöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valtakunnallisista kehittämislinjauksista. Suositus on nimeltään Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelman lähtökohtana on linjata ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhteisesti valtakunnalliselta tasolta. Päihdetyön kannalta keskeistä suunnitelmassa on painottaa asiakkaan aseman vahvistamista, päihitteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa. Kaikkien ikäryhmien päihdepalvelujen järjestämisen huomioiminen, erityisesti painottaen perus- ja avohoitopalveluiden merkitystä on yksi suosituksen pääkohdista. Uusia kehittämislinjauksia ovat matalakynnyksisen yhden oven periaatteen korostaminen hoitoon tullessa sekä toisena yhdistettyjen

mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 5.)

2.2 Lainsäädäntöä

Päihdetyötä ohjaavat lait ovat ajan myötä muuttuneet kieltolaista nykyiseen sallivaan ohjaukseen. Myös suhtautuminen päihdeongelmaisten hoitoon on vuosien kuluessa muuttunut. Toimijakentässä ovat nyt mukana viranomaistahojen lisäksi eri järjestöt. Aiemmin päihdetyötä ohjattiin erilaisin normein ja määräyksin, nykyisin taas vastuuta on siirretty enemmän paikallistason toimijoille lisäämällä heidän itsenäisyyttään sekä myös vapautta toiminnan toteuttamiseen. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 7.)

Nykyisin ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan verkostomaisesti ja monialaisesti. Työtä tehdään yhdistämällä eri alojen asiantuntemusta sekä luomalla laatua ja vaikuttavuutta strategisen yhteistyön kautta. Verkostomainen työtyyli edellyttää tiedon päivittämistä ja uudenlaisia valmiuksia toimijoilta. Yli puolet Suomen kunnista on asettanut toimintaan moniammatillisen päihderyhmän. Näissä kunnissa nimetään ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, jonka tehtävänä on toimia linkkinä eri toimijoiden välillä laajan yhteistyön mahdollistamiseksi. Ehkäisevä päihdetyö on lakisääteistä toimintaa, jonka edellytysten luominen on ensisijaisesti valtiolla ja kunnilla. Käytännön toiminta on jakautunut kuntien, järjestöjen ja erilaisten päihdetyön yhteisöjen kesken. Työtä tehdään paljon osana eri ammattikuntien perustyötä. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 7.)

Päihdehuoltolaissa (41/1986) veloitetaan, että Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle.

Laissa veloitetaan päihdehuollon alalla toimivia yhteisöjä ja viranomaisia yhteistyöhön. Päihdehuollon palveluita järjestetään monelta taholta. Niitä tuottavat kunnat, A-klinikkasäätiö, järjestöt, yksityiset yrittäjät, kuntayhtymät ja päihdepalvelusäätiöt (Kekki & Partanen 2008, 6.)

Laki määrää myös sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan seuraamaan päihteiden ongelmakäyttöä ja jakamaan tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä sekä antamaan asiantuntija-apua yksityishenkilöille, muille viranomaisille ja kunnassa toimiville yhteisöille. Laissa määritellään myös toimenpiteet tahdosta riippumattomasta hoidosta vapaaehtoisuuteen perustuvien palveluiden riittämättömyyden, terveysvaaran tai väkivaltaisuuden perusteella. (L41/1986.)

Päihdehuoltolaissa velvoitetaan ensisijaista palvelupistettä, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon yksikköä, antamaan apua ja hoitamaan sen tarjoamiin palveluihin turvautuvaa potilasta myös päihteidenkäyttöön liittyvissä kysymyksissä (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 6). Hoidon tulee perustua luottamukseen, ja toiminnassa on otettava huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Päihteiden ongelmakäyttäjän on saatava apua ja tukea myös toimeentuloon, työhön sekä asumiseen. Palvelut tulee järjestää siten, että niihin on helppo hakeutua. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee kehittää siten, että niissä pystytään hoitamaan riittävästi päihteiden ongelmakäyttäjiä ja että henkilö pystytään tarvittaessa ohjaamaan erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. (L41/1986.)

2.3 Päihteet

Päihteet ovat kuuluneet ihmiskunnan historiaan jo kauan. Ihmiset ovat hyödyntäneet luonnosta erilaisia aineita, jotka vaikuttavat rentouttavasti, piristävästi tai tietoisuuden tilaa muuttavasti. (Holopainen 2005.) Päihde käsitteenä voidaan määritellä usealla eri tavalla. Päihteiksi luokitellaan kaikki kemialliset aineet, jotka aiheuttavat käyttäjälle päihtymystilan, kuten esimerkiksi alkoholin aiheuttaman humalatilan. Yleisimmin päihteiksi luokitellaan alkoholi ja tupakka, joiden käyttö on lain mukaan sallittua yli 18-vuotiaille. (Dahl & Hirschovits 2002, 5–6.) Huumausaineet ovat päihdyttäviä aineita, jotka on määritelty huumausainelaisissa. Tällaisia aineita ovat esimerkiksi ekstaasi, heroini, amfetamiini, tietyt sienet, osa lääkkeistä, kannabis, kokaiini sekä LSD. Huumeet vaikuttavat pääasiassa keskushermostoon joko kiihottavasti, lamaavasti tai hallusinogeenisesti. Päihtymistarkoituksessa käytetään myös erilaisia teknisiä liuottimia tai puhdistusaineita, jotka määritellään lain mukaan myrkyllisiksi aineiksi. (Dahl & Hirschovits 2002, 5–6.)

Päihteiden vaikutus riippuu monista eri tekijöistä. Keskeisimpiä ovat päihdyttävän aineen käyttötapa ja annostelu. Toivottu vaikutus riippuu lisäksi yksilön tietyistä ominaisuuksista, kuten iästä, yleiskunnosta sekä käyttötottumuksista sekä siitä, käytetäänkö useampia eri päihteitä sekaisin. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.) Päihderiippuvuus tarkoittaa pakonomaista tarvetta saada ainetta jatkuvasti tai ajoittain sen psyykkisten vaikutusten takia. Toinen päihderiippuvuuteen johtava syy on aineen pakonomainen käyttäminen epämiellyttävän olon poistamiseen. (Havio ym. 1994, 7.)

Päihderiippuvuutta voidaan määritellä useasta eri näkökulmasta, mutta sen syntyyn vaikuttavat tekijät ovat selkeämmin määriteltävissä. Päihteiden farmakologiset ominaisuudet yhdessä persoonan rakenteen kanssa ovat keskeisessä asemassa päihderiippuvuuden muodostumisessa. Farmakologisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan kyseessä olevan aineen vaikutuksien ymmärrystä ja tietämystä aineen vaikutusmekanismeista. (Paasonen & Tuomisto 2009, 19). Muita vaikuttavia tekijöitä ovat yksilön tietyt fyysiset ominaisuudet, kuten esimerkiksi sietokyky, erilaiset ympäristötekijät, kulttuuri sekä aineellinen ympäristö. Päihdeongelmasta voidaan puhua silloin, kun päihteiden käyttö aiheuttaa jonkinlaista kehollista haittaa tai elämäntilanteeseen erilaisia vaikeuksia. (Havio ym. 1994, 7, 27.)

Tässä opinnäytetyössä päihde-käsitteellä tarkoitetaan humalluttavassa tai huumaavassa tarkoituksessa käytettävää ainetta. Päihderiippuvuudella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sellaista psyykkistä tai fyysistä tilaa, joka on päihdyttävän aineen ja yksilön välisen symbioottisen vuorovaikutuksen seurausta. Opinnäytetyön luonteen vuoksi ei ole mielekästä käsitellä päihteitä erikseen ainekohtaisesti, koska painopiste opinnäytetyössä on päihteidenkäytön kokonaisuudessa, korostaen ennaltaehkäisevää päihdehoitotyötä.

2.4 Päihdetyö ja päihdehoitotyö

Päihdetyöllä tarkoitetaan päihdehoitoa ja päihteiden käytön sekä käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisyä. Päihdetyö voidaan jakaa ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.) Päihdehoitotyö taas on yksi, mutta tärkeä osa moniammatillista päihdetyötä. Se sisältää terveyttä edistävän,

ehkäisevän ja korjaavan työn. Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia hoitotyön asiantuntijana ja päihdetyön toteuttajana. Työtä voidaan toteuttaa joko itsenäisesti asiantuntijana tai osana muuta hoitotyötä missä tahansa terveydenhuollon toimipisteessä. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2009) Tässä opinnäytetyössä käytetään tarkoituksenmukaisissa yhteyksissä alakäsitettä päihdehoitotyö ja laajempaa yläkäsitettä päihdetyö.

Päihdehoitotyö sisältää siis päihteidenkäyttöä ehkäisevän, päihteidenkäytöstä aiheutuvia haittoja korjaavan sekä terveyttä edistävän päihdetyön osa-alueet (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 11). Päihdehoitotyö koostuu hoitotyön perustaidoista ja päihdetyön erityisosaamisesta. Keskeisimpiä perusvaatimuksia ja -taitoja ovat asiakkaan motivointi, päihdetietämys sekä erilaisten psyykkisten ja fyysisten oireiden varhainen tunnistaminen. Erityistaitoihin kuuluvat neuvottelukyky, viestintätaidot, moniammatilliset työskentelyvalmiudet, rajojen asettamistaidot sekä empatiakyky. Tärkeitä ammatillisia valmiuksia ovat myös asiakkaiden suoriutumiskyvyn arviointi, ymmärrys riippuvuudesta kärsivien henkilöiden ongelmista sekä erityisesti taito asianmukaiseen hoitoonohjaukseen. (Montonen & Powers-Erkkilä 2003, 25.)

Päihdehoitotyö on hyvin moniulotteista, ja sen tulee olla aina asiakkaan yksilöllisyyden huomioivaa. Päihdehoitotyötä voidaan tarkastella monin eri tavoin, esimerkiksi hoitotyön periaatteiden kautta. Näiden avulla voidaan myös havainnollistaa käytännön päihdehoitotyön toteuttamisen toivottuja piirteitä ja vaatimuksia. (Havio ym. 2008, 14, 19.)

Päihdehoitotyötä tekevän on tärkeää selvittää, millaisen merkityksen päihteidenkäyttö saa ihmisen elämässä. Tätä voidaan selvittää esimerkiksi siten, millainen merkitys päihteidenkäytöllä on yksilön arkipäiväisessä elämässä ja sosiaalisissa suhteissa. Merkityksen selvittämiseen vaikuttaa myös se, millaisen roolin yksilö itse päihteidenkäytölleen antaa, sekä millaisen kuvan ja merkityksen päihteidenkäyttö saa perheeltä ja läheisiltä. (Havio ym. 2008, 14, 19.)

Päihdehoitotyössä ongelmat eivät useinkaan ole yksiselitteisiä, ja ne koostuvat muustakin kuin pelkästään potilaan ja ammatillisen toimijan välisestä hoitosuhteesta. Useat terveydenhuollon toimijat eivät esimerkiksi pysty havaitsemaan päihdeongelmia tarpeeksi ajoissa, koska he eivät tunne riippuvuuden tunnistamisessa käytettäviä

kriteerejä. Työntekijä voi myös kokea itsensä riittämättömäksi sekä voimattomaksi riippuvuusongelmien kohtaamisessa, jos hänellä ei ole ongelman käsittelyyn vaadittavia riittäviä ammatillisia valmiuksia. (Montonen & Powers-Erkkilä 2003, 12.)

3 PÄIHDEHOITOTYÖN OSAAMINEN JA ENNALTAEHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Sairaanhoidaja päihdehoitotyössä

Sairaanhoidajan ammatillisuuteen kuuluu tärkeänä osana oman persoonan käyttö työvälineenä. Päihdehoitotyössä tämä tarkoittaa muun muassa kykyä tiedostaa oma suhtautumisensa päihteisiin ja niiden käyttöön sekä päihteidenkäyttäjiin. Hoidajan, joka on käsitellyt oman suhteensa päihteisiin, on helpompi kohdata päihteitä käyttävä asiakas. Mikäli sairaanhoidaja ei ole käsitellyt suhtautumistaan päihteisiin, ammatillisuus päihdehoitotyössä voi helposti jäädä vajaaksi asenne- ja tunnetasolla. (Havio ym. 2008, 183–184.)

Sairaanhoidajan toimenkuva päihdehoitotyössä on erittäin moniulotteinen. Päihdehoitotyötä toteutetaan perusterveydenhuollossa terveystieteiden avopalveluyksiköissä, kotihoidossa, vuodeosastoilla sekä sairaanhoidajan vastaanotoilla. Sairaanhoidaja kohtaa päivittäin eri toimipisteissä lukuisia ihmisiä, jotka kärsivät päihteidenkäyttöön liittyvistä haitoista sekä päihdesairauksista. Asiakas voi olla satunnainen kuluttaja, kokeilukäyttäjä, omainen tai suurkuluttaja ja iältään minkä ikäinen tahansa. Sairaanhoidajalta vaaditaan korostunutta itseohjautuvuutta ja vahvaa kykyä toimia tiedonantajana, neuvojana, tukijana sekä motivoijana. Kokonaisvaltainen päihdehoitotyö vaatii moniammatillista yhteistyötä, ja sairaanhoidajan rooli on olla oman alansa asiantuntija tässä verkostossa. (Havio ym. 2008 11–12.)

Päihdehoitotyössä työskentelevän sairaanhoidajan ammatillisuus kehittyy työkokemuksen, oman ammatillisen kasvun, jatkuvan kehittymisen sekä kouluttautumisen myötä päihdehoitotyön asiantuntijuuteen. Päihdehoitotyön

asiantuntija tai päihdesairaanhoitaja työskentelee pääsääntöisesti päihdehuollon erityispalveluissa tai päätoimisesti päihdetyössä. Päihdehoitotyö on kuitenkin tärkeä osa kaikkien sairaanhoitajien työtä, etenkin perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitaja toimii päihdehoitotyössä muutokseen mahdollistajana ja asian tietoisuuteen tuojana, motivoijana sekä tukijana. (Havio ym. 2008, 11–12.)

Päihdehoitotyössä on erityisen tärkeää olla motivoitunut asiakastyöhön. Työn tulee olla yksilölähtöistä, asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävää hoitotyötä. Päihdehoitotyö vaatii sairaanhoitajalta kuuntelutaitoa, kykyä arvioida asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä sekä asiakkaan motivointia päihteiden käytön vähentämiseksi. (Havio ym. 2008, 11.)

3.2 Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen päihdetyössä

Tuomen (2005, 44, 66) mukaan asiantunteva sairaanhoitaja toimii tilannekohtaisesti, koska hänellä on työkokemuksen myötä kehittynyt kyky toimia intuitiivisesti. Taitava sairaanhoitaja osaa myös tarkastella kohtaamiaan tilanteita kokonaisuuksina ja hänellä on kyky laittaa asiat tärkeysjärjestykseen. Asiantuntevan sairaanhoitajan toiminta pohjautuu kokonaisvaltaiseen ja syvälliseen ymmärrykseen. Sairaanhoitajan työnkuva sekä siihen kohdistuvat vaatimukset vaihtelevat yhteiskunnallisten olosuhteiden sekä ajankohdan mukaan.

Sairaanhoitajan on tärkeä ylläpitää tietotaitoaan sekä kouluttautua ajan vaatimusten mukaisesti. Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen pitäminen ajan tasalla kuuluu olennaisesti päihdehoitotyön kehittämiseen. (Havio ym. 2008, 11). Suomessa päihdekoulutusta järjestävät useat tahot eri ammattiryhmille. Tässä opinnäytetyössä päihdehoitotyön koulutusta käsitellään yleisellä tasolla, ei niinkään yksittäisten erilaisten koulutusmuotojen tai -menetelmien kautta.

Päihdekoulutuksen nykytila ja -tarjonta on tällä hetkellä hyvin vaihtelevaa ja eri kohderyhmille suunnattua. Koulutustarjonta on hyvin sekava kokonaisuus ja vaatii yhä paljon kehittämistä. Tarjolla on erilaisia lähestymistapoja, metodologioita, tavoitteita, käsitteitä, tarvekartoitusmalleja sekä koulutusympäristöjä. Koulutus ei myöskään laadullisesti ole yhtenäistä ja on tärkeää huomioda koulutuksissa ei-asiantuntijat ja päihdeasiantuntijat. Päihdeasiantuntijoilla tarkoitetaan henkilöitä, jotka työskentelevät

päihdehuollossa ehkäisevän työn parissa. Ei-asiantuntijoilla puolestaan tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat peruspalveluiden työntekijöitä, kuten esimerkiksi sairaaloissa ja perusterveydenhuollossa toimivat henkilöt. Ei-asiantuntijoiden päihdehuollon koulutuksen tulisi keskittyä näyttöön perustuvaan tietoon päihteiden käytöstä, erilaisten oireiden varhaiseen tunnistamiseen, hoidollisten taitojen kehittämiseen, hoitopalvelun verkostojen tuntemiseen, moniammatilliseen tiimityöskentelyyn, palveluohjaukseen sekä tilannearvioiden tekoon. (Montonen & Powers-Erkkilä 2003, 15.)

3.2.1 Hoitotyön periaatteiden soveltaminen päihdehoitotyössä

Tässä opinnäytetyössä päihdehoitotyötä tekevän sairaanhoitajan olennaisia ammatillisia osaamisvalmiuksia tarkastellaan seuraavien hoitotyön periaatteiden kautta: omatoimisuus, itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys, terveyden edistäminen, turvallisuus, jatkuvuus sekä kokonaishoito.

Omatoimisuuden ja itsemääräämisen periaate näkyy sairaanhoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Päihteidenkäyttäjän itsemääräämisoikeutta tulee tukea ja kunnioittaa aina, kun se ei ole yksilön tai välittömän ympäristön turvallisuuden vastaista. Sairaanhoitajan työnä on tukea asiakasta ja valvoa sekä ohjata hänen päätöksiään ja auttaa etsimään ratkaisuja, jotka ovat hänen etujensa mukaisia. Sairaanhoitaja ei kuitenkaan tee päätöksiä asiakkaan puolesta tai ota vastuuta tilanteesta, koska tällöin hoitosuhde saa helposti kielteisen sävyn. Tämä voi johtaa jopa riippuvuuteen hoitosuhteesta. Päihdehoitotyössä on tärkeää tarjota vaihtoehtoja ja antaa tietoa hoitomahdollisuuksista, mutta ei liian jyrkästi. Asiakkaalla on myös aina oikeus kieltäytyä hänen terveyteensä liittyvistä palveluista. Päihdehoitotyötä tehtäessä tämä tulee hyväksyä ja muistaa. Tärkeää on myös tarjota apua päihteidenkäyttäjälle silloin, kun hän on sitä valmis ottamaan, vaikka hän aikaisemmin olisikin kieltäytynyt hoidosta. Tällöin sairaanhoitajan ammatillinen auktoriteetti korostuu myönteisellä tavalla. (Havio ym. 1994, 46; Havio ym. 2008, 19–20.)

Yksilöllisyyden periaatteen mukaisesti asiakkaan merkityskokemukset otetaan aina vastaan aidosti kuunnellen ja ihmisarvoa kunnioittaen. Päihdehoitotyössä tämä korostuu avun hakemisen vaiheessa sekä erityisesti asiakkaan kohtaamisessa. Sairaanhoitajan tulee aktiivisesti kuunnella asiakkaan yksilöllisiä kokemuksia ja huomioida hänen

voimavarojaan aina tilannekohtaisesti. Päihdehoitotyössä yksilöllisyyden kohtaaminen edellyttää sairaanhoitajalta kykyä sivuuttaa omat ennakkoluulonsa sekä -asenteensa ja leimaavat, kielteiset käsityksensä päihteidenkäyttöön. Sairaanhoitajan tulee kohdata asiakas yksilönä, kokonaisvaltaisena ihmisenä, eikä päihdeongelmaisena tai päihteidenkäyttäjänä. (Havio ym. 1994, 44–45; Havio ym. 2008, 19.)

Päihdehoitotyössä on tärkeää huomioida perhekeskeisyys. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, kuinka perhe otetaan huomioon, kuinka asiakkaan perhetilanne otetaan esille hoitosuhteessa, mitä tukimuotoja perheelle on tarjolla ja minkälaiset lähestymistavat ovat toimivia ja perusteltuja. Päihdehoitotyössä perheille on tarjolla erilaisia perhetapaamisia, perheterapioita sekä erilaisia perheille suunnattuja vertaistukiryhmiä. Nykyisin yhä useammin päihdehoitotyön asiakkaiksi hakeutuu päihteidenkäyttäjien sijaan ensin heidän läheisiään tai jopa koko perhe. Verkostokeskeisyyden ja yhteisöllisyyden periaatteet auttavat jäsentämään ja ymmärtämään päihteidenkäyttäjän sosiaalisten verkostojen kokonaisuutta. Perheen, sukulaisten, ystävien, työyhteisön sekä harrastus- ja vapaa-ajan yhteisöjen tunteminen helpottaa hoitosuhteen kokonaisvaltaisuutta. (Havio ym. 2008, 21.)

Terveyden edistämisellä päihdehoitotyössä tarkoitetaan voimavarojen kohdistamista terveydentilaan ja vaikuttamista asiakkaan terveyskäsitteisiin. Sairaanhoitaja tukee asiakkaan voimavarakeskeisyyttä uskomalla asiakkaan omiin voimavaroihin ja auttamalla häntä löytämään ja vahvistamaan niitä. On tärkeää tuoda esille päihteiden käyttöön liittyviä välittömiä riskejä ja haittoja sekä myös välillisiä riskejä, jotka liittyvät päihteiden vaikutuksen alaisena olemiseen. Päihteiden vaikutuksenalaisena monet periaatteet ja käsitykset voivat muuttua ja unohtua. Yksilön toiminta voi olla hyvin arvaamatonta. Kokonaisvaltaisen hoidon mukaisesti on tärkeää kertoa asiakkaalle nämä riskit ja ohjata hänen terveyskäsitteisiään myös näiltä osin. Riskitekijöitä ovat esimerkiksi suojaamaton seksi sekä huumausaineiden käyttöön ja epäpuhtaiden välineiden käyttöön liittyvät seikat. (Havio ym. 1994, 45; Havio ym. 2008, 19.)

Turvallisuus on päihdehoitotyössä yksi keskeisimmistä periaatteista. Päihteiden käyttö on suuri turvallisuusriski yksilön psyykkiselle ja fyysiselle hyvinvoinnille. Päihteiden käyttöön liittyy usein myös suuria pelkotiloja, turvattomuuden tunnetta ja voimakasta levottomuutta sekä jopa vieroitusoireita silloin, kun päihteitä ei ole saatavilla tai kun ihminen koettaa lopettaa päihteiden käyttöä. Sairaanhoitajan tulee pyrkiä

ennaltaehkäisemään vaaratilanteita ja väkivaltatilanteita huomioimalla nämä asiat etukäteen mahdollisuuksien mukaan. (Havio ym. 1994, 45; Havio ym. 2008, 21.)

Jatkuvuuden ja kokonaishoidon periaatteet toimivat päihdehoitotyössä koko hoidon toimivuuden perusedellytyksinä. Sairaanhoidajalta vaaditaan tällöin neuvottelutaitoja sekä valmiuksia suostutteluun, motivointiin, aktiiviseen kehotukseen sekä päättäväisyyteen. Sairaanhoidajan tulee olla valmis useisiin yhteydenottoihin, neuvotteluihin, konsultaatioihin sekä myös epäonnistuviin yhteistyöyrityksiin ja uudelleen aloittamiseen. Sairaanhoidajalla tulee olla tietoa erilaisista hoitopaikoista ja hoitomuodoista sekä hoitoonohjauksesta. Erityisesti kriisissä olevien sekä itsetuhoisten päihdeidenkäyttäjien kohdalla korostuvat jatkuvuuden ja kokonaisvaltaisuuden periaatteet. Päihdehoitotyö edellyttää toimijoiltaan ymmärrystä siitä, että terveystottumusten muutosprosessi on aina pitkä ja monivaiheinen, sisältäen onnistumisen sekä epäonnistumisen kokemuksia. Päihdehoitotyötä tekevältä sairaanhoidajalta vaaditaan ammatillista työtettä, ja hänellä tulee olla kykyä toimia monien eri työskentelytapojen avulla. Sairaanhoidaja toimii asiakkaan ja hänen läheistensä asianajajana, ja tällöin hänen ammatillisuutensa kuuluu oman työn ja työyhteisön jatkuva kehittäminen ja ajan tasalla pitäminen. Etenkin päihdehoitotyössä uudet päihheet ja jatkuvasti kehittyvät hoitomuodot vaativat elinikäisen oppimisen sisäistämistä osaksi omaa toimintaansa. (Havio ym. 1994, 46; Havio ym. 2008, 20–21.)

3.2.2 Päihdetyön koulutuksen minimisisältö

1.3.2007 julkaistiin opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä laatima ohjeistus ”Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö”, jonka pohjalta on laadittu päihdetyön koulutuksen minimisisältö-suositus (liite 2). Suosituksen tarkoituksena on toimia päihdetyön opetuksen tukena sekä myös käytännön toteutuksessa päihdetyöntoiminnan suunnittelun sekä toteutuksen pohjana. Suositus on laadittu käytettäväksi kaikille ammatillisille koulutusasteille, sekä erityisesti soveltuville koulutusaloille, tarvittaessa huomioiden alakohtaiset täydennykset sekä painotukset. (Opetusministeriö 2007, 49–50.)

Asiasisällöllisesti koulutuksen minimisisällössä on keskeistä muun muassa se, että opiskelija hallitsee perustiedot päihteistä ja niiden käytöstä, tunnistaa päihteiden ongelmakäyttäjän, osaa soveltaa varhaisen puuttumisen menetelmiä, hallitsee ammatillisen suhtautumisen päihteiden käyttöön, kykenee tukemaan päihteidenkäyttäjää, tuntee päihdelainsäädännön ja oman alueensa moniammatillisen verkoston sekä osaa puuttua päihteidenkäyttöön myös omassa työyhteisössään. Tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää ennaltaehkäisevän työn ja moniammatillisen yhteistyön merkityksen päihdehaittojen ehkäisyssä ja hyvinvoinnin lisäämisessä. Päihdetyön minimisisältö käsittää ammatillisen asenteen, tietojen sekä taitojen osa-alueet. Suosituksessa ovat opiskelijan valmiusvaatimukset sekä koulutuksen tarjoamat vastineet eri osa-alueille. (Opetusministeriö 2007, 49–50.)

3.3 Ennaltaehkäisevä päihdetyö

Ehkäiseväpäihdetyö on toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, hyvinvointia sekä turvallisuutta. Se kuuluu osaksi perus- sekä ihmisoikeuksien edistämistä. Nämä tavoitteet voidaan saavuttaa edistämällä päihteettömiä elintapoja, lisäämällä päihdeilmiöiden ymmärrystä ja hallintaa sekä ehkäisemällä ja minimoimalla päihdehaittoja. Ehkäisevänpäihdetyön keinoilla pyritään vähentämään päihteiden saatavuutta, tarjontaa, kysyntää sekä päihteidenkäytön aiheuttamia haittoja ja vaikuttamaan päihteitä koskeviin asenteisiin, oikeuksiin sekä päihteisiin liittyvään tietämykseen. Sillä vaikutetaan myös päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin, riskitekijöihin, päihteiden käyttöön ja päihteiden käyttötapoihin. Kaikki tämä on arvokasta silloin, kun päämääränä on päihdehaittojen ehkäisy ja vähentäminen. Yhdistävänä tekijänä ehkäisevänpäihdetyön toimivuudelle on päihteiden käytön mahdollisen haitallisuuden huomioiminen käyttäjälle sekä hänen lähiympäristölleen. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 6.)

Ennaltaehkäisevässä työssä tavoitteena on terveyden edistäminen. Ennaltaehkäisevä päihdetyö on hyvin herkkä aihealue. Yhteiskunnan kulttuuri ja sosiaalinen konteksti määrittävät vallitsevan ajan mukaisesti rajat sille, mikä on soveliaista ja laillista päihteiden käyttöä ja kuinka väärinkäyttö ja päihderiippuvuus määritellään. Ennaltaehkäisevä päihdetyö on jatkuvasti julkisten keskusteluiden aiheena. Toimiva ennaltaehkäisevä työ vaatii moniammatillista yhteistyötä. Kehittämistyö ja suunnittelu

tulisi toteuttaa kansallisella tasolla, kun taas käytännön soveltaminen tapahtuu paikallisesti ja alueellisesti. (Van der Stel, Voordewind, Pompidou-ryhmä- Euroopan Neuvosto & Jellinek Consultancy 1999, 39, 42.)

Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajalla on mahdollisuus toimia keskeisessä roolissa vaikuttajana oman toimialueensa väestön asenteisiin. Yhteisöön vaikuttaminen tarkoittaa terveellisten elämäntapojen ja asenteiden korostamista sekä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa valistuksen ja tiedottamisen järjestämiseksi. Yhteisön aktivoiminen päihdetyöhön ei ole helppoa, mutta määrätietoisuus edistää muutosta. (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1995, 27–29.)

3.3.1 Ennaltaehkäisevän päihdetyön käytänteet

Ennaltaehkäisevässä päihdetyössä on keskeistä pyrkiä tavoitteisiin pienempien osatavoitteiden kautta. Yhteisön rohkaisu ja osallistaminen sekä tietoisuuden herättäminen ovat tärkeitä keinoja päihdetyön rakentamisessa. Oman ammattitaidon ja tietopohjan ajan tasalla pitäminen sekä neuvottelutaitojen kehittäminen ovat keskeisessä roolissa onnistuneen päihdetyön toteuttamiseksi. Yksi tärkeimmistä sairaanhoitajan rooleista on toimia terveyden edistäjänä. Työ kohdistuu yksilöihin, organisaatioihin, ryhmiin sekä kaikkiin ikä-, sukupuoli- ja kulttuuriluokkiin. Terveyttä edistävän lähtökohdan lisäksi keskeistä hoitotyössä on ennaltaehkäisy eli preventio. (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1995, 26–29.)

Ehkäisevässä työssä on perinteisesti määritelty kolmeen eri puuttumisen tasoon, joita ovat primaaripreventio, sekundaaripreventio sekä tertiaaripreventio. Primaaripreventio keskittyy ennaltaehkäisyyn, kuten valistukseen ja saatavuuden eri rajoituksiin. Sekundaaripreventiossa on keskeistä ongelmien varhainen toteaminen ja siihen liittyvät toimet, esimerkiksi mini-intervention hyödyntäminen. Tertiaaripreventio tarkoittaa varsinaisen päihdeongelman hoitamista eli ongelmien pahenemisen estämistä ja pyrkimystä kuntouttavaan toimintaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 279.) Primaaritasolla kohderyhmänä on koko väestö, sekundaaritasolla huomio kiinnittyy riskiryhmiin ja jo päihhteitä kokeilleisiin ja tertiaaritasolla kohteena ovat päihdeongelmaiset (Erola & Hakulinen 2000, 12). Nykyisin on olemassa myös vaihtoehtoisia päihdetyön

laatukriteerejä, joiden kautta ehkäisevää päihdetyötä voidaan tarkastella. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen Päihdetyö-ryhmä on laatinut vuonna 2006 Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, joiden kautta ehkäisevää päihdetyötä tulisi nykyisin toteuttaa (Päihdetyöryhmä 2006, 5).

3.3.2 Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit

Laatukriteerien tarkoitus on, että toimija kykenee niiden avulla arvioimaan ja kohdentamaan omaa työtään sekä samalla liittämään sen osaksi päihdetyön kokonaisuutta ja yhteisiä valtakunnallisia tavoitteita. Kriteerien avulla määritellään työn hyödyllisyys ja tuloksellisuus. Laatukriteerit on suunniteltu soveltuviksi kaikille alan toimijoille. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 5.)

Ehkäisevän päihdetyön laatu koostuu sisällön, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin tekijöistä. Laatutyöskentely edellyttää, että toimija selvittää nämä tekijät itselleen, sekä hallitsee ne ja niihin kuuluvat tehtävät. Laatutyöskentely edellyttää myös edellä mainittujen tekijöiden tuomista toisille toimijoille näkyväksi. Ehkäisevä päihdetyö on pitkä prosessi, ei yksittäinen toimenpide. Päihdetyö-ryhmän laatimassa suosituksessa on laadittu 12 erillistä tähteä, joiden kautta ennaltaehkäisevää päihdetyötä tulisi suunnitella, toteuttaa sekä arvioida. Yksi laatutähti koostuu kuudesta sakarasta, joissa käsitellään sisältöä ja toteutusta, ”mitä tehdä?” sekä ”miten tehdä?”. Tärkeää on tasapaino eri osien välillä sekä prosessin ja tuloksen arviointi. Sisältötekijät, toteutustekijät, seurantatekijät sekä arviointitekijät on eritellysti avattu ohjeistuksessa. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 10–11.)

Kaksitoista laatukriteeriä, ”tähteä”, ovat toisiaan täydentäviä kriteereitä, joista jokainen on erikseen jaettu osatekijöihin. Laadukkaassa käytännön työssä on tärkeää löytää tasapaino eri osien välillä niin, että kaikki tulevat huomioituksi. Eri kriteereillä ei ole samaa painoarvoa työn jokaisessa vaiheessa tai eri työtehtävissä, vaan ne on tarkoitettu sovellettavaksi tarpeen mukaan. Tietoperusta, arvot, etiikka ja tavoitteellisen yhteistyön kriteerit ovat osana työtä. Tavoitteet, toteutusprosessi sekä resurssit taas ovat edellytys käytännön toteutukselle. Laatujärjestelmän avulla toimijoiden on helppo toteuttaa työtä prosessina, edeten vaiheesta toiseen. Alussa on tiedostettava työn tarve ja kohdennettava se. Tämän jälkeen edetään suunnittelun kautta toteutukseen. Laatukriteeristö on eräänlainen muistilista toimivan työn suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin.

Ehkäisevässä päihdetyössä tulokset eivät ole aina mitattavissa numeroin tai selkeästi heti osoitettavissa. Siksi on laadittu kriteeristö, jonka kautta voidaan arvioida työn laatua, sitä, että työ on perusteltua ja siinä on pyrkimyksenä ollut paras mahdollinen lopputulos. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 11–15.)

Sutisen (1997) laatimassa tutkimuksessa ”Päihdehoitotyö päihdesairaanhoidtajaverkoston jäsenten kuvaamana” tehtiin ennaltaehkäisevää päihdehoitotyötä eniten avoterveydenhuollossa. Ennaltaehkäisevän työn osuus oli kuitenkin vähäistä. Päihdehaittojen lisääntymisen ehkäisemiseksi tulisikin päihdehoitotyön painopistettä suunnata tulevaisuudessa entistä enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Päihdehoitotyötä tulisi myös uudelleen arvioida vaikeasti päihdeongelmaisten hoidon kohdalla, koska päihdehaitat ovat lisääntyneet. (Sutinen 1997, 76.) Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä usealla eri tavalla johtuen laajasta toimijakentästä ja kohderyhmien lähtökohtaisista eroista. Tärkeää on työn kohdistaminen oikein asiakkaita kunnioittaen ja tulosodotusten realistisuus. Osa tuloksista nähdään vasta pitkän ajan kuluttua, jopa epäsuorasti. Päihdetyöhön kohdistuvat odotukset saattavat olla myös keskenään ristiriitaisia. Tämän vuoksi onnistumisen kokemukset ovat erityisen tärkeitä päihdetyötä tekevien työssä jaksamiselle. (Päihdetyö-ryhmä 2006, 7.)

3.4 Päihteitä käyttävä asiakas perusterveydenhuollossa

Avohoitona järjestetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut palvelevat asiakkaita tukemalla heidän omia voimavarojaan. Varhaisen vaiheen avohoidon tehostaminen peruspalvelupainotteisesti mahdollistaisi sairauksien pahenemisen välttämisen ja pitkittymisen sekä vähentäisi laitoshoitopaikkojen tarvetta. Tämä mahdollistuu vain, jos avohoittoa kehitetään ja monipuolistetaan ensin, jonka jälkeen vasta on mahdollista supistaa laitoshoittoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 14.)

Perusterveydenhuollon toimijoiden tehtävänä on osata tunnistaa potilaita, joiden terveyttä päihteiden, esimerkiksi alkoholinsuorikulutus saattaa vaarantaa. Tärkeä tehtävä on osata hoitaa ja auttaa tällaisia potilaita. Erityisen tärkeää sekä tunnistamisessa että mini-interventiossa on oikeanlaisen tuen käyttäminen ennaltaehkäisevästi. Sellaiset henkilöt, jotka eivät ole alkoholiriippuvaisia, saattavat oikeanlaista tukea ja tietoa

saatuaan vähentää alkoholin kulutusta. (Työterveyslaitos & sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4.)

Perusterveydenhuollon henkilöstö voi kokea potilaiden alkoholin käytöstä kysymisen sekä mini-intervention käytön vaikeana. Syinä tähän ovat useimmiten ajanpuute, riittämätön koulutus, pelko potilaiden loukkaantumisesta tai että mini-interventio ei sovellu perusterveydenhuollon työmuodoksi. Yhtenä keskeisenä syynä on myös uskomus, etteivät alkoholiriippuvaiset hyödy interventioista lainkaan. (Työterveyslaitos & sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4.) Pääteidenkäyttäjän kohtaamiskynnystä tulisi madaltaa perusterveydenhuollossa. Esimerkiksi koulutuksen aikana voitaisiin oppia todellisista käytännön tilanteista, ja näin lisätä orientaatiota yksilölliset tarpeet huomioivaan päihdehoitotyöhön (Sutinen 1997, 86).

Perusterveydenhuollon yhtenä tärkeänä tehtävänä on ylläpitää kontaktia päihdeongelmaisiin potilaisiin myös silloin, kun he kotiutuvat päihdehuollon erityispalveluiden hoidoista tai eivät enää ole kontaktissa erityispalveluihin. Tällöin perusterveydenhuollon henkilöstön on tärkeää havainnoida ja huomioida potilaan vointia ja tarjota hänelle tukea ja rohkeutta. (Työterveyslaitos & sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 12.)

3.5 Asiakkaan ohjaaminen sairaanhoitajan työssä

Ohjaus ja opettaminen kuuluvat olennaisena osana hoitotyöhön sen kaikilla osa-alueilla, ja ohjaaminen onkin yksi hoitotyöntekijän tärkeimmistä ammatillisista työmenetelmistä. Jo laki potilaan oikeuksista (785/1992) mainitsee tiedon saannin yhdeksi keskeisimmäksi oikeudeksi. Ohjaustilanteiden ja yksilöllisen hoitotyön onnistumiseksi tarvitaan soveltamisvalmiuksia ja vankka teoreettinen tietopohja. Toteuttamista voivat hankaloittaa kiire, tiedonpuute ja paineet työympäristössä. Tieto ei saa olla pelkkää informaation antamista, ja se tulee tarjota lääketieteellisten termien käyttämisen sijasta arkikielellä. Näin varmistetaan, että tieto tavoittaa kuulijan. Onnistunut ohjaus tukee asiakasta kotona ja mahdollisessa jatkohoitopaikassa. (Hildén 2002, 24, 57–58.)

Ohjaaminen voidaan käsittää terveystottumuksiin vaikuttamisena. Asiakkaan kanssa voidaan keskustella hänen elämäntavoistaan, kuten nukkumisesta, ihmissuhteista, työstä, harrastuksista ja terveydentilasta. Lisäksi asiakkaalle voidaan kertoa hoito- ja tukimahdollisuuksista sekä päihteenkäyttötottumuksista ja niihin liittyvistä riskeistä. (Sutinen 1997, 36.)

3.6 Mini-interventio

Työvälineenä mini-interventio on tehokas sekä myös kustannustehokas. Käytännössä se on 10–15 minuutin mittainen keskustelu- tai ohjausmenetelmä varhaisvaiheen alkoholin riskikäytön vähentämiseksi. Mini-interventio voi sisältää asiakkaan juomatottumusten määrien arviointia, juomatottumusten käsittelyä ja niistä annettavaa palautetta. Se voi olla neuvontaa ja tiedon antamista alkoholinkulutuksen riskirajoista sekä tiedon antamista juomiseen liittyvistä riskeistä. Se voi myös olla tavoitteiden miettimistä ja asettamista juomisen vähentämiseksi, tai myös rohkaisua ja tukemista muutokseen. (Työterveyslaitos & sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 10.)

Mini-interventio koostuu yleisimmin alkoholin kulutuksen puheeksiotosta, riskikulutuksen tunnistamisesta, päihdeneuvonnasta sekä seurannasta. Puheeksiotossa asiakasta pyydetään kertomaan vapaamuotoisesti alkoholin kulutuksestaan. Jos hän vastaa käyttävänsä alkoholia ajoittain, hänelle annetaan alkoholimäärien ja kulutustottumusten selvittämiseksi AUDIT-kyselytesti lomake (liite 3). AUDIT-kyselytestissä esitetään kysymyksiä alkoholitottumuksista, humalahakuisesta juomisesta, alkoholinkäytön aiheuttamista haitoista sekä alkoholimääristä. Vastaukset pisteytetään ja niistä lasketaan kokonaisarvo, jonka pohjalta arvioidaan alkoholinkäyttötasoa. Kyselyssä pisteytys jakautuu välille 0 pistettä – yli 20 pistettä. 0–7 pistettä on AUDIT-kyselytestin mukaan todennäköinen kohtuukäyttö, 8–15 pistettä varhaisvaiheen riskikäyttö, 16–19 todennäköinen riskikäyttö sekä mahdollinen alkoholiriippuvuus, yli 20 pistettä taas merkitsee lähes aina alkoholiriippuvuutta ja vaatii erikoishoitoa tarkempaa diagnoosia varten. Puheeksioton jälkeen AUDIT-pisteet ja saatu informaatio kirjataan potilastietojärjestelmään, jolloin mahdollistetaan alkoholinkäytön seuranta. Pisteytyksen ja keskustelun jälkeen voidaan arvioida

riskikulutusta. AUDIT-pisteiden avulla voidaan myös arvioida ylittyvätkö riskikulutuksen raja-arvot. (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen 2006, 29, 32–35.)

Mini-intervention tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa saada hänen alkoholinkäyttönsä hallitulle tasolle kyselyn, selvittelyn, keskustelun ja neuvonnan keinoin. Menetelmän käyttö perusterveydenhuollossa on paikallaan, sillä henkilökunnalla on tarvittava peruskoulutus ja mahdolliset laboratoriokokeet ovat toteutettavissa. Käytännön toteutus voidaan jakaa useaan eri asiakaskäyntiin, joista osa voi toteutua lääkärin ja osa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan luona. Tapaamisten sisältö sovitaan asiakkaan kanssa. (Havio ym. 1994, 129.) Mini-interventiosta on laadittu Käypä hoito -suositus vuonna 2005 (Käypähoito 2005).

Tutkimukset ovat osoittaneet Mini-intervention hyödyn alkoholihaittojen vähentämisessä, ja sillä oletetaan olevan myös kansantaloudellista merkitystä alkoholin aiheuttaman sairastavuuden ja kuolleisuuden vähentämisessä. Vastaanottotilanteessa suhtaudutaan yleensä alkoholinkäytöstä kysymiseen suopeasti, varsinkin silloin, kun aihe otetaan puheeksi ammattimaisesti. Mini-interventio soveltuu hyvin asiakaskohtaamiseen varhaisvaiheen suurkuluttajien kanssa, sen sijaan alkoholia haitallisesti käyttävät tai alkoholiriippuvaiset tarvitsevat laaja-alaisempaa hoitoa. (Seppä & Aalto 2007.)

Mini-interventio soveltuu erityisen hyvin toteutettavaksi perusterveydenhuollossa, koska useimmissa terveyskeskuksissa kohdataan vuodessa noin puolet alueen asukkaista. Perusterveydenhuollon piirissa on vuosittain valtaosa alueen asukkaista, kun mukaan luetaan työterveyshuollon palveluita käyttävät asiakkaat. Menetelmänä mini-interventio on helppo ja yksinkertainen opittava, nopea toteutettava ja se vie saman verran aikaa kuin verenpaineen mittaaminen. Juuri näiden asioiden vuoksi se sopii erinomaisesti terveysasemien kiireiseen työtahtiin. Varhaisvaiheen suurkuluttajien interventioon riittää usein yhden käyntikerran yhteydessä annettu lyhytkestoinen mini-interventio. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 21.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon käytännön toimijoiden kokemuksia ja valmiuksia päihdehoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millainen merkitys päihdehoitotyöllä aluesairaanhoitajien työssä on, sekä miten käytännön työ vastaa Päihdetyön koulutuksen minimisisällöstä poimittuja vaatimuksia. Opinnäytetyössä kartoitettiin Joensuun kaupungin perusterveydenhuollossa työskentelevien aluesairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli kartoittaa:

1. Mitkä ovat aluesairaanhoitajien kokemukset heidän omista valmiuksistaan sekä niiden riittävyydestä päihdehoitotyössä?
2. Minkälaisia päihdetyön kehittämistarpeita ja -toiveita aluesairaanhoitajilla on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on tutkittavien asioiden tai ilmiöiden kuvaaminen ja tarkastelu niiden luonnollisissa yhteyksissä. Tutkimuksessa pyritään todellisen elämän kuvaamiseen (Hirsjärvi ym. 2008, 155; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20). Kvalitatiivisen tutkimuksen keskeisenä tarkoituksen on ymmärtää ja tulkita kohdeilmiön esiintymisen merkityksiä sekä syitä. Keskeistä tutkimuksessa on määrien kartoittamisen sijasta laatu. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin erilaisten toimintavaihtoehtojen selvittämiseen sekä erilaisten työmenetelmien kehittämiseen. (Koivula 1999, 19, 29.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankkimista, jossa aineisto kootaan todellisista, luonnollisista tilanteista. Usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa hyödynnetään tiedon keruussa ihmisiä ja aineisto kerätään havainnoimalla tai keskustelemalla. (Hirsjärvi ym. 2008, 160.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruun väline on tutkija itse. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan prosessi, koska tutkimuksen eteneminen eri vaiheissa ei ole etukäteen jäsennettävissä selkeästi eri vaiheisiin tai ajanjaksoihin. Tutkimustehtävää ja aineistonanalyysiä käsittelevät menetelmät muokkautuvat tutkimusprosessin edetessä. Tutkimuksen edetessä eri osat muotoutuvat vähitellen. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tutkimusasetelman ja aineiston analyysin rajaus. (Kiviniemi 2007, 70-71, 73.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa hyödynnetään aineiston hankinnassa sellaisia metodeja, joissa tutkittavien henkilöiden näkökulmat ja mielipiteet pääsevät esille, esimerkiksi teemahaastattelua. Kvalitatiivisen tutkimuksen peruspiirteisiin kuuluu myös tutkimusjoukon tai tiedonantajien valinta tarkoituksenmukaisesti. Kvantitatiivisen tutkimuksen yhtenä riskinä on tutkimustulosten pinnallisuus (Hirsjärvi ym. 2008, 122, 160.) Tässä opinnäytetyössä päädyttiin kvalitatiiviseen menetelmään aiheen luonteen sekä aineistonkeruumenetelmän vuoksi. Aineisto opinnäytetyöhön hankittiin teemahaastatteluiden kautta.

5.2 Tiedonantajat

Opinnäytetyön tiedonantajina toimivat Joensuun kaupungin perusterveydenhuollon alueella työskentelevät aluesairaanhoitajat. Tässä opinnäytetyössä Joensuun kaupungilla tarkoitetaan Noljakan, Keskustan, Rantakylän sekä Niinivaaran aluetta. Perusterveydenhuollon päivystyksessä työskentelee tällä alueella 15 sairaanhoitajaa. Lisäksi jokaisella asemalla on diabeteshoitaja, Siilaisten terveysasemalla työskentelee rokotus-, reuma- sekä astmahoitaja, ja Joensuun kaupungin alueella työskentelee 4 päivystävää sairaanhoitajaa. Virallisia aluesairaanhoitajia on yhteensä 12, joista osa on ulkoistettu yksityiselle toimijalle. (Parkkinen 2009.) Niinivaaran alueelta aluesairaanhoidon palvelut on ulkoistettu MedOne Osakeyhtiölle. Palvelut ovat asiakkaiden käytettävissä samalla periaatteella kuin Joensuun kaupungin perusterveydenhuollon aluesairaanhoidon palvelut.

Tiedonantajien valinta tapahtui aiheen rajaamisen kautta. Opinnäytetyössä kartoitettiin Joensuun kaupungin perusterveydenhuollon toimijoita. Aluesairaanhoitajat valikoituivat tiedonantajiksi yhteistyössä toimeksiantajan kanssa, koska he kohtaavat työssään paljon päihteidenkäyttäjiä. Aluesairaanhoitajat ovat myös työnsä puolesta keskeisessä asemassa ennaltaehkäisevässä päihdetyössä. Kaikista 12 aluesairaanhoitajasta haastateltiin yhteensä seitsemää sairaanhoitajaa, mutta yksi haastatteluista rajautui pois kohderyhmälle asetettujen kriteerien vuoksi. Jokaiselta erilliseltä toimipistealueelta: Rantakylä, Siilainen sekä Niinivaara, haastateltiin aluesairaanhoitajia.

5.3 Haastatteluaineiston keruu

Tutkimusta suunniteltaessa on tutkijan itse valittava, mikä haastattelumenetelmä ja haastattelumuoto soveltuu parhaiten tutkimukseen. Vaikka haastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruun yleisin päämenetelmä, aineiston keruumenetelmien tulee olla tutkimukseen soveltuvia ja perusteltuja. Haastattelu ei ole itsestään selvä aineiston keruumenetelmä kvalitatiivisen tutkimuksen tekemiseksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 200, 205.) Haastattelulla tarkoitetaan keskustelua, jolla on jokin tietty päämäärä ja joka on rakentunut institutionaalisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että haastattelun kautta pyritään saavuttamaan päämäärä, joka on tutkimustehtävään vastaaminen (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 21.) Haastattelu on siis aina ennalta suunniteltua ja päämäärähakuista tiedonhankintaa (Hirsjärvi & Hurme 1995, 25). Haastattelutilanne on aina tilannesidonnainen (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 56). Teemahaastattelu on Suomessa suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa, jossa tutkija pyrkii selvittämään tutkimuksen aihepiiriin liittyviä asioita keskustelun avulla vuorovaikutuksessa tiedonantajien kanssa. (Eskola & Vastamäki 2007, 25–27.)

Tärkeää on, että tietojenkeruumenetelmä on perusteltu tutkimukseen soveltuvaksi. Keskeisiä valintakriteerejä ovat esimerkiksi menetelmän tehokkuus, tarkkuus, taloudellisuus sekä tietenkin luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 13.) Keskeisiä sopivan analyysimenetelmän valinnassa ovat seuraavat neljä asiaa: analyysimenetelmän sopivuus tutkimuskysymykseen, testin sopivuus otantaan ja mittaustarkkuuteen, testin voimakkuus sekä testin tehokkuus (Metsämuuronen 2006, 61–62).

Haastattelu mahdollistaa moniin muihin tutkimusmenetelmiin verrattuna suuremmat mahdollisuudet motivoida tutkimukseen osallistuvia henkilöitä vuorovaikutuksen sekä tarvittaessa tarkentavien kysymysten avulla. Haastattelu on joustava menetelmä, joka mahdollistaa tarvittaessa kysymysten ja vastausten täsmentämisen haastattelun aikana, sekä vastaajien toiveiden huomioimisen. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 15; Hirsjärvi ym. 2008, 199–200.)

Tutkimushaastatteluun sisältyy tieteellisenä metodina haastattelurungon laatiminen, haastattelujen suorittaminen, tulosten kirjaaminen sekä niiden analysoiminen. Tutkimushaastattelu edellyttää toteuttajiltaan tutkimuskohteeseen perehtymistä sekä siihen liittyvän teoreettisen tiedon hankinnan. (Hirsjärvi ym. 2008, 199–200.) Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu tai puolistandardoitu haastattelu on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Haastattelu on tilanne- ja kontekstisidonnaista ja haastatteluiden tuloksiin sisältyy aina tulkintaa, jolloin tulosten yleistämistä on tarkkaan harkittava. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 12.)

Haastattelumenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua, joka mahdollisti joustavan tiedonkeruun. Puolistrukturoidussa haastattelussa teemat, joita koskevaa tietoa halutaan selvittää, ovat ennalta sovittuja opinnäytetyön tekijöiden kesken. (Janhonen & Nikkonen 2001, 108.) Puolistrukturoitu haastattelumenetelmä mahdollistaa kysymysten tarkentamisen ja tarvittaessa lisäkysymykset haastattelun aikana. Haastattelun etu on, että tiedonkeruutilanteessa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tiedonantajien kanssa. Haastattelu antaa tiedonantajille mahdollisuuden tuoda esille asioita mahdollisimman vapaasti, koska heillä on mahdollisuus vastata monitahoisesti. Haastattelu antaa myös tutkijalle vapautta, jos kysymyksessä on vähän tutkittu aihe ja vastausten suuntaa on etukäteen mahdotonta tietää. (Hirsjärvi ym. 2008, 199–200.)

Puolistrukturoitu teemahaastattelu mahdollistaa kattavan kuvan saamisen aiheesta, kuitenkin huomioiden mahdollisuuden esittää täydentäviä kysymyksiä. Kysymysten osalta luotettavuutta lisää mahdollisuus eliminoida väärinymmärryksiä tarkentavien kysymysten sekä kysymysten avaamisten avulla. Teemahaastattelu mahdollistaa vastausten luotettavuuden arviointia haastattelutilanteessa, sillä vuorovaikutus on yksi luotettavuuden arvioinnin kriteereistä.

(Montonen, & Powers-Erkkilä 2003, 102.) Teemahaastattelussa haastatteluiden aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten järjestys ja kysymysten tarkka muoto puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2008, 203). Teemahaastattelu ei myöskään pohjautu kysymys-vastaus-periaatteelle, vaan tiedonantajilla on teemahaastattelussa mahdollisuus tuoda esiin omat mielipiteensä ja kertoa omia kokemuksiaan. Puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaa käytännössä sitä, että kaikille tiedonantajille esitetään samat kysymykset, mutta käytössä ei ole vastausvaihtoehtoja, vaan haastateltavat saavat itse vastata omin sanoin. (Eskola & Vastamäki 2007, 25–27.)

Opinnäytetyöhön anottiin tutkimuslupa erikseen Joensuun kaupungilta sekä MedOne Osakeyhtiöltä. Haastatteluihin osallistuneilta aluesairaanhoidajilta kysyttiin henkilökohtainen suostumus osallistumiseen. Tiedonantajiin otettiin ensin yhteyttä saatekirjeellä sähköpostitse, jossa esiteltiin opinnäytetyön tarkoitus ja toteutussuunnitelma lyhyesti. Samalla saatekirjeellä (liite 4) kartoitettiin alustavaa kiinnostusta haastatteluun osallistumisesta. Toukokuussa 2009 kävimme Rantakylän ja Siilaisen terveysaseman aluesairaanhoidajien kuukausipalaverissa kertomassa opinnäytetyöstä henkilökohtaisesti ja varmistimme näille tiedonantajille tasapuolisen tiedonsaannin toimittamalla saatekirjeet tulostetussa muodossa. MedOne Osakeyhtiön palveluksessa olevia aluesairaanhoidajia lähestyttiin puhelimitse ja sähköpostitse. Haastatteluajankohdat sovittiin yksilöllisesti sähköpostitse tai puhelimitse, jolloin tiedonantajilla oli vielä mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta.

Kysymysten muotoileminen ei ole yksinkertaista, koska niihin sisältyy aina yksilöllisen tulkinnan mahdollisuus. Tämän vuoksi haastattelukysymysten esitestaus on välttämätöntä. Tärkeää on laatia kysymykset niin, että niiden avulla saadaan haluttua tietoa. Kysymysten tulee olla selkeitä, mahdollisimman lyhyitä ja täsmällisiä, niin että vastaajien on helppo ymmärtää ne. Kysymysten tarkoitus ei ole hankkia tietoa, joka on mahdollista saada myös muualta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 113.) Ennen varsinaisia haastatteluja testasimme haastattelulomaketta (liite 5) koehaastattelun avulla. Koehaastattelu mahdollistaa haastatteluteemojen toimivuuden testaamisen sekä myös haastattelun ajallisen keston arvioimisen (Hirsjärvi ym. 2008, 206).

Suoritimme yhden koehaastattelun, jossa mittasimme haastattelun keskimääräisen keston sekä testasimme kysymysten ymmärrettävyyttä ja sujuvuutta. Koehaastateltavan työnkuvaan kuului päihdetyö, jonka perusteella hänet valittiin haastateltavaksi. Koehaastattelun tiedonantaja kertoi oman mielipiteensä kysymysten ymmärrettävyydestä ja kysymysten luonteesta. Virallisia haastatteluja sopiessa pystyimme koehaastattelun perusteella antamaan arvion haastattelun ajallisesta kestosta.

Viralliset haastatteluajat sovittiin etukäteen haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti, mahdollisimman pitkälle heidän toiveidensa mukaisesti. Ennakkoon haastatteluajan sopiminen antoi tiedonantajille mahdollisuuden valmistautua haastatteluun. Haastatteluajan sopiminen yhdessä tiedonantajien kanssa toimi myös osaltaan motivoijana heidän itsensä saadessa vaikuttaa ajankohtaan (Janhonen & Nikkonen 2001, 109). Haastattelut suoritettiin tiedonantajien työpaikoilla heidän työaikanaan, heille sopivana ajankohtana. Näin pyrittiin minimoimaan tiedonantajiin kohdistuva kuormitus, koska he osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti.

Osan haastatteluista opinnäytetyöntekijät suorittivat itsenäisesti, ilman toisen opinnäytetyöntekijän läsnäoloa. Seitsemästä haastattelusta viisi suoritettiin yhdessä, ja kaksi vain toisen opinnäytetyöntekijän läsnäollessa. Haastatteluissa opinnäytetyöntekijät toimivat vuorotellen haastattelijoina.

Tiedonantajien lopullinen määrä määräytyi osittain aineiston saturaation kautta, sekä osittain saturoitumiseen vaikutti myös tiedonantajien vapaaehtoisuuteen perustuva halukkuus osallistua haastatteluihin. Kaikilla aluesairaanhoitajilla oli mahdollisuus osallistua haastatteluihin, ja kaikkia halukkaita tiedonantajia haastateltiin. Samalla nousi esiin selkeästi aineiston saturoituminen tiettyjen teemojen toistuessa haastatteluissa. Hirsjärvi ym. (2008, 177) määrittelevät saturaation aineiston kylläntymiseksi. Kylläntyminen tarkoittaa sitä, että kerätyssä aineistossa tietyt teemat ja asiasisällöt alkavat kertautua. Tällöin on siis olemassa riittävä määrä tutkimuksen kannalta merkittävää tietoa. Teemojen alkaessa toistua eri haastatteluissa, aineiston keruu voidaan lopettaa.

5.4 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysissä on usein ongelmana, miten saada monimuotoisesta aineistosta ulos selkeitä tuloksia. Ensimmäisenä aineistoa analysoitaessa on nauhoitettujen haastatteluiden purkaminen kirjalliseen muotoon. (Koivula 1999, 31.)

Teemahaastatteluaineistoa analysoidaan useimmiten teemoittelemalla. Tämä tarkoittaa sitä, että aineisto järjestetään teemojen mukaisesti, jonka jälkeen ne pelkistetään. (Eskola & Vastamäki 2007, 42.) Aluksi haastatteluista erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja saatu aineisto luokitellaan selkeästi toisensa poissulkevasti ja mahdollisimman yksiselitteisesti (Janhonen & Nikkonen 2001, 23). Opinnäytetyössä kerätty aineisto tiivistettiin niin, että tutkittavat aiheet voitiin lyhyesti ja yleistävästi kuvata ja niiden väliset suhteet saatiin selvästi nostettua esille. Haastatteluista saadut keskeiset aiheet luokiteltiin, pelkistettiin ja analysoitiin haastatteluteemojen mukaisesti systemaattisesti.

Aineiston käsittelyssä on tärkeää huomioida analyysin lähtökohta. Tutkijan tulee kysyä itseltään, onko tutkimus induktiivinen vai deduktiivinen? Perustuuko päättely konkreettisen aineiston pohjalta käsitteelliseen aiheen kuvaukseen eli induktiiviseen päättelyyn, vai onko tarkoituksena ilmentää lähtökohtana toimivia teorioita ja käsitteitä joiden ilmenemistä sitten konkreettisesti tarkastellaan deduktiivisesti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–24.)

Deduktiivisen luokittelun mukaan aineiston luokittelua ohjaa jokin aikaisempi luokitusrunko, käsitejärjestelmä tai teoria. Analyysiyksikkönä voi olla lause, ajatuskokonaisuus, sana, sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös keskusteluun osallistuneiden määrä. Aineiston luotettavuutta ja luokittelun alkuperää voi tutkimuksessa lisätä liittämällä tutkimukseen aineistosta suoria lainauksia. Aineistosta voi nousta esiin myös analyysirunkoon kuulumattomia asioita, joita voi hyödyntää tutkimuksessa analysoimalla niitä induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti, luomalla näille käsitteille oma luokka. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–5, 8, 10.)

Opinnäytetyössä aineisto analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin kautta. Haastatteluaineistot kerättiin käyttämällä itse laadittua puolistrukturoitua

haastattelulomaketta. Kun aineistonkeruussa hyödynnetään strukturoitua keruumenetelmää, on mahdotonta analysoida aineistoa induktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 9). Tutkimusaineisto litteroitiin, luettiin ja koottiin yhteen yhdelle lomakkeelle, yhdistäen kaikki kuusi haastattelua kysymyksittäin. Yhteensä haastattelumateriaalia tuli näin koottuna kaksikymmentäviisi sivua. Analyysirunkona toimi puolistrukturoitu haastattelulomake, joka oli laadittu Päihdetyön koulutuksen minimisisältöä mukaillen: koulutustausta, tiedot, taidot, kokemukset sekä kehittämistarpeet. Nämä luokat ohjasivat analyysin etenemistä ja luokittelua kohti tutkimuskysymyksiä.

5.4.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on hoitotieteellisissä tutkimuksissa usein käytetty analyysimenetelmä, jonka avulla tietoa voidaan analysoida objektiivisesti sekä systemaattisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Tämän menetelmän avulla voidaan luokitella suullista kommunikaatiota ja tarkastella asioiden ja tapahtumien välisiä merkityksiä, yhteyksiä sekä seurauksia. Sisällönanalyysissä on tarkoituksena nostaa esille aineistossa ilmenevät aikomukset ja tarkoitukset sekä seuraukset, merkitykset ja erilaiset yhteydet. Analyysi etenee vaiheittain. Ensin valitaan analyysiyksikkö ja sen jälkeen tutustutaan aineistoon. Tämän pohjalta aineistoa pelkistetään ja aloitetaan aineiston luokittelu sekä tulkinta ja myös luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–24.)

Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan vastaus tutkimustehtävään. Aineistossa edetään prosessoimalla yksittäisistä vastauksista kohti käsitteellistä näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Ennen aineiston analysoinnin aloittamista on tärkeää päättää, analysoidaanko aineistosta vain ilmeinen sisältö, vai myös mahdolliset piilossa olevat viestit. Mikäli analysoidaan piilossa olevat viestisisällöt, analysoinnissa on hyödynnettävä aineiston tulkintaa. Tulkintaa on esimerkiksi pelkistettyjen ilmausten kirjaaminen tiettyyn marginaaliin, jolloin pelkistetyt ilmaukset edustavat jo tietyn tasoista aineiston tulkintaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)

Aineiston pelkistäminen eli redusointi tarkoittaa analysoitavan tiedon muokkaamista siten, että aineistosta karsitaan kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Käytännössä pelkistäminen on tiedon tiivistämistä tai pienempiin osiin pilkkomista. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka pohjalta aineistosta pelkistetään olennaiset ilmaukset analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Tutkimusaineiston redusoinnin jälkeen analyysi etenee aineiston klusterointiin. Aineiston klusterointi tarkoittaa aineiston ryhmittelyä. Ryhmittely tarkoittaa aineiston alkuperäisilmausten samankaltaisten tai vaihtoehtoisesti toisistaan eroavien käsitteiden luokittelua. Samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään ja yhdistellään samaan luokkaan, ja tämän jälkeen luokka nimetään sen sisältöä sopivalla tavalla kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.)

Aineiston klusteroinnin jälkeen seuraava vaihe analysoinnissa on aineiston abstrahointi. Abstrahointi eli käsitteellistäminen tarkoittaa alkuperäisen tiedon prosessoimista teoreettisiksi käsitteiksi ja tutkimuksen johtopäätöksiksi. Abstrahointi tarkoittaa käytännössä ryhmiteltyjen luokkien yhdistelemistä niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mielekästä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114.)

Sisällönanalyysin tutkimustuloksia kuvataan luotujen luokitteluiden kautta, niiden pohjalta muodostettujen käsitteiden ja sisältöjen avulla. Sisällönanalyysia hyödynnettäessä tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan kaikissa eri analyysin vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

Sisällönanalyysia voidaan jatkaa kategorioinnin tai luokittelun muodostamisen jälkeen eteenpäin kvantifionnin avulla. Tämä tarkoittaa aineiston jatkokäsittelyä niin, että luokitellusta aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa jokin tietty asia esiintyy tai kuinka moni on vastannut tietyllä tavalla aineistossa. Laadulliset aineistot ovat usein määrällisesti hyvin pieniä, jolloin kvantifionti ei tuo välttämättä mitään erilaista näkökulmaa tai lisätietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117,119; Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)

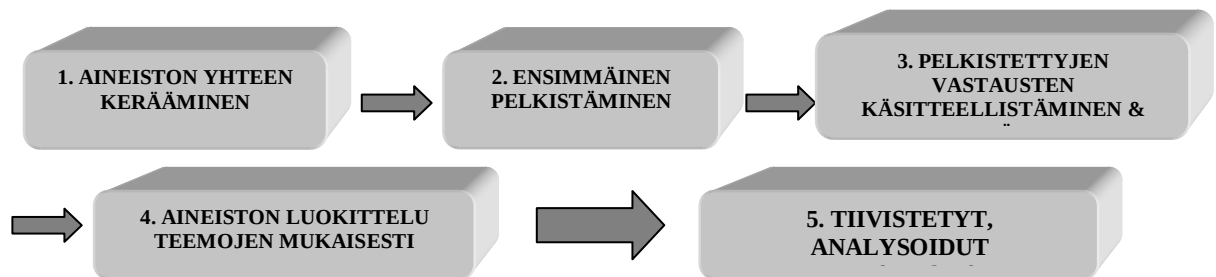
5.4.2 Aineiston analyysin eteneminen

Aineiston analysointi aloitettiin haastatteluista kerättyjen nauhoitettujen haastattelutietojen purkamisella eli litteroinnilla. Aineisto litteroitiin vapaamuotoisesti, keräten haastatteluista keskeinen asiasisältö sanatarkasti kaikkia täytesanoja ja äänteitä erikseen aukikirjaamatta.

Litteroituun aineistoon palattiin teoriaan uudelleen perehtymisen jälkeen ja aloitettiin aineiston aukilukeminen. Ensiksi litteroidut aineistot luettiin läpi usean kerran. Tämän jälkeen aineistosta alleviivattiin tärkeimmät haastattelukysymyksien mukaiset ilmaisut, joita työstettiin aineistoanalyysin avulla tuloksiksi. Aineiston analyysi tapahtui deduktiivisesti. Analyysia ohjasivat teemahaastattelukysymykset, jotka toimivat analyysin luokittelurunkona. Analyysirungoksi muodostui neljä keskeistä teemaa: koulutus, tiedot, taidot sekä kehittämistarpeet ja -toiveet. Nämä teemat ovat myös keskeisimmät sisältöalueet päihdetyön koulutuksen minimisisällöissä, jotka toimivat mukaellusti opinnäytetyön yhtenä lähtökohtana. Aineiston läpikäymisen jälkeen kaikki ilmaisut jaoteltiin teema-alueittain ja sen jälkeen yhdisteltiin samankaltaisuudet. Tässä käytettiin apuna leikkaa-liimaa-periaatetta, aluksi leikaten haastatteluista vastaukset kysymyksittäin yhteen. Tämä helpotti kokonaisuuden hahmottamista ja tärkeimpien asioiden poimimista. Yhdistämisen jälkeen kirjattiin haastattelut yhteen sähköisessä muodossa. Aineistoa kertyi yhteensä 25 sivua.

Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa yhdistettiin kaikkien haastattelujen vastaukset yhteen kysymyksittäin. Tämän jälkeen pelkistettiin vastauksista keskeisimmät sisällöt kysymyksittäin viideksi sivuksi. Liitteessä 6 on nähtävissä esimerkki vastausten yhdistämisestä ja ensimmäisen vaiheen pelkistyksestä. Tiedonantajien vastaukset olivat hyvin laajoja, joten liitteeseen vastauksia on tiivistetty. Vastauksia on tiivistetty myös luotettavuuden varmistamiseksi. Osa suorista alkuperäisilmauksista oli sellaisia, joista tiedonantajat olisivat olleet tunnistettavissa. Liitteestä 6 kuitenkin käy ilmi periaate, jonka mukaisesti analysointi eteni. Näiden vaiheiden jälkeen koottiin pelkistetyistä vastauksista uudet, tiivistetyt luokat pääteemojen mukaisesti.

Vastaukset pelkistettiin ja yhdistettiin siten, että jäljelle jäi vain neljä pääluokkaa, joiden alle sisältyivät pelkistetyt, keskeisimmät aineistot. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä on luettavissa liitteessä 7. Saadun analyysirungon jälkeen aineistoa käsiteltiin tulosmuodossa ja tuloksia kirjattiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Kuviossa 1 on esiteltynä koko aineiston analyysin prosessi eri työstövaiheiden mukaisesti.



Kuvio 1. Aineiston analyysin prosessikaavio.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Aluesairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyön valmiuksista ja niiden riittävydestä

Haastatteluista tuli esille, että päihdehoitotyön **erikoistumisopintoja ei ollut kenelläkään**. Sairaanhoitajan peruskoulutus on antanut **niukat perusvalmiudet** kohdata päihteidenkäyttäjiä. Useat tiedonantajat kuvasivat perusopintojen sisältäneen päihdetyön opintoja hyvin vähän, jos ollenkaan.

”No kyllä se aika niukkaa oli, että ei kyllä juurikaan. Se tietysti riippuu... Nii, no jos kouluaikaan ois ollu semmosia harjotteluja tai näin, että missä siihen ois enemmän jo sitten tullu kiinnitetty huomioo. Kyllä miusta tuntuu, että miulla oli ainakkii hyvin niukat tiedot näistä päihdeongemaisten hoidosta ihan tällä koulun perusteella.”

Työyksikkökohtaisesti aluesairaanhoitajat ovat saaneet **pienimuotoisia koulutuksia** mini-interventiosta, ja osa kertoi saaneensa infoa A-klinikan toiminnasta. Osa haastatelluista mainitsi, että työkokemuksen myötä valmiudet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ovat kuitenkin lisääntyneet.

Haastateltavat kertoivat kohtaavansa päihteidenkäyttäjiä vähintään **viikoittain**, mutta määrittely oli hyvin vaihtelevaa. Päihteidenkäyttäjien kohtaamista kuvattiin olevan viikoittain, useamman kerran viikossa ja useampana päivänä viikossa. Alkoholi mainittiin yleisimmäksi työssä kohdattavaksi päihteeksi, mutta myös huumeidenkäyttäjien, sekakäyttäjien ja lääkkeiden väärinkäyttäjien kohtaaminen on arkipäivää. Tupakan mainitsi päihteeksi vain kaksi vastanneista. Päihteiden ongelmakäytön nähtiin heijastuvan myös asiakkaan läheisten elämään, ja se näkyy myös vastaanottotyössä.

”Ja sitten tietysti se, että vaikka ite asiakas ei oo ite se ongelmakäyttäjä, niin siinä perheessä voi olla sit se joka tuottaa sitä stressiä ja huolta ja monenlaista ongelmaa ite tälle vastaanotolla kävijällekin. Näitä vanhuksia justiinsa, et siellä saattaa olla sitä nuorta väkkee, jotka sitten käyvät humalassa riehumassa ja rahaa hakemassa.”

Päihteiden ongelmakäyttäjän tunnistamista helpottaviksi keskeisimmiksi asioiksi aluesairaanhoitajat mainitsivat asiakkaan tuntemisen, päihteiden käyttötason tietämisen, sekä myös suurkuluttajan **ulkoisen olemuksen** ja verbaalisen ulosannin.

Esimerkiksi narkomaanin ja tupakoitsijan tunnistaminen koettiin helpoksi, kun taas alkoholinkäytön tunnistaminen on haastavampaa, koska alkoholinkäyttöä on helpompi salata. Päihteiden käyttötason selvittäminen koettiin haastavaksi myös tulkinnallisten syiden vuoksi. Esimerkiksi useat asiakkaista voivat avoimesti kertoa käyttävänsä päihteitä, mutta eivät määrittele alkoholin laatua, eli onko kyse pullosta keskiolutta vai kenties pullollisesta viiniä. Useat asiakkaista eivät myöskään miellä tupakkaa tai lääkkeitä päihteisiin kuuluviksi.

”Yleensä sitten ihmiset, varsinkin nämä jotka –ihan sama käyttääkö ne alkoa tai lääkkeitä-, niin ne yleensä aliarvioi sitä omaa käyttöänsä. Sen niin kuin melkein –kun on kokemusta jo vastaanottotyöstä- huomaa heti, että nyt tuli pikkuinen vale sieltä. Ihan selvästi ne aika alakanttiin arvioi omaa, etenkin

alkonkäyttöään. Varsinkin lääkkeitä ne ei kerro sitten taas ollenkaan. Niitä ei pidetä sillä tavalla päihteenä.”

”Eihän ne koskaan sillee hirveen suoraan tunnusta sitä, että mitä ne käyttää ja missä frekvenssissä. Kaunistellaan asiaa, ainahan sitä kaikki kaunistelee asioita senhän tietää jo haastattelua tehessäkin hyvin pitkälle. Mutta tuota reippaasti käyttävät näkyy kyllä olomuodosta ja suurinpiirtein tietää missä mennää.”

Keskustelu koettiin tehokkaaksi tavaksi tehdä havaintoja asiakkaan päihdetottumuksista. Asiakkaiden kanssa keskusteltaessa he useasti avoimestikin paljastavat alkoholinkäyttöön liittyviä asioita, joskin juontimäärien kaunistelun kerrottiin olevan myös yleistä. Epämääräisten vaivojen ja somaattisten oireiden myötä voi herätä epäily lisääntyneestä päihteidenkäytöstä. Päihteidenkäyttäjän ja käyttötason tunnistamisessa työkokemus koettiin eduksi sekä tunnistamisessa että puuttumisessa. Varhaisvaiheen käytön havaitseminen koettiin hankalammaksi, samoin myös päihteidenkäyttötason arvioiminen puhelimitse asiakkaan kanssa asioitaessa.

”Sitten tietysti nämä jotka vähemmän käyttää nii ei niitä kyllä.... Ei välttämättä sillee ehkä päällepäin huomaa, mut sitten yleensä he saattaa tuua esille sitten joitakkii sellasia ongelmia, et niistä voi sit ruveta tunnistamaan voisko siellä olla sitten sitä alkoholin käyttöä taustalla.”

”Voi sit rueta tunnistamaan voisko siellä olla sitten sitä alkoholin käyttöä taustalla. Et voi olla jottain somaattisia vaivoja ja joitakkii unihäiriöitä tai erilaisia vatsavaivoja tai korkea verenpaine tai lissääntyny diabetesriski tai tämmösiä. Et sieltä voi löytyy sit tätä alkoholin suurkulutustakki taustalta.”

Päihteidenkäyttöön liittyvissä asioissa aluesairaanhoitajat kääntyvät ensisijaisesti **kollegojen** ja oman **työparilääkäarin** puoleen. **A-klinikalta** haetaan puhelimitse apua päihdeasiakkaan ongelmiin. Jonkin verran yhteistyötä tehdään keskussairaalan huume- ja päihdeklinikan, sekä myös Siilaisen terveysaseman opiaattihoitajan kanssa. Kenelläkään haastatelluista ei ollut selkeää kuvaa Joensuun alueella toimivista yhteistyötahoista, vaan yhteistyötä tehtiin vaihtelevasti, omien kokemusten ja hyväksi havaittujen mallien mukaisesti.

”Netissä tulee kyllä jonkun verran käyttöä ja luettuu, sitten kollegoilta ja lääkäriltä. En oo hirveesti soiteltu A-klinikalle... Ehkä silloin aikoinaan ennen tätä aluesairaanhoitajan työtä ja työparilääkäriä, ehkä mie enemmän soittelin niinku näihin mielenterveystoimistoihin tai A-klinikalle.”

”Oma lääkäri.... Myö ollaan kyllä aika kädettömiä puhelimessa, jos ihminen esimerkiksi soittaa, että haluaa katkolle ja, niin eihän meillä oo mittään muita välineitä, kun ohjata sitten päivystykseen arvioon, koska meillä ei täällä oo kiireellistä vastaanottoa.”

Käytössä oleviksi päihteidenkäyttöä ehkäiseviksi menetelmiksi nousivat **puheeksiotto ja mini-interventio sekä AUDIT-kyselytesti**. Työkokemuksen merkitys näkyi siinä, että jokaisella on henkilökohtainen malli ennaltaehkäisevän työn toteuttamiseksi. Ennaltaehkäisevä työ nähtiin osana työtä ja sen koettiin vaikuttavan asiakkaan elämään sekä suorasti että epäsuorasti muiden sairauksien lisääntymisenä tai pahentumisena.

”Minä käytän tämmöstä, että ihan niinku otan puhheeksi sen asian täällä käynnillä.”

”Sitten tulee ilmi, että käyttää aika reilusti alkoholia tai että tupakoi reilusti tai molemmat. Ja sit lähetään keskustele et näissähän saattaa olla syy siihen, et minkä takia se yleisvointi on huonontunut, verenpaine on noussut, verensokeri on noussut ja mä sit yleensä pyrin antamaan siinä mini-intervention mukaisesti alkoholin käytöstä. Riskirajoja mietitään ja mietitään, että kuinka paljon yli sen riskirajan käyttää tällä hetkellä. Ja jos asiakas on sitten valmis vähentämään, niin mä annan juomalaskurin mukaan, että voi pitää tämmöstä juomapäiväkirjaa ja tavotella sen riskirajan alle sitä käyttöä.”

Ennaltaehkäisevän päihdetyön menetelmät (mini-interventio, AUDIT-kyselytesti) haastateltavat kokivat toimiviksi ja kertoivat niiden helpottavan asian **puheeksiottamista**. Rooli päihdehoitotyöntekijänä sai hyvin monenlaisen kuvauksen aluesairaanhoitajilta. Oma roolia kuvattiin esimerkiksi elämäntapaohjaajaksi, terveyskasvattajaksi, kuuntelijaksi, tiedottajaksi, tukijaksi, asioihin puuttujaksi sekä myös herättelijäksi. Aluesairaanhoitajat näkivät itsensä pääosin **päihdeasioista tiedottajan ja asioihin puuttujan** rooleissa. Päihdehoitotyö koettiin omassa työssä myös hyvin monella eri tavalla. Pääsääntöisesti rooli päihdehoitotyöntekijänä koettiin osaksi työnkuva, mutta sen vaikuttavuus koettiin hyvin eri tavoin.

”Hyvin pienen roolin, enempi tämmösen tiedottajan roolin. Ehkä semmosen riskeistä tiedottajan roolin, kyllä se siihen enempi mennee, että just tämmönen. Että tällä mitä meillä täällä on ja näillä massoilla mitä myö hoijettaan, niin se on kyllä siinä.”

”Sillä tavalla merkittävä tekijä tai rooli on, että sen kaiken muun työn ohessa kun aika lailla siinä se työnkuva on tämmöstä terveyskasvatusta ja ennaltaehkäisevää työtä aika pitkälle iin se se varmaan on se miun työnkuva hyvin pitkälle. Päihdeasioista puhuminen.. Se on vaan yks osa sitä mutta siihe liittyy paljon muutakin. Mutta kyllä se mejän työssä varsin esillä oleva asia on, että missä määrin kenellekin, hyvin vaihtelee miten sitä otetaan esille.”

Yhteistyötahoiksi päihdeasiakkaan hoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa mainittiin samat tahot, joita hyödynnetään etsittäessä tietoa päihdehoitotyöhön liittyviin ongelmiin. Lisäksi osasta vastauksia nousivat esille kriisiryhmä ja katkaisuyksiköt joista mainittiin Liperissä sijaitseva Taitekohta sekä Joensuussa toimiva Päihdepysäkki.

Työyksiköissä käytettäviä haitallisen päihteidenkäytön ehkäiseviä menetelmiä olivat aluesairaanhoidajien mukaan mini-interventio, AUDIT-kyselytesti, puheeksiotto sekä henkilökohtainen, hyväksikoettu työtap. Vastaajat kokivat, että yhtenäistä käytännettä terveysasemilla ei ole. Aluesairaanhoidajat kokivat työkokemuksen olevan merkittävässä roolissa päihdehoitotyötä tehtäessä. Päihdehoitotyö nähtiin yhtenä osana työtä ja sillä koettiin olevan merkittävä rooli.

”Kyllä se sillä tavalla aika iso on se rooli, että minusta tuntuu, että vähän tää alkoholinkii kulutus lissääntyy niinku jotenkkii koko ajan. Et se alkoholinkäyttö on miusta lisääntyny ihmisillä. Et tuota entistä enemmän sitten tarvittaaan kyllä tätä päihdehoitotyötäkkii.”

Asennoitumisen päihdeasiakkaisiin haastateltavat näkivät hoitotyöntekijöiden puolelta **asiallisena**. Hoitotyön koulutuksen nähtiin auttavan asiakkaiden kohtaamisessa. Päihdeasiakkaita pidettiin **tasa-arvoisina** muihin asiakkaisiin verrattuna. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että päihdeasiakas voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja halua saada tukea työyhteisöstä hankalissa tilanteissa. Muut asiakkaat voivat kokea pelkoa ja ennakkoluuloja varsinkin päihtyneitä asiakkaita kohtaan.

”Ainaki tämmösiin sekakäyttäjiin, niin kyllähän niihin aika semmonen varovainen suhtautuminen on. Ja monesti siellä on sitä MT-taustaa kuitenkin aika vahvasti mukana.. Ni, niin kun myö ollaan täällä aika turvattomissa olosuhteissa kuitenkin, ni se kyllä näkyy siinä.”

”Hoitotyöntekijöillä on varmaan semmonen niinku avarakatseisempi niinku se suhtautuminen näihin, mutta muut asiakkaat kyllä niinku asiakkaat ylleesä sillee kyllä kattoo jotenkkii vähän jos he täällä sillee huomaa semmosen päihtynneen asiakkaan. Niin kyllä se niinku näissä asiakkaissa herättää varmasti pelkkoo ja semmosta ja aika negatiivisiakkii tunteita sitte. Et hoitohenkilökunnalla on varmaa erilainen se asenne, kun näillä tavallisilla ihmisillä, joilla ei oo tätä hoitotyön koulutusta sillä tavalla.”

6.2 Aluesairaanhoitajien kuvaamia kehittämistarpeita ja –toiveita päihdetyöhön

Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien valmiudet päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa työskentelyyn haastateltavat näkivät vaihtelevina. Heidän mielestään paljon riippuu sekä opiskelijasta että siitä, minkälaisissa paikoissa opiskelija on ollut harjoitteluissa. Yhtenäisenä mielipiteenä oli tulkittavissa, että vastavalmistuneilla katsotaan olevan päihdehoitotyön toteuttamiseen vaadittavat **perusvalmiudet**.

Kaikista haastatteluista tuli useaan kertaan esille, että **lisäkoulutukselle on tarvetta**. Lisäkoulutusta haluttiin perusasioista, kuten esimerkiksi tietoa uusista päihteistä sekä käytännön neuvoja ohjaus- ja keskusteluvalmiuksien lisäämiseksi. Koulutusta toivottiin myös käytännön työn sujuvuuden lisäämiseksi. Haastateltavat toivoivat myös turvallisuuskoulutusta sekä tietoa yhteistyötahojen, kuten A-klinikan, toiminnasta.

”Ihan näistä huumeista ja päihteistä lisätietoa ja sitte uusiakkii huumeita tulee paljon ja on tuolla käyttäjien keskuudessa. Nii niistäkkii ois hyvä saada jottai tietoa, et mitä tuolla oikeen männee.”

”Miten keskustelua vedetään ja minkälaisiin asioihin pitäis kiinnittää huomiota. Ja tämmösiin, että joku kertos, kun sitä vaan on niinku itseoppinu niinsanotusti tässä ajan varrella ollu näissä asioissa. Että eihän niitä tule kukaan kertomaan eikä opettamaan mitenkään, että keskustele asioista niin, että toinen saa siitä jonkinäköstä vahvistusta ja itsetunto kohoisi ja pärjääminen jaksaminen kohentusi.”

”Ja sit just tätä yhteistyötä eri tahojen kanssa, että selkiytyy se mihin myö ohjataan niitä potilaita.”

Tämänhetkiseksi sekä tulevaisuuden kehittämistarpeiksi päihdehoitotyössä nousivat moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja kehittäminen. Toivottiin myös, että Joensuussa olisi oma erillinen päihdeyksikkö, johon päihdehoitotyö keskittyisi. Runsaasti ihmetystä aiheutti se, että kriisi- ja päihdepalveluyksiköt ovat kesällä osan aikaa kiinni kaikki yhtä aikaa, ja tämä ruuhkauttaa jo kuormittunutta perusterveydenhuoltoa entisestään.

”Varmaa ois hyvä lisätä semmosta yhteistyötä vielä niinku kaikkien tämmösten tahojen kesken, ketkä tätä päihdehoitotyötä toteuttaa. Et varmaa semmosta moniammatillista yhteistyötä aina ois hyvä lisätä, että se ois semmosta joustavaa se tämmösten asiakkaitten hoitaminen ja hoitotyö.”

”Ja sitten on justiinsa nämä, että joku yksikkö niinku, että mun mielestä ne ei kuulu tänne. Et vaikka meillä on pääsääntö että vauvasta –vaariin kaikki hoidetaan, ni kyllä ne miusta ei kuulu tänne vastaanotolle, että jossain muualla, keskitetysti. Missä on osaamista ja tietotaitoa.”

”Tai niin, että tosiaan ne asiakaat vois mahollisimman paljon asioida niissä omissa asioissaan niin samoissa paikoissa. Tätä on ehkä vähän liikaa nyt hajautettu useisiin paikkoihin.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata käytännön toimijakentän valmiuksia ja näkemyksiä päihdehoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Päihdehoitotyötä sairaanhoitajan näkökulmasta on Suomessa tutkittu vähän. Tämän vuoksi keskeisiä tuloksia tarkasteltiin aihepiiriin liittyvien tutkimusten lisäksi myös yhden 90-luvulla tehdyn tutkimuksen kautta. 90-luvun tutkimuksen avulla saatiin vertailupohjaa sille, minkälaista kehitystä vuosien kuluessa on tapahtunut esimerkiksi hoitajien käyttämissä työmenetelmissä, heidän valmiuksissaan ja koulutuksessaan. Lisäksi pystyttiin tarkastelemaan, ovatko kehittämistarpeet ja toiveet muuttuneet päihdetyön kohdalla sekä millaisia muutoksia on tullut. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltiin tutkimustehtävien kautta. Tutkimustehtävät kokoavat yhteen Päihdetyön minimisisällöstä mukaellen laaditut luokat, joita hyödynnettiin sekä haastattelu- että tulosteemoina (koulutus, tiedot, taidot, kehittämistarpeet).

7.1.1 Aluesairaanhoitajien kokemukset heidän valmiuksistaan ja niiden riittävydestä päihdehoitotyöhön

Aluesairaanhoitajien koulutustaustan kartoituksesta kävi ilmi, että yhdelläkään tiedonantajalla ei ollut päihdehoitotyön erikoistumisopintoja. Peruskoulutuksen antamat valmiudet koettiin riittäviksi, mutta niukoiksi. Tämä näkyi myös selkeästi vastavalmistuneiden sairaanhoitajien valmiuksista kysyttäessä.

Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien valmiudet päihdehoitotyöhön nähtiin hyvin vaihtelevina. Kuitenkin yhtenäisenä mielipiteenä oli tulkittavissa, että vastavalmistuneilla katsottiin olevan päihdehoitotyön toteuttamiseen vaadittavat perusvalmiudet. Haastateltavien mukaan työkokemus antoi eniten valmiuksia päihdeasiakkaan kohtaamiseen.

Aluesairaanhoitajien omien kokemusten mukaan työkokemus korostui useassa eri osa-alueessa: kyvyssä kohdata päihdeongelmaisia asiakkaita, asioiden puheeksiottamisessa, päihdeongelmien tunnistamisessa sekä erityisesti yhteistyöverkostojen tuntemisessa sekä niiden hyödyntämisessä.

Päihdetyön koulutuksen minimisisältö ei vaikuttanut olevan kenellekään tiedonantajista entuudestaan tuttu. Tämä heijastui selvästi koulutuksen riittävyyden ja päihdetyötä tekeville sairaanhoitajille tarpeellisten valmiuksien määrittelyssä. Se näkyi myös siinä, millaisen roolin tiedonantajat itselleen päihdehoitotyöntekijöinä määrittelivät.

Päihteidenkäyttäjää aluesairaanhoitajat kohtasivat työssään huomattavan usein. Päihteidenkäyttäjän tai päihteidenkäyttötason tunnistaminen koettiin haasteelliseksi. Alkoholin suurkuluttajan tunnistaminen koettiin helpoksi ulkoisen olemuksen ja verbaalisen ulosannin myötä. Muiden päihteiden kohdalla keskeiseksi nousi asiakkaan tunteminen. Aluesairaanhoitajilla on tietyt vastuualueet, jonka mukaan kyseisen alueen asukkaat käyvät pääsääntöisesti saman sairaanhoitajan vastaanotolla. Usein keskustelu asiakkaan kanssa hänen päihteidenkäyttötottumuksistaan nosti ongelmia esille, mutta toisaalta päihteidenkäyttömäärien ”kaunistelu” koettiin yleiseksi ongelmaksi. Yksi suuri ongelma koettiin varhaisvaiheen käyttöön puuttumisessa, koska sitä on yleisesti hyvin hankala havaita. Varhaisvaiheen käyttöä on hankalaa havaita, ja sitä on myös helppo salata vaikka päihteidenkäytöstä kysyttäisiin asiakkaalta. Myös Behm (2005, 56–58, 85) luettelee tutkimuksessaan sairaanhoitajien tunnistavan alkoholin suurkuluttajan ulkoisen olemuksen, sanallisen vuorovaikutuksen, havainnoinnin, tutkimusten ja yhteistyön avulla.

Sairaanhoitajat havainnoivat asiakasta psyykkisenä, fyysisenä, ja sosiaalisena kokonaisuutena. Tunnistamista vaikeuttivat lyhyet tapaamiset, kohtaamistilanteiden luonne, alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen vaikeus, osaamisen ja työvälineiden

puuttuminen ja oman roolin epäselvyys. Lisäksi työyksikön luonne vaikuttaa siten, että tilaisuus puuttumiseen ja puuttumisen keinot ovat vähäisiä. Tunnistamista helpottavia tekijöitä olivat aikaisempi tieto, asiakkaan tunteminen, suhtautuminen alkoholista puhumiseen ja työntekijän kokemus. Aluesairaanhoitajat vastasivat haastatteluun omasta näkökulmastaan ja omien kokemuksiensa mukaisesti, jotka kuitenkin ovat suoraan verrattavissa aikaisempiin tutkimuksiin. Opinnäytetyön tuloksista nousivat esille samanlaiset kehittämistarpeet sekä haasteet kuin aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista.

Päihteidenkäytön ehkäisy koettiin tärkeäksi osaksi työtä. Sen toteuttamista rajoittivat kuitenkin suuret asiakasmäärät sekä vastaanottoaikojen lyhyys. Ennaltaehkäisevää työtä toteutettiin hyvin yksilöllisillä tavoilla. Käytössä olevat ennaltaehkäisevän työn menetelmät koettiin toimiviksi, mutta vahvimmin nousi esiin asian vapaamuotoinen puheeksi ottaminen. Myös Sutisen (1997, 67,31) tutkimuksessa ennaltaehkäisevää työtä ja sen kehittämistä pidettiin tärkeänä, mutta sen osuus hoitajien työssä oli kuitenkin vähäistä. Behminkin (2005, 73) tutkimustulokset osoittivat, että ennaltaehkäisevän työn rooli koettiin tärkeänä. Sairaanhoitajat näkivät itsensä ehkäisijänä, tunnistajana, puheeksiottajana, herättelijänä, tilaisuuden antajana, asenteisiin vaikuttajana sekä tukijana, auttajana ja kontrolloijana.

Perusterveydenhuollossa päihdetyötä tekevän hoitajan roolin rajausta on kuitenkin koettu epäselväksi, koska päihdetyöntekijät ovat erillinen ammattikunta (Behm 2005, 58). Aluesairaanhoitajien näkemys roolistaan päihdehoitotyöntekijänä tuli esille samankaltaisena kuin Behmin tutkimuksessa, päihdetyöntekijöiden ja perushoitotyöntekijöiden roolien rajauksena. Yhteistyötahojen toimintakentät olivat osittain hyvin hajanaisia ja toimijat kokivat työn katkonaiseksi, koska jokainen hoitaa asiakasta omien kykyjen mukaan. Tietoa koko hoitoprosessista tai muista toimintayksiköistä ei ollut. Yhteistyötä tehtiin vaihtelevasti, omien kokemusten ja hyväksi havaittujen mallien mukaisesti.

Sutisen (1997, 35–36, 45) tutkimuksen tuloksissa Mini-interventio lähestymistapana oli vähäistä. Myöskään AUDIT-kyselytestiä tai muuta kirjallista materiaalia ei ollut käytössä kuin harvoin. Tutkimuksessa päihdehoitotyön menetelmiksi mainittiin tiedonantaminen, ohjaaminen, neuvonta, tukeminen, kannustaminen ja rinnalla

kulkeminen. Tähän opinnäytetyöhön tehdyistä haastatteluista puolestaan kävi kuitenkin ilmi, että haastateltujen sairaanhoitajien työyksiköissä haitallisen päihteidenkäytön ehkäisevinä menetelminä käytettiin Mini-interventiota, AUDIT-kyselytestiä, puheeksiottoa ja henkilökohtaista, hyväksikoettua työtapaa. Päihdetyö nähtiin tärkeänä osana työtä, mutta yhtenäistä käytännettä terveysasemilla ei ollut.

Myös Behmin (2005, 60, 86) tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä AUDIT-kyselytestiä, muuta kirjallista materiaalia sekä alkometriin puhalluttamista ja laboratoriokokeita. Behm mainitsee lisäksi muutoksen suunnittelun, kokonaistilanteen tarkan arvioinnin, jatkohoidon järjestämisen ja tietoisuuden lisäämisen. Osa opinnäytetyön tiedonantajista mainitsi myös jatkohoidon järjestämisen sekä alkometriin puhalluttamisen käytössä oleviksi työmenetelmiksi. Nämä kohdistuivat kuitenkin juuri päihdeseulannassa oleviin asiakkaisiin tai korvaushoidossa käyviin asiakkaisiin, jotka olivat rajautuneet tietyille työntekijöille vastuualueiksi.

Perusterveydenhuollossa päihdeasiakkaiden kanssa työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee erityisosaamista ja asennoitumista (Levänen 2006, 33). Tämä vahvisti opinnäytetyöstä saatuja tuloksia. Aluesairaanhoitajien vastauksista nousi esille ammatillinen suhtautuminen asiakkaisiin riippumatta heidän hoidon tarpeen syistä. Esille nousi kuitenkin turvallisuuden näkökulma suhteessa toisiin asiakkaisiin, sekä työntekijöiden oma turvallisuus toimia työssään. Päihdeongelmainen asiakas voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta, etenkin kun aluesairaanhoitajat työskentelevät pääsääntöisesti vastaanotoilla yksin asiakkaiden kanssa suljetussa tilassa. Halu ja tarve saada tukea työyhteisöstä hankalissa tai uhkaavissa tilanteissa tuli esille useassa haastattelussa. Toisten asiakkaiden pelko ja ennakkoluulot nousivat selkeästi esiin ennakkoasenteina ja paheksuntana. Sutisen (1997, 68) tutkimuksessa hoitajat kokivat, että asennemuutosta tarvittiin päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja päihdeasiakkaan tasa-arvoa muihin potilaisiin nähden pidettiin tärkeänä. Opinnäytetyöstä saaduissa tuloksissa kuitenkin hoitajien ja terveydenhuollon toimijoiden asenne nähtiin ammatillisena niin, että omat henkilökohtaiset asenteet ja ennakkoluulot eivät näy käytännönhoitotyössä asiakkaille.

7.1.2 Aluesairaanhoitajien kehittämistarpeet ja -toiveet päihdetyöhön liittyen

Lisäkoulutuksen tarve nousi selkeästi esille kaikista haastatteluista useaan kertaan. Lisäkoulutuksen tarve painottui käytännönläheisiin perusasioihin, kuten esimerkiksi asiakkaan kohtaamiseen, ohjaukseen sekä keskusteluvalmiuksien lisäämiseen ja turvallisuuskoulutukseen. Samankaltaisia tuloksia esille tuli myös aikaisemmista tutkimuksista. Behm (2005, 56–57) ja Sutinen (1997, 44, 94) mainitsevat tutkimustuloksissaan perusterveydenhuollossa tehtävän päihdehoitotyön haasteiksi koulutuksen ja tarvittavien työmenetelmien vähäisyyden sekä päihdeasiakkaan kohtaamisvalmiuksien riittämättömyyden. Sutisen tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat lisäksi tarvitsevansa tietoa päihdehoitotyöstä, eri yhteistyötahojen toiminnasta ja ajankohtaisista asioista.

Samankaltaisia tuloksia on myös saatu kansainvälisesti. Royal College of Nursingin toteuttaman projektin tulokset Englannista ovat yhtenäisiä suomalaisiin tutkimuksiin. Projektissa keskityttiin tarkastelemaan varhaisen vaiheen alkoholinkäyttöä, alkoholin riskikäyttöä sekä niihin kohdistuvia eri interventiomenetelmiä. Projektin alkuperäisessä toteutusarvioinnissa syntyi ongelmia juuri toimijakentän ja asiakaskunnan hajanaisuuden ja monimuotoisuuden vuoksi ja yhtenäisen toimintalinjan laatiminen osoittautui mahdottomaksi. Yhtenäisen toimintalinjauksen laatiminen olisi edellyttänyt yhteistyön kehittämistä ja palvelurakenteiden uudistamista. Projektin arviointi jouduttiin tästä syystä toteuttamaan tapaustutkimuksena. Tuloksissa korostui päihdehoitotyön koulutuksen merkitys ja se, kuinka tärkeää on saada asiantuntijaohjeistusta toimivien toimintalinjojen luomiseksi, esimerkiksi henkilökohtainen kokeneemman työntekijän antama opastus päihdehoitotyöstä. (Mason 2009, 35, 40.)

Selvästi kaikista haastatteluista nousi esiin tarve moniammatillisen yhteistyön lisäämisestä ja yhtenäistämisestä. Käytännön toimijoiden näkökulmasta olisi tarvetta omalle erilliselle päihdehoitoyksikölle, johon päihdehoitotyön palvelut koottaisiin keskitetysti. Tämä selkeyttäisi asiakkaiden ohjautumista palveluihin, vähentäisi eriarvoisuutta ja toisten asiakkaiden turvattomuutta sekä myös helpottaisi yhteistyötahojen välistä toimintaa, kun palvelut olisivat samassa rakennuksessa

fyysisesti. Tämä vähentäisi osaltaan jo kuormittunutta perusterveydenhuollon vastaanottoa sekä selkiyttäisi aluesairaanhoidajien toimenkuvaa.

Sutinen (1997, 69, 72, 77, 81) mainitsee tutkimustuloksissaan haasteiksi ja kehittämistarpeiksi yhteistyön kehittämisen, ennaltaehkäisevän työn sekä terveydenhuollon hallinnon ja koulutuksen. Hänen tutkimuksessaan sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että päihdehoitotyö ei ole erillinen osa-alue, vaan kaikilla hoitotyötä tekevillä tulisi olla perusvalmiudet päihteenkäyttäjän hoitamiseen. Työnjaon selkeyttäminen ja palveluiden yhteensovittaminen koettiin kuitenkin tärkeäksi. Sutisen 1990-luvun lopussa tekemässä tutkimuksesta käy jo ilmi, että tulevaisuudessa hoitajalta edellytetään yhä enenevässä määrin aloitteellisuutta, aktiivista osallistumista ja ammattitaidon rohkeaa esilletuomista päihdehoitotyöhön liittyvissä kysymyksissä yhteiskunnan kaikilla tasoilla.

Halosen (2005, 34–35) tutkimuksessa kehittämistarpeiksi nousivat varhaisen puuttumisen kehittäminen ja tehostaminen sekä tiedon lisääminen päihdeproblematiikan tunnistamisesta ja päihderiippuvuudesta. Olemassa olevia palveluita ja hoitoonohjausta tulisi kehittää myös väestölle annettavan informaation osalta. Perusterveydenhuollon henkilöstölle tarvittaisiin lisää koulutusta etenkin ennaltaehkäisevään ja varhaisvaiheen päihdetyöhön. Keskeisenä ennaltaehkäisevän päihdetyön menetelmänä tulisi hyödyntää Mini-interventiota entistä enemmän. Sen tulisi olla osa jokaisen perusterveydenhuollon työntekijän työvälineistöä varhaisen puuttumisen mallina.

7.2 Johtopäätökset

Aluesairaanhoidajien haastatteluista saatiin vastauksia molempiin tutkimustehtäviin. Tiedonantajilta saatiin arvokasta tietoa teorian tiedon tueksi. Tutkimustehtävänä oli myös kartoittaa kehittämistarpeita ja -toiveita yleisesti päihdetyötä koskien. Tiedonantajilta saatiin merkityksellistä tietoa siitä, minkälaisia kokemuksia ja näkemyksiä aluesairaanhoidajilla on päihdehoitotyöstä, päihdetyön toteutumisesta ja kehittämishaasteista. Näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöstä ja sen toteuttamisesta saatiin moniammatillisesta näkökulmasta, ei pelkästään päihdehoitotyöhön liittyen.

Verrattaessa tuloksia mukailtuihin Stakesin päihdetyön koulutuksen minimisisällön osaamisalueisiin, oli kaikilla aluesairaanhoitajilla jotain kehitettävää kyseisiltä osaamisalueilta. Aluesairaanhoitajat kuvasivat avoimesti kehittämistarpeitaan ja he painottivat itse lisäkoulutuksen tarvetta. Kehittämistarpeita ilmeni esimerkiksi asiakkaan kohtaamisvalmiuksissa, yhteistyöverkoston tuntemisessa ja yleisessä päihdetietämyksessä. Tuloksista kävi ilmi, että myöskään työnantajan puolelta koulutusta ei ollut tarjottu riittävästi, muutamaa lyhyttä katsausta lukuun ottamatta. Voidaan kuitenkin päätellä, että päihdetyön koulutuksen minimisisällössä on asioita, jotka ovat saavutettavissa sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ja syventyvät työkokemuksen myötä. Tämä näkyi siinä, kuinka tärkeinä aluesairaanhoitajat pitivät päihdeasiakkaiden tasa-arvoista kohtaamista, hoitotyöntekijän ammatillista asennetta ja ennaltaehkäisevää työtä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 37) on asettanut tavoitteeksi sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen yhteistyön lisäämisen eri yksiköiden välillä sekä koulutuksen kehittämisen enemmän työelämlähtöiseksi. Myös päihdetyön koulutuksen minimisisältö on luotu muun muassa vastaamaan edellä mainittuihin haasteisiin. Kaste-ohjelman tavoitteita ja päihdetyön koulutuksen minimisisältöä opinnäytetyöemme tuloksiin verrattaessa oli tehtävissä johtopäätös, että tavoitteet ja suositukset ovat ajankohtaisia ja sisältävät asioita, joihin tuleekin puuttua terveysalan koulutuksen kehittämisessä.

Aluesairaanhoitajat tunnistivat mini-intervention varhaisen puuttumisen menetelmänä ja tuloksista oli pääteltävissä, että sitä käytettiin työvälineenä päihteitä käyttävän asiakkaan kanssa. Kaste-ohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 31) on sisällyttänyt mini-intervention vakiinnuttamisen terveydenhuollon käytäntöön vuoteen 2010 mennessä. Myös päihdetyön koulutuksen minimisisällössä yhtenä osaamisjuonteena on varhaisen puuttumisen menetelmien käyttö. Tuloksista on pääteltävissä, että mini-interventio oli hyvin jalkautunut käytännön toimijakentälle. Esille nousi kuitenkin selvästi myös se, että vakiintuneena työmenetelmänä mini-interventio koettiin osittain vielä vieraaksi. Useat aluesairaanhoitajat kokivat henkilökohtaisen puheeksiottamisen parhaimmaksi menetelmäksi. Mini-intervention tarkoitus on olla päihdehoitotyön keskeinen työmenetelmä puheeksiottamisessa, mutta silti sen käyttäminen tuntui monimutkaiselta ja etäiseltä joillekin aluesairaanhoitajista.

Kaste-ohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 47) on määritelty yhdeksi tavoitteeksi ohjelmakauden aikana vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Tavoitteeksi on määritelty perusterveydenhuollon vahvistaminen vuoteen 2015 mennessä sellaiseksi, että se pystyisi olemaan vetovoimainen koko väestön peruspalvelu. Työterveyslaitos, Kansanterveyslaitos, Stakes sekä yliopistot on tarkoitus verkostoida terveystieteiden kanssa niin, että terveystieteille saadaan resursseja kehittämistyöhön.

Keskeisimmät tutkimustulokset ovat:

- Sairaanhoidajan peruskoulutuksen koettiin antavan niukat perusvalmiudet päihdehoitotyöhön.
- Ehkäisevän työn menetelmät koettiin työn toteuttamista helpottaviksi.
- Ehkäisevän työn menetelmistä toivottiin olevan selkeämmät, yhtenäisemmät käytännöt eri toimintayksiköiden sisällä.
- Työkokemus toi aluesairaanhoidajille runsaasti lisävalmiuksia päihdehoitotyöhön.
- Lisäkoulutusta tulisi järjestää entistä enemmän.
- Lisäkoulutuksen tulisi olla käytännönläheistä ja ajankohtaisista asioista tiedottavaa: turvallisuuskoulutusta, ainetietoutta uusista päihteistä ja niiden vaikutuksista sekä käytännön ohjeistusta päihteidenkäyttäjän kohtaamiseen.
- Moniammatillista yhteistyöverkostoa olisi syytä yhtenäistää sekä tuoda näkyvämmäksi ja selkeämmäksi.

7.3 Luotettavuus

Luotettavuuden tarkastelu kuuluu jokaiseen opinnäytetyöprosessin vaiheeseen. Se onkin olennainen osa koko prosessia (Metsämuuronen 2000, 50). Luotettavuuden arviointi alkaa siitä, kun valittu aihe rajataan. Arviointia jatketaan viitekehystä kirjoitettaessa, tutkimuksen toteutusvaiheessa, tuloksia analysoitaessa sekä pohdinnassa.

Lähdemateriaalia käytettäessä on muistettava monipuolisuus sekä olennaisena osana lähdekriittisyys. (Kiikkala & Krause 1996, 130–131). Tutkimusprosessia voidaan ajatella myös siten, että tekijä toimii samalla työnsä laaduntarkkailijana (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184.). Opinnäytetyön viitekehystä kirjoitettiin huomioiden lähdekriittisyys, uutuusarvo ja monipuolisuus. Kun tieto löytyy samankaltaisena useasta hyväksyttävästä, ajan tasalla olevasta lähteestä, voidaan uskoa, että lähde on luotettava.

Haastattelun luotettavuuteen vaikuttaa haastattelurunko pääteemoineen ja lisäkysymyksineen. On otettava huomioon, että haastattelun aikana täydentäviä lisäkysymyksiä voi olla hyvä esittää riittävän aineiston keräämiseksi. Muita luotettavuustekijöitä ovat nauhoittamisen onnistuminen, litteroinnin säännönmukaisuus ja luokittelun perusteltavuus. Tämän vuoksi haastattelut tulee litteroida niin pian kuin mahdollista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–186.)

Teemahaastattelun kohdalla luotettavuutta pohdittaessa tärkeää on tutkijan oma käsitys siitä, vastaavatko tulokset ja todellisuus toisiaan. Kuten aiemmin tuli esille, luotettavuutta tulee tarkastella jo haastattelulomaketta laatiessa. Epäonnistuminen näkyy esimerkiksi kysymysten sisällön suppeutena tai siinä, että kysymykset eivät tuo vastauksia tutkimustehtäviin. Haastateltavien valinnan tulee olla tarkoin harkittua. Mikä tahansa ryhmä ei välttämättä sovi parhaiten vastaamaan tutkimuksessa asetettuun ongelmaan. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 130.)

Haastatteluihin liittyy usein monia virheitä silloin, mikäli haastattelu ei ole huolellisesti valmisteltu tai haastattelijoiden taidot eivät ole riittävät. Haastateltava voi kokea tilanteen epämiellyttäväksi tai jopa uhkaavaksi. Haastateltavat voivat myös antaa tilanteessa sosiaalisesti sopivia vastauksia, eivätkä totuuden mukaisia vastauksia. Haastateltava voi myös antaa tietoa tutkittavan aihealueen ulkopuolelta. (Hirsjärvi ym. 2008, 201.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin aluesairaanhoidajien näkemyksiä, kokemuksia, koulutusta sekä ammatin myötä saatua tietopohjaa päihdehoitotyöstä. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin tallennettujen yksilöhaastatteluiden kautta. Nauhurilla tallennettu aineisto litteroitiin välittömästi haastatteluiden jälkeen ja säilytettiin hyvään tutkimusetiikkaan kuuluen opinnäytetyön valmistumiseen asti asianmukaisesti. Haastattelut tehtiin anonymisti eivätkä haastatteluun osallistuneiden henkilöiden nimet

tulleet julki opinnäytteen teon missään vaiheessa eivätkä myöskään lopullisessa opinnäytetyössä. Haastatteluihin osallistuvien henkilötiedot tulivat ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden tietoon, ja myöskään toimeksiantajille nämä tiedot eivät välittyneet. Luotettavuutta työssä lisäsi myös se, että molemmat opinnäytetyöntekijät ovat aikaisemmin jo hyödyntäneet haastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Näin pystyttiin ennakoimaan haastattelutilanteita sekä minimoimaan ennalta tiedossa olevia riskejä.

Aineiston keruussa ja tiedonantajien riittävän määrän arvioinnissa hyödynnettiin saturaatiota. Saturaatiolla tarkoitetaan aineiston kylläntymispistettä, jolloin aineisto on riittävä. Aineistoa voidaan pitää riittävänä silloin, kun tutkittavat asiat alkavat toistua haastatteluissa. (Hirsjärvi ym. 2008, 177; Tuomi & Sarajärvi 2002, 89.) Saturaatiota ei voida kuitenkaan saavuttaa, ellei tutkijoilla ole selvyyttä siitä, mitä aineistosta ollaan hakemassa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 90).

Tutkimusaineiston analyysin luotettavuus perustuu sille, että käytetään koko kerättyä aineistoa. Esimerkiksi osaa haastattelusta ei voida jättää käyttämättä, mikäli se liittyy olennaisesti aiheeseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292.) Tiedonantajien määrä opinnäytetyössä on rajattu vain siltä osin, että haastatteluun voivat maksimissaan osallistua Joensuun alueen kaikki aluesairaanhoidajat.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on tärkeää tarkastella tutkimustehtävää ja sitä, kuinka hyvin kerätty tutkimusaineisto vastaa asetettuihin tutkimustehtäviin. Varsinkin laadullisessa opinnäytetyössä on olennaista keskeisten asioiden esille nostaminen, tulosten perustuminen hankittuun aineistoon sekä aineiston tallennus- ja säilytysmenetelmien suunnittelu ja toteutus. Luotettavuutta arvioitaessa on hyvä pohtia, onko lähdemateriaali kattavaa, onko tiedonantajilta kerätty aineisto riittävän informatiivista ja riittääkö kerätty tutkimusaineisto antamaan vastauksen tutkimuskysymykseen. Haastatteluiden luotettavuus muodostuu myös tiedonantajien sopivuudesta tiedonantajiksi sekä tiedonantajien määrästä. Tutkijan tulee lisäksi miettiä omaa asemaansa tutkimuksessa. Luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan kyky tunnistaa omat asenteensa ja ennakko-oletuksensa tutkimuksen kohteesta. Edellämainitut seikat ovat luotettavan tutkimuksen toimivuuden ja luotettavuuden edellytyksiä. (Kiikkala & Krause 1996, 130–131.)

Tutkimusraportista tulee käydä ilmi, miksi tutkittavat on valittu ja mitä haastatteluteemoja on käytetty. Liian suppeat kysymykset saattavat hankaloittaa haastateltavan näkemysten esilletuloa ja ohjata tuloksia jopa siihen, mikä tutkijan oma näkemys on tutkittavasta ilmiöstä. Liian väljät kysymykset saattavat toisaalta tuoda liikaa tutkimusaineistoa ja paljon tietoa jää raportin ulkopuolelle. Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös aikaviive. Alkuperäinen tapahtuma saattaa tuntua haastattelutilanteessa erilaiselta kuin tapahtumahetkellä. (Nieminen 1997, 216–217.)

Tutkimuksen luotettavuutta mitattaessa tulevat usein esiin käsitteet reliaabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkitaan esimerkiksi sama henkilö kaksi kertaa ja saadaan sama tulos. Se voidaan nähdä myös siten, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulkintaan samasta tutkimuksesta tämän henkilön kohdalla. Kolmantena vaihtoehtona nähdään, että rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos. Validius vastaa kysymykseen, koskeeko tutkimus sitä, mitä sen on oletettu koskevan. Laadullisessa tutkimuksessa näiden kahden käsitteen käyttöön tulisi suhtautua varauksin. Tämä johtuu siitä, että tutkija vaikuttaa tahtomattaankin aineistoon jo keruuvaiheessa ja kysymyksessä on aina tutkijan muodostama käsitteistö ja tulkinta aineistosta. Yhtenä luotettavuuden mittarina voidaan käyttää triangulaatiota, joka tarkoittaa, että saatua aineistoa verrataan muista lähteistä löytyviin tietoihin samasta tutkimuskohteesta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 186–189.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin tutkijatriangulaatiota aineiston keruu- ja -analysointivaiheessa sekä myös tutkimustulosten tarkastelussa. Tutkijatriangulaatiolla tässä työssä tarkoitetaan kummankin opinnäytetyöntekijän huomioita samasta kohteesta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 12–13.) Tutkijatriangulaation avulla varmistettiin tutkittavien asioiden kohdentaminen tutkimuksen kannalta keskeisimpiin asioihin. Molempien opinnäytetyön tekijöiden näkökulmia ja havaintoja hyödynnettiin ennalta rajattuihin alueisiin. Näin pystyttiin lisäämään luotettavuutta aiheen analysoinnissa, ja samalla väheni väärin tulkintojen mahdollisuus.

Luotettavuuteen ei kuitenkaan vaikuttanut negatiivisesti se, että kaikkiin haastatteluihin eivät molemmat opinnäytetyön tekijät aina päässeet osallistumaan. Aineiston litteroinnit suoritettiin vaihtaen rooleja. Haastattelija ei purkanut omaa haastatteluaan, vaan tarkkailijana toiminut opinnäytetyöntekijä purki haastattelun. Näin varmistettiin

aineistoon tasapuolinen syventyminen, sekä pyrittiin välttämään oman puheen virheellistä tulkintaa.

Analysoitaessa aineistoa haastatteluista nousi selkeästi esille yhtenevät teemat sekä kehittämistarpeet. Aineiston analyysin alussa molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat itsenäisesti haastatteluaineistoja usean kerran. Näin varmistettiin tasavertainen aineistoon perehtyminen ja pystyttiin lisäämään keskeisimpien asioiden mukaan tulemistä, kun aineisto läpikäytiin tutkijatriangulaatiota hyödyntäen. Päihdehoitotyön tila ja käytössä olevat menetelmät eivät juuri poikenneet toisistaan yhdessäkään haastattelussa. Haastatteluista tuli selkeästi esille myös aineiston saturoituminen.

Tutkimuksen kokonaisuutta tarkasteltaessa on hyvä pohtia vielä muutamia asioita. Näitä ovat tutkimusaineiston analysointimenetelmän tarkoituksenmukaisuus ja kysymys siitä, mahdollistuuko lukijan perehtyminen analyysin toteutukseen ja saatuihin tuloksiin. Tulee myös tarkastella, kuinka analyysin edetessä on varmistuttu siitä, että pitäydytään tutkittavassa asiassa ja alkuperäisessä aineistossa. (Kiikkala & Krause 1996, 130–131.) Laadullinen opinnäytetyö on luotettava ja onnistunut silloin, kun tutkittavasta aiheesta saadaan uutta tietoa tai tutkimuksen avulla lisätään aiheen syvyyttä ja ymmärtämistä.

Aineiston analysointivaiheessa hyödynnettiin vertaisarviointia keskeisimpien asioiden esille nousemisen varmistamiseksi. Kaikki aineistot läpikäytiin hyödyntäen tutkijatriangulaatiota niin, että jokaisen vaiheen työstämiseen osallistuivat molemmat opinnäytetyöntekijät arvioiden kriittisesti työtä suhteessa haastatteluaineistoon.

7.4 Eettisyys

Opinnäytetyön aihetta valittaessa on eettisesti paikallaan miettiä, sopiiko aihe oppilaitoksen tutkimusprofiiliin. Esimerkiksi hoitotyön koulutusohjelmassa tuskin hyväksytään selkeästi liiketalouden tai metallialan aihepiiriin kuuluvaa aihetta. On syytä pohtia, onko opinnäytetyötä edes mahdollista tehdä tarjolla olevissa olosuhteissa. Tärkeä on myös kysyä, onko aihe hyödyllinen ja kenelle. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53–54.)

Eettisyyden pohdinnan tulisi liittyä olennaisesti koko prosessiin ja alkaa jo aihetta valittaessa. Aluksi tulee miettiä, miksi tutkimusprosessiin ryhdytään ja kenen ehdoilla aihetta lähdetään työstämään. Tekijän eettinen kanta edellä mainittuihin seikkoihin näkyy lukijoille tutkimuksen tarkoituksena sekä siinä, kuinka tutkimusongelmat tai -tehtävät on muotoiltu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.) Yleensä suurina eettisinä ongelmina pidetään tiedonhankinnan ja aineiston käsittelytapojen valintoja. Tutkimuksen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja jokaisen yksilön itsemääräämisoikeus. (Hirsjärvi ym. 2008, 24–25.) Tutkimuseettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta. Toisaalta tiedonhankintaan ja tutkittavien henkilötietosuoja koskeviin sääntöihin, sekä toisaalta tulosten sovetamista tekijän vastuuseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.)

Eettisyyttä pohtiessaan tutkijan on hyvä tarkastella, noudattaako hänen raporttinsa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt ohjeissaan tieteellisen käytännön loukkaukset kahteen ryhmään, piittaamattomuuteen ja vilppiin. Piittaamattomuutta on muun muassa muiden tutkijoiden osuuden vähättely ja vilppiä esimerkiksi luvaton lainaaminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287.) Tämän opinnäytetyön aihe syntyi toimeksiantajana toimineen Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen tarpeesta. Oli ensiarvoisen tärkeää, että haastateltavat osallistuvat vapaaehtoisesti aineiston kartuttamiseen. Haastatelluille haluttiin korostaa, että opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa päihdehoitotyötä ammattinsa puolesta tekevien sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia käytännön työkentiltä. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, joten tiedonantajien lukumäärä määräytyi tiedonantajien osallistumishalukkuuden kautta. Kaikilla aluesairaanhoitajilla oli tasavertainen mahdollisuus osallistua haastatteluun.

Hoitotyön näkökulmasta tehtävien tutkimusten on noudatettava sekä yleistä tutkimusetiikkaa että hoitotyön ammattietiikkaa. Tutkimus voi kohdistua ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin. Tällöin on tärkeää huomioida tutkimuksen kohteena olevat henkilöt sekä heidän lähipiirinsä. (Kiikkala & Krause 1996, 64–65.) Terveys- ja sosiaalialoilla tutkitaan monesti ihmistä, ja usein tutkimuksen kohteet ovat jonkinlaisen hoidon piirissä. Onkin pohdittava, onko henkilö kykenevä osallistumaan tutkimukseen, pohjautuuko hänen suostumuksensa täyteen ymmärrykseen tutkimuksen tarkoituksesta ja kuinka tutkimus vaikuttaa hänen elämäänsä. Monen tutkittavan vaikeat

elämäntilanteet tuovat eettiseen tarkasteluun mahdollisuuden siitä, että tutkimukseen osallistuminen voi jopa vaikeuttaa henkilön tilannetta entisestään. (Mäkinen 2006, 111–113.)

Kuten missä tahansa tutkimuksessa, myös opinnäytetyössä hyödynnetään tiedonantajien osalta perehtyneesti annettua suostumusta, jolloin eettisyys toteutuu. Perehtyneisyys tarkoittaa sitä, että tiedonantajille annetaan tietoa tutkimuksen kulusta sekä tutkimuksen toteutuksesta. Tällöin henkilö tietää, mihin hän suostuu eikä hän ole tullut pakotetuksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa eettisenä kysymyksenä korostuu tutkijan ja tutkittavan välinen suhde, sillä se voi muistuttaa arkipäivän vuorovaikutussuhdetta. Tämän vuoksi tutkimustilanteessa on manipuloinnin vaara silloinkin kun tutkija pyrkii vilpittömästi toimimaan tasaveroisesti ja eettisesti. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32.)

Opinnäytetyön aihe ja tutkimussuunnitelma käytiin esittelemässä aluesairaanhoitajien kuukausipalaverissa toukokuussa 2009. Tällöin heille esitettiin pyyntö haastatteluiden saamiseksi. Kokoukseen osallistuneille kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää missä tahansa haastattelun vaiheessa. Haastatteluja tehtäessä haastateltaville kerrottiin, että nauhoitettu tieto sellaisenaan on vain tätä opinnäytetyötä tekevien käytössä. Heille kerrottiin myös, että saatu aineisto analysoidaan sisällönanalyysimenetelmällä ja lopullisesta työstä ei pysty tunnistamaan haastattelun antaneita henkilöitä. On laissa säädettyä, että henkilötietoja ei saa tutkimuksessa käyttää tai käsitellä ilman asianomaisen suostumusta tai käyttötarkoitusta (henkilötietolaki 523/1999, 8§, 9§). Koko prosessin ajan oli tärkeää lupaus aineiston salassapysymisestä. Luottamusta, jota haastatteluun osallistuneet kokivat, pidettiin tärkeänä. Tärkeänä pidettiin, että haastateltavat ymmärsivät opinnäytetyön kartoittavaksi tutkimukseksi päihdehoitotyön tilasta Joensuussa. Näin haluttiin välttää se, että haastateltavat kokisivat heidän ammattitaitoaan kyseenalaistettavan tai väheksyttävän.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on saatettu kerätä jopa vain yhdestä ainoasta paikasta tai vain muutamalta henkilöltä. Näin kasvaa riski siitä, että tutkittavat saatetaan tunnistaa. Siksi on eettisestikin tärkeää varmistaa, ettei kerättyjä tietoja voida käyttää tutkittavien vahingoksi ja kiinnittää erityishuomiota siihen, että heitä ei voida tunnistaa.

Avoimuus ja rehellisyys tutkimustulosten julkaisemisessa ovat tärkeitä. On vain muistettava, että esimerkiksi suorissa lainauksissa kerätyistä aineistosta ei saa käyttää sellaista, mistä henkilö on tunnistettavissa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Opinnäytetyön tuloksia kirjattaessa erityistä huomiota kiinnitettiin suoriin lainauksiin aineistoista, eettisyys huomioiden. Mistään lainauksista ei voida tunnistaa tiedonantajaa, eikä missään lainauksessa ole tiedonantajan vastausta muuteltu, vaan tulokset on koottu saadusta aineistosta nousseiden asioiden pohjalta.

Joissakin tapauksissa voi olla jopa kyseenalaista liittää raporttiin tutkimuslupia, sillä niistä käy ilmi tutkimuksen kohde. On muistettava myös se, että tutkija ja tutkimusorganisaatio ovat vastuussa tulosten käytöstä. On tärkeää miettiä, millaista tietoa voidaan käyttää ja millaista ei. Tutkimuslupien kohdalla tulee selvittää lupakäytäntö ja varata riittävästi aikaa lupien saamiseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusluvan myönsi Joensuun kaupunki Siilaisen ja Rantakylän terveysasemille sekä MedOne Osakeyhtiö Niinivaaran terveysasemalle. Koska kyseessä on useampi terveysasema ja niissä kussakin työskentelee useita henkilöitä, lopullisista tuloksista on lähes mahdotonta päätellä, keneltä kerätystä aineistosta on kyse.

Hyvä tutkimusetiikka vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. Oleellista on noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkimuksen avulla/kautta saadut tulokset on kirjattu ja säilytetty asianmukaisesti. Sama koskee tutkimustulosten sekä tutkimusmenetelmien kirjaamista sekä raportointia. On selvää, että vääränä pidetään muiden tutkijoiden vähättelyä, puutteellisuutta aikaisempiin tutkimuksiin viitattaessa sekä tutkimustulosten toistuvaa julkaisemista näennäisesti uutena tietona. Sepittely, vääristely ja luvaton lainaaminen käsitetään vilppinä. Vastuu tutkimuksen eettisyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on tutkijan omalla vastuulla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129–130.) Opinnäytetyössä, kuten missä tahansa tutkimuksessa, saatujen tutkimustulosten julkaisussa merkittäviä ovat rehellisyys ja saatujen tulosten luotettavuus (Kiikkala & Krause 1996, 64–65). Haastattelut nauhoitettiin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoululta lainatulla nauhurilla ja ne litteroitiin opinnäytetyöntekijöiden kotitietokoneille. Missään opinnäytetyön tekovaiheessa haastatteluita tai litteroituja aineistoja ei kuullut tai päässyt lukemaan kukaan ulkopuolinen.

Tutkimusprosessin aikana tulee hakea ohjausta ja hakea neuvoja epävarmoissa tilanteissa. Kritiikkiäkin tulee kestää, koska tutkimus on jatkuvasti elävä ja sen tuleekin kehittyä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32.) Eettisiä ongelmia pohtiessaan tutkijan on syytä perehtyä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan vuonna 2001 laatimiin tutkimuseettisiin ohjeisiin. Jokainen tutkija on vastuussa omasta työstään ja sen eettisyyden toteutumisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004). Tämän vuoksi eettisyyden pohdiskelu, rehellinen oman toiminnan tarkastelu ja arviointi kuuluvat erittäin olennaisena osana tutkimusprosessiin. Opinnäytetyöprosessin edetessä opinnäytetyöntekijät hyödynsivät ohjausta usealta eri taholta. Ohjausta haettiin opinnäytetyön ohjaajilta käytännön asioihin sekä opinnäytetyöprosessin etenemiseen. Ohjausta erityisesti teoriaan ja viitekehykseen sekä työn sisältöön haettiin myös opinnäytetyön toimeksiantajalta. Lisäksi ohjausta ja neuvoa hyödynnettiin myös ulkopuolisen lukijan kautta. Opinnäytetyötä luetettiin ulkopuolisella terveydenhuoltoalan ammattilaisella, ja myös koehaastatteluissa hyödynnettiin ulkopuolista arvioijaa.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi olla vastaavanlaisen kartoituksen laatiminen erikoisterveydenhuollon henkilöstölle. Tutkimustehtävänä voisi esimerkiksi olla päivystyksen tai ensiavun henkilöstön kokemukset ja heidän näkemyksensä päihdehoitotyön valmiuksista ja niiden riittävydestä käytännön työssä. Mielenkiintoista olisi myös tietää, miten hyvin eri päihdetyön suositukset ja toimenpideohjelmat ovat hoitotyöntekijöiden tiedossa.

Päihdetyön minimisisällön suositukset on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, joten olisi myös hyvä tutkia, millaiset valmiudet valmistuvilla/vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla on päihdehoitotyöstä ja millaiset valmiudet ammatillinen koulutus antaa päihdehoitotyöhön. Vertailevassa merkityksessä olisi myös mielenkiintoista tarkastella, minkälaiset valmiudet perusterveydenhuollon muilla hoitajaryhmillä on päihdehoitotyöhön. Tätä voitaisiin tutkia esimerkiksi suorittamalla vastaavanlainen kartoitus lähihoitajille.

LÄHTEET

- Behm, M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Eettistä arkea työssä ja kotona. Tampere: Vastapaino.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Helsinki: YAD - Youth Against Drugs ry.
- Erola, J. & Hakulinen, J. 2000. Tässä ja nyt. Joensuun Päihdepoliittinen ohjelma 2000. Päihdestrategia työryhmä 11.12.2000.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu. Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 24–42.
- Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Halonen, M. & Pasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 20 (5), 267–277.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Havio, M., Mattila, R. Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Helsinki: Tammi.
- Heljälä, L., Jurvansuu, H. & Kuokkanen, M. 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2005. Monipäihteisyys. Päihdelinkki.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/113-monipaihteisyys>. 10.3.2009.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kekki, T. & Partanen, A. 2008. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakes.
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T38-2008-VERKKO.pdf>. 11.4.2009.
- Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Tammi.
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 68–84.
- Koivula, U-M. 1999. Opinnäytetyön muotoja ja menetelmällisiä vaihtoehtoja. Teoksessa Koivula, U.-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. MISSION POSSIBLE: Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro. 1. Tampere, 1–55.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.
- Käypähoito. 2005. Alkoholiongelman hoito. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/>. 12.3.2009.

- L41/1986. Päihdehuoltolaki.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. 10.3.2009.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 12.3.2009.
- L523/1999. Henkilötietolaki
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. 30.8.2009.
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & eli Taipale, V. 2004. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. Porvoo: WSOY.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo. – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.
- Mason, C. 2009. Improving services for people with alcohol-related problems. Nursing Standard 23 (38), 35-40.
- Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia – sarja 1. Helsinki: Methelp Ky.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Methelp Ky.
- Montonen, M. & Powers-Erkkilä, T. 2003. Kouluttajan työkalupakki. Transdrug-projekti, kättä pitempää päihdekoulutuksen kehittämiseen. A-klinikkasäätiö. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 44.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nieminen, H. 1997. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Ohjeistus. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17.
- Paasonen, M. K. & Tuomisto, J. 2007. Johdanto farmakologiaan. Teoksessa Koulut, M. & Tuomisto, J. (toim.) Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Medicina kustannus Oy. <http://www.medicina.fi/fato/01.pdf>. 10.9.2009.
- Parkkinen, M. Osastonhoitaja. Joensuun kaupunki/ sosiaali- ja terveysvirasto. Sähköpostiviesti. 16.2.2009.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Päihdetyö-ryhmä. 2006. Laatutähteä tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Kuopio ja Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. http://www.neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/EC80AF22-E280-498B-A05B-B1839EA118DF/0/laatutahtea_tavoittelemassa.pdf. 18.3.2009.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.). 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Seppä, K. & Aalto, M. 2007. Mini-interventio- terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/mini-intervetio___terveydenhuollon_keino_vahentaa_alkoholihaittoja. 12.3.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Eurooppalainen alkoholipolitiikka, Suomen, EU:n ja WHO:n keskeiset alkoholipoliittiset asiakirjat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja:18.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä:10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. 27.10.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Päihdetyö ehkäisee ja korjaa. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut. 25.10.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009c. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. 24.10.2009.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto. 1995. Päihteiden käyttö sairaanhoidajan työn haasteena.
- Suomen sairaanhoidajaliitto ry. 2009. Päihdehoitotyö. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaan_hoitajan_tyo/paihdehoitotyö/. 25.10.2009.
- Sutinen, T. 1997. Päihdehoitotyö päihdesairaanhoitajaverkoston jäsenten kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Opinnäytetutkielma.
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Alkoholiohjelma 2008–2011. <http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/index.htm>. 10.3.2009.
- Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Edita Prima Oy. <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>. 30.9.2009.
- Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Van der Stel, J. (toim.), Voordewind, D., Pompidou-ryhmä- Euroopan Neuvosto & Jellinek Consultancy 1999. Ehkäisevän päihdetyön käsikirja. Alkoholi, huumeet ja tupakka. (A-klinikkasäätiön raporttisarja nro. 31) Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus; Anne Kejonen, Arja JämsenYhteystiedot: Rantakatu 26 B 2.kerros, 80100 Joensuu, p. 044 – 343 1718, p. 044 – 279 5037Sähköpostiosoite: anne.kejonen@kolumbus.fi, arja.jamsen@jns.fiOPISKELIJA Laura Karttunen, Laura KarvinenYhteystiedot: laura.t.karttunen@edu.ncp.fi, p. 050 – 589 0729,laura.karvinen@edu.ncp.fi, p. 050 – 085 2048

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Kvalitatiivinen opinnäytetyö. Kartoitettava haastattelututkimus päihdehoitotyöstä Joensuun kaupungin aluesairaanhoidajille. Aluesairaanhoidajien tiedot, taidot ja valmiudet kohdata ja auttaa päihdeongelmaisia asiakkaita. Päihdehoitotyön koulutusten hyödyntämisen ja tarpeen kartoitus.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Opinnäytetyö liittyy päihdetyön aluekehittäjä hankkeeseen. Tuloksia voidaan hyödyntää päihdetyön ja palveluiden kehittämisessä Joensuun seudulla. Toimeksiantaja, ISO, voi tarpeen mukaan toimia opinnäytetyön työelämä ohjaajana yhteistyössä ohjaavien opettajien kanssa.

Opinnäyte valmistuu vuoden 2009 loppuun mennessä. Opinnäytteestä saatavat tulokset ovat toimeksiantajan vapaasti hyödynnettävissä, esimerkiksi mahdollisten jatkokoulutusten suunnittelussa. Opinnäytteestä aiheutuvat kustannukset opiskelijat sitoutuvat maksamaan itse. Suunniteltuja kustannuksia ovat opinnäytteen kansituskulut, sekä mahdolliset haastattelutaltiointimateriaalit. Opinnäytteen tekijät käsittelevät ja säilyttävät haastatteluaineiston asianmukaisesti ja anonyymiyden huomioon ottaen opinnäytteen valmistumiseen saakka. Tämän jälkeen aineistot hävitetään.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Maija Laitinen, Raija Tanskanen

Päiväys ja allekirjoitukset

13.3.2009

Anne Kejonen
Toimeksiantajan edustaja

Arja Jämsen
Toimeksiantajan edustaja

Laura Karvinen
Opiskelija LAURA KARVINEN

Laura Karttunen
Opiskelija LAURA KARTTUNEN

Päihdetyön koulutuksen minimisisältö

kaikkien koulutusasteiden ja soveltuvien koulutusalojen käyttöön

Päihdetyön koulutuksen kehittämishanke

perustuu OPM:n ja STM:n Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintöön: Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007: 17 www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/

Mietinnön suositukset ja erityisesti päihdetyön koulutuksen minimisisältö laadittiin käytettäviksi suunnittelun ja toteutuksen pohjana päihdetyön sisältöjen osalta kaikilla koulutusasteilla (ammatilliset perustutkinnot, ammatti- ja erikoisammattitutkinnot, ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkinnot, sekä täydennyskoulutus) ja kaikilla soveltuvilla koulutusaloilla (sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, diakonia- ja nuorisotyö, kasvatusala, poliisikoulutus, lääkärinkoulutus) tarvittaessa alakohtaisin painotuksin ja täydennyksin.

<http://neuvoo-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/koulutus/>

Yhteystiedot:

Stakes
Kuntapalvelut-tulosalue
Päihdetyö-ryhmä

PL 220
00531 Helsinki,
Lintulahdenkuja 4
00530 Helsinki

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Yhteyshenkilö:
Marjaana Häviö

erikoissuunnittelija
puh. (09) 3967 2610 tai 040 512 4466
paihdekoulutus@stakes.fi

www.stakes.fi

8/2007

AMMATILLINEN ASEENNE	OPISKELIJA YMMÄRTÄÄ, ETTÄ - päihteidenkäyttö on ilmiönä monitahoinen ja laaja-alainen ja sitä voidaan tarkastella monen tieteenalan näkökulmasta - päihdeillä on suuri merkitys psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta ja päihteiden käyttöön liittyvät haitat heikentävät kansanterveyttä - laadukas ehkäisevä työ kannattaa, päihteiden käytön haittoja tulee lievittää ja päihderippuvuudesta toipuminen on mahdollista - omilla päihdeasenteilla on keskeinen merkitys päihteiden käytön käsittelyssä ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa - päihteidenkäytön puheeksiotto kuuluu ammatilliseen perusosaamiseen - oman osaamisen jatkuva päivittäminen on tärkeää	KOULUTUKSEEN SISÄLTYY - päihteidenkäytön ilmiöt omassa kulttuurissa ja elinympäristössä (esim. erilaiset päihteidenkäyttökulttuurit ja suhtautuminen päihteiden käyttöön) - päihteiden haitallista käyttöä ehkäisevät ja ylläpitävät tekijät omassa toimintaympäristössä ja omassa kulttuurissa - omien asenteiden pohtiminen (esim. Ketkä ovat päihteidenkäyttäjiä? Mikä on oma suhteeni päihteiden käyttöön? Millainen esimerkki olen?) - ihmisarvokysymykset ja eettiset kysymykset päihdetyössä (jokaista on kohdeltava oikeudenmukaisesti, tasavertaisena asiakkaana muiden asiakkaiden joukossa ja annettava palvelua tarpeen mukaan)
TIEDOT	OPISKELIJA TIETÄÄ - perustiedot päihteistä ja päihteiden käytöstä - oman alansa lainsäädännön päihdetyön näkökulmasta - ehkäisevän päihdetyön, päihdehaittojen ehkäisyn, vähentämisen ja hoidon merkityksen - ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön järjestelmän kokonaisuuden - oman työroolinsa ehkäisevässä ja/tai korjaavassa päihdetyössä, yhteistyö- ja palveluverkostoa hyödyntäen - oikeutensa ammatilliseen tukeen päihdetyössä - työelämän päihdestrategioiden peruspiirteet	KOULUTUKSEEN SISÄLTYY - perustiedot - yleisimmät päihteet - käyttötavat ja -tasot (mitä tarkoittaa kokeilukäyttö, viihdekäyttö, kohtuukäyttö, suurkulutus, riskikäyttö, monipäihdekäyttö, ongelmakäyttö, päihderiippuvuus) - iän, sukupuolen ja perhetilanteen huomioon ottaminen - riskit, haitat ja haittojen vähentämisen keinot (suojaavat ja riskitekijät, muutoksen vaihemalli) - päihderiippuvuuden moniulotteisuus ja toipumisen piirteet - toisiaan tukevien toimenpiteiden merkitys päihdetyössä ja päihdepolitiikassa - tilanteen arvioinnin merkitys (onko kyseessä riskitilanne, akuutti avun tarve vai pitkäkestoinen ongelma) - perustiedot päihdetyön moniammatillisesta palveluverkostosta, hoitomuodoista ja kuntoutuksesta - oman koulutusammatin suhde koko päihdetyön järjestelmään - vertaistuen ja työnohjauksen merkitys päihdetyössä
TAIDOT	OPISKELIJA OSAA - ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiallista ja ajantasaista tietoa niiden käytöstä - tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- tai ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä - arvioida asiakkaan tai potilaan päihteidenkäytön riskejä ja haittoja yhteistyössä hänen kanssaan - käyttää varhaisen puuttumisen menetelmiä oman ammattiroolinsa puitteissa - osaa ohjata asiakkaan tai potilaan tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä - tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassaan - etsiä ja löytää ajantasaista päihdetyön tietoa	KOULUTUKSEEN SISÄLTYY - taito kohdata päihteidenkäyttäjää ja hänen läheisensä oman ammattiroolinsa puitteissa - tilanteen määrittely - päihteidenkäytön puheeksiottaminen - päihteiden käytön riskien arviointi yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa - tarvittaviin palveluihin ohjaaminen - konfliktitilanteiden hallinta - ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä koskevat kriteerit ja laatusuosituksat ja niiden soveltaminen omaan työhön. - näyttöön perustuvien päihdetyön hoitosuosistusten soveltaminen omaan työhön - päihteiden ongelmakäyttöön puuttuminen omassa opiskelu- tai työyhteisössä

AUDIT-kyselytesti lomake**AUDIT-KYSELYTESTI****Rengasta oikea vaihtoehto (0,1, 2, 3, 4)****1. Kuinka usein käytät alkoholia?**

- 0) En koskaan
- 1) Kuukausittain tai harvemmin
- 2) Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa
- 3) Kahdesta kolmeen kertaan viikossa
- 4) Neljästi viikossa tai useammin

2. Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä?

- 0) 1-2
- 1) 3-4
- 2) 5-6
- 3) 7-9
- 4) 10 tai enemmän

3) Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et ole aloitettuasi pystynyt lopettamaan juomista?

- 0) Pystyn aina lopettamaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia pystynyt tekemään mitä olit aikonut?

- 0) Juomiseni ei koskaan estä suunnitelmiani
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

pullo	(33cl)	keskiolutta tai siideriä
lasi	(12cl)	mietoa viiniä
pieni lasi	(8cl)	väkevää viiniä
ravintola-annos	(4vl)	väkeviä

ESIMERKKEJÄ:

0,5 l	tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä	1,5 annosta
0,5 l	tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä	2 annosta
0,75 l	pullo mietoa (12%) viiniä	6 annosta
0,5 l	pullo väkeviä	13 annosta

AUDIT-kyselytesti lomake

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyypyjä?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia ole muistanut edellisen illan tapahtumia?

- 0) Muistan aina, mitä tapahtui
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

9) Oletko juomisellasi aiheuttanut tapaturmia itsellesi tai seuralaisellesi?

- 0) En
- 2) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4) Kyllä, vuoden sisällä

10) Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit tai lopettaisit juomisesi?

- 0) Ei
- 2) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4) Kyllä, vuoden sisällä

Saatekirje

Joensuussa 18.05.2009

Hyvä aluesairaanhoitaja,

Olemme saaneet yhteystietonne osastonhoitaja Merja Parkkiselta. Opiskelemme Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa ja teemme sairaanhoitajaopintoihimme liittyen opinnäytetyönä haastattelututkimuksen aluesairaanhoitajien valmiuksista ja kokemuksista päihdeidenkäyttäjän kohtaamiseen. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Lähtökohtana opinnäytetyölle toimii Stakesin laatima Päihdetyön koulutuksen minimisisältö, johon haastatteluiden tuloksia verrataan.

Haluaisimme juuri Teidän osallistuvan opinnäytetyöhömmme tiedonantajana. Keräämme aineiston yksilöhaastatteluina. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan koska vain perua tai keskeyttää. Haastatteluista saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Osallistujien henkilötiedot eivät tule missään tutkimuksen vaiheessa muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Yksilölliset vastaukset eivät tule myöskään ilmi valmiissa opinnäytetyössä. Kootut tutkimustulokset toimitetaan haastatteluun osallistuville henkilökohtaisesti, heidän näin halutessaan. Toivomme saavamme tutkimukseen mahdollisimman monta osallistujaa, että tulokset kuvaisivat mahdollisimman kattavasti aluesairaanhoitajien näkemystä päihdehoitotyön tilasta Joensuussa.

Ilmoitatteko ystävällisesti mahdollisesta osallistumisestanne haastatteluun meille sähköpostitse tai puhelimitse 29.5.2009 mennessä, jolloin voimme sopia Teille sopivasta haastatteluajankohdasta.

Osallistumisestanne etukäteen kiittäen,

Sairaanhoitajaopiskelijat: Laura Karttunen & Laura Karvinen,
laura.t.karttunen@edu.ncp.fi, p. 050 - 5890 729
laura.karvinen@edu.ncp.fi, p. 050 - 0852 048

Teemahaastattelulomake

Valmiudet päihdetyöhön

1) Koulutustausta:

- Onko sinulla peruskoulutuksen lisäksi päihdetyöhön liittyvää koulutustaustaa?
- Jos on, niin mitä koulutuksia ja milloin olet niitä käynyt?
- Antoiko peruskoulutus mielestäsi sinulle riittävät valmiudet kohdata ja auttaa päihdeongelmaista asiakasta?

2) Tiedot:

- Kuinka paljon päihteiden käyttäjiä kohtaat työssäsi? Kuinka usein, päivittäin/viikoittain/kuukausittain?
- Mitkä ovat työssäsi kohtaamat yleisimmät päihteet?
- Kuinka helppoa päihteidenkäyttäjän ja käyttötason tunnistaminen sinusta on?
- Mistä saat apua / tukea niissä tilanteissa, joissa itse koet, että et löydä vastausta?

3) Taidot:

- Mitä päihdehoitotyön menetelmiä työssäsi käytät? Millainen olisi tyypillinen asiakastilanne omassa työssäsi, kerro yksi esimerkki?
- Miten toimiviksi koet erilaiset varhaisen puuttumisen menetelmät? (Mini-interventio, puheeksi ottaminen, ohjaaminen, AUDIT-kyselytesti..)
- Minkälaisen roolin/ merkityksen itsellesi annat päihdehoitotyöntekijänä?
- Mitkä ovat käyttämäsi yhteistyötahot päihdeasiakkaiden hoidossa ja ovatko ne toimivat?

4) Kokemukset:

- Mitä haitallisen päihteiden käyttöä ehkäiseviä ja/tai ylläpitäviä menetelmiä on käytössä teidän työyksikössä?
- Minkälainen rooli päihdehoitotyöllä on nykyisessä toimenkuvassasi, perusterveydenhuollossa ja päivittäisessä työssäsi asiakkaiden kanssa?
- Millaiseksi koet yleisen asennoitumisen päihteiden käyttäjiin hoitotyössä? (Hoitotyöntekijät, muut asiakkaat, moniammatilliset yhteistyökumppanit).

Kehittämistarpeet ja toiveet

- Millaisena näette juuri valmistuneiden sairaanhoitajien valmiudet kohdata päihdeongelmaisia asiakkaita?
- Mitä ja millaista päihdetyön koulutusta toivoisit lisättävän?
- Mitä kehittämistarpeita koet päihdehoitotyössä nyt olevan?
- Mitä tulevaisuuden kehittämistarpeita mielestäsi päihdehoitotyössä on?

Esimerkki aineiston yhdistelystä ja pelkistämisestä

ENSIMMÄINEN VAIHE, KAIKKIEN VASTAUSTEN KOKOAMINEN YHTEEN KYSYMYKSITTÄIN:

1) Taidot:

- Mitä päihdehoitotyön menetelmiä työssänne käytätte? Millainen olisi tyypillinen asiakastilanne omassa työssänne, kertokaa yksi esimerkki?

* Meillä on tällainen sapluuna jota sitten käytetään, missä aina kysytään myös se alkoholin käyttö. Eli kyllä se on se puheeksiotto, myö kysytään että käytätkö alkoholia, ja minkä verran. ...Ja sitten myö käytetään aikapaljon tätä, elikkä sitten, kun ne sanoo, että ”en käytä tai käytän yhen annoksen”, ku ne ei niitä annoksia tiä mikä on mitäkin, ni sitten tästä katotaan sitten – elikkä tää on tää alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio- justiinsa. Niin tästä käydään sitten asiakkaan kanssa läpi, että mikä on minkäki verran ja sitten katotaan että hei siehän oot riskikäyttäjä, että ymmärräthän sie minkä verran sie käytät sitä, miehet ja naiset erikseen.Ja tästä ollaan sitten käyty ne muut riskit läpi kanssa (käy läpi alkoholin riskikulutuksen kaaviota), että tää on aika hyvä työväline ollu. Tää on oikeestaan aino mitä on ollu, tää mini-interventio.

* Silleesti jos mie huomaa, että ehkä nyt niinku joku asiakas narraa mua vaikka alkon käytöstä, niin minä annan sen mini-intervention ja siitä kaikki ne, mitä siinä on niitä eri oppaita. Sitten annan uuden ajan ja sanon, että täytäppä tuo ja mietitään sitten uuestaan tuota alkonkäyttöä. Sitten annan myös kaikki ne, mitä siinä on niitä, että mihin kaikkialle kehoon se vaikuttaa se alkoholi... Joskus se onnistuu ja ne täyttää sen ja tulevat takasin, joskus taas ne peruuvat aikansa. Sitten tietysti jos nyt näyttää siltä, että ei oo ihan niin paha tilanne, että pitää jotain tehdä, niin ihan vaan kyselemällä. Ja sitten mahdollisesti, jos on jotain muuta ongelmaa, niin laitan sitten lääkärille ja laitan lääkärille erikseen viestiä, että saattaa olla jotain päihdeongelmaa taustalla. Lääkäri sitten tekee niitä Audit-testejä enemmänkin, en oo sitä Audit-testiä käyttänyt, vaikka voisin käyttääkin. Miusta se on helpompi, kun yleensäkin oon huomannut, että kun ne saa kotona omassa rauhassa täyttää sen lapun niin se onnistuu paremmin.

* ...Ja tuota, no sit toinen ehkä mihin nyt törmään ihan useamman kerran viikossa on se, että kun myö annetaan näille ihmisille -varataan aikoja- niin lääkärille, ku sairaanhoitajalle, niin tietysti jo ihan siinä puhelimesta jo tulee se, että onko hyö sitä katkopaikkaa todella vailla, kun ne ihmiset monesti hakeutuu jo tuonneki päivystykseen. Mutta sitten, kyllä joskus ihan ne sanoo jo aikkaa varaessa, että heillä on nyt tämän alkoholin kanssa ongelmia ja voisko tämmöstä Antabus-lääkitystä miettiä. Sittenhän se on se lääkärin ajanvaraus tässä meidän kautta. Että semmosta niinku hoidontarpeen arvioo tehään, että mihinkä myö sitä ihmistä ohjataan, että lääkärille, vai vaiko suoraan sit jonneki päivystykseen. Tietysti jos on hoitokontakteja ollu aiemmin vaikka A-klinikalle, niin totta kai sitten jo sinne ohjataan suoraan.

* Minä käytän tämmöstä, että ihan niinku otan puhheeksi sen asian täällä käynnillä. ... He käy tässä mulla vuosikontrollissa ja siinä yhteydessä aina kysytään myös tämä alkoholinkäyttö ja sillä tavalla, että ihan kyselemällä heiltä ja otetaan se niinku puhheeksi tässä vastaanotolla. Samoin sitte terveystarkastuksissa käy joskus tässä ihmisiä, ni heiltä sitten sillo kans kysytään tätä alkoholinkäyttöä ja näistä päihteistä ja sillä tavalla. ...Ja sitten ihan käytetään näitten varsinkin näitten päihdeseurannassa olevien asiakkaitten kanssa nii just tätä mini-interventioo, auditkysely ja semmosta. Ja sitten ihan kuunnellaan sitä asiakasta ja tuetaan sitten pääsemään siitä alkoholinkäytöstä tai vähentämään sitä käyttöä. Ja tyypillinen asiakastilanne ois varmaan ihan just tämmönen että on asiakas menettänyt sen ajokortin.

* No menetelmiä on se mini-interventio, josta saatiin oisko vuoden sisään ihan hyvä koulutus ja se on osoittautunu minusta hyväks. Audittia käytän aika harvoin loppujen lopuks. Sitten meillä on esimerkiks päihteidenkäyttöä jos ajatellaan, kun tulee rattijuopumus ja kortti on joutunu hyllylle ja sitten sitä kautta, ni meillä on siihen semmonen tietty sapluuna, kuinka toimitaan...Sit tietysti sekin, et me kysytään kaikilta, tulipa minkä asian takia tahansa vuosikontrolliin esimerkiks, niin kysytään päihteiden käytöstä.No tupakan suhteen lähetään ensinnäkin siitä, että onko halukas lopettamaan vai ei. Ja meillä on siihenkin semmonen valmis fraasi, minkä mukaan haastatellaan. Siihen kuuluu Fagerströmin testi ja sitten ihan ne pisteet katotaan siitä ja sitten, että haluaako lopettaa ja haluaako käyttää nikotiinikorvaushoitoa tai muuta korvaushoitoa...Motivointihan siinä on kauheen tärkeä ja ne kontrollikäynnit. Ja sekin, että ohjaa, että niitä repahuksia tapahtuu ihan varmasti ja se, et henkilö pääsis niistä kuitenkin. Se on varmaa tosi tyypillinen esimerkki mitä mulla on.

* No ehkä se valtaosa mitä mie teen tässä omassa työssäni, niin se on tätä oikeestaan pitkäaikaissairaiden hoitoo ja sitten aika lailla sitä elämäntapaohjausta. Ja siinä yhteydessä tulee näitä asioita esille ja siinä sitten tämmöstä terveyskasvatustilasta päihdetyötä, ennaltaehkäisevää päihdetyötä ja sitten tämmöstä motivointia parempaan, turvallisempaan käyttöön päihteitten osalta. Mutta sitten tietenki on nämä päihdeseurannat, että siinä sitten tulee korostetusti sille yksilölle se päihdeasia ja siitä erossa pysyminen tai sen järjikäyttö.

- Minkälaisen roolin annatte itsellenne päihdehoitotyöntekijänä?

* Hyvin pienen roolin, enempi tämmösen tiedottajan roolin. Ehkä semmosen riskeistä tiedottajan roolin...Että tällä mitä meillä täällä on ja näillä massoilla mitä myö hoijettaan, niin se on kyllä siinä.

* En oikein tiedä, minkälaista roolia. Ehkä silleesti, että puutun asioihin ja niinku ehkä herättelen ihmisiä. Mutta ei mulla sillä lailla ole mitään valmiuksia mihinkään katkaisuun tai muuhun.

* No mie varmaan oon semmonen kuuntelija, vähän niinku siinä, että kuuntelen näitä asiakkaita ja yritän sitte kannustaa heitä siitä saamaan sitä muutosta aikaseks... Ja semmonen tukija, että yritetään sitte löytää niitä keinoja mitenkä sitte pääsisi irti niistä tai vähennetty sais sitä alkoholinkäyttöä, että ehkä semmonen kuuntelija ja tukija on se miun rooli.

* No tämmönen ohjaaja. Pidän itteeni tämmösenä elämäntapaohjaajana. Ja siihen kuuluu tietysti myös päihteet.

* No kyllähän se tietysti siinä sellanen niinkun sillä tavalla merkittävä tekijä tai rooli on, että sen kaiken muun työn ohessa, kun aika lailla siinä se työnkuva on tämmöstä terveyskasvatusta ja ennaltaehkäisevää työtä aika pitkälle, niin se se varmaan on se miun työnkuva hyvin pitkälle. Päihdeasioista puhuminen, ei se miulle niinku.. Se on vaan yks osa sitä, mutta siihe liittyy paljon muutakin. Mutta kyl se mejän työssä varsin esillä oleva asia on, että missä määrin kenellekin, hyvin vaihtelee miten sitä otetaan esille.

TOINEN VAIHE, VASTAUSTEN PELKISTÄMINEN KYSYMYKSITTÄIN:

1) Taidot:

- Mitä päihdehoitotyön menetelmiä työssänne käytätte? Millainen olisi tyypillinen asiakastilanne omassa työssänne, kertokaa yksi esimerkki?

* korvaushoidettavien lääkehoidon toteutus, hoidontarpeen arvio, lääkärin ajanvaraus

* terveyskasvatustilainen, ennaltaehkäisevä päihdetyö, päihdeseurannat, motivointi turvallisempaan päihteidenkäyttöön

* mini-interventio

* puheeksiotto, mini-interventio, audit, kuuntelu, tukeminen

* puheeksiotto, alkoholinriskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio, alkoholin riskikulutuksen kaavio

* mini-interventio, audit ,fagerströmin testi, motivointi, kontrollikäynnit

- Minkälaisen roolin annatte itsellenne päihdehoitotyöntekijänä?

* Tiedottajan rooli

* Asioihin puuttuja ja herättelijä

* Kuuntelija ja tukija

* Elämäntapaohjaaja

* Terveyskasvattaja ja ennaltaehkäisevän työn tekijä

1. Aineiston yhteen kerääminen:

* ”Hyvin pienen roolin, enempi tämmösen tiedottajan roolin. Ehkä semmosen riskeistä tiedottajan roolin, kyllä se siihen enempi mennee, että just tämmönen. Että tällä mitä meillä täällä on ja näillä massoilla mitä myö hoijettaan, niin se on kyllä siinä”.

* ”No tämmönen ohjaaja. mä pidän itteeni tämmösenä elämäntapaohjaajana. ja siihen kuuluu tietysti myös päihheet”.

* ”No mie varmaan oon semmonen kuuntelija”...



2. Ensimmäinen pelkistys

- * Elämäntapaohjaaja
 - * Korvaushoidosta vastaaja
 - * Terveyskasvattaja ja ennaltaehkäisevän työn tekijä
 - * Asioihin puuttuja ja herättelijä
 - * Kuuntelija ja tukija
 - * Tiedottajan rooli
- Kaikki vastaukset pelkistettiin kysymyksittäin.



3. Pelkistettyjen vastausten käsitteellistäminen & tiivistäminen

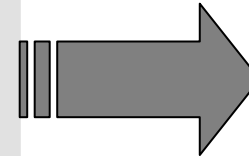
Aluesairaanhoidajien rooli päihdehoitotyössä heidän omien kokemuksien mukaan: ”tiedottaja, asioihin puuttuja, terveyskasvattaja”.

→ Pelkistetyt vastaukset muotoiltiin kirjakielelle & tiivistettiin.

4. Aineiston luokittelu teemojen mukaisesti

”Terveyskasvatus, Audit, mini-interventio, puheeksiotto sekä ennaltaehkäisevä päihdetyö ovat käytössä olevia työmenetelmiä. Erilaiset varhaisen puuttumisen mentelmät koettiin ihan toimiviksi, ne helpottavat asioiden esille ottamista. Oma rooli päihdehoitotyössä nähtiin tiedottajan, asioihin puuttujan ja terveyskasvattajan roolina. Lähimmät yhteistyötahot olivat oma lääkäri ja A-klinikka, mutta myös muita päihdetyön erityispalveluita hyödynnettiin (esim. päihdepysäkki, kuntoutusyksiköt).”

→ Yhdistimme keskeisimmät asiat teemojen mukaan, niin että häivytimme erilliset kysymykset ja poimimme tutkimustehtävän kannalta keskeisimmät asiat yhteen.



5. Tiivistetyt, analysoidut teemaluokat

KOULUSTAUSTA

TIEDOT

TAIDOT

KEHITTÄMISTARPEET JA

TOIVEET