



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Isa Kaurinkoski

”Kun siitä puhuu, niin ehkä hän sitten
ymmärtää, että hänellä onkin ongelma”

Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijöiden ko-
kemuksia mini-intervention käytöstä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden yksikkö YAMK

Terveystieteiden edistäminen

Opinnäytetyö

27.4.2020

Tekijä(t) Otsikko	Isa Kaurinkoski ”Kun siitä puhuu, niin ehkä hän sitten ymmärtää, että hänellä onkin ongelma” – Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijöiden kokemuksia mini-intervention käytöstä
Sivumäärä Aika	44 sivua + 4 liitettä 27.4.2020
Tutkinto	Terveydenhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Terveyden edistämisen tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveyden edistäminen
Ohjaaja(t)	TtT, lehtori Sari Haapio
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia päihteiden käytön puheeksiottoa sekä mini-intervention käyttöä Espoon mielenterveys- ja päihdekllinikalla. Päihteiden käyttö voi aiheuttaa ja pahentaa monia sairauksia. Mini-interventio eli päihteiden ongelmakäytön tunnistaminen ja siihen suhteutettu neuvonta on yksi tehokas ja suositeltu terveyden edistämisen keino. Mini-intervention käytöstä Suomessa ei ole riittävästi tietoa, koska kirjaamistiedot ovat puutteellisia. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa työntekijöiden kokemuksista liittyen puheeksiottoon ja mini-intervention käyttöön. Työntekijöiden kuvaamaa kokemuksellista tietoa verrattiin potilastietojärjestelmän rekisteritietoon. Tämän tutkimuksen yhteistyökumppanina toimi Espoon kaupunki sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.</p> <p>Työntekijöiden (n=6) kokemuksista kerättiin tietoa teemahaastatteluilla. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Potilastietojärjestelmän rekisteritieto pyydettiin rekisterinpitäjältä. Mittareiksi valittiin tilastoidut AUDIT-kyselyt, mini-interventiot ja asiakkaiden kokonaislukumäärä avovastaanottotyön toimipaikoissa vuodelta 2019.</p> <p>Rekisteritietojen mukaan mini-intervention käyttöä ei tilastoitu. AUDIT-kyselyä käytettiin 21,3%:ssa kaikista asiakaskontakteista. Toimipaikkojen välillä oli eroja tehdyissä AUDIT-kyselyissä. Työntekijät kokivat asiakkaan päihteiden käytön puheeksioton helpoksi ja sitä tuki tietyt työtavat. He kertoivat ottavansa päihteet pääsääntöisesti kaikkien asiakkaiden kanssa puheeksi. Puheeksiottamista vaikeutti ajoittain työntekijän virheelliset oletukset asiakkaasta ja työntekijän omat aiemmat kokemukset asiakkaan reaktiosta. Mini-interventio oli suurimmalle osalle työntekijöistä menetelmänä tuttu, ja sen käyttö oli omaksuttu osaksi työtä, mutta he eivät välttämättä tienneet toteuttavansa juuri mini-interventiota. Työntekijät kertoivat, että käyttöä vaikeutti yhtenäisten selkeiden ohjeiden puute, asiakkaan torjuva asenne sekä ajan puute. Työntekijät kokivat asiakkaan tilanteen olevan tärkeässä asemassa mini-intervention toteuttamisen kannalta. He kertoivat, että mini-interventio on sekä asiakkaan että kansanterveyden kannalta merkityksellistä työtä.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että mini-intervention käyttöä ei tilastoida. Tieto menetelmän käytöstä ei tavoita THL: a. Päihteiden käytön puheeksiotto ja mini-interventio koettiin tärkeäksi ja luonnolliseksi osaksi työtä, josta on hyötyä. Puheeksiotolla asiakkaalle annetaan lupa</p>	

puhua aiheesta, ja keskustelun avulla asiakkaassa saattaa herätä muutoshalukkuus. Selkeät ohjeet, yhtenäiset käytännöt, huolellinen kirjaaminen ja koulutuksen tarjoaminen varmistaisivat palvelujen tasalaatuisuuden sekä mini-intervention toteuttamisen edellytykset.

Avainsanat

mini-interventio, puheeksitto, ehkäisevä päihdetyö

Author(s) Title	Isa Kaurinkoski "When you talk about it, maybe they'll understand they might have a problem" – Employees' experiences of brief interventions at Espoo mental health and substance abuse services.
Number of Pages Date	44 pages + 4 appendices 27 April 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree in Health Promotion
Specialisation option	Health Promotion
Instructor(s)	Sari Haapio, PhD, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to examine how employees do brief interventions and early prevention among clients with substance abuse at Espoo mental health and substance abuse services. Substance abuse can be related to many harms with health. Brief intervention is an effective method for promoting health. It is recommended to be used with persons whose alcohol or other substance consumption has become hazardous or harmful to their health. There is not enough evidence of using brief interventions in Finland that could be used in planning health services. This study is co-operated with the city of Espoo and the National Institute for Health and Welfare in Finland.</p> <p>The material of this study was gathered by interviewing the employees (n=6) and collecting data from patient information system such as how many AUDIT-tests, how many brief interventions and how many patients had been recorded statistically. The interviews were analyzed qualitatively.</p> <p>AUDIT-tests had been recorded for 21,3% of the clients during the year 2019. Brief interventions weren't recorded in statistics at all. There were differences between offices with statistics. The employees described that bringing up the substance abuse to the conversation with client was easy and they did it with almost every client. Sometimes the conversations were effected by the employee's earlier experiences or assumptions about the client. Brief intervention as a method was familiar with most of the employees but they weren't always aware of using it in their work. They said that discussion with clients about substance abuse is a natural part of their work. Client's hostile attitude, lack of coherent information and education and lack of time complicated the implementation of brief interventions. The employees told that the client's situation and stage of change has to be taken into consideration. They also reported using brief interventions as important for the client's health as for the public health.</p> <p>The results of this study show that there is not adequate statistics about identifying substance abusers and brief interventions that could be used by the National Institute for Health and Welfare. Bringing up the subject of substance abuse, the employee gives permission to the client to talk about their issues. There is need for simple guidelines to ensure the use of brief interventions.</p>	

Keywords	brief intervention, substance abuse prevention
----------	--

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Mini-interventio	4
2.2	Audit-testi	7
2.3	Päihteiden käytön kartoitus ja puheeksiotto	8
2.4	Asiakkaan muutoshalukkuus	9
2.5	Ehkäisevä päihdetyö	11
3	Tutkimusasetelma	13
3.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	13
3.2	Työelämäyhteys ja tutkimuksen kohdejoukko	13
4	Tutkimusmenetelmä	14
4.1	Aineiston keruu	14
4.2	Aineiston analysointi	16
5	Tulokset	21
5.1	Mini-interventioiden ja AUDIT-kyselyiden kirjaaminen potilastietojärjestelmään 21	
5.2	Asiakkaan päihteiden käytön puheeksiottoon vaikuttavat tekijät	23
5.3	Kokemukset mini-intervention käytöstä	27
6	Pohdinta	30
6.1	Tulosten tarkastelu	30
6.2	Eettisyys	33
6.3	Luotettavuus	35
6.4	Johtopäätökset ja toimintatapaehdotus	37
6.5	Jatkotutkimusaiheet	39
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Kutsu tutkimushaastatteluun	
	Liite 2. Suostumuslomake	
	Liite 3. Haastattelurunko	
	Liite 4. Haastatteluaineiston pelkistäminen ja ala- ja yläluokan muodostaminen	

Tekstissä käytettävät lyhenteet

WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö

1 Johdanto

Valtaosa suomalaisista käyttää jotain päihdettä, suurin osa alkoholia. Useimmilla käyttö on kohtuullista eikä haittoja ole odotettavissa. Kuitenkin merkittäväällä osalla päihteiden käyttö vaarantaa heiden terveytensä ja näin ollen yksi suomalaisen yhteiskunnan suurimpia terveysuhkia on alkoholin ongelmakäyttö. Ongelmakäytöstä puhutaan silloin, jos alkoholin käyttöön liittyy jokin haitta tai huomattava riski saada jokin haitta. (Aalto 2010:7-8.) Työikäisten piirissä alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät syyt ovat yleisimpiä kuolemansyitä. Lisäksi alkoholin ongelmakäyttö lisää riskiä useisiin muihin sairauksiin, syrjäytymiseen ja työelämästä pois ajautumiseen. (THL 2018a; Aalto 2010:12-13.) Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) (2018a) on arvioinut, että noin 3 miljoonaa ihmistä kuolee vuosittain alkoholin ongelmakäytön seurauksena, joka on 5% kaikista kuolemantapauksista. Euroopassa alkoholin kulutus on maailman suurinta (WHO 2018b).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanet-tietokannan mukaan (2020b) alkoholia liikaa käyttävien osuus 20-64-vuotiaista suomalaisista oli 29,5% vuonna 2018. Liiallista käyttöä voi olla ilman riippuvuutta tai muita haittoja, mutta siihen liittyy riski saada haitta. Liikaa käyttävien määrä on yleensä laskenut vuosi vuodelta eli suomalaisten alkoholinkäyttö on vähentynyt. Vuonna 2018 suomalaisten juominen pysyi lähes ennallaan tai väheni. Poikkeuksena ovat 55-64-vuotiaat miehet, joilla sekä humalajuominen että alkoholin ongelmakäyttö lisääntyivät, kuten myös 20-34-vuotiailla naisilla. (THL 2020c.) Näin Suomi juo-tutkimuksen mukaan (THL 2018b) yli 560 000 suomalaista käyttää alkoholia niin paljon, että heillä on kohonnut riski pitkäaikaisille terveyshaitoille. Suomen väestöstä yli 57% on vähintään kerran vuoden aikana ylittänyt alkoholin humalakäytön rajan. Suomalaisten humalajuominen on lisääntynyt, vaikka alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt.

Tupakoimisella on vakavia ja laajoja vaikutuksia terveyteen pahentaen ja aiheuttaen sairauksia. Hyvinvointikompassista saadun tiedon mukaan päivittäin tupakoivien 20-64-vuotiaiden osuus väestöstä Suomessa vuonna 2018 oli 14,1%. Tupakointi on vähentynyt, mutta nuuskan käyttö on lisääntynyt erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä. (THL 2019a.)

Laittomia huumausaineita ainakin kerran elämässään kokeilleita suomalaisia oli 24% vuonna 2018. 25-34-vuotiasta 45% on kokeillut tai käyttänyt joskus huumeita elämänsä aikana. Käsitukset kannabiksen riskeistä ovat lieventyneet ja huumeiden käytöstä eniten on lisääntynyt kannabiksen käyttö. (Karjalainen – Hakkarainen – Salasuo 2019.) Vuonna 2018 päihdehaitat lisääntyivät Suomessa ja päihteenkäytöstä johtuvien haittojen hoitokäynnit ja potilasmäärät nousivat. (THL 2020c.)

Ehkäisevä päihdetyö on osa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Sen tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteenkäytöstä syntyviä haittoja niin yksilöille kuin yhteiskunnalle. (THL 2019d.) Yksi tehokkaimmista päihdehaittoja ennaltaehkäisevistä keinoista on päihteenkäytön tunnistaminen, puheeksiotto ja siihen liittyvä ohjaus sekä neuvonta eli mini-interventio (THL 2019b). Mini-intervention käyttöä suositellaan niin suomalainen ehkäisevän päihdetyön ohjelmassa (2015) kuin maailmanlaajuisesti maailmanterveysjärjestö WHO:n globaalissa strategiassa (2010) alkoholin aiheuttamien haittojen vähentämiseksi. Myös Eurooppaa koskevassa toimintasuunnitelmassa alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi vuosille 2012-2020 on suositeltu mini-intervention käyttöä laajasti terveyspalveluissa (WHO 2011).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen päihde- ja riippuvuudet- yksikön kirjaamiskokeilun pilottihankeen 2019-2020 ”Lunasta mini-intervention mahdollisuudet” tarkoituksena on lisätä mini-intervention sekä strukturoidun päihteenkäytön kartoituksen käyttöä. Pilotin tavoitteena on saada tietoa mini-intervention käytöstä ja kokemuksista siihen liittyen. Pilotikokeilu liittyy ehkäisevän päihdetyön ohjelmaan. Aihetta on tarpeellista tutkia, koska siitä ei löydy tällä hetkellä riittävästi tietoa puutteellisten tilastojen vuoksi. Olisi tärkeää selvittää taustatekijöitä mini-intervention mahdollisesti vähäiseen käyttöön ja puutteellisiin kirjaustietoihin. Mini-interventio on tutkitusti toimiva menetelmä päihteenkäytöstä syntyvien haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi ja se on mainittu myös osana alkoholi-ongelman hoidon Käypä hoito- suositusta. (THL 2019b.) Tässä opinnäytetyössä tutkitaan mini-intervention käyttöä ja siihen liittyviä kokemuksia Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikalla. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä toimintatapaehdotus mini-intervention käyttämisestä, jotta sen käyttöä voitaisiin lisätä Espoon mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet nousevat esiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta ja ne tullaan käymään läpi tässä kappaleessa. Tässä opinnäytetyössä on valittu käytettäväksi termiä asiakas. Terveyspalveluissa voidaan puhua joko asiakkaista tai potilaista. Potilas tulee verbistä potea, joten potilas voidaan mieltää passiivisena osallistujana, joka potee jotain sairautta. Asiakkaaseen voi liittyä sen sijaan positiivisempi mielikuva ja asiakas on enemmän osallistuvassa roolissa. Asiakas asioi ja käyttää terveyspalveluja ja näin ollen se voi olla neutraalimpi ilmaus sairastavalle potilaalle. Molempia käsitteitä käytetään edelleen terveydenhuollossa. Ei ole olemassa oikeaa vastausta siihen tulisiko käyttää sanaa potilas vai asiakas. (Karppinen 2019.)

Opinnäytetyön tekijä työskentelee itse Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdekliniikalla. Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikka tuottaa palveluita espoolaisille aikuisille ja 13-22- vuotiaille nuorille ja sen toiminta on osa perusterveydenhuoltoa. Palveluja tarjotaan sekä mielenterveyteen liittyvissä asioissa että päihteiden käytöstä johtuviin ongelmiin. Mielenterveys- ja päihdekliniikka tarjoaa avohoitopalveluja, jotka sisältävät yksilömuotoista hoitoa ja erilaisia ryhmiä, kuten ahdistuksenhallinta- tai päihdekuntoutusryhmiä. Työntekijöiden työnkuvaan kuuluu asiakkaan voinnin arviointi, psykososiaalisen tuen tarjoaminen sekä hoidon suunnittelu ja järjestäminen. Palveluja tarjotaan sekä ajanvarauksella että ilman ajanvarausta. Lisäksi Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin kuuluvat myös vieroitushoito, selviämishoitoasema, liikkuva tuki ja asumispalvelut. Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikalla hoidetaan myös asiakkaita, joilla on samanaikaisia ongelmia sekä mielenterveyden että päihteiden käytön suhteen.

Päihteiden käyttö voi itsessään aiheuttaa erilaisia psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Päihteen käytön loppuessa oireet usein lieventyvät tai häviävät. Asiakas saattaa esimerkiksi hakeutua hoitoon masennuksen vuoksi, mutta tarkemman anamneesin jälkeen saattaa selvitä, että hän käyttää runsaasti alkoholia. Tämän kaltaisessa tilanteessa ensisijaista on päihteiden käytön lopettaminen ja siihen tukeminen. Kaksoisdiagnoosista puhutaan, kun tarkoitetaan samanaikaista päihteiden käytön välittömistä vaikutuksista riippumatonta mielenterveyden häiriötä. Sellainen voi olla esimerkiksi mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriö. Tällaisissa tilanteissa oireet eivät välttämättä häviäkään raittiuden jälkeen. Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä, ja 30% mielenterveyden-

häiriötä potevista on jossain vaiheessa elämää myös päihdehäiriö. Toisin päin tarkasteltuna noin 40%:lla eli lähes puolella alkoholiongelmallisista, ja 50%:lla huumeongelmallisista on jokin päihteistä riippumaton mielenterveyden häiriö. (Aalto 2017.)

Päihteet yleensä pitävät yllä tai pahentavat psyykkistä oireilua. Päihteiden käyttö voi aiheuttaa myös sen, ettei lääkehoito tai keskusteluhoito lievennä oireilua. Tästä syystä on todella tärkeää ottaa päihteiden käyttö jokaisen asiakkaan kanssa puheeksi. (Aalto 2017.) Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan yleisissä ohjeissa tuodaan esiin, että jokaiselta asiakkaalta tulisi kysyä päihteiden käytöstä. Kirjaamisohjeissa on mainittu, että asiakkaan alkoholinkäytöstä tulee tilastoida tehty AUDIT-kyselyn pistemäärä. (Espoo Efficia-ohjeet 2016).

Espoon kaupungin työikäisten hyvinvointisuunnitelmassa vuosille 2017-2021 on määriteltä yhdeksi tavoitteeksi tunnistaa palveluissa alkoholin, tupakkatuotteiden ja huumausaineiden sekä rahapelaamisen riskikäyttö, ja tarjota tukea varhaisessa vaiheessa. Tämän tavoitteen toimenpide-ehdotukseksi on asetettu mini-intervention eli päihteiden ongelmakäytön tunnistaminen ja siihen suhteutetun neuvonnan systemaattinen käyttöön-otto. Lisäksi ehdotuksena on määritellä käytäntöjä myös tiedon kirjaamiseksi koskien alkoholin, tupakkatuotteiden ja huumausaineiden käyttöä ja rahapelaamista sekä niihin liittyviä toimenpiteitä. (Espoon työikäisten hyvinvointisuunnitelma 2017-2019).

2.1 Mini-interventio

Mini-interventio eli lyhytneuvonta on alkoholin ongelmakäytön tunnistamista sekä asiakkaan tilanteeseen suhteutettua neuvontaa (THL 2019c.) Kohderyhmänä on päihteiden varhaiset riskikäyttäjät ja henkilöt, joilla esiintyy haitallista käyttöä. Mini-intervention tarkoituksena on tunnistaa ne asiakkaat, joilla on runsasta alkoholin tai muiden päihteiden käyttöä ja antaa heille lyhyttä neuvontaa päihteiden käytön haitoista sellaisessa tilanteessa, jossa haitat eivät ole vielä merkittävän suuria. (Aalto – Seppänen - Seppä 2008: 16-19.) Jotta mini-interventiota voi toteuttaa, täytyy päihteiden käyttö ensin ottaa puheeksi. Pelkkä puheeksiotto ei ole kuitenkaan vielä mini-interventiota. Asiakkaat eivät välttämättä itse tiedä päihteiden käytön vaikutuksia muuhun terveyteensä tai esimerkiksi psyykkiseen vointiinsa, jonka vuoksi tiedon antaminen asiakkaalle on keskeistä mini-interventiassa. (Aalto 2009.)

Mini-intervention tavoitteena on estää riippuvuudesta johtuvien lisähaittojen syntyminen ja tarkoituksena on vähentää alkoholin liiallista kulutusta. Vaikka menetelmä on alun perin kehitetty juuri alkoholia haitallisesti käyttäville varhaisvaiheen neuvontaan, sitä voi yhtä hyvin käyttää myös muihin tilanteisiin, joissa halutaan tukea asiakkaan käyttäytymisen muuttamista. Mini-interventio on kehitetty käytettäväksi erityisesti terveydenhuollossa ja sillä tarkoitetaan noin 5-15 minuutin pituisia neuvontaa. Tätä on mahdollista toteuttaa niin perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Nykyään menetelmää käytetään myös sosiaalihuollossa. Perusterveydenhuollon on katsottu olevan otollinen paikka toteuttaa mini-interventiota, koska usein asiakkaat haaveutuvat ensimmäiseksi perusterveydenhuoltoon ja sitä kautta tavoitetaan suuri joukko ihmisiä. (Aalto – Seppänen - Seppä 2008: 16-19.)

Mini-intervention sisältö ja pituus voivat vaihdella. Tarkkaa sisältöä ei ole määritelty, joten työntekijät voivat käyttää omaa työskentelytapaansa ja persoonaansa apunaan. Lyhimmillään mini-interventio voi olla noin 5 minuuttia, mutta usein tarvitaan enemmän aikaa. Lyhytneuvonnan sisältöä voi muokata asiakkaan tilanteesta riippuen. RAAMIT-lyhenne (taulukko 1) kiteyttää mini-interventin sisällön. (Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suositus 2018; Aalto 2015.) Mini-intervention hyötyjä ovat menetelmän helppous, vie vähän aikaa, toteutus on halpaa, vaikuttavuudesta on näyttöä sekä sen tekeminen edistää monen kansansairauden hoitoa ja voi ehkäistä niiden syntymistä. (Kuokkanen - Korpilähde 2008:21-22.)

Taulukko 1. Mini-intervention RAAMIT (Aalto 2015).

Rohkeus	Tuetaan rohkeuteen ja luottamukseen muutoksen mahdollisuuden suhteen.
Alkoholitietous	Annetaan yleistä ja yksilöllistä tietoa.
Apu	Ollaan muutoksessa apuna/tukena.
Myötätunto	Ymmärretään muutoksen voivan olla vaikeaa ja suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektiivisesti ja empaattisesti.
Itsemääräämismääräisyvastuu	Viestitään, että potilas on viime kädessä itse vastuussa muutoksesta.
Toimintaohjeet	Ehdotetaan menettelytapoja muutoksen toteuttamisessa.

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin mukaan mini-intervention näytön asteeksi on arvioitu A. Se tarkoittaa sitä, että siitä on tehty lukuisia tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samankaltaisia. Mini-intervention on todettu olevan tehokas toteuttajasta riippumatta. Mini-intervention vaikuttavuuden näytönastekatsauksessa (Aalto 2015a) tuodaan esiin, että on hoidettava noin 10 potilasta, jotta yksi vähentäisi juomistaan.

Meta-analyysin mukaan ne alkoholin riskikäyttäjät ja haitallisesti alkoholia käyttävät, jotka olivat saaneet lyhytneuvontaa, olivat vähentäneet juomistaan ja juomiaan alkoholimääriä vuoden aikana verrattuna niihin, jotka eivät saaneet neuvontaa. Neuvonnan ajallisella pidentämisellä ei ollut merkitystä lopputulokseen, joten voidaan todeta, että lyhytneuvonta riittää. (Kaneer – Beyer - Muirhead 2018.)

Päihdehoidoista mini-interventio on yksi eniten tutkituista. Siitä mikä tekee mini-intervention tehokasta, ei tiedetä tarkkaan. (Aalto 2015a; Gaume – McCambridge – Bertholet - Daepfen 2014). Eniten tutkimusta on tehty lyhytneuvonnan vaikuttavuudesta sekä kustannustehokkuudesta. Mini-intervention käyttöönotto on jäänyt kuitenkin vähäiseksi eikä tietoa käytännön kokemuksista ole. (Gual - López-Pelayo – Reynolds - Anderson 2016.)

Mini-interventiota toteuttamalla ainakin kymmenen prosenttia alkoholin riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen (Fleming ym. 2000) mukaan lyhytneuvontaan sijoittamalla 1000 dollaria saatiin säästöjä 5600 dollarin edestä. Sijoituksilla tarkoitettiin henkilökunnan koulutusta ja lisäystä, säästöillä tarkoitettiin esimerkiksi ensiapukäyntejä ja sairaalapäiviä. (Aalto 2010b:37.) Mini-intervention on todettu olevan kustannustehokas ja vaikuttava menetelmä. Se on edullinen tapa toteuttaa terveyden edistämistä normaalin työn ohella. (Seppä 2008:18-21.) Mini-intervention käytöstä Suomessa keskittyen hoitajien kokemukseen löytyy jonkin verran tietoa, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Hilmo-tietokannan mukaan kirjauksia tehdyistä mini-interventioista ei tehdä riittävästi tai asianmukaisella tavalla niin että ne päätyisivät rekisteriin asti. Näin ollen tehdyistä lyhytneuvonnoista ei ole tietoa, jota Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voisi hyödyntää. (THL 2020a.)

Pilvikki Absetzin ja Nelli Hankosen (2011) mukaan mini-intervention avulla alkoholin käyttöä onnistutaan vähentämään keskimäärin noin kolme annosta viikossa. Eniten menetelmästä hyötyvät miehet. Suurin osa asiakkaista ei tule vähentämään päihteiden

käyttöään merkittävästi. Artikkelin mukaan kuitenkin pienilläkin muutoksilla saavutettaisiin suuri hyöty kansanterveydellisesti, jos mini-interventiota toteutettaisiin edes kohtalaisen hyvin kaikille riskipotilaille.

2.2 Audit-testi

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -kysely on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä kysely alkoholin suurkulutuksen ja riskikäytön tunnistamiseksi. Se on kehitetty helpoksi, nopeaksi ja yksinkertaiseksi menetelmäksi käyttää terveydenhuollossa. Käyttäjäkohderyhmän on ajateltu olevan hoitajia ja lääkäreitä. Suuri osa alkoholin suurkuluttajista jää huomaamatta. AUDIT-kyselyn avulla voi tunnistaa alkoholin satunnaisista riskikäyttöä, haitallista käyttöä tai alkoholiriippuvuutta. (WHO 2001.) Mini-intervention kuuluu olennaisesti alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja AUDIT-kysely on siihen hyvä apuväline.

Riskien tunnistamisen helpottamiseksi alkoholin ongelmakäyttö on jaettu kolmeen luokkaan, joita ovat alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Alkoholin käyttö on ongelmallista silloin, jos juomiseen liittyy jokin riski saada alkoholin aiheuttama haitta. Riskikäytöllä tarkoitetaan riskikäytön rajat ylittävää juomista ilman riippuvuutta. Naisilla riskirajoina pidetään, jos nainen juo 16 annosta viikossa tai vähintään viisi annosta kerralla. Miehillä vastaavat luvut ovat 24 annosta viikossa ja seitsemän annosta kerralla. Mikäli henkilö jatkaa alkoholin riskikäyttöä eikä haittojen ilmaannuttua vähennä juomistaan, on kyse alkoholin haitallisesta käytöstä. Useimmat ihmiset, joilla on selviä alkoholin ongelmakäytöstä johtuvia haittoja, ovat myös alkoholiriippuvaisia. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, psyykinen riippuvuus, joka ilmenee pakonomaisena juomisena, vieroitusoireina, toleranssin kasvuna ja juomisen jatkamisena haitoista huolimatta. (Aalto 2010a:7-11.) Mini-intervention toteuttaminen on aiheellista aina, kun edellä mainitut riskirajat täyttyvät tai miehen juodessa päivittäin kolme ja naisen kaksi annosta alkoholia (Alkoholiongelmaisen käypä hoito- suositus 2018).

AUDIT-kyselyn ensimmäiset kysymykset 1-3 mittaavat juomamääriä, juomatiheyttä ja humalajuomista eli suuria kerta-annoksia. Kiireisissä tilanteissa voi käyttää juuri näitä kolmea ensimmäistä kysymystä, joista on kehitetty myös AUDIT-C nimitys. (Päihdelinkki 2018.) Kysymykset 4-6 mittaavat riippuvuusoireita, ja kysymykset 7-10 kertovat tyypillisistä haitoista, jotka johtuvat alkoholin käytöstä. Kyselyn maksimipistemäärä on 40 pistettä. Alkoholin riskikäytön rajana pidetään useimmiten kahdeksaa pistettä, jota noudattamalla kyselyn avulla tunnistetaan noin 80% työikäisistä alkoholin ongelmakäyttäjistä.

On tutkittu, että AUDIT-kysely on alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen tehokas menetelmä. Mitä enemmän pisteitä asiakas täyttää kyselystä, sitä suuremmat riskit hänen alkoholinkäytöllään voi olla. Pisteytyksen lisäksi tulee huomioida mitä asiakas on vastannut eri kysymyksiin. Aina on huomioitava asiakkaan kokonaistilanne ja oireilu, esimerkiksi naisilla pisteraja voisi olla matalampi kuin kahdeksan pistettä. (Seppä 2008: 16-17; Seppä 2006: 7-8; Aalto 2010:33-35.) Pelkästään AUDIT-kyselyn avulla ei voida erottaa ongelmakäytön eri luokkia toisistaan, vaan tällöin anamneesia tulee tarkentaa haastattelemalla asiakasta (Aalto 2009).

2.3 Päihteiden käytön kartoitus ja puheeksiotto

Koska päihteiden käyttö voi aiheuttaa tai pahentaa monia sairauksia, tulisi päihteiden käytöstä kysyminen ja käytön kartoittaminen olla osana jokapäiväistä asiakastyötä terveydenhuollossa. Suurin osa asiakkaista hyväksyy päihteistä keskustelemisen. (Aalto 2010b: 31-32.) Yksi tärkeimmistä keinoista vähentää päihteiden käytöstä syntyviä haittoja, on päihteiden riskikäytön varhainen tunnistaminen. Mitä aiemmin ja nopeammin pystytään tunnistamaan työikäisten asiakkaiden alkoholin riskikäyttö, huumeaineiden käyttö, sekakäyttö tai tupakkatuotteiden tai rahapelien haitallinen käyttö, sitä vähemmän pysyviä haittoja ja riskejä pääsee syntymään. Ongelmakäyttö ei yleensä näy ihmisestä päällepäin, joten päihteiden käytöstä kannattaa kysyä kaikilta asiakkailta. Puheeksiottoa voi helpottaa, jos kysymisen ottaa rutiiniksi ja kertoo myös asiakkaalle, että kaikilta kysytään päihteiden käytöstä. (THL 2019c.)

Alkoholin riskikäytön tunnistamiseen voi käyttää apuna edellä kuvattua AUDIT-kyselyä tai vain suoraa avointa keskustelua ja kysymistä alkoholin käytöstä kuten muistakin päihteistä. Keskustelu suositellaan aloittamaan avoimella kysymyksellä esimerkiksi ”minkä verran käytätte päihteitä?” tai ”kuinka usein käytätte päihteitä?”. Suljettu kysymys eli kysymys, johon voi vastata ”kyllä” tai ”ei”, voi johtaa keskustelun loppumiseen etenkin silloin, jos asiakas kieltää päihteidenkäyttönsä. Avoin kysymys ei välttämättä tuo esiin ongelmakäyttöä, mutta sen avulla voidaan avata keskustelua enemmän ja eri näkökulmista. Tämän jälkeen voi edelleen jatkaa avoimilla kysymyksillä tai suunnata jatkokysymyksiä tarkentaen. (Alkoholiongelmaisen käypä hoito- suositus 2018.)

Alkoholinkäytön ohella kannattaa samalla kysyä muiden päihteiden kuten lääkkeiden ja huumeiden käytöstä. Asiakkaan vastausten jälkeen kannattaa kysyä ja tarkentaa päih-

teiden käytön tiheyttä, määriä, käyttökertoja ja käytettyjä lajeja esimerkiksi miedot juomat, viinit ja väkevät juomat tai vastaavasti eri huumausaineet. (Alkoholiongelmaisen käypä hoito- suositus 2018.) Huumeidenkäytölle tai lääkkeiden väärinkäytölle ei ole olemassa vastaavia riskirajoja kuin alkoholille, vaan riskit riippuvat käytetystä aineesta ja määrästä. Mini-interventiota voi käyttää tai soveltaa silloin, jos työntekijällä herää huoli asiakkaan huumeidenkäytöstä. Mini-interventio ei ole itsessään riittävää, jos asiakkaalla on huumausaineiden ongelmakäyttöä tai riippuvuutta. (THL 2019e; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015:22.) Tavoitteena on tunnistaa ne henkilöt, jotka tarvitsevat huumeiden käytön suhteen mini-interventiota, jotta voidaan ehkäistä ongelmien syntyminen ja paheneminen. (Simojoki 2017.)

Päihteiden käytön kartoitus ja mini-interventio tulee tehdä neutraalisti ja potilaan luvalla. Asiakkaan moralisointia tulee välttää. Erityisen tärkeää on toista kunnioittava keskustelun ilmapiiri ja toimiminen asiakkaan ehdoilla. Hänelle annetaan tietoa, mikäli hän haluaa, mutta hän tekee itse päätökset. (Päihdelinkki 2018.)

2.4 Asiakkaan muutoshalukkuus

Mini-intervention toteuttamisessa on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan tilanne ja hänen valmiutensa tehdä elämäntapamuutos ja suhteuttaa annettu neuvonta siihen. Jotta mini-interventiolla voisi olla suotuisia vaikutuksia asiakkaan päihteiden käyttöön, on työntekijän tärkeää ylläpitää keskustelussa rohkaisevaa ja empaattista suhtautumista. Riippumatta asiakkaan motivaatiosta muutosta kohtaan, voidaan mini-intervention lisäksi käyttää motivoivan haastattelun menetelmää. Sen tarkoituksena on, että asiakas alkaa itse pohtia muutoksen hyviä ja huonoja puolia. Motivoivan haastattelun avulla yritetään vahvistaa asiakkaan omaa motivaatiota muutokseen ja tämä menetelmä onkin alun perin kehitetty riippuvuuksien hoitoon. (Järvinen 2014.) Asiakkaalta voidaan esimerkiksi kysyä, että mitä hän ajattelee päihteiden käytön vähentämisestä. Asiakkaan vastauksen perusteella voidaan herätellä asiakasta tutkimaan ristiriitaa käytöksessään, tukemaan muutokseen ja pohtimaan yhdessä vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Muutosvalmiuden arvioinnissa voi käyttää DiClementen ja Prochaskan kehittämää transteoreettista muutosvaihemallia. Transteoreettinen muutosvaihemalli perustuu useiden tutkimusten ja teorioiden yhdistelyyn. Mallin taustalla on ajatus, että asiakkaan käyttäytymisen muutos tapahtuu vaiheittain, joiden aikana asiakkaan motivaatio ja valmius

muuttaa käyttäytymistään voi muuttua, kuten voimistua. Mallia on sovellettu useisiin ihmisten tekemiin elämäntapamuutoksiin kuten esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen, päihteiden käytön vähentämiseen, mielenterveysongelmiin ja epäterveelliseen syömiseen. (Prochaska - Velicer 1997.)

Malli pitää sisällään viisi vaihetta, joista ensimmäinen on *esiharkintavaihe* (precontemplation). Tässä vaiheessa oleva asiakas ei välttämättä tiedosta ongelmaansa tai ei pidä muutoksen toteuttamista itselleen mahdollisena. Muutos voi tuntua mahdottomalta esimerkiksi aikaisempien epäonnistumisten tai omien puuttuvien voimavarojen vuoksi. Hän saattaa myös kieltää ongelmansa tai vähätellä sitä. *Harkintavaiheessa* (contemplation) oleva asiakas tunnistaa ongelmansa ja tiedostaa muutoksen olevan tarpeellista. Hän voi pohtia vakavasti muutoksen tuomia hyötyjä ja haittoja, mutta ei ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. Asiakas voi pysyä pitkäänkin tässä vaiheessa. Seuraava vaihe on *päätöksentekovaihe/valmisteluvaihe* (preparation), jolloin asiakas on päättänyt muuttaa käyttäytymistään usein seuraavan kuukauden aikana. *Toimintavaiheessa* (action) asiakas on ryhtynyt käytännön toimiin muuttaakseen itselleen haitallista käytöstä. *Ylläpitovaiheessa* (maintenance) asiakas tekee jatkuvasti työtä estääkseen retkahtamisen eli aiempaan elämäntapaansa palaamisen esimerkiksi liiallinen alkoholin käyttö. Tässä vaiheessa muutos on pysyvä, mutta vaatii työtä. (Prochaska – DiClemente - Norcross 1992.)

Mallin mukaan muutos on prosessi, joka ei toteudu hetkessä eikä myöskään välttämättä eri vaiheiden perättäisenä jatkumona. Päihteiden käyttöön liittyy usein myös riippuvuutta ja toivottu muutos ei aina toteudu kerralla. Käytännössä asiakas voi siis kulkea vaiheiden välillä edestakaisin. Kuitenkaan aina siirtyminen aikaisempaan vaiheeseen ei ole välttämättä epäonnistuminen, vaan se voi olla aiempaa toimivamman tavan etsimistä. Usein retkahdukset ovat enemmänkin sääntö kuin poikkeus etenkin päihteiden käyttäjien keskuudessa. Tästä syystä mallia kuvataankin spiraalimaisena kehänä, jolloin vaiheesta ”tippuessaan” asiakas voi palata siihen vaiheeseen, jossa oli ennen retkahdusta eikä aina esiharkintavaiheeseen. (Prochaska – DiClemente - Norcross 1992.)

2.5 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevän päihdetyön järjestämistä koskevan lain (EPT-laki 523/2015) tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia koko maassa, tukea ja vahvistaa eri kunnissa ja alueilla tehtävää työtä ja sen kehittämistä. Lain alle kuuluu alkoholin, huumeiden, ja tupakkatuotteiden käyttöön, lääkkeiden väärinkäyttöön sekä rahapelaamiseen liittyvät haitat ja niiden ehkäisy. Mini-interventio sekä päihteiden riskikäytön tunnistaminen on mainittu osana ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmaa, jota avataan myöhemmin tässä kappaleessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 10,16.)

Ehkäisevä päihdetyö edistää ihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä tasa-arvoa. Erityisesti tupakointi ja alkoholin käyttö ovat keskeisiä tekijöitä kansansairauksia ajatellen. Päihteiden käyttöä tulisi yleisesti arvioida samalla, kun arvioidaan kaikkia elintapoja. Huumausaineiden käyttö linkittyy tartuntatauteihin veritartuntavaaran vuoksi ja päihteiden käyttö on yleisesti iso osa mielenterveyttä aiheuttaen, pahentaen ja ylläpitäen mielenterveysongelmia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 15.)

Kunnat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä yhdessä eri toimijoiden kanssa. Näitä toimijoita ovat muun muassa kunnan hallinto eri aloilta, terveyspalvelut, järjestöt ja elinkeinotoimijat kuten vähittäismyyntipaikat ja ravintolat. Tätä toimintaa säättää EPT-laki, mutta sen tueksi toimintaan on lisäksi laadittu EPT-ohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 9,14.) Ohjelman mukaan ehkäisevä päihdetyö on vaikuttavaa ja kustannustehokasta, jos työtä tehdään seuraavien painopisteiden mukaan:

- Ehkäisevän päihdetyön valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset rakenteet on oltava kunnossa
- Päihteiden käytön haitoista tulee viestiä tukien sosiaali- ja terveyspolitiikkaa
- Riskikäyttö tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja tarjotaan tukea
- Paikallista päihdepolitiikkaa toteutetaan suunnitellusti ja yhteistyössä eri toimijoiden kesken
- Panostetaan haittojen ehkäisyyn
- Ammattilaisilla on riittävä päihdetyön osaaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 16.)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman yhtenä painopisteenä on päihteiden riskikäytön tunnistaminen sekä tuen tarjoaminen varhaisessa vaiheessa. Tällä tavoin voidaan ehkäistä vakavampien ongelmien, kuten kroonisten sairauksien ja mielenterveysongelmien sekä taloudellisten haittojen syntymistä niin yksilön, hänen lähipiirinsä kuin yhteiskunnan tasolla. Toimintaohjelmassa on mainittu erilaisia menetelmiä, kuten mini-interventio, jota erityisesti sosiaali- ja terveystaloudissa työskentelevien tulisi osata ja käyttää säännöllisesti. Terveystaloudet ovat päihteiden käytön tunnistamisen kannalta otollisia mahdollisuuksia ja terveystaloudet ovat keskeinen tilanne, jossa päihteiden käyttöä voi kartoittaa. Puheeksiottoa voi toteuttaa myös muissa paikoissa, kuten eri viranomaistahoilla esimerkiksi velkaneuvonnassa, oppilaitoksissa tai urheiluvälittäjätoiminnassa.

Yhteenveto teorettisesta viitekehyksestä:

- Valtaosa suomalaisista käyttää jotain päihdettä, alkoholin ongelmakäyttäjää on Suomessa yli puoli miljoonaa.
- Ehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia.
- Päihteiden riskikäytön varhainen tunnistaminen ja tuen antaminen on tärkeää.
- Monet toimijat kuten WHO ja THL suosittavat mini-interventioita käyttöä.
- Mini-interventio on lyhyttä terveystaloudusta, tunnistetaan päihteiden ongelmakäyttö ja huomioidaan asiakkaan tilanne, sen avulla edistetään terveyttä ja ehkäistään ongelmien syntyminen ja paheneminen.
- AUDIT-kysely on hyvä mittari alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi.
- Asiakkaan kanssa käytävässä keskustelussa on tärkeää kysyä neutraalisti ja avoimesti hänen päihteiden käytöstään ja säilyttää kunnioittava ilmapiiri.

3 Tutkimusasetelma

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia terveydenhuollon ammattilaisten tekemää päihteiden käytön puheeksiottoa ja mini-intervention käyttöä sekä tehdä toimintatapaehdotus mini-intervention käytön lisäämiseksi.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa päihteiden käytön puheeksiottamisesta ja mini-intervention käyttämisestä. Saatua tietoa hyödynnettiin toimintatapaehdotuksessa mini-intervention käytön lisäämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1: Miten työntekijät kirjaavat asiakkaiden päihteiden käytön ja toteutetun mini-intervention?

2: Miten työntekijät ottavat asiakkaiden päihteiden käytön puheeksi?

3: Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on mini-intervention käytöstä?

3.2 Työelämäyhteys ja tutkimuksen osallistujat

Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppanina toimi Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikka sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus tehtiin osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen pilottikokeilua, jossa haluttiin kokemuksellista tietoa päihteiden käytön kartoituksesta ja mini-intervention käytöstä Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikan työntekijöiden kokemana. THL toivoi tietoa myös kirjaamiskäytännöistä.

Tätä opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa Espoon kaupungilta. Opinnäytetyön tekijä työskentelee Espoon kaupungilla, mutta tämä tutkimus tehtiin osana ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoja. Espoon kaupungin ohjeen mukaan lupa tulee hakea kaikkiin tutkimuksiin, joissa kerätään tai käsitellään tietoja Espoon sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnalta (Espoo 2019.) Tutkimuslupa myönnettiin 27.2.2020.

Tutkimuksen osallistujat rajattiin Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan aikuisten asiakkaiden vastaanottotyötä tekeviin työntekijöihin, koska nuorten hoidossa olisi otettava huomioon muita nuorten kasvuun ja kehitykseen liittyviä asioita. Muissa toimipaikoissa työskentelevät henkilöt rajattiin osallistujajoukon ulkopuolelle, koska mini-interventiota on helpointa ja luonnollisinta toteuttaa yksilökäynneillä. Aikuisten avohoidon puolella vastaanottotyötä tekeviä työntekijöitä oli tutkimuksen tekohetkellä 34, joista suurin osa on koulutukseltaan sairaanhoitajia. Kohdejoukkoon valittiin kaikki sillä hetkellä työsuhteessa olevat työntekijät eli 34 työntekijää. Työkokemuksella, ammatilla tai muilla taustatiedoilla ei ollut merkitystä osallistujien valinnassa. Työntekijöitä on yhteensä kuudessa eri toimipisteessä, mutta he tekevät keskenään samankaltaista työtä. Yhdessä toimipisteessä tehdään lisäksi lyhyempiä hoidontarpeen arvioita ilman ajanvarausta, mutta sitä ei nähty esteenä osallistujien rajauksessa.

4 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus suoritettiin pääosin kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka avulla lähtökohtaisesti kuvataan todellista elämää, ihmisten kokemuksia ja näkemyksiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi tunnusmerkki on sellaisen asian kuvaaminen, josta ei vielä tiedetä paljoa tai siitä halutaan uusi näkökulma. Myös opinnäytetyön yhteistyökumppanin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toiveena oli saada kokemuksellista tietoa, jota määrällinen tutkimus ei antaisi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 65-66,197.) Kattavamman kokonaiskäsitelmän muodostumiseksi tutkimuksessa käytettiin useampaa kuin yhtä aineistonkeruumenetelmää, tätä nimitetään triangulaatioksi (Kylmä – Juvakka 2007:17). Laadullisen tiedon lisäksi käytettiin olemassa olevaa rekisteritietoa. Työntekijöiden kokemuksia verrattiin potilastietojärjestelmän tietoihin.

4.1 Aineiston keruu

Laadullisen aineiston keruu

Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijöiden kokemusten kuvaamiseksi käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin haastatteleamalla Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan aikuisten kanssa työskenteleviä avohoidon työntekijöitä. Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin sähköpostikutsulla, joka piti sisällään tiedotteen tutkimuksesta. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta sekä siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavien anonyymiteetti suojataan. Tiedotteessa

kerrottiin myös, että tutkimuksesta vetäytyminen on mahdollista missä tahansa vaiheessa. Haastatteluun osallistuvilta ei edellytetty mini-intervention tuntemista. Kutsu tutkimukseen löytyy tämän raportin liitteestä 1, josta käy ilmi sen tarkempi sisältö. Työntekijöille annettiin ilmoittautumisaikaa 1,5 viikkoa, jonka jälkeen ilmoittautuneita oli kolme (n=3) Ilmoittautumisaikaa pidennettiin ja lähetettiin uusi saman sisältöinen kutsu, jonka jälkeen ilmoittautuneita oli yhteensä kuusi (n=6). Vapaaehtoisille ilmoittautuneille annettiin ennen haastattelua allekirjoitettavaksi suostumuslomake, joka löytyy myös tämän raportin liitteestä 2. Haastatteluajat sovittiin sähköpostitse haastateltavien aikataulujen mahdollisuuksien mukaan. Koska haastatteluun sai osallistua työajalla, oli tärkeää huomioida, ettei työyksikön varsinainen työ häiriintynyt haastattelujen vuoksi.

Haastattelut olivat teemahaastatteluja, koska kiinnostuksen kohteena on juuri mini-intervention käyttö sekä päihteiden käytön kartoitus ja puheeksiotto. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa oleellisinta ei ole yksityiskohtaiset kysymykset vaan eteneminen keskeisten teemojen mukaan. Haastattelun apuna käytettiin haastattelurunkoa, jonka mukaan edettiin ja haastateltavasta riippuen kysyttiin täydentäviä kysymyksiä. Haastattelurunko löytyy liitteestä 3. Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että kysymyksiä ei ole pakko kysyä kaikilta samassa järjestyksessä ja tutkija voi tarvittaessa kysyä myös tarkentavia kysymyksiä. Haastattelun aihepiiri ja kysymykset ovat kaikille samat, sanamuodot ja järjestys voivat vaihdella tilanteen mukaan. (Hirsjärvi - Hurme 2015: 47-48.) Haastattelurunko esitettiin vastaavaa työtä tekevällä henkilöllä, joka työskentelee eri organisaatiossa.

Aineisto oli tarkoitus kerätä ryhmähaastatteluin, jotta saataisiin tietoa mahdollisimman monelta vapaaehtoiselta. Kuitenkin osallistujien määrän jäätyä oletettua pienemmäksi, kolme ilmoittautunutta haastateltiin yksilöhaastatteluin ja kolme työntekijää ryhmänä haastateltavien aikataulullisista resursseista johtuen. Ryhmähaastattelun perusteena oli ajatus siitä, että se synnyttää keskustelua haastateltavien välillä ja siten laajempaa aineistoa. Haastateltavilla oli näin myös mahdollisuus oppia toisiltaan ja tuoda esiin käytössä olevia toimintatapoja. Ryhmähaastattelun edut voivat olla myös haittoja, sillä joskus haastattelijalle voikin olla vaikeaa saada kaikilta osallistujilta kommentteja. (Hirsjärvi - Hurme 2015: 61-63.) Tästä syystä ryhmähaastattelussa huomioitiin erikseen kaikki osallistujat, jotta kaikki osallistujat saivat puheenvuoron. Haastateltavien vastaukset alkoivat sisällöltään hieman toistaa itseään, jolloin puhutaan aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta. Näin kävi ilmi, että haastateltavia oli ollut mahdollisesti riittävä määrä. (Tuomi - Sarajärvi 2018:73.)

Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2020. Haastattelut nauhoitettiin tutkittavien luvalla älypuhelimien nauhoitussovelluksella ja tallennettiin salasanalla suojattuun tiedostoon. Haastatteluja oli yhteensä neljä ja yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 25-30 minuuttia.

Määrällisen aineiston keruu

Jotta asiakkaiden päihteiden käytön kartoituksesta saatiin laajempi kokonaiskuva, käytettiin tutkimuksessa hyväksi jo olemassa olevaa rekisteritietoa eli sekundääriaineistoa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015:113). Espoon kaupungin potilastietojärjestelmän rekisterinpitäjältä pyydettiin sähköpostitse raportti tehdyistä AUDIT-kyselyistä ja mini-interventioista lukumäärittäin sekä asiakkaiden kokonaismäärä. Nämä valittiin mittareiksi, koska puheeksiottamiselle ei ole omaa mittaria. AUDIT-kyselylle ja mini-interventiolle on molemmille olemassa omat mittarit tilastointia varten. Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan kirjaamiseen liittyvissä ohjeissa mainitaan, että AUDIT-kyselyn tilastointi kuuluu osana uuden asiakkaan kirjaamista eli asiakkaan aloittaessa hoitojaksonsa. Mini-interventiota ei ole mainittu ohjeessa. (Espoo Effic-a-ohjeet 2016).

Tulosten rajaamiseksi raportti pyydettiin vain aikuisten vastaanottotyötä tekeivistä toimipaikoista vuodelta 2019. Aikarajauksena käytettiin yhtä vuotta, koska tiedon haluttiin olevan mahdollisimman ajankohtaista ja vuosi oli aikamääreellisesti helppo rajata. Raportti toimitettiin tutkimuksen tekijälle sähköpostin liitetiedostona kahtena Excel-taulukkona.

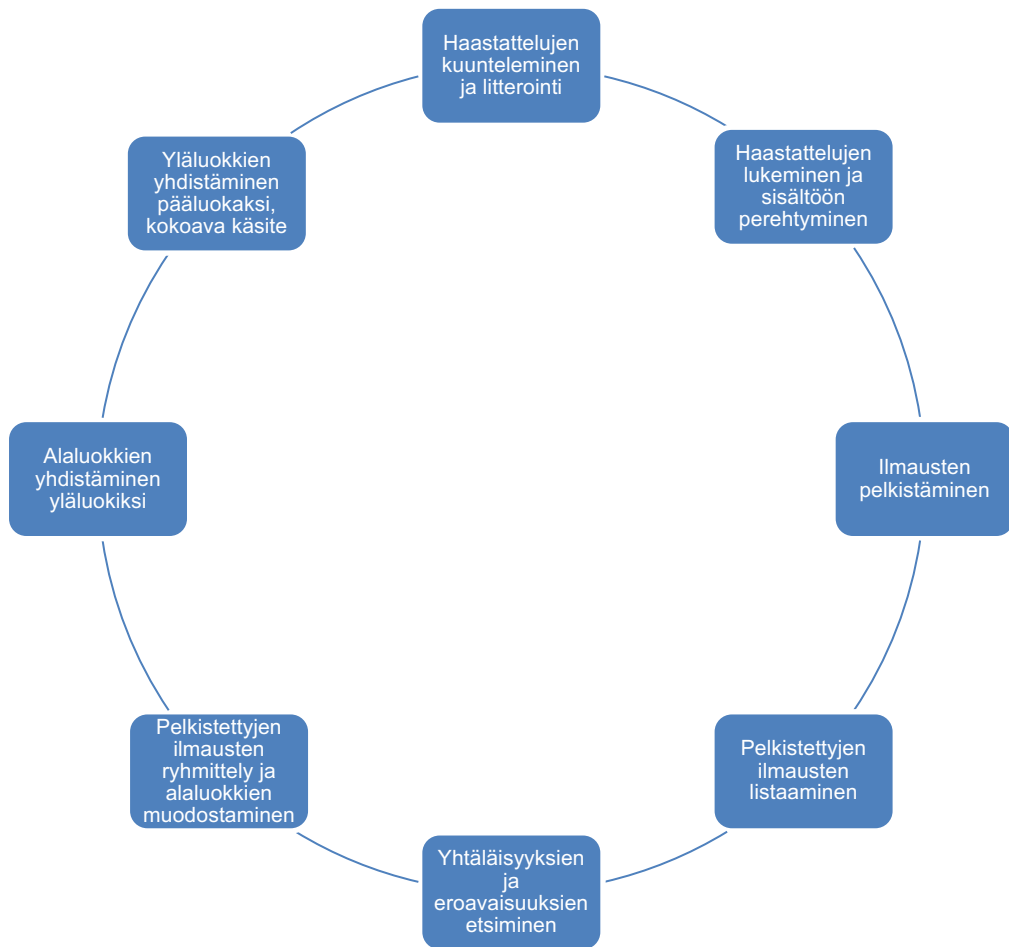
4.2 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analysointi

Haastattelut analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä (yksittäisestä yleiseen) sisällön analyysillä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, johon kuuluu karkeasti tiivistettynä aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisen käsitteiden luominen. Tällä analyysimenetelmällä tutkittava ilmiö pyritään saamaan tiiviiseen muotoon. (Tuomi - Sarajärvi 2018:78,80,87,91.) Analysointi aloitettiin litteroinnilla eli nauhoitettujen haastattelujen sanasanasella purkamisella kirjalliseen muotoon Wordtekstinkäsittelyohjelmalla. Tekstistä jätettiin pois yksittäiset äännähdykset, tauot ja nauhdukset. Haastattelut luettiin vielä uudelleen läpi ja sisältöön perehdyttiin. Litteroitua

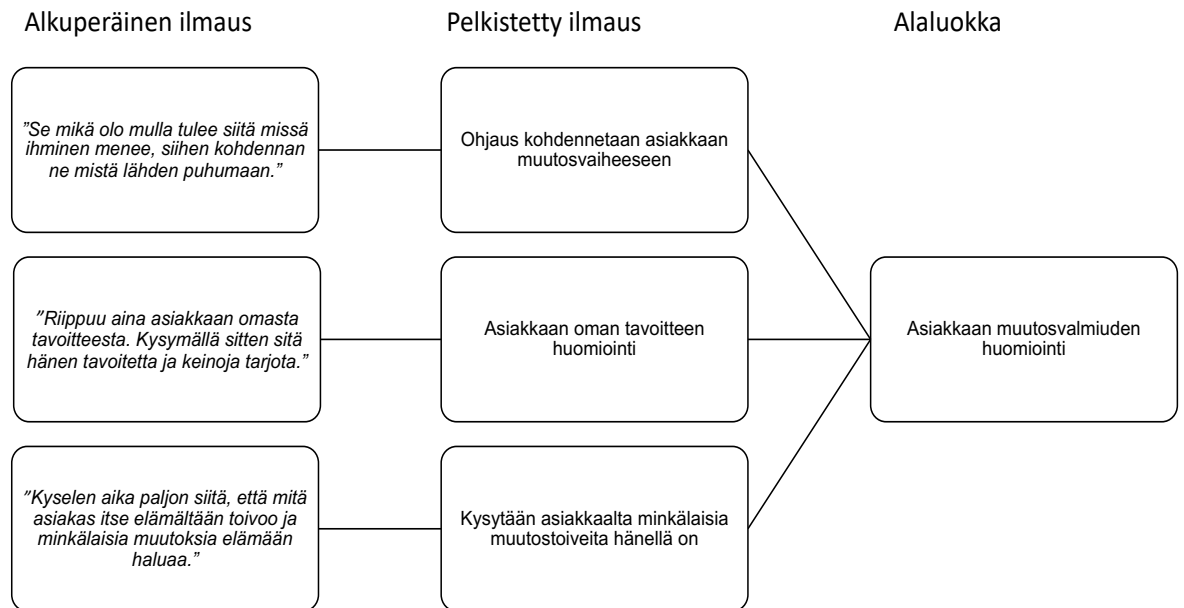
aineistoa tuli yhteensä 27 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1. Kokonaiskuvan ymmärtämiseksi haastattelut luettiin läpi tarkasti. Sisällönanalyyysissä keskeistä on tunnistaa tutkimukselle oleellinen tieto, (Kylmä - Juvakka 2007:111) ja sen vuoksi aineistolle esitettiin tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä, kuten miten otetaan puheeksi.

Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin eli redusoitiin yksinkertaisempaan muotoon. Tässä vaiheessa oli huomioitava, että jotkin haastateltavien lauseet tai vastaukset sisälsivät useita pelkistyskäsitteitä, jotka eroteltiin toisistaan. Pelkistetyt ilmaukset listattiin omalle konseptille ja niistä alettiin etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Pelkistämässä karsittiin tutkimukselle epäolennaista tietoa. Samaa tarkoittavat pelkistykset laitettiin jälleen omalle konseptilleen ja näin aineistoa alettiin ryhmitellä eli klusteroida. Samaa ilmiötä kuvaavista pelkistyksistä muodostui oma ryhmä, jolle annettiin sitä kuvaava nimi ja näin syntyi alaluokka. (Tuomi - Sarajärvi 2018:91-92.) Luokittelua jatkettiin niin, että alaluokkia yhdistelemällä muodostettiin yläluokkia. Yläluokista muodostettiin pääluokka, joka oli tutkimuskysymykseen vastaava tai sitä kuvaava luokka. Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä varmistettiin, että yhteys alkuperäisilmauksiin säilyy koko ajan. Abstrahoinnissa muodostettiin tutkimuksen kannalta oleellisia käsitteitä ja sitä jatkettiin niin kauan, kun se oli aineiston kannalta mahdollista. On aineistokohtaista minkä tasoisia luokkia siitä voi muodostaa. (Tuomi - Sarajärvi 2018: 93,108.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen on kuvattu kokonaisuudessaan kuvion 1 avulla.

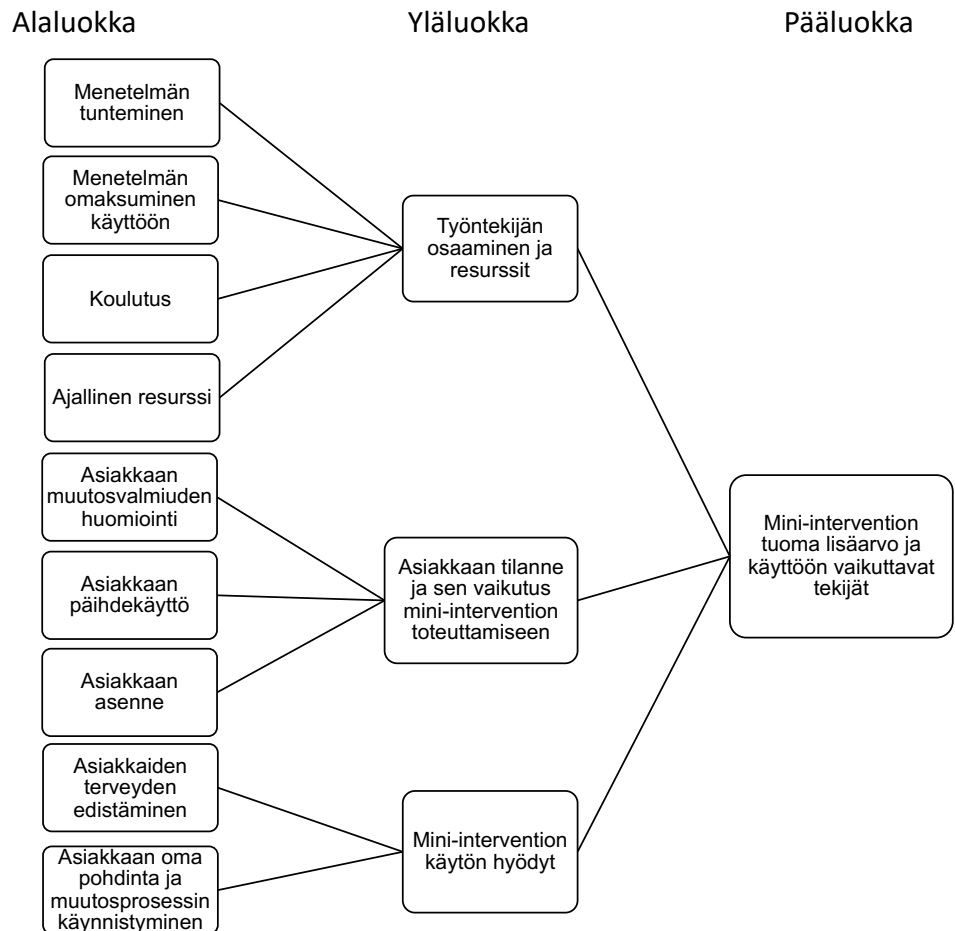


Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi - Sarajärvi 2018: 91).

Pääluokkia muodostui yhteensä kolme kappaletta vastaten kolmeen tutkimuskysymykseen. Pääluokkia oli *kirjaaminen potilastietojärjestelmään, puheeksiottamista helpottavat ja estävät tekijät* sekä *mini-intervention tuoma lisäarvo ja käyttöön vaikuttavat tekijät*. Kuvioissa 2 ja 3 on kuvattu analyysiesimerkit luokkien muodostumisesta.



Kuvio 2. Analyysimalli alaluokan muodostumisesta.



Kuvio 3. Analyysimalli luokkien muodostumisesta.

Määrällisen aineiston analysointi

Espoon kaupungin potilastietojärjestelmän rekisterinpitäjältä saatu raportti piti sisällään vain pyydettyä tietoa, joka oli sellaisenaan tutkimuksen kannalta oleellista. Raportti oli kahden Excel-taulukon muodossa, joista toinen piti sisällään tehtyjen AUDIT-kyselyiden lukumäärät toimipisteittäin ja toinen asiakkaiden lukumäärän toimipisteittäin ajalla 1.1.-31.12.2019. Mini-interventiosta ei ollut omaa taulukkoa eikä lukumääriä, koska sitä ei tehty tilastojen valossa ollenkaan. Tutkimusta varten tarvittiin tieto siitä, paljonko AUDIT-kyselyitä on tehty ja paljonko eri asiakkaita on käynyt toimipisteissä. Raportti analysoitiin poimimalla Excel-taulukoista toimipaikkojen lukumäärät tehdyistä AUDIT-kyselyistä ja laskemalla tehtyjen kyselyiden prosenttiosuus asiakkaiden kokonaismäärästä. Näitä lukumääriä verrattiin työntekijöiden kertomaan tietoon kirjaamisesta. Raporttien sisältö

käytiin läpi rekisterinpitäjän kanssa, jotta varmistuttiin siitä, mistä lukumäärät koostuvat. Rekisterinpitäjälle kerrottiin tarkkaan myös se, että mihin kysymyksiin halutaan vastaus, jotta rekisteritieto vastasi haluttuihin mittareihin.

5 Tulokset

5.1 Mini-interventioiden ja AUDIT-kyselyiden kirjaaminen potilastietojärjestelmään

Tutkimuksen tulokset käydään läpi tässä kappaleessa tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, että miten Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan asiakkaiden päihteiden käyttö ja mini-interventio kirjataan potilastietojärjestelmän tietojen ja työntekijöiden kertoman mukaan.

Potilastietojärjestelmään kirjaaminen

Potilastietojärjestelmän rekisteritietojen mukaan tietoja mini-intervention käytöstä ei kirjata lainkaan. Sen sijaan AUDIT-kyselyitä tilastoitiin. Kokonaisasiakasmäärä tutkittavissa toimipisteissä oli 6225 uniikkia asiakasta. Asiakkaita, joille AUDIT-kysely oli tehty, oli 1326. AUDIT-kysely oli siis tehty ja tilastoitu 21,3%:lle kaikista eri asiakkaista vuoden 2019 aikana. Tulokset ovat kuvattuna taulukossa 2.

Taulukko 2. AUDIT-kyselyn tilastointi potilastietojärjestelmään.

	N=	%
KYLLÄ	1326	21,3
EI	4899	78,7
YHTEENSÄ	6225	100

Raportin mukaan toimipisteiden välillä oli eroja tilastoitujen AUDIT-kyselyiden lukumäärissä. Joissain paikoissa tilastointeja oli tehty huomattavasti vähemmän kuin muualla. Kaikkien asiakkaiden kohdalla ei myöskään tehdä uuden asiakkaan kirjausta riippuen toimipisteestä. Toimipaikat on nimetty kirjaimilla A-F, jotta paikkoja ei pysty tunnista-

maan. Paikkojen välillä tuloksissa oli hajontaa. Tuloksen on esitettyä taulukossa 3. Eniten AUDIT-kyselyitä tehtiin toimipaikassa F, jossa kysely tehtiin 33,6%:lle kaikista toimipaikan eri asiakkaista. Vähiten kyselyitä tehtiin paikassa B, jossa kysely tehtiin 2,5%:lle kaikista toimipaikan eri asiakkaista.

Taulukko 3. AUDIT-kyselyn kirjaaminen toimipaikoittain.

TOIMIPAIKKA	ERI ASIAKKAAT	AUDIT-KYSELYT	ASIAKKAAT, JOILLE TEHTY AU-
	N=	N=	DIT %=
A	2398	462	19,3
B	669	17	2,5
C	548	167	30,5
D	898	227	25,3
E	2974	225	7,6
F	819	275	33,6

Kirjaaminen potilastietojärjestelmään työntekijöiden kuvaamana

Laajemman kokonaiskuvan saamiseksi AUDIT-kyselyiden ja mini-intervention kirjaamistavoista kysyttiin työntekijöiltä haastatteluisissa. Työntekijät kertoivat tekevänsä kirjaamisen potilastietojärjestelmään sekä tekstimuotoisena kirjaamisena että tilastoimalla tietoa.

Työntekijät sanoivat kirjaavansa tehdyn mini-intervention tekstiin, mutta eivät käyttäneet mini-interventio sanaa kirjauksissaan. Kaikki työntekijät kuvasivat kirjaavansa keskustellut aiheet vapaana tekstinä. Tekstin sisältö saattaa kuvata hyvin tehtyä mini-interventiota, mutta sitä ei käytetty terminä.

”En käytä sitä mini-interventio sanaa siellä ollenkaan, vaikka sitä vois ehkä käyttää aika monen kohdalla. Varmaan 90% ensikäynneistä sen vois sinne laittaa.”

”En ole varmaan ikinä kirjannut kellekään, että mini-interventio tehty.”

”Se tulee siinä tekstin seassa. Kirjaan sen, jos se on olennaista se keskustelu siitä alkoholista, niin mä kirjaan sen joskus aika seikkaperäisestikin, et mitä siitä on puhuttu. Tietenkin kaikki faktat, että määrät ja tällaiset.”

Haastatteluissa nousi esiin, se, että tekstiin kirjataan aina se mitä asiakas kertoo. Työntekijät kuvasivat, että he kirjaavat sitä mitä asiakas on tuonut esiin kysyttäessä päihteistä ja lisäksi he kirjaavat millaista apua ja ohjausta asiakas on saanut. Tehty mini-interventio tulee esiin siis tekstimuotoisessa kirjaamisessa, mutta se tieto ei tilastoidu.

”Keskusteltu asiakkaan kanssa, asiakas kertoo päihteidenkäytöstään, keskusteltu hoitovaihtoehdoista eli tekstin sisään”

”Kysytty päihteidenkäytöstä ja, jos mä oon nimenomaan ohjeistanut johonkin, niin on kirjannut, että mitä on ohjattu”

Työntekijät kertoivat kirjaavansa tekstiin ja tilastoivansa AUDIT-kyselyn pisteet. AUDIT oli ainoa tilastoitava huomio asiakkaan päihteidenkäytön kartoituksesta. Mini-interventio tilastointia ei ole käytössä lainkaan, joten tieto siitä ei saavuta Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitosta kansallisen rekisterin kautta.

”Laitan sinne ainakin ne Audit pisteet, jos on Audit kysely täytetty”

”Jos on Auditin tehnyt, niin sen mukaan ne mittarit.”

5.2 Asiakkaan päihteiden käytön puheeksiottamista tukevat ja estävät tekijät

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, miten Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijät ottavat asiakkaiden päihteiden käytön puheeksi. Työntekijöiltä kysyttiin esimerkiksi, että minkälaisia keinoja heillä on puheeksiottoon. Työntekijät kertoivat haastatteluissa, että asiakastyössä asiakkaan päihteiden käytön puheeksiottoon vaikuttaa monta tekijää. *Puheeksiottamista helpottavat ja estävät tekijät* pääluokka muodostettiin kahdesta yläluokasta, joita ovat *puheeksiottoa helpottavat työtavat* ja *aiempien kokemusten ja kohtaamisen vaikutus puheeksiottamiseen*. Työntekijöiden vastaukset liittyen puheeksiottoon olivat hyvin samankaltaisia keskenään.

Puheeksiottoa helpottavat työtavat

Työntekijät kertoivat, että heidän käyttämät keinot, jotka helpottivat ja tukivat puheeksiottoa oli vapaa kysyminen avoimella kysymyksellä asiakkaalta, AUDIT-kysely, saadut ohjeet siitä, että päihteistä pitää kysyä, perustelujen käyttäminen apukeinona ja puheeksioton tekeminen systemaattisesti. Haastatteluissa nousi esiin, että lähes kaikki käyttivät vapaata kysymistä keinona ottaa päihteet puheeksi.

”Varmaan eniten vapaasti kysymällä, väittäisin kyllä, että kysyn aina.”

”Usein aika semmoisella yleisellä kysymyksellä. Jos asiakas sanoo, että alkoholia vain, niin sit mä kysyn siitä alkoholin käytöstä, että kuinka usein ja miten paljon. Kysyn usein vielä senkin, että onko ollut mitään muuta päihdekäyttöä.”

Lisäksi työntekijät kertoivat, että AUDIT-kysely voi olla myös hyvä apukeino puheeksiottoon. Kyselyn voi antaa täytettäväksi samalla, kun asiakas täyttää muitakin hoitoon liittyviä lomakkeita.

”Sitten tässä on aina lähestulkoon aina pyytännyt täyttämään ton Auditin, niin sitten sen pohjalta käydään läpi vielä sitä alkoholinkäyttöä.”

”Antamalla Auditin siinä kaikkien muiden lomakkeiden seassa, että näitä ainakin toivoisin, että täyttäisit.”

Työntekijät sanoivat, että he käyttävät myös perusteluja puheeksioton tukena. He saattavat kertoa asiakkaalle, että on tapana kysyä kaikilta asiakkailta päihteistä. Työntekijät sanoivat, että he käyttävät perusteluja erityisesti silloin, jos asiakas on tullut jostain muusta syystä kuin vastaanotolle kuin päihteiden vuoksi, tai jos asiakas vaikuttaa olevan hermostunut kysymyksestä. Asiakkaalle todetaan usein myös, että on työntekijän tehtävänä kysyä päihteiden käytöstä.

”Jos antaa ymmärtää, että tämä on tällainen rutiinijuttu, joka kysytään kaikilta niin, sit se on helpompi kysellä.”

”Sittenhän voi käyttää sitä, että meillä on tapana kysyä tällaiset tietyt jutut kaikilta.”

Haastateltavat totesivat myös, että kysymistä voi helpottaa se, kun tietää, että on olemassa ohje, että kaikilta asiakkailta tulee kysyä päihteiden käytöstä. Kaikki haastateltavat tiesivät, että näin tulee toimia, mutta osa oli saanut ohjeen kollegaltaan ja osa oli saanut sen kirjallisena lyhyesti.

”On sanottu, että Audit pitää kysyä jokaiselta tai pitäisi täyttää jokaisella asiakkaalla ensimmäisellä käynnillä tai hoidon alussa.”

Työntekijät toivat esiin sitä, että puheeksiottoa helpottaa se, kun tekee sitä systemaattisesti. Osa kertoi myös, että tällä tavoin puheeksiotto tulee rutiiniksi.

”Se täytyy olla niin kuin systemaattista, siis puheeksiotto ja kysyminen.”

”Jos sitä ei kysy systemaattisesti, se jää tekemättä.”

Aiempien kokemusten ja asiakkaan kohtaamisen vaikutus puheeksiottamiseen

Kaikki haastateltavat työntekijät kertoivat päihteiden käytön puheeksioton olevan heille pääosin luontevaa ja helppoa. Useimmiten se koettiin neutraaliksi asiaksi, joka tulisi olla itsestään selvä asia työssä. Se, että työntekijällä oli aiempia positiivisia kokemuksia siitä, että päihteet otetaan puheeksi, vahvisti asian tekemistä.

”Musta se on meillä aika helppoa, että ei tarvii miettiä miten mä otan sen puheeksi, kun se tulee ainaki mulla ihan automaattisesti.”

”Mä pidän sitä aika neutraalina asiana. Se on niinku musta ihan itsestäänselvyys, että siitä puhutaan ja mä ajattelen, että jos se on itselle luontevaa, niin se on yleensä se keskustelu asiakkaankin kanssa siitä luontevaa.”

Haastateltavat kertoivat, että puheeksiotto on tärkeää, koska samalla annetaan asiakkaalle lupa puhua asiasta.

”Onhan se niin kuin lupa asiakkaalle puhua siitä asiasta myöskin, että jos ei ammattilainen uskalla sitä ottaa puheeksi eikä siitä puhua, niin eihän hänkään siitä voi.”

”Annetaan just asiakkaalle lupa puhua siitä ja, että hän voi hakea apua, tästä voidaan puhua ja tähän voi pyytää apua.”

Työntekijät toivat esiin sitä, että joskus omat aiemmat negatiiviset kokemukset, virheelliset oletukset tai ajatukset asiakkaasta voivat vaikuttaa puheeksiottoon sitä estävällä tavalla. Työntekijä saattaa ajatella etukäteen loukkaavansa asiakasta, jos tämä on esimerkiksi iäkkäämpi tai hän tulee vain mielialaongelman vuoksi. Osa haastateltavista kertoi myös tehneensä joskus virheellisiä oletuksia asiakkaista ja ajatelleensa, että ei asiakas varmaankaan käytä päihteitä. Tilanteisiin liittyi siis työntekijän omat lähtökohdat ja uskomukset asiasta.

”Se on joku tämmöinen oma alitajuinen juttu, että jättää kysymättä, koska haluan olla hienotunteinen tai en halua loukata asiakasta.”

”Kyllähän itselläkin on niitä kokemuksia, että se on unohtunut se kysyminen, että on olettanut jotain tiettyä asiaa ihmisen kertomasta ja ei ota kunnolla sitä puheeksi ja sit on saattanut tulla sellasia yllätyksiä.”

Haastatteluissa nousi esiin myös se, että puheeksiottoa saattaa vaikeuttaa työntekijän pelko tai huoli siitä, miten asiakkaan vastaus vaikuttaa tilanteeseen ja itse työhön. Työntekijä voi joutua puheeksiottamisen jälkeen toimimaan jollain tavalla kuten tekemään lastensuojeluilmoituksen.

”En tiedä voiko se olla pelkoa, mutta et jos sieltä tulee ilmi jotain todella ikävää, mistä mun pitäisi huolestua, niin se on ehkä semmonen epä mukava asia, koska sit se vaatii itseltä toimenpiteitä, jos on vaikka pieniä lapsia asiakkaalla.”

Toisaalta työntekijät toivat esiin myös sitä, että jos jollekin kollegalle puheeksiotto tuntuu haastavalta, olisi hänen tuolloin hyvä pohtia mistä se mahdollisesti johtuu.

”Jotenkin musta se heijastaa työntekijän omaa suhdetta alkoholiin, jos siitä on jotenkin vaikea puhua. Tai, et sitä pitää myöskin miettiä, että siihenhän se on suorassa suhteessa se, että kuinka helppo siitä on kysyä tai puhua.”

Osa haastateltavista koki, että puheeksiottoon vaikuttaa jonkin verran asiakkaan reaktio. Työntekijät kertoivat, että jotkut asiakkaista ovat saattaneet ihmetellä miksi päihteistä kysytään ja osa on närkästynyt kysymyksestä. Suurin osa on ottanut asian työntekijöiden mukaan hyvin. Asiakkaan reaktio vaikuttaa puheeksiottoon siten, että sen jälkeen työntekijä saattaa joutua käyttämään enemmän aikaa perustellakseen tekemistään ja käyttämään sitä keinona puheeksi ottamiselle. Työntekijät sanoivat, että asiakkaan ihmetyksestä huolimatta he ovat pyrkineet kysymään aina kaikilta päihteidenkäytöstä.

”Monet voi hämmästyä kyllä, kun tulee mielenterveyden takia, että miksi sä tota kysyt. Mutta kun selittää, niin he ymmärtävät.”

”Mun kokemuksen mukaan harva närkästyy, joku voi ihmetellä, että mitä täällä tämmösiäkin kysytään.”

Työntekijät painottivat myös yleisen ilmapiirin merkitystä puheeksiottamisessa. He sanoivat, että on tärkeää huomioida miten asian esittää ja missä tilanteessa. Työntekijät kertoivat, että oikea-aikainen ja neutraalisti kysytty kysymys ei karkoita mahdollisesti arkaa asiakasta pois. Haastatteluissa nousi esiin myös se, että kysyminen pitää tehdä sillä tavalla neutraalisti, kuin kysyttäisiin ammattia tai asuinpaikkaa. Näin myös asiakkaalle välittyy tunne siitä, että kysymys on todella neutraali eikä tarkoita itsessään mitään enempää.

”Riippuu tietysti, miten sen kysyy ja missä kohtaa.”

5.3 Kokemukset mini-intervention käytöstä

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, että minkälaisia kokemuksia Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijöillä on mini-intervention käytöstä. Työntekijöiltä kysyttiin muun muassa sitä, että miten he ymmärtävät mini-intervention käsitteenä ja miten he käyttävät sitä työssään. Työntekijöiltä ei edellytetty mini-intervention tuntemista. Kaikki työntekijät kertoivat, että mikäli he tunnistavat asiakkaallaan päihteiden ongelmakäyttöä, he eivät koskaan jätä keskustelua vain puheeksiottoon. *Mini-intervention tuoma lisäarvo ja käyttöön vaikuttavat tekijät* pääluokan yläluokkia oli *työntekijän osaaminen ja resurssit, mini-intervention käytön hyödyt sekä asiakkaan tilanne ja sen vaikutus mini-intervention toteuttamiseen.*

Työntekijän osaaminen ja resurssit

Mini-intervention käyttöön vaikuttaa *työntekijöiden osaaminen ja resurssit* eli tieto menetelmästä ja sen tunteminen, menetelmän omaksuminen käyttöön, saatu koulutus ja ohjeistus sekä ajallinen resurssi. Työntekijät kertoivat lähes yksimielisesti käsittävänsä mini-intervention päihteistä kysymisenä, neuvontana ja ohjauksena. He kuvasivat menetelmän olevan jonkinlainen väliintulo, jonka jälkeen keskustellaan asiakkaan päihteiden käytöstä tarkemmin ja kysytään tarkentavia kysymyksiä. Osa työntekijöistä kertoi, että mini-interventio on menetelmänä tai käsitteenä jäänyt hieman epämääräiseksi, mutta he ymmärsivät kuitenkin sen sisällön olevan päihteiden käytön puheeksiottoa, keskustelua ja ohjausta. Osa haastateltavista kuvasi lisäksi, että mini-interventio on jokin vapaamuotoinen tai epäselvä malli, jota ei tiedä käyttävänsä.

”Kartoitetaan päihteiden käyttö ja sitten annetaan valistusta näin simppeleinä ajatuksena.”

”Otetaan esille se, että onko päihdekäyttöä, mitä päihdekäyttöä, onko asiakas itse tyytyväinen siihen päihdekäytön määrään, haluaako se itse muuttaa siitä jotain, ja kokeeko asiakas itse onko sillä vaikutusta muuhun terveyteen tai hyvinvointiin.”

Työntekijät kertoivat, että he eivät ole koskaan saaneet työssään ohjeistusta tai koulutusta mini-intervention käyttöön. Osa työntekijöistä kertoi etsineensä itse tietoa mini-interventiosta työn ohella ja osa sanoi, että menetelmä on tullut tutuksi aiemmassa työssä. Työntekijät kertoivat myös, että menetelmää on käyty läpi opiskeluaikoina tai työpaikan vapaaehtoisissa lisäkoulutuksissa. Kaikki työntekijät olivat haastatteluissaan sitä mieltä,

että mini-intervention käytöstä olisi hyvä olla ohje tai koulutus, jotta kaikki voisivat toteuttaa sitä. He toivat esiin sitä, että he eivät tiedä itse, miten muut työntekijät tekevät työtä, kun yhtenäisiä ohjeita mini-interventiosta tai päihteiden käytön kartoituksesta ei ole. He kokivat mahdolliseen ohjeeseen voivan selkeyttävää ja varmistaa mini-intervention käyttöä.

”Se ylipäänsä selkeyttäisi työtä tai varmistaisi, että kaikki tekisi niin kuin suunnitteen samalla tavalla.”

Työntekijät kertoivat myös ajallisen resurssin vaikuttavan mini-intervention käyttöön. Osa haastateltavista koki, että aikaa on aina riittävästi, kun taas osa kertoi, että rajallinen aika voi estää joissain tilanteissa mini-intervention käyttämistä. Työntekijät sanoivat, että riittävä aika asiakkaan kanssa on tärkeää. Asiakkailta voi olla paljon asioita, joita pitäisi ehtiä käydä läpi rajatussa ajassa ja niissä tapauksissa mini-interventio voi jäädä suppeaksi tai kokonaan tekemättä.

Asiakkaan tilanne ja sen vaikutus mini-intervention toteuttamiseen

Kaikki työntekijät kertoivat, että he huomioivat asiakkaan oman motivaation sekä muutosalmiuden. Työntekijät kertoivat, että he eivät toteuttaneet mini-interventiota silloin, jos asiakas ei käyttänyt päihteitä tai käyttö oli hyvin kohtuullista. He sanoivat kuitenkin, että usein asiakkaalle kerrotaan yleisesti, että päihteiden käyttö voi vaikuttavaa mielialaan, vaikka asiakkaalla ei olisikaan ongelmakäyttöä ja tällä tavoin antoivat tietoa päihteiden vaikutuksesta asiakkaan vointiin. Työntekijät sanoivat myös, että mikäli asiakkaan muutoshalukkuus on todella vähäistä, he antavat asiakkaalle mahdollisuuden palata asiaan myöhemmin ja yrittävät kuitenkin saada potilasta punnitsemaan käyttäytymisensä hyötyjä ja haittoja.

”Riippuu aina asiakkaan omasta tavoitteesta, et jos se sanoo, että mulla on kohutuukäyttö tavoitteena, niin ei me voida sille Antabusta tyrkyttää. Kysymällä sitten sitä hänen tavoitetta ja keinoja tarjota.”

”Mulla on siis itselläni sisäinen työväline motivoiva haastattelu ja muutosvaiheet, pohjaan kyllä siihen. Se mikä olo mulla tulee siitä missä ihminen menee, siihen kohdennan ne mistä lähden puhumaan.”

”En näe, että asiakkaalle on mahdollista työntää jotakin, että näin sinun pitää toimia ja sitten hän toimii sillä tavalla. Kyselen aika paljon siitä, että mitä asiakas itse elämältään toivoo ja minkälaisia muutoksia elämään haluaa.”

He kertoivat myös kysyvänsä eri päihdelajeista erikseen ja tarkentaen, vaikka asiakas olisikin vastannut alkuun kieltävästi. Neuvontaa ja ohjausta muokataan sen mukaan minkäläistä asiakkaiden päihteiden käyttö on. Sisältö voi vaihdella riippuen siitä mitä päihteitä asiakas käyttää. Mini-interventiota käytettiin myös huumausaineita käyttävien kanssa eikä pelkästään alkoholia käyttävien asiakkaiden kanssa. Usein erityisesti kannabiksen käytöstä tai katukauppalääkkeistä kysyttiin erikseen, koska jotkut asiakkaat eivät työntekijöiden mukaan miellä niitä päihteiksi vastatessaan kysymyksiin huumausaineiden käytöstä. Työntekijät kertoivat panostavansa mini-interventiossa enemmän päihteiden ongelmakäyttäjiin, joka onkin mini-intervention ensisijainen kohderyhmä.

”Joidenkin kohdalla kysyn erikseen vielä, että vaikka vastaa ei, että onko vaikkapa kannabista tai amfetamiinia, niin siinä sitten saattaa tulla vielä myönteinen vastaus.”

”Annan sen ohjauksen enemmän, jos on ongelmakäyttöä, jos asiakas itse tietää tai itse havainnoin että on kyse ongelmakäytöstä, niin aktiivisemmin kerron siitä, että minkäläistä apua saa.”

Haasteena mini-intervention toteuttamiselle nähtiin asiakkaan torjuva asenne, valehtelu tai puhumattomuus. Työntekijät eivät kokeneet omaa osaamistaan tai tunteitaan estävänä vaan päinvastoin. Kaikki haastateltavat kertoivat keskustelun olevan heille luontevaa, mutta joissain tilanteissa, kun he tunnistivat asiakkaan ongelmakäytön, asiakkaan asenne esti mini-intervention toteuttamista. Työntekijä saattaa nähdä tarpeen mini-interventiolle, mutta keskustelu on haastavaa, koska asiakas ei ole halukas jostain syystä siihen.

”Jos asiakas on itse ihan, että mulla ei ole mitään ongelmaa, mä en halua puhua, niin ethän sä siinä lähde yhtään sen enempää väkisin antamaan tietoa.”

”Semmoisilla, jotka ei tule ihan omasta tahdostaan, niin heidän kohdallaan puhtaasti semmoinen välttely tai valehtelu, että ei pääse puhumaan oikeasta asiasta.”

Mini-intervention käytön hyödyt

Työntekijät olivat sitä mieltä, että mini-intervention etuja on asiakkaan oma havahtuminen päihteiden käyttöönsä. Mini-interventio ei vie välttämättä ajallisesti paljon aikaa, mutta se voi saada silti aikaan muutoshalukkuutta asiakkaassa. Työntekijät kertoivat, että päihteiden käyttö voi vaikuttaa niin paljon asiakkaan psyykkiseen vointiin ja muihin ongelmiin, että siksi on tärkeää käydä keskustelua päihteistä. Työntekijät kuvasivat, että tehdyn mini-intervention myötä asiakkaiden oma ajatusprosessi voi lähteä liikkeelle ja he

saattavat alkaa ajatella omaa päihdekäyttöään eri tavalla. He toivat esiin sitä, että asiakkaan päihteiden käyttö saattaa usein ylläpitää esimerkiksi tämän ahdistuneisuutta, ja siksi mini-intervention avulla saatu muutosprosessi asiakkaan ajatuksissa on arvokasta.

”Sitten kun on siellä varhaisessa vaiheessa, että riskit on ehkä lievästi koholla, niin moni on nähnyt siitä sen, että kun on otettu puheeksi, et on puhuttu määristä ja tehty se Audit, niin moni on siinä itse todennu sen ongelman, että ei oo ehkä tullut ajatelleeksi, että se on riskikäyttöä se oma käyttö.”

”Voi olla hyvä lopputulos, että jos se saa vähennettyä, että joillakin se tehoaa, että saa vähennettyä tai haluaa ehkä vähentää. Ja ainakin sit tietäis, että mistä saisi sitä tukea siihen vähentämiseen.”

Työntekijät kertoivat, että koska mini-intervention avulla voidaan saavuttaa muutosta asiakkaan päihteiden käytössä, sillä voi olla vaikutusta kansanterveydellisesti ajateltuna. He toivat esiin myös sitä, että mini-intervention avulla voidaan edistää asiakkaiden terveyttä antamalla tietoa esimerkiksi alkoholin vaikutuksista elimistöön.

”Mini-interventiolla on kansanterveydellinen vaikutus laajemmin ajateltuna.”

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset antoivat moniulotteisen vastauksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli siihen, miten työntekijät kirjaavat asiakkaidensa päihteiden käytön ja toteutetun mini-intervention. Työntekijöiden kuvaamissa kirjaamistavoissa ja potilastietojärjestelmän raportissa oli ristiriita. Raportin mukaan AUDIT-kysely tilastoidaan noin viidennekselle kaikista asiakkaista, mutta työntekijät kertovat ottavansa päihteet aina puheeksi asiakkaan kanssa ja usein tekevät myös AUDIT-kyselyn. Työntekijät kertoivat myös, että ohjeena on tehdä AUDIT-kysely kaikille uusille asiakkaille. Tulos herättää kysymyksen siitä, että eikö kaikkia tehtyjä AUDIT-kyselyitä tilastoida, vai tekevätkö kaikki työntekijät niitä asiakkailleen ohjeen mukaisesti? Puheeksiotto itsessään ei näy tilastoissa, vaikka tekstimuotoisessa kirjauksessa näkyisikin. Asiakkaan potilastekstiin kirjataan työntekijöiden mukaan tarkasti asiakkaan kertomat asiat, jolloin tieto on kallisarvoista, mutta se on vain asiakasta hoitavien tahojen käytettävissä, kuten kuuluukin. Olisi aiheellista pohtia, että saisiko samalla vaivalla kirjattua nykyistä enemmän tietoa tilastomuotoisesti, joka olisi vertailukelpoista.

Kysymykseksi herää se, että osallistuiko tutkimukseen vain sellaiset henkilöt, jotka tekevät työssään aktiivisesti AUDIT-kyselyitä ja ottavat päihteet puheeksi asiakkaidensa kanssa? On mahdollista, että osalle vuoden 2019 asiakkaista kysely onkin jo tehty vuonna 2018 heidän aloitettua hoitajaksonsa, jolloin kysely on tehty osana uuden asiakkaan kirjaamisprosessia. On myös mahdollista, että asiakas tulee toimipisteeseen, jossa on ilman ajanvarausta vastaanottoa, jossa aika on rajallisempaa, tai asiakas ei aloita hoitajaksoa eikä AUDIT-kyselyä näin ollen tehdä, ja se näkyy tilastoinneissa. Tilastointien mukaan on todennäköistä, että kaikki eivät tee asiakkaidensa kanssa systemaattisesti AUDIT-kyselyitä.

Huolellinen kirjaaminen olisi tärkeää, jotta THL saisi vertailukelpoista tietoa suomalaisten päihteiden käytöstä sekä palvelujen tarpeenmukaisuudesta (THL 2020d). Se, että mini-interventiota ei tilastoida, on selkeä syy sille, miksei THL saa tietoa mini-interventioiden tekemisestä. Työntekijät kertoivat kirjaavansa tekstiin aina asiakkaan kertomat asiat hänen päihteiden käytöstään, mutta lähes kaikki tieto on tekstimuotoisena eikä tilastoissa. Tekstiin kirjattu tieto on tärkeää hoidon suunnittelun ja jatkumisen näkökulmasta, mutta se jää organisaation sisään. Tässä tutkimuksessa haluttiin muodostaa hallittu kokonaiskuva puheeksiotosta ja mini-intervention käytöstä, joten kirjaamisesta ei kysytty tarkempia kysymyksiä eikä siihen keskitytty tämän enempää.

Toiseen tutkimuskysymykseen eli miten työntekijät ottavat puheeksi asiakkaidensa päihteiden käytön, saatiin selkeämpi vastaus kuin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Leena Alho (2017) kuvaa väitöskirjassaan terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia alkoholin käytön puheeksiottamisesta ja toteaa, että kaikki työntekijät käyttivät vapaata kysymistä keinona ottaa asiakkaan käyttämät päihteet puheeksi. Tässä tutkimuksessa työntekijät kuvasivat myös useimmiten kysyvänsä vapaamuotoisesti asiakkaalta hänen päihteiden käytöstään, eivätkä käyttäneet esimerkiksi AUDIT-kyselyä pelkästään puheeksioton keinona. Kaikille työntekijöille puheeksiotosta teki helppoa se, että he tiedostivat sen kuuluvan heidän työtehtäviinsä, ja heillä oli käytössään puheeksiottoa helpottavia työtapoja. Vaikka haasteitakin tuli ilmi, helpottavat työtavat kuitenkin usein auttoivat pääsemään yli haasteesta. Se, että työtehtävän sisältöön on selkeästi määritelty päihteiden puheeksiotto, korostui haastatteluissa puheeksiottamista helpottavana asiana. Voidaan siis mahdollisesti ajatella, että myös mini-intervention käyttö helpottuisi, jos se olisi selkeästi esitetty osana työn sisältöä.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, että minkälaisia kokemuksia työntekijöillä oli mini-intervention käytöstä, ja tähän kysymykseen löytyi sitä kuvaava vastaus. Työntekijät kokivat tekevänsä työssään mini-interventiota jatkuvasti osana päivittäistä työtään, mutta he eivät välttämättä ajatelleet sen olevan juuri mini-interventiota. Mini-intervention käsite oli jäänyt osalle työntekijöistä hieman epäselväksi. On totta, että mini-interventiota voi olla hankala kuvailla tai määritellä, se on kirjaimellisesti lyhytneuvontaa tai lyhyttä terveysneuvontaa, joka voi pitää sisällään paljon asioita. Sen voi ajatella olevan enemmänkin ohjenuora, toiminnan kehykset tai raamit, joiden sisällä ohjausta voi antaa. Sen on tarkoitus auttaa työntekijöitä käytännön työssään. (WHO 2016.) Mini-intervention ”raamit”- on esitelty tämän raportin teoreettisessa viitekehyksessä. Työntekijöiden kuvaama tulos kertoo sen, että mini-intervention toteutus oli käytännössä työntekijän oman mielenkiinnon ja itseoppineisuuden varassa. Kaikki työntekijät kokivat mini-intervention tärkeäksi ja merkitykselliseksi työksi, joka kuuluu automaattisesti heidän työhönsä. Tämä tulos puhuu sen puolesta, että toteuttamisen esteenä ei ole työntekijöiden asenne.

WHO:n (2016) mukaan mini-intervention toteuttamiselle on nähty useimmiten esteenä riittämätön tieto menetelmästä, rajallinen aika ja asiakkaan reaktio. Tämän työn tulokset ovat melko samankaltaisia tämän väittämän suhteen. Myös Korpilähde ja Kuokkanen (2008:22) toteavat, että mini-intervention esteiksi mielletään esimerkiksi kiire, selkeiden ohjeiden puute ja potilastietojärjestelmien puute. Näihin ongelmiin pyrittiin puuttumaan jo 2000-luvun alkupuolella hankkeilla, joiden tavoitteena oli mini-interventiotoimintaa kehittämällä vähentää alkoholihaittoja sekä terveydenhuollon kustannuksia. Vuonna 2004 käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama valtakunnallinen mini-interventiohanke (VAMP) ja sen rinnalle Työterveyslaitoksen valtakunnallinen ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” -hanke. (Risikko 2008:9.) Nyt tätä raporttia kirjoitettaessa eletään vuotta 2020 ja edelleen mini-intervention haasteet ovat samankaltaisia kuin 16 vuotta sitten.

Työntekijät sanoivat, että he eivät olleet saaneet yhdenmukaisia ohjeita mini-intervention toteuttamiseen. Ohjeena oli yksinkertaisesti ottaa päihteet puheeksi, mutta sen jälkeisestä toimintavasta ei ollut ohjeita. Työntekijät toivat esiin myös sitä, että ohjeet voisivat varmistaa sen, että kaikki työntekijät tekevät mini-interventiota samalla tavalla. Toimipisteiden väliset eroista kirjaamisen suhteen olivat suuria, joka voisi selittyä ohjeiden tai selkeiden toimintamallien puutteella.

Tässä tutkimuksessa työntekijöiltä kysyttiin yleisesti asiakkaan päihteiden käytön puheeksiotosta, ja mini-intervention käytöstä, koska vastauksia ei haluttu rajata esimerkiksi vain alkoholiin. Tarkemmilla kysymyksillä mini-interventiosta, olisi saatu tarkempaa tietoa, mutta tutkimuksen laajuuden rajaamiseksi tässä työssä keskityttiin mini-interventioon laajempaan käsitteeseen. Tuloksista kävi ilmi, että mini-interventiota sovellettiin myös muihin päihteisiin kuin alkoholiin. STM (2015:22) sekä THL (2019e) toteavat, että mini-interventiota voi soveltaa sopivilta osin myös muiden päihteiden, kuin alkoholin käyttöön. Jos asiakkaalla on muiden päihteiden riskikäyttöä, mini-intervention tavoitteeksi voi ottaa sen, että asiakas tunnistaa itse mahdolliset päihteiden käytöstä johtuvat haitat ja ongelmat ennen riippuvuuden syntymistä. Kannabishankkeessa (2020) on kehitetty KASVI-interventio pohjautuen mini-interventioon, jonka tarkoituksena on helpottaa puheeksiottoa ja työskentelyä sellaisen asiakkaan kanssa, joka on käyttänyt tai käyttää kannabista.

6.2 Eettisyys

Tutkimuksessa on otettu huomioon jokaisessa vaiheessa hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuksessa noudatettiin yleisesti huolellisuutta ja avoimuutta. (TENK 2012:6.) Tämä tutkimus toteutettiin yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeklinikan kanssa. Aiheen valinta on jo eettisesti arvioitava teko. Lähtökohtana tälle on tutkimuksen hyödyllisyys ja merkitys. Hyöty ei välttämättä kohdistu tutkittaviin, vaan vasta myöhemmässä vaiheessa uusiin asiakkaisiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015:218.) Tämän aiheen valinnan puolesta puhuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tarve saada lisää tietoa mini-intervention käytöstä ja siihen liittyvistä kokemuksista sekä yleisesti mini-intervention vaikuttavuus terveyden edistämisen menetelmänä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia saadessaan tietoa käytännön työn kokemuksista. Espoon mielenterveys- ja päihdekliniikka voi käyttää saamaan tietoa apuna palveluiden kehittämisessä.

Tätä opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa Espoon kaupungilta. Opinnäytetyön tekijä työskentelee Espoon kaupungilla, mutta tämä tutkimus on tehty osana ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoja. Espoon kaupungin ohjeen mukaan lupa tulee hakea kaikkiin tutkimuksiin, joissa kerätään tai käsitellään tietoja Espoon sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnalta (Espoo 2019.) Tässä opinnäytetyössä kaikki tutkittavat olivat täysi-ikäisiä ja kysymykset koskivat heidän työtään hoitohenkilökunnan roolissa, joten eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluilla sekä pyytämällä raportit potilastietojärjestelmän rekisterinpitäjältä. Lupa potilastietojärjestelmän rekisteritietoihin pyydettiin mielen-terveys- ja päihdeklinikan palvelupäälliköltä. Lisäksi aineistonkeruu oli kuvattu huolellisesti tutkimussuunnitelmassa, joka lähetettiin tutkimuslupahakemuksen liitteenä. Tässä työssä on toimittu siis kohdeorganisaation lupamenettelyjen mukaisesti (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:223). Potilastietojärjestelmästä saatava tieto oli nime- töntä ja siinä tui esiin vain lukumääriä suoritetuista toimenpiteistä. Opinnäytetyön tekijä ei saanut itsekään missään vaiheessa tietää potilaiden henkilöllisyyksiä, vaan data tuli numeraalisessa muodossa rekisterinpitäjältä. Tutkimuksessa ei käsitelty potilaiden tie- toja, ainoastaan kirjattavia mittareita. Rekisteritiedon eettiset ongelmat liittyvät usein henkilön yksityisyydensuojaan (Gissler – Räisänen 2012), mutta tässä tutkimuksessa ei kerätty asiakkaiden taustatietoja, joita yhdistelemällä olisi voinut paljastua henkilölli- syys.

Haastattelut perustuivat haastateltavien aitoon vapaaehtoisuuteen ja heillä oli myös oi- keus kieltäytyä haastattelusta. Kaikille kohdejoukkoon kuuluville tarjottiin mahdolli- suutta osallistua tutkimukseen. Tutkittaville kerrottiin etukäteen tutkimuksen aihe, tar- koitus, tutkijan nimi, aineistonkeruumenetelmä ja ajallinen resurssi, mikä kuluisi haas- tatteluun. Heille annettiin mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus, joka perustui riittävään tietoon sekä ymmärrykseen. Kirjallisella suostumuksella haluttiin varmistaa se, että tutkittavien osal- listuminen on tietoinen suostumus, ja, että he tietävät täysin oman itsemääräämisoi- keutensa sekä tutkimuksen luonteen (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:219).

Haastattelut nauhoitettiin älypuhelimien nauhurilla ja sen tiedostot olivat salasanan ta- kana. Koko prosessin ajan on kiinnitetty huomiota salassapitovelvollisuuteen. Tutki- muksessa on noudatettu tarkkuutta, huolellisuutta sekä rehellisyyttä. (TENK 2019.) Tut- kimusaineisto säilytettiin opinnäytetyön tekijän tietokoneella verkkopalvelimella kahden turvallisen salasanan takana. Tutkimusaineisto tuhottiin tutkimuksen valmistuttua. Tut- kimusaineiston analysoinnista syntyi aineiston analyysivaiheessa paperiaineistoa, joka säilytettiin lukollisessa kaapissa. Tutkimuksen valmistuttua paperilla oleva aineisto hä- vitettiin tietosuojajätteeseen.

Tulosten esittämisessä varmistettiin haastateltavien anonymiteetti. Otannan ollessa pienehkö ja keskittyen tiettyyn yksikköön, olisi marginaalisesti mahdollista tunnistaa jo- kin henkilö esimerkiksi murteesta käytettäessä alkuperäisilmauksia aineiston analy- sointiin.

sisä. Tällaisessa tilanteessa anonymiteetti turvattiin muuttamalla ilmaukset yleiskielisiksi, jotta tunnistaminen ei ole mahdollista. Tunnistamisen välttämiseksi myöskään muita tunnistetietoja kuten sukupuolta tai ammattiryhmää ei mainita tutkimuksessa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015:221.) Tätä tutkimusta tehdessä ei muodostunut myöskään tutkimusrekisteriä. Tulokset on pyritty esittämään ja arvioimaan rehellisesti. Tutkimuksen eri vaiheet on kuvattu mahdollisimman selkeästi ja tarkasti avoimuuden vuoksi. Tulokset on raportoitu arvottomatta niitä keskenään sellaisena kuin ne ovat. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen:225.)

6.3 Luotettavuus

Laadullisen osuuden luottavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon tietyt asioita kuten lähtökohtaisesti se, että tutkimuksen tekijä on tehnyt työn yksin, joten on mahdollista, että työlle on sokaistunut ja uskoo liiaksi omiin päätelmiin. Luotettavuuden arviointiin on olemassa erilaisia kriteerejä ja tähän on valittu tutkimuksen aineistoon parhaiten sopivat kriteerit. Tutkimuksen tarkoitus on sellaisenaan yksi kriteeri, ja tässä työssä se on kuvattu perustuen yhteistyökumppaneiden tarpeeseen saada uutta tietoa, kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Tutkimuskysymykset muodostettiin mahdollisimman selkeästi, ja tutkimusmenetelmän valinta on perusteltu. Tutkimuksen uskottavuutta ja vahvistettavuutta lisää se, että aineiston analyysi on kuvattu selkeästi ja tarkasti, eli miten saatuihin tuloksiin on päädytty. Analyysistä tulee esittää esimerkkejä alkuperäisilmauksista lähtien. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015:197-198, 202, 204-205.) Tässä työssä on esitetty useampi esimerkki analysoinnista ja luokittelusta. Tulosten esittämiseen on sisällytetty alkuperäisilmauksia, jotta ne vahvistavat tietoa siitä, miten tulokseen on päädytty. Luokittelu on tehty tutkimuskysymyksen mukaan ja luokkien nimet ovat kysymyksiin vastaavia ja sisältöä kuvaavia.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että voiko tutkimustuloksia siirtää toiseen tutkimusympäristöön ja missä määrin (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:198). Tässä työssä kuvattiin tietyn toimintayksikön työntekijöiden kokemuksia ja näkökulmia sekä tietoa heidän kirjaamisesta potilastietojärjestelmään, joten tulokset ovat melko spesifejä keskitetyen valittuun kohdeorganisaatioon. Tästä syystä tutkimuksen kohdejoukko, tutkimusasetelma ja tutkimusprosessi on kuvattu tarkkaan. Tietyissä määrin tutkimuksen tuloksia

voisi hyödyntää muissakin vastaavissa terveydenhuollon yksiköissä arvioitaessa toimintakäytäntöjä.

Koska työn tekijä työskentelee kohdeorganisaatiossa, tuli tutkimuksen jokaisessa vaiheessa olla tietoinen omista ennakko-olettamuksista. Tällä tarkoitetaan tutkijan refleksiivisyyttä, joka toimi tässä työssä lisäten sekä vähentäen luotettavuutta. Erityisesti aineiston analysoinnissa ja tulkinnassa tuli välttää oman aiemman kokemuksen vaikutusta lopputulokseen tiedostaen niiden olemassaolo. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:202-203.) Oman työkokemuksen puolesta tutkijalla oli jonkin verran tutkittavasta aiheesta, mutta tutkimuksen tekijänä oli tärkeää asettua ulkopuoliseksi. Tutkijan asema työntekijänä saattoi vaikuttaa myös haastateltaviin. On mahdollista, että osa jättäytyi pois haastatteluista, koska tunsivat ennestään tutkimuksen tekijän tai koki, että he eivät toteuta työssään mini-interventiota tai eivät tiedä mistä puhutaan. Osa haastateltavista saattoi kokea, että haastatteluun on helpompaa osallistua, kun kyseessä on tuttu henkilö. Tutkimuksen kohdejoukko korostettiin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Kohdejoukko jäi melko pieneksi, tutkimuksen laadullisen osuuden haastatteluihin osallistui kuusi henkilöä kaikista 34:stä kutsutusta. Näin ollen tutkimuksen tulokset työntekijöiden kokemuksista kuvaavat vain kuuden työntekijän kokemuksia, eikä niitä voi yleistää kuvaamaan kaikkia työntekijöitä. Haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden kesken aineisto alkoi saturoitua, mikä kuitenkin lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta toisaalta ei voida tietää minkälaisia tuloksia olisi saatu, jos kaikki 34 olisivat osallistuneet tutkimukseen. Otoksen lopulliselle koolle voi olla monia syitä tutkijan tuttuuden lisäksi, kuten kiire. Luotettavuuden lisäämiseksi haastattelurunko esiteltiin vastaavaa työtä tekijällä henkilöllä, joka ei kuulunut kohdejoukkoon (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015:205).

Haastatteluaineiston luotettavuus varmistettiin äänittämällä ja litteroimalla kaikki aineistot samalla tavalla. Kaikki haastateltavat kohdattiin saman arvoisesti heidän omalla työpaikallaan. (Hirsjärvi – Hurme 2015:185.) On mahdollista, että aineisto olisi voinut olla runsaampaa, jos kaikki haastateltavat olisi haastateltu yksilöhaastatteluin. Tutkijan tuli kuitenkin ottaa huomioon se, että tutkittavan yksikön työ ei saa häiriintyä tutkimuksen vuoksi, ja sen takia osa haastateltiin ryhmänä ja osa yksittäin aikataulullisten resurssien vuoksi. Vastausten ydinsisältö oli hyvin samankaltaista haastateltavien kesken, joten vastaukset olisivat todennäköisesti olleet samankaltaisia riippumatta haastattelijasta tai haastattelumuodosta. Tutkijan kokemattomuus haastattelijana saattoi myös vaikuttaa vastausten laajuuteen.

Määrällisen osuuden luotettavuuden arviointi

Koska tässä työssä on käytetty myös määrällistä tietoa, tulee tutkimuksen luotettavuutta arvioida senkin kannalta eli validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Määrällistä tietoa ei kerätty tietyltä kohdejoukolta, eikä siihen kutsuttu ketään lähettämällä kyselylomakkeita vaan kohdejoukkona oli koko Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan aikuisten avovastaanottotyön tilastointien rekisteritieto. Kohdejoukon rajausta oli hyvin yksinkertainen, kuten sekin mitä haluttiin mitata. Tutkimuksessa haluttiin mitata tehtyjä toimenpiteitä sekä asiakkaiden määrää. Tuloksen antoivat vastauksen siihen, mitä haluttiinkin mitata. Tulokset kuvaavat kyseisen toimintayksikön toimintaa, eikä niitä voida yleistää tutkimuksen ulkopuolelle. Tällä tarkoitetaan validiteettia (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:189). Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että kahdella tutkimuskerralla saataisiin sama tulos (Hirsjärvi – Hurme 2015:186). Jos toimintayksikön kirjaamisen käytännöt eivät muutu, tulokset tulisivat olemaan todennäköisesti samankaltaiset myös myöhemmin. Jos mitattaisiin samalta ajanjaksolta, kuin nyt, vastaus olisi sama, koska mitattava kohdejoukko on rekisteritietoa.

Rekisteritiedon ongelmana voidaan nähdä se, ettei se ole tutkijan itse keräämää tietoa, eikä sitä ole kerätty alun perin tutkimustarkoituksessa. Rekisteritiedon luotettavuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi virheelliset kirjaukset. (Gissler – Räisänen 2012.) On mahdollista, että tämänkin tutkimuksen tuloksissa on virheellisiä tai puutteellisia kirjauksia. Toimipaikkojen erojen taustalla voi olla sellainen syy, että asiakas on asioinut kahdessa toimipaikassa ja vain toisessa hänelle on tehty AUDIT-kysely. Asiakas on saattanut kuitenkin lukeutua molempien toimipaikkojen asiakaslukuun uniikkina asiakkaana. Tämä vähentää kirjausten määrää ja vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tulokset kirjaamisesta antavat kuitenkin suuntaviivat, ja on ilmeistä, ettei kaikille asiakkaille tilastoida AUDIT-kyselyä. Rekisteritieto ei ole sellaisenaan täysin yksiselitteistä, vaan vaatii tarkempaa tarkastelua.

6.4 Johtopäätökset ja toimintatapaehdotus

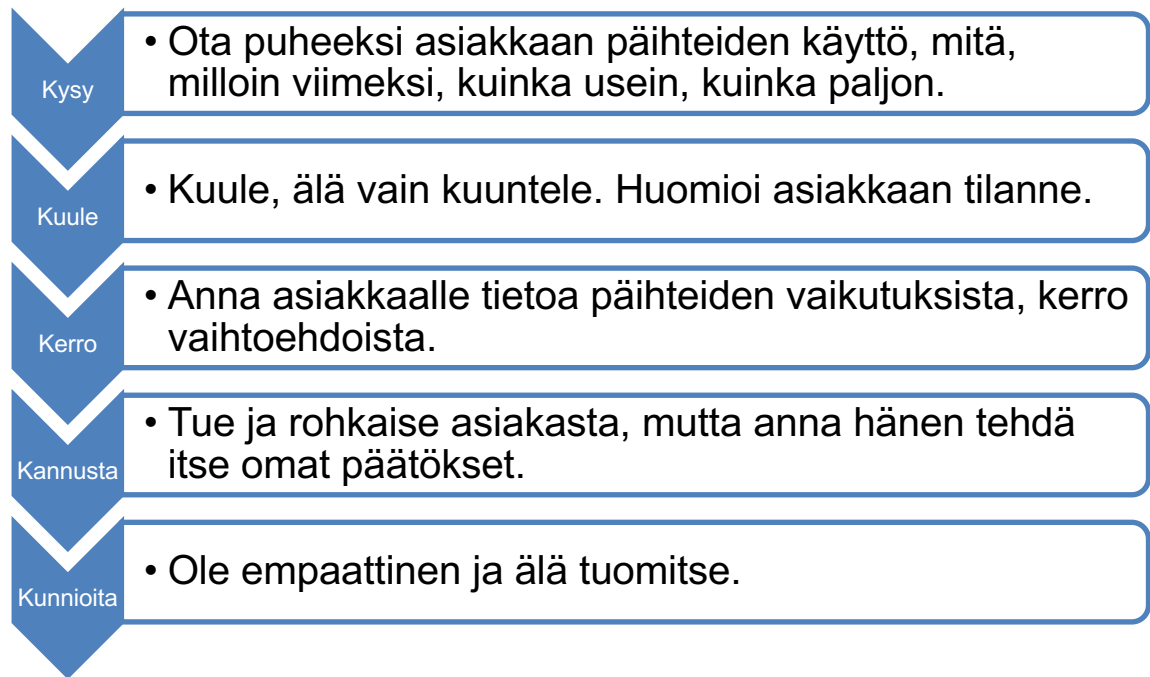
1. Potilastietojärjestelmään tilastoitavat AUDIT-kyselyt eivät anna terveydenhuollon kehittäjille ja päättäjille yksinään riittävästi tietoa kokonaistilanteesta.
2. AUDIT-kyselyitä ei tilastoida kaikille asiakkaille.

3. Tärkeäksi koetut mini-interventiot ovat näkymätöntä työtä. Ne eivät tilastoidu, vaan jäävät tekstimuotoisiin kirjauksiin. Tieto tehdyistä mini-interventiosta ei kulje eteenpäin kansallisen rekisterin kautta.
4. Mini-intervention tunteminen riippuu työntekijän omasta osaamisesta, kiinnostuksesta ja mahdollisesti aiemmin saadusta koulutuksesta.
5. Yleinen ohje siitä, että päihteet tulee ottaa puheeksi, tukee työntekijöitä ottamaan asian puheeksi asiakkaan kanssa.
6. Työntekijöillä ei ole tietoa siitä, miten mini-interventiota tulisi tarkalleen työssä toteuttaa.
7. Työntekijöiden välillä on eroja päihteiden käytön puheeksiottamisen ja mini-intervention toteuttamisen suhteen.

Toimintatapaehdotus: Yhteisten käytäntöjen läpikäyminen ja selkeiden ohjeiden antaminen varmistaisi palvelun tasalaatuisuutta. Työntekijöille olisi hyvä kertoa mitä puheeksioton jälkeen tapahtuu, miten toimitaan ja miten kirjataan. Työntekijöille tulisi tarjota koulutusta mini-interventiosta, etenkin heille, jotka kokevat päihteistä keskustelun vaikeana. Mini-interventiosta voisi tehdä työntekijöille käytöstä muistuttavan yksinkertaistetun mallin, jonka voisi laittaa vaikka työpöydälle.

Kirjaamisen merkitystä voisi korostaa, ja esimiestasolla olevien henkilöiden olisi hyvä käydä läpi tehtyjä tilastointeja ja arvioida niiden toteutumista suunnitelman mukaisesti. Espoon kaupungin työikäisten hyvinvointisuunnitelmassa (Espoo 2017) ehdotettiin mini-intervention systemaattista käyttöönottoa, joten olisi hyvä arvioida sen toteutumista jollakin mittarilla. Espoon kaupunki voisi tehdä yhteistyötä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa kirjaamisen tilastoinneista. Mini-interventiolle on olemassa oma tilastointikoodi ja sen käyttöönotto voisi olla perusteltua.

Kuviossa 4 on esitetty yksinkertainen malli mini-interventiosta, jota voi soveltaa työssä asiakkaan kanssa tehtävään mini-intervention ja eri päihteisiin. Malli pohjautuu mini-intervention RAAMIT-taulukkoon (Aalto 2015). Mallin tarkoituksena on kiteyttää mini-intervention ydinsisältö ja se toimii esimerkkinä siitä, mitä työntekijöille voisi antaa työvälineeksi.



Kuvio 4. Mini-intervention ydinsisältö - esimerkki sovellettavaksi työhön.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, että miten esimerkiksi systemaattisesti käytetty mini-interventio vaikuttaisi mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden vointiin. Tiedetään, että päihteillä on epäsuotuisia vaikutuksia psyykkisiin sairauksiin, joten voisiko tämän kohderyhmän asiakkaille suunnattu lyhytneuvonta parantaa esimerkiksi masennuksen hoidon tehoa.

Koulutuksen järjestäminen, käytäntöjen ja ohjeiden uusiminen ja niiden käyttöönotto varmistaisi kaikkien työntekijöillä olevan samat lähtökohdat mini-intervention toteuttamiseen. Mini-interventioiden tilastoinnin aloittaminen ja sen seurausten tutkiminen olisi mielenkiintoista. Näiden kaikkien edellä mainittujen toimien vaikuttavuutta voisi tutkia sekä asiakkaiden, työntekijöiden kuin esimiesten näkökulmasta.

Lähteet

Aalto Mauri 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009:8. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/8/duo98003>>. Luettu 1.4.2020.

Aalto Mauri 2010a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 7-16.

Aalto Mauri 2010b. Ongelmakäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Teoksessa Seppä, Kaija – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 31-38.

Aalto Mauri 2015a. Lyhytneuvonnan vaikuttavuus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=nak04621&suositusid=hoi50028>>. Luettu 13.10.2019.

Aalto Mauri 2015b. Mini-intervention eli lyhytneuvonnan toteutus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Verkkodokumentti. <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=alr00021&p_haku=mini-interventio>. Luettu 29.11.2019.

Aalto Mauri 2017. Verkkodokumentti. <<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/samanaikainen-paihde-ja-mielenterveyden-hairio>>. Luettu 3.12.2019.

Aalto, Mauri - Seppänen, Kati - Seppä, Kaija-Liisa. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä, Kaija-Liisa (toim.): Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Absetz, Piivikki – Hankonen, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011:21. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/21/duo99873>>. Luettu 10.11.2019.

Alho, Leena 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa. Itä-Suomen yliopisto. Verkkodokumentti. <https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2422-3/urn_isbn_978-952-61-2422-3.pdf>. Luettu 30.3.2020.

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholien, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74726/STM_EPT-kansi_sissus_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 12.10.2019.

Espoo 2016. Kirjaamisen ja tilastoinnin ohje. Mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Espoo 2017. Työikäisten hyvinvointisuunnitelma 2017-2021. Verkkodokumentti <<https://www.espoo.fi/download/noname/%7B6E99F872-6BB7-4C19-8D81-307C30642E53%7D/101284>>. Luettu 5.10.2019.

Espoo 2019. Ohjeet tutkimusluvan hakijalle. Verkkodokumentti. <<https://www.espoo.fi/download/noname/%7B85D0B150-233C-47F4-AFFF-DC2ECA9EBF03%7D/44518>>. Luettu 10.12.2019.

Fleming, Michael F. – Mundt, Marlon P. – French, Michael T. ym. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38:7-18. Verkkodokumentti. <https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2000/01000/Benefit_Cost_Analysis_of_Brief_Physician_Advice.3.aspx>. Luettu 3.3.2020.

Gaume, Jacques - McCambridge, Jim - Bertholet, Nicolas – Daeppen, Jean-Bernard 2014. Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown – a narrative review. Teoksessa Gual, Antoni - Anderson, Peter - López-Pelayo, Hugo and Reynolds, Jillian (toim.) *Brief interventions for risky drinkers*. *Frontiers in psychiatry*. 27-34.

Gissler, Mika – Räisänen, Sari 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 2012(24):38-49.

Gual, Antoni - Anderson, Peter - López-Pelayo, Hugo and Reynolds, Jillian 2016. Editorial: Brief Interventions for Risky Drinkers. Teoksessa Gual, Antoni - Anderson, Peter - López-Pelayo, Hugo and Reynolds, Jillian (toim.) *Brief interventions for risky drinkers*. *Frontiers in psychiatry*. 5-7.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2015. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Järvinen, Mirikka 2014. Motivoiva haastattelu. Verkkodokumentti. <<https://www.kaypa-hoito.fi/nix02109>>. Luettu 1.2.2020.

Kaneer, Eileen - Beyer, Fiona – Muirhead, Colin 2018, uusin päivitys. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD004148. Verkkodokumentti. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full?highlightAbstract=alcohol%7Cbrief%7Ceffectiveness%7Cin%7Cwithdrawn%7Cintervent%7Cprimari%7Cinterventions%7Cpopul%7Cof%7Ceffect%7Cpopulations%7Ccare%7Cprimary.>> Luettu 3.2.2020.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen-Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro.

Kannabishanke 2020. KASVI-kannabisinterventio-opas. Verkkodokumentti. <<https://kannabishanke.fi/2020/01/10/kasvi-kannabisinterventio-opas/>>. Luettu 14.4.2020.

Karjalainen, Karoliina – Hakkarainen, Pekka – Salasuo, Mikko 2019. Suomalaisten huumeidenkäyttö ja huumeasenteet 2018. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisten_huumeiden_kaytto_ja_huumeasenteet_2018_tilastoraportti.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Luettu 4.2.2020.

Karppinen, Kaisa 2019. Onko asiakas korvannut potilaan terveydenhuollossa? Kielikello – Kielenhuollon tiedotuslehti 3/2019. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.kielikello.fi/-/onko-asiakas-korvannut-potilaan-terveydenhuollossa->>.

Kettunen, Jyrki 2017. AUDIT-testin käyttö alkoholin ongelmakäytön seulonnassa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Julkaisuja 1:2017. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/132388_audit_-julkaisu.pdf>.

Kuokkanen, Martti - Seppä Kaija 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 2010:11. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<https://www.duodecimlehti.fi/duo98844>>.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Oy. Helsinki.

Käypä hoito suositus 2018. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim. Verkkodokumentti. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50028?tab=suositus#s8>>. Luettu 30.11.2019.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015. Annettu Helsingissä 24.4.2015.

Prochaska, James O. – DiClemente, Carlo C. – Norcross, John C. 1992. In Search of How People Change – Applications to Addictive Behaviours. American Psychologist. Vol. 47, no. 9. 1102-1114.

Prochaska, James O. – Velicer, Wayne F 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 1997;12(1):38-48.

Risikko, Paula 2008. Esipuhe. Teoksessa Seppä, Kaija-Liisa (toim.): Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Seppä, Kaija 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö.

Simojoki, Kaarlo 2017. Puheeksiotto kannattaa. Mini-interventio pähkinänkuoressa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://vi-deonet.fi/web/thl/20171115/>>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma - Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Eri ongelmien varhainen tunnistaminen ja puheeksiotto. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkaisevan-paihde-tyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto>>. Luettu 10.9.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. Hyvinvointikompassi. Verkkodokumentti. <<https://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/488/c/658/g/total/i/4412>>. Luettu 7.10.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Näin Suomi juo. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/nain-suomi-juo>>. Luettu 9.10.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a. Nuuskan käyttö on lisääntynyt, mutta tupakointi edelleen vähentynyt. Verkkodokumentti. <https://thl.fi/fi/-/nuuskan-kaytto-on-lisaantynyt-mutta-tupakointi-edelleen-vahentynyt?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fweb%2Falkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet%2Fajankohtaista%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4HhsZ8WZ6Rp0%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-2-1%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2>. Luettu 9.10.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b. Päihteiden käytön ja mini-intervention kirjaaminen. Verkkodokumentti: <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihteiden-kayton-kirjaaminen/puheeksioton-ja-mini-intervention-kirjaaminen>>. Luettu 20.9.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c. Kysy ja neuvo. Verkkodokumentti. <http://www.pkkansanterveys.fi/paihteetpuheeksi/wp-content/uploads/2016/11/TIED%C3%84_JA-TOIMI_Mini-interventio_Web.pdf>. Luettu 2.12.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019d. Ehkäisevä päihdetyö. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo>>. Luettu 13.1.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e. Huumeet ja puheeksiotto. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/huumeet>>. Luettu 3.3.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon SPAT-toimenpiteet. Verkkodokumentti. <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus08/summary_spat01?alue_0=11810&alue_1=&alue_2=&palvelumuoto_0=121207&kavijaryhma_0=131318&ammattiryhma_0=30664&ikalukat_0=109987&sukupuoli_0=11936&mittari_0=131425&drill-toimenpide=25#>. Luettu 14.1.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b. Sotkanet. Verkkodokumentti. <<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0iQQA&re-gion=s07MBAA=&year=sy6rBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146>>. Luettu 2.2.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020c. Päihteiden käytöstä johtuvat haitat eivät enää vähentyneet vuonna 2018. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/-/paihteiden-kaytosta-joh-tuvat-haitat-eivat-ena-vahentyneet-vuonna-2018?redirect=%2Ffi%2Fweb%2Falkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet>>. Luettu 3.2.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020d. Päihteiden käytön kirjaaminen. Verkkodoku-mentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/alko-holinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/paihteiden-kayton-kirjaaminen>>. Luettu 2.4.2020.

Terveyskirjasto 2020. Hoitosuositusten taustaa. Verkkodokumentti. <https://www.ter-veyskirjasto.fi/pls/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=3109>. Luettu 5.2.2020.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsittely Suomessa. Verkkodokumentti. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 24.11.2019.

World Health Organization 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/han-dle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessio-nid=8A79B4710A6A3145E0C1BA1B5437D546?sequence=1>. Luettu 12.9.2019.

World Health Organization 2011. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Verkkodokumentti. <http://www.euro.who.int/__data/as-sets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1>. Luettu 9.3.2020.

World Health Organization 2016. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking – A Manual for Use in Primary Care. Verkkodokumentti. <<https://www.who.int/publicati-ons-detail/brief-intervention-for-hazardous-and-harmful-drinking>>. Luettu 3.4.2020.

World Health Organization 2018a. Alcohol. Verkkodokumentti. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>>. Luettu 10.3.2020.

World Health Organization 2018b. Total alcohol per capita consumption. Verkkodoku-mentti. <https://www.who.int/gho/alcohol/alcohol_011.png?ua=1>. Luettu 10.3.2020.

Kutsu tutkimushaastatteluun

Hei,

Tällä kutsulla toivotan sinut tervetulleeksi opinnäytetyöni tiedonkeruuta varten järjestettävään teemahaastatteluun. Haastattelu toteutetaan myöhemmin ilmoitettavana ajankohtana työajallanne työpaikallanne. Haastatteluun varataan aikaa noin 1 tunti.

Haastattelun tarkoituksena on saada tietoa Espoon mielenterveys ja päihdeklinikan työntekijöiden kokemuksista liittyen asiakkaiden päihteiden käytön puheeksiottoon. Olen kiinnostunut saamaan tietoa siitä, millaisia keinoja työntekijöillä on puheeksiottoon sekä siitä millaisia kokemuksia mini-intervention käyttämisestä on. Opinnäytetyö tehdään Espoon mielenterveys- ja päihdeklinalle ja lisäksi yhteistyökumppanina toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haastatteluun osallistuminen ei edellytä mini-intervention tuntemista.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa ilman seuraamuksia. Haastateltavilta ei kerätä mitään tunnistetietoja tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi. Haastattelu toteutetaan ryhmämuotoisena teemahaastatteluna ja se järjestetään osallistujamäärästä riippuen useammassa osassa. Haastattelu nauhoitetaan tiedonkeruuta ja aineiston analysointia varten. Aineisto säilytetään turvallisessa lukitussa paikassa opinnäytetyön toteutuksen ja raportoinnin ajan. Haastattelumateriaali tuhoetaan tietosuojalain edellyttämällä tavalla ja osallistujien anonymiteettia kunnioittaen.

Opinnäytetyön tulokset esitellään Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan lisäksi yhteistyökumppanille eli Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle. Valmis opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se julkaistaan tutkimuksen valmistuttua Theseus-tietokannassa. Tulosten esittämisessä ja julkaisussa huomioidaan, ettei yksittäistä osallistujaa voida tunnistaa. Lisätietoja voi tarvittaessa pyytää opinnäytetyön tekijältä.

Ystävällisin terveisin,

Isa Kaurinkoski
Terveystenhoitaja
Terveiden edistäminen (YAMK)
Metropolia Ammattikorkeakoulu
isa.kaurinkoski@metropolia.fi

Suostumuslomake

Hei,

Täydennän osaamistani opiskelemalla YAMK tutkintoa Metropolia ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen tutkinto-ohjelmassa. Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan työntekijöiden kokemuksia mini-intervention käytöstä.”

Mini-interventio eli lyhytneuvonta on terveyttä edistävä toimenpide ja tämä opinnäytetyö tehdäänkin yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Olen kiinnostunut tutkimaan Teidän kokemuksianne sen käytöstä sekä yleisesti päihdeiden käytön puheeksiotosta ja keskustelusta asiakastyössä. Osallistuminen tutkimukseen ei edellytä mini-intervention tuntemista vaan haastatteluissa keskitytään Teidän työhne sisältöön aihepiirin sisältä. Haastattelun arvioitu kesto on noin 1 tunti, joka on työaikaanne.

Tarkoitukseni on haastatella Espoon mielenterveys- ja päihdeklinikan avohoidon työntekijöitä teemahaastattelun keinoin. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta voi jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa ilman perusteluita ja seuraamuksia. Haastattelut nauhoitetaan ja sen jälkeen muutetaan tekstimuotoon paperille. Haastateltavien henkilötietoja tai muita tunnistetietoja ei kerätä missään vaiheessa. Aineisto säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti tietosuojalain vaatimalla tavalla. Tutkimustulokset esitetään julkisesti ja viedään Theseus-tietokantaan. Haastateltavien anonyymiteetti varmistetaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa.

Tämän lomakkeen allekirjoittamalla vahvistat saaneesi tiedon tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä ymmärrät osallistuvasi vapaaehtoisesti tutkimukseen.

Ystävällisin terveisin,

Isa Kaurinkoski
Terveydenhoitaja AMK
isa.kaurinkoski@metropolia.fi
Metropolia Ammattikorkeakoulu

Olen lukenut ja ymmärtänyt

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Haastattelurunko

Kuvaile, miten kartoitat asiakkaasi päihteiden käyttöä?

Millaisia keinoja sinulla on asiakkaan päihteiden käytön puheeksiottoon? Entä päihteistä keskusteluun yleisesti?

Millä tavoin kirjaat asiakkaan päihteiden käytön potilastietojärjestelmään?

Mitä mini-interventio tarkoittaa sinulle?

Miten käytät mini-interventiota? / Minkälaisia kokemuksia sinulla on mini-intervention käytöstä?

Minkälaisia ohjeita olet saanut mini-intervention käyttöön? Minkälaisia ohjeita olet saanut päihteiden käytön puheeksiottoon?

Millä tavoin kirjaat toteutetun mini-intervention potilastietojärjestelmään?

Minkälaisia kokemuksia sinulla on asiakkaiden kanssa päihteistä keskustelemisesta?

Millaisia hyötyjä tai haittoja uskot päihteiden käytön puheeksiotolla olevan?

Haastatteluaineiston pelkistäminen ja ala- ja yläluokan muodostaminen

Taulukko 5. Puheeksiottamisen ”keinot” yläluokan muodostuminen, esimerkki pelkistämisestä ja luokittelusta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Ihan kyselemällä”</p> <p>”Aika semmoisella yleisellä kysymyksellä, et mitä päihkeitä käyttää, alkoholia, huumeita, onko sekakäyttöä.”</p> <p>”Keskustelemalla rupeen yleensä siinä vastaanoton aika loppupuolella kyselemään tota et mites päihdekäyttö et mitä päihkeitä käytät”</p>	<p>Omin sanoin kysyminen</p> <p>Yleinen kysymys ja tarkentavat kysymykset</p> <p>Avoimet kysymykset keskustellen</p>	Vapaa kysyminen	Puheeksiottoa helpottavat työtavat
<p>”On vaan sanottu, että kaikille tehdään Audit”</p> <p>”On vaan ohje, että kysy päihdekäytöstä tyyppinen”</p> <p>”On sanottu, että Audit pitää kysyä jokaiselta tai pitäisi täyttää jokaisella</p>	<p>Audit kaikille asiakkaille</p> <p>Ohje päihteistä kysymiseen</p> <p>Suullinen ohje, että Audit-kysely tulee tehdä jokaiselle asiakkaalle.</p>	Saadut ohjeet	

asiakkaalla ensimmäisellä käynnillä tai hoidon alussa”			
<p>”Antamalla Auditin siinä kaikkien muiden lomakkeiden seassa, näitä ainakin toivoisin, että täyttäisit...”</p> <p>”Audithan on sillain hyvä, että sen avulla mä...”</p> <p>”Sit käytän tota Auditia.”</p>	<p>Audit kyselyn antaminen asiakkaalle</p> <p>Audit on apukeino</p> <p>Audit-kyselyn käyttö</p>	<p>AUDIT-kyselyn käyttö</p>	
<p>”Sithän voi käyttää sitä, että meillä on tapana kysyä tämmöset tietyt jutut kaikilta.”</p> <p>”Sanon, että mun kuuluu kysellä tästäkin puolesta, että annan ymmärtää, että se kuuluu pakettiin.”</p> <p>”Sanon, että minun tehtäväni on kysyä kaikilta.”</p>	<p>Kerrotaan, että tapana on kysyä kaikilta asiakkailta päihteistä</p> <p>Sanotaan, että työntekijän kuuluu kysyä päihteistä</p> <p>Sanotaan, että on tehtävänä kysyä</p>	<p>Perustelut</p>	
<p>”Se täytyy olla niin kuin systemaattista, siis puheeksiotto ja kysyminen.”</p>	<p>Puheeksioton tulee olla systemaattista</p>	<p>Systemaattisuus</p>	

<p>"Puheeksiotto on automaatio."</p> <p>"Siitä on tullut helppoa, kun vaan kysyy kaikilta."</p>	<p>Puheeksiotto tapahtuu automaattisesti</p> <p>Puheeksiotto on helppoa, jos kysyy kaikilta</p>		
---	---	--	--