

Sanna Kiljunen ja Anna-Maija Kyläsorri

ALKOHOLIN RISKIKÄYTÖN
TUNNISTAMINEN
TERVEYSKESKUSTEN
VASTAANOTOILLA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Maaliskuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 27.3.2012				
Tekijä(t) Kiljunen Sanna, Kyläsorri Anna-Maija	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja				
Nimeke Alkoholin riskikäytön tunnistaminen terveyskeskusten vastaanotoilla					
Tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka hyvin Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksien vastaanoton sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention ja kuinka he hyödyntävät sitä asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja osana asiakkaan hoidon suunnittelua. Tuotimme opinnäytetyön Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle (Sosteri). Alkoholin kulutus on runsasta Suomessa. Koko 2000-luvun ajan riskikäyttäjien ja alkoholiannosten määrä on kasvanut. Sen myötä ovat kasvaneet myös alkoholista johtuvat terveyshaitat ja kuolemat. Sairaanhoidtajat ja lääkärit tarvitsevat päihdehoitotyön osaamista yhä enemmän tulevaisuudessa, kun päihdehaitat yleistyvät. Keräsimme aineiston kyselylomakkeen avulla, jossa oli sekä strukturoituja kysymyksiä sekä yksi avoin kysymys. Kyselyyn osallistuivat Itä-Savon sairaanhoitopiirin terveyskeskusten sairaanhoitajat ja lääkärit. Kyselyt analysoimme Webropolin avulla käyttäen pylväsdigrammeja. Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat tunnistavat alkoholin riskikäyttäjän yleisimmin havainnoimalla, kun taas lääkärit puolestaan kysymällä suoraan. Suurin osa sairaanhoitajista on saanut vähän tai ei lainkaan koulusta alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen. Vastausten perusteella lääkärit ovat saaneet enemmän koulutusta riskikäyttäjän tunnistamiseen kuin sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat tiesivät mini-interventiosta vähemmän kuin lääkärit. Yli puolet sairaanhoitajista tiesi vain vähän mini-interventiosta. Mini-intervention käyttö sairaanhoitajien keskuudessa oli myös vähäistä. Lääkärit eivät myöskään käyttäneet mini-interventiota paljon työssään. Sairaanhoitajien keskuudessa mini-intervention lisäkoulutus-tarve on erittäin suuri. Kaikki sairaanhoitajat vastasivat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Lääkärit kokivat myös tarvitsevansa lisäkoulutusta mini-intervention käyttöön.					
Asiasanat (avainsanat) mini-interventio, alkoholin riskikäyttö, terveyskeskuksen vastaanotto, päihdeosaaminen					
Sivumäärä 38 + 9	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Kieli</td> <td style="width: 50%;">URN</td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 27.3.2012
Author(s) Kiljunen Sanna, Kyläsorri Anna-Maija	Degree programme and option Degree Programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis The identification of alcohol risk use in health center practices.		
Abstract The purpose of our thesis was to untangle how well the nurses and doctors of the Itä-Savo Hospital District know brief intervention and how they exploit that in the identification of customer's alcohol consumption, in early intervention and as a part of customer treatment plan. We produced this thesis for Itä-Savo Hospital District (Sosteri). Alcohol consumption is massive in Finland. During the first decade of the 21st century the amount of risk users and alcohol portions has increased. By implication of that the health hazards and deaths caused by alcohol have also increased. Nurses and doctors need more and more competence in intoxicant work in future when the disadvantages of intoxicant use become more general. We gathered the data with the aid of a questionnaire where were both structured questions and one open question. The nurses and doctors of the health care centers of Itä-Savo Hospital District answered the questionnaire. We analysed the questionnaires with the aid of Webropol by using histograms. According to the results the nurses identified the risk users mostly by observation as for the doctors it was more typical to ask straight. The major part of the nurses has received a little or not at all education on the identification of alcohol risk user. According to the answers the doctors have received more education on the identification of alcohol risk users than nurses. The nurses knew less about brief interventions than doctors. The use of brief intervention among nurses was slight. More than a half of the nurses knew only a little about brief interventions. Neither the doctors use much brief interventions in their work. Among the nurses the need for further training is very high. All the nurses answered that they need further training. The doctors also felt that they need further training on the use of brief interventions.		
Subject headings, (keywords) Brief intervention, risk use of alcohol, health center practice, intoxicant knowledge		
Pages 38 + 9	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Leena Uosukainen	Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	ALKOHOLIN TERVEYSHAITAT	2
2.1	Fyysiset terveyshaitat.....	2
2.2	Psyykkiset vaikutukset.....	5
2.3	Sosiaaliset vaikutukset.....	6
3	MINI-INTERVENTIO RISKIKÄYTÖN TUNNISTAMISESSA	7
3.1	Alkoholin riskikäytön tunnistaminen	7
3.2	Mini-interventio	9
4	PÄIHDEOSAAMINEN TERVEYSKESKUSTEN VASTAANOTOILLA	11
4.1	Terveyskeskuksen vastaanotto toiminta	11
4.2	Sosterin vastaanotto toiminta.....	12
4.3	Sairaanhoidajan päihdeosaaminen.....	13
4.4	Lääkärin päihdeosaaminen	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	16
6	OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT	16
6.1	Kohdejoukko.....	16
6.2	Aineiston keruu ja analyysi	17
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	18
8	TUTKIMUSTEN TULOKSET.....	20
8.1	Taustatiedot.....	20
8.2	Alkoholin riskikäytön tunnistaminen	20
8.3	Mini-interventio	22
8.4	Päihdepalveluketju.....	25
9	POHDINTA	27
9.1	Tulosten tarkastelua	27
9.2	Tutkimusprosessin analysointia ja jatkotutkimusehdotuksia.....	30
	LÄHTEET	32

LIITE/LIITTEET

- 1 Sosterin päihdepalveluketju
- 2 Saatekirje
- 3 Kyselylomake
- 4 Tutkimusongelmat ja kysymykset

1 JOHDANTO

Alkoholin kulutus on runsasta Suomessa. Arviointien mukaan Suomessa on noin 300 000 - 600 000 alkoholin suurkuluttajaa. Koko 2000 -luvun ajan suurkuluttajien ja alkoholiannosten määrä on kasvanut. Sen myötä ovat kasvaneet myös alkoholista johtuvat terveyshaitat ja kuolemat. Alkoholin kulutus vuonna 2009 oli asukaslukuun suhteutettuna 10,2 litraa sataprosenttisenä alkoholina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010.) Kulutus on laskenut 1,8 prosenttia vuodesta 2008, mutta alkoholin kulutus on edelleen runsasta Suomessa verrattuna muihin EU-maihin (European Commission 2010 & Päihdetilastollinen vuosikirja 2010).

Sairaanhoitajat ja lääkärit tarvitsevat päihdehoitotyön osaamista yhä enemmän tulevaisuudessa, kun päihdehaitat yleistyvät (Sairaanhoitajaliitto 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman Alkoholiohjelman 2008–2011 tavoitteena on vähentää alkoholin riskikäyttöä ja sen mukana tuomia haittoja sekä saada alkoholin kokonaiskulutus laskuun. Lisäksi yhtenä tavoitteena on mini-intervention kehittäminen ja levittäminen ympäriinsä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten vastaanottojen sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention ja kuinka he hyödyntävät sitä asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja osana asiakkaan hoidon suunnittelua. Tuotamme opinnäytetyön Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle (Sosteri). Ohjausryhmäämme kuuluu pääterveysaseman apulaisosastonhoitaja, A-klinikan johtaja, ylihoitaja sekä terveyskeskuksen lääkäri. Tutkimusaineiston keräämme kyselylomakkeen avulla, joka lähetetään kaikille Sosterin terveyskeskusten vastaanottojen sairaanhoitajille ja lääkäreille. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää apuna, kun määritetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden tiedontarpeita alkoholinriskikäytön tunnistamisessa.

Aiheen koemme tärkeäksi, koska sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyvät alkoholin suurkulutuksen myötä. Terveyskeskusten vastaanotoille tulee jatkuvasti asiakkaita, joiden oireet voivat viitata alkoholin riskikäyttöön. Sairaanhoitajilla ja lääkäreillä on tällöin hyvä mahdollisuus tunnistaa alkoholin riskikäyttäjia.

2 ALKOHOLIN TERVEYSHAITAT

2.1 Fyysiset terveyshaitat

Alkoholin riskikäyttö aiheuttaa monia haittoja ja kuolemantapauksia. Työikäisten keskuudessa alkoholi on merkittävä aiheuttaja kuolemiin. Vuonna 2007 Suomessa kuoli alkoholin aiheuttamiin syihin 2167 ihmistä, joista työikäisiä oli 1796. (Käypä hoito 2011.) Alkoholin vaikutukset muun muassa maksaan on merkittävä tekijä alkoholin aiheuttamien elinvaurioiden synnyssä (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351). Alkoholinkulutus aiheuttaa terveysriskin 300 000 - 500 000 henkilölle ja akuuttiin alkoholimyrkytykseen menehtyy vuosittain noin 600 henkilöä Suomessa (Käypä hoito 2011). Eliministö toipuu suurimmasta osasta vaurioita, joita alkoholi on aiheuttanut, kun alkoholin käyttö lopetetaan (Alho ym. 2010a, 156).

Alkoholin käytöllä on sekä välittömiä vaikutuksia että jatkuvan käytön vaikutuksia (Inkinen ym. 2000, 61–65). Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja altistaa valtimoiden kovettumiselle. Lisäksi se rappeuttaa sydänlihasta, ja sydämen vasemman kammion seinämät paksuuntuvat ja lihassmassa kasvaa. (Kiiamaa ym. 1998, 253–351.) Lisäksi rytmihäiriöt ovat yleisiä oireita alkoholia paljon käyttävillä, ja sydäninfarktin riski on myös suurentunut (Inkinen ym. 2000, 61–65). Sydämen syke nousee, ja verenpaine kohoaa sympaattisen hermoston aktivaation kautta kertajuomisenkin seurauksena. Tämän myötä krooniset sydänsairaudet pahenevat. Sepelvaltimotautia sairastava potilas voi täten saada sydäninfarktin. Runsas alkoholin käyttö, sympaattisen hermoston aktivaatio sekä elektrolyyttihäiriöt aiheuttavat riskin sydämen rytmihäiriöille. Eteisvärinä on tyypillisin rytmihäiriöistä, joita raju kertajuominen voi aiheuttaa. Eteisvärinä voi ilmaantua myös nuorelle henkilölle, vaikka hänen sydämensä on täysin terve. (Jokelainen & Väkeväinen 2011.) Alkoholi vaikuttaa myös välittömästi aivojen verenkiertoon. Aivovaltimon tukos tai repeämä saattaa olla seurausta humalasta tai krapulasta. (Inkinen ym. 2000, 61–65.)

Akuutti haimatulehdus on mahdollinen pitkään jatkuneen runsaan alkoholin käytön jälkeen. Sen pääoireina on kova ylävatsakipu, pahoinvointi sekä oksentelu. 70 prosenttia akuuteista haimatulehduksista johtuu alkoholin käytöstä. Tila on vaarallinen, koska se saattaa edetä monielinvaurioon sekä kuolemaan asti. Jopa jo raju kertajuominen lisää haimatulehdukseen liittyvän proteiinin pitoisuutta veressä. (Jokelainen &

Väkeväinen 2011.) Useat akuutit haimatulehdukset saattavat johtaa kroonisen haimatulehduksen kehittymiseen. Alkoholi on 90 prosentilla henkilöistä syynä krooniseen haimatulehdukseen. (Puolakkainen 2010.) Krooninen haimatulehdus aiheuttaa palautumattomia rakennemuutoksia haimakudokseen (THL 2004). Kun suurin osa kudoksesta on tuhoutunut, oireina ilmenee rasvaripulia ja insuliinin puutoksesta johtuva diabetes (THL 2004).

Alkoholin käyttö vaikuttaa uneen ja vireystilaan riippuen vuorokaudenajasta, alkoholin määrästä, iästä ja sukupuolesta sekä painosta (Kiianmaa ym. 1993, 150–155). Humala vähentää iltayöstä REM-unta, mutta aamuyöstä REM-uni lisääntyy, jolloin painajaisunet ovat yleisiä. Siirtymiset univaiheesta toiseen muuttavat unen katkonaiseksi, jolloin heräillään useasti ja aamulla on väsynyt olo. (Inkinen ym. 2000, 61–65.) Yleensä uni on myös lyhytjaksoista ja sen laatu on heikentynyt. Alkoholin käyttö pahentaa lisäksi myös uniapneaa. (Käypä hoito 2011.) Erittäin suuret alkoholimäärät saattavat aiheuttaa alkoholimyrkytyksen, jolloin normaalia unen aikaista aivosähkötoimintaa ei ole lainkaan. Kyse on tajuttomuudesta, ei unesta. (Kiianmaa ym. 1993, 150–155.) Vahva humaltila on selvä merkki alkoholimyrkytyksestä, jolloin hengityskeskus saattaa lamaantua ja tila johtaa jopa kuolemaan (Inkinen ym. 2000, 61–65). Alkoholimäärä, henkilön ikä ja koko, juomisnopeus, ruokailu sekä yksilöllinen alkoholinsietokyky vaikuttavat humalan syvyyteen. Lisäksi henkilön perussairaudet ja lääkkeet vaikuttavat siihen. Lapselle tappava etanoliannos on 3g/kg ja aikuiselle 5 - 8 g/ kg, mutta yksilölliset erot on muistettava. (Jokelainen & Väkeväinen 2011.) Alkoholin käyttö aiheuttaa myös välittömästi tapaturmariskin suurenemista. Edelleen se vaikuttaa toimintakyvyn heikkenemiseen. Alle 45 -vuotiailla aivovammat ovat yleisin kuolinsyy. (Hillbom ym. 2011.)

Alkoholin suurkulutus lisää riskiä lihavuuteen sekä vajaaravitsemukseen. Ravitsemustilaan vaikuttavat mahdolliset alkoholin aiheuttamat elinvauriot sekä alkoholiongelman vaikeustaso. Syrjäytyneillä alkoholisteilla vajaaravitsemus on yleisempää kuin kohtuutuloisilla. Vajaaravitsemuksessa on puutetta B-, C-, D-, K-, A- ja E vitamiineista sekä foolihaposta. Lisäksi esiintyy puutteita kalsiumista, kaliumista, magnesiumista, seleenistä, raudasta ja sinkistä. Alkoholisteilla B1-vitamiinin puutos voi aiheuttaa Wernicken taudin, joka voi hoitamattomana johtaa kuolemaan tai Korsakovin oireyhtymään. Wernicken taudin oireita ovat kävely- tai tasapainohäiriöt ja silmäoireet. Kor-

sakovin oireyhtymässä tyypillisin oire on mieleenpainamiskyvyn puute. Lisäksi voi esiintyä desorientaatiota sekä aloitekyvyttömyyttä. (Inkinen ym. 2000, 61–65.)

Hermosto-oireita esiintyy aina alkoholia käytettäessä, koska alkoholi kulkeutuu aivoihin. Riski sairastua hermoston sairauksiin suureneekin alkoholisteilla. Aivovammat, aivoverenkierron häiriöt, krooninen subduraalihakematooma ja hepatiittinen enkefalopatia ovat hermoston sairauksia, joihin alkoholisteilla on suurentunut riski sairastua. (Hillbom 2011.) Dementia ja aivokudoksen katoaminen eli aivoatrofia ovat yleisiä aivovauriolöydöksiä pitkään ja runsaasti alkoholia käyttäneillä (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351). Alkoholisteilla älyllisten toimintojen heikkeneminen on normaaliväestöön verrattuna neljä kertaa yleisempää. Tila voi kuitenkin korjautua, mikäli henkilö raitistuu pysyvästi. (Hillbom 2011.) Pikkuivoatrofian oireena on huimaus, mikä johtaa horjuvaan kävelyyn. Vuosia jatkunut runsas alkoholin käyttö aiheuttaa muistin heikkenemistä ja persoonallisuusmuutoksia. (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351.)

Runsaan alkoholinkäytön jälkeen vieroituskohtaukset ovat myös yleisiä. Kohtaukset voivat ilmetä epileptisinä kohtauksina. Alkoholin aiheuttamista vieroitustiloista krapula on lievin. (Hillbom 2011.) Alkoholipolyneuropatia ilmenee tuntohäiriöinä, lihasten surkastumisena, laihtumisena, sydämen rytmihäiriöinä ja huimauksena. (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351.) Tuntohäiriö ja kipuherkkyys alkavat useimmiten alaraajojen kärkiosista. Pitkälle edenneessä polyneuropatiassa tuntopuutos saattaa ulottua jo vartaloon, joka aiheuttaa kävelyvaikeuksia. Lisäksi oireina voi olla jalkojen turvotusta, punoitusta sekä lisääntyntä kipuarkuutta. (Mervaala & Partanen 2010.) Alkoholin käyttäjillä esiintyy myös ääreishermovaurioita. Kompressio- ja pinneneuropatiat ovat yleisiä. Värttinähermon halvaus johtuu olkapunokseen kohdistuvasta paineesta. Halvaus saattaa syntyä nukkuessa, koska elimistön normaalit suojaimekanismit eivät toimi. (Kiiänmaa ym. 1993, 150–155.)

Runsas ja pitkään jatkunut alkoholin käyttö aiheuttaa myös ruuansulatuselimistön häiriöitä. Alkoholi vaurioittaa ruokatorven limakalvoa ja aiheuttaa myös ruokatorven alasulkijan hetkellistä häviämistä, joka aiheuttaa närästystä ja polttelua. Ripuli on myös yleistä alkoholia runsaasti käyttävillä, koska alkoholi kiihdyttää suolen peristaltiikkaa, ja alkoholin suurkuluttajilla on todettu enemmän bakteeriylikasvua ohutsuolessa. (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351.) Rasvamaksa, maksakirroosi ja alkoholihepatiitti ovat alkoholimaksasairauksia. Rasvamaksa voi olla oireeton, ja se paranee

yleensä, jos juominen lopetetaan. Alkoholihepatiitti on taas rajuoireisempi. Sen oireita ovat ylävatsakivut, ruokahaluttomuus, keltaisuus ja kuumeilu. Maksakirroosissa maksa korvautuu sidekudoksella, jolloin oireina ovat keltaisuus, painon lasku, kovakymyminen maksa ja verenvuototaipumus. (Inkinen ym. 2000, 61–65.) Alkoholihepatiitti ja rasvamaksa ovat välivaiheita, ennen kuin maksakirroosi kehittyy. Tila ennen maksakirroosin kehittymistä saattaa kestää yli 10 vuotta, ja se vaatii säännöllistä alkoholinkäyttöä. (Koskela-Rautio & Pikkarainen 2010.)

Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa myös hormonihäiriöitä. Miehillä runsas alkoholin käyttö vaikuttaa sukupuolihormoneihin. Hedelmättömyys, kivesten surkastuminen ja impotenssi sekä rintarauhasten suurentuminen ovat yleisiä hormonihäiriöitä. (Käypä hoito 2011.) Naisilla puolestaan runsaaseen alkoholin käytön seurauksena saattaa esiintyä munasarjojen pienenemistä ja toimintahäiriöitä sekä myös hedelmättömyyttä (Kiiamaa ym. 1998, 253–351). Alkoholi lisää myös riskiä sairastua suun, nielun ja kurkunpään, maksan ja ruokatorven syöpiin. Lisäksi yhteys rinta-, haima- ja paksusuolen syöpiin on mahdollinen. (THL 2004.)

2.2 Psyykkiset vaikutukset

Alkoholin riskikäyttö ja mielenterveyden ongelmat esiintyvät usein yhdessä. Tutkimuksen mukaan 25 prosentilla alkoholin suurkuluttajista ilmeni psyykkisiä oireita. (Aalto-Setälä ym. 2007.) Epävakaa ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö sekä mielialahäiriöt, kuten esimerkiksi masennus ja ahdistuneisuus, ovat yleisimpiä mielenterveyden ongelmia alkoholin riskikäyttäjillä. Mielialahäiriöihin saattaa liittyä myös unettomuutta. (Holmberg 2010, 65.) Psyykkiset oireet saattavat johtua alkoholinkäytöstä, tai psyykkiset oireet saattavat lisätä riskiä runsaaseen alkoholin käyttöön (Aalto 2010).

Alkoholin käyttö laskee myös terveiden henkilöiden mielialaa, esimerkiksi alakuloisuus, syyllisyyden tunteet, uupumus, ruokahaluttomuus ja kyvyttömyys kokea nautintoa voivat olla seurausta runsaasta alkoholin käytöstä (Mikkonen 2007). Kivut ja muut fyysiset oireet voivat olla myös merkki masennusoireista. Masennuksen oireet voivat kasvaa niin suuriksi, että ihminen on työ- ja toimintakyvytön ja voi jopa ajatella itsemurhaa. Siksi on tärkeää tunnistaa masennuksen ilmentyminen. (Mäkelä 2005.) Jokaiselta masennuksesta kärsivältä potilaalta on kysyttävä hänen alkoholinkäytöstään, ja

jokaiselta alkoholia runsaasti käyttävältä kysyttävä masennuksen mahdollisuudesta. Masennuksesta kärsivä potilas voi vähätellä alkoholin käyttöään, koska hän saattaa tuntea siitä häpeää, pelkoa leimaantumisesta tai työpaikan menettämistä. (Mikkonen 2007.)

Masentuneisuutta on havaittu suurella osalla alkoholiriippuvaisista jossain elämänsä aikana (Holmberg 2010, 65). Alkoholin käytön lopettamisen jälkeen masennusoireet yleensä lievenevät kolmessa viikossa. Alkoholi saattaa joko lievittää tai lisätä ahdistuneisuutta ja pelko-tiloja. Se saattaa rohkaista ihmistä, jolloin pelkotilat ja ahdistuneisuus lievittyvät. Toisaalta alkoholi saattaa rasittaa elimistöä, mikä voi altistaa henkilön ahdistus- ja pelkotiloihin. (Mäkelä 2005.)

Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksen potilaista kolmanneksella on masennus- ja ahdistusoireita. Yleensä tähän liittyy myös alkoholin riskikäyttöä, varsinkin miehillä. Työttömistä potilaista puolella on alkoholin riskikäyttöä, ja suurimmalla osalla heistä masennusta. (Ihalainen ym. 2003.)

2.3 Sosiaaliset vaikutukset

Monet terveysongelmat ovat seurausta pitkäaikaisesta ja runsaasta alkoholin käytöstä, mikä aiheuttaa myös kansantaloudellisesti huomattavia haittoja (Inkinen 2000, 87–88). Alkoholin riskikäyttäjistä suurin osa on mukana työelämässä, heidän osuutensa on noin 85 prosenttia (Aalto ym. 2009). Työelämässä alkoholin käyttö näkyy sairauspoissaoloina, myöhästymisinä sekä tapaturmina (Inkinen 2000, 87–88). Työkyvyttömyyseläkeriski suurenee myös runsaasti alkoholia käytettäessä (Aalto ym. 2009). Henkilöstön välinen yhteistoiminta ja ilmapiiri saattavat myös huonontua alkoholin käytön seurauksena (Inkinen 2000, 87 - 88).

Varsinkin runsas ja humalahakuinen juominen ovat yhteydessä sairauspoissaoloihin. Alkoholin käyttö heikentää työkykyä ja terveydentilaa, jolloin työntekijälle tulee sairauspoissaoloja. Kun työntekijä käyttää alkoholia runsaasti, saattaa hänen kykynsä huolehtia terveydestään heikentyä, eikä hän välttämättä hoida sairauksiaan kunnolla. Runsas alkoholin käyttö voi myös alentaa kynnystä jäädä pois töistä, jotta työntekijä voi toipua edellisen päivän alkoholin käytöstä tai jatkaa juomistaan. (Laaksonen ym. 2007.) Alkoholi jää kuitenkin yleensä muun diagnoosin peittoon lyhyissä sairauslo-

missa (Aalto ym. 2009). Kansantaloudellisesti alkoholista johtuvat sairauspoissaolot aiheuttavat suuria taloudellisia kustannuksia vuosittain. Kustannukset tulevat suurimmaksi osaksi terveydenhuoltokuluista sekä tuotannon ja työpanoksen menetyksestä. (Laaksonen ym. 2007.)

Alkoholin riskikäyttö vaikuttaa myös läheisiin ihmissuhteisiin. Se voi aiheuttaa läheisille ongelmia, jotka ilmenevät taloudellisina vaikeuksina, väkivaltana, stressinä, jatkuvana pelkona ja riitoina. (Holmila 1997, 171.)

Alkoholin käytöllä on myös yhteys rikollisuuteen. Alkoholin vaikutuksen alaisena mielialat vaihtelevat, ihmisistä tulee helposti aggressiivisia ja heidän käyttöksensä muuttuu. Nämä muutokset ihmisessä voivat johtaa väkivaltaisiin tilanteisiin. (Hillbom ym. 2011.)

3 MINI-INTERVENTIO RISKIKÄYTÖN TUNNISTAMISESSA

3.1 Alkoholin riskikäytön tunnistaminen

Riskikäytöksi luokitellaan sellainen alkoholin käyttö, jossa riskikäytön rajat ylittyvät. Lisäksi se aiheuttaa vaaran terveydelle, mutta riippuvuutta ei vielä ilmene. Alkoholin riskikäytön määrät ovat riippuvia henkilön iästä, sukupuolesta, painosta ja terveydentilasta. Naisten päivittäinen riskikäytön raja on viisi annosta ja viikossa 16 annosta. Miesten kertakulutus puolestaan on seitsemän annosta ja viikossa 24 annosta. Yksi annos on esimerkiksi pullo keskiolutta (33 cl), lasi mietoa viiniä (12 cl), lasi väkevää viiniä (8 cl) tai annos väkeviä (4 cl). Riskikulutusrajoissa naisten ja miesten erot johtuvat pääasiassa naisten pienemmästä ruumiinpainosta ja vesipitoisuudesta. On muistettava, että riskikäytön rajat ovat yksilöllisiä ja haittavaikutuksia voi ilmetä jo vähäisemmässäkin käytössä. (Alho ym. 2010, 8 - 10; Kiianmaa ym. 1998, 54 - 55)

Riskikäytön tunnistamisessa olennaista on alkoholin käytöstä kysyminen suoraan (Inkinen 2000, 119). Asiakas hakeutuu yleensä hoitoon fyysisten oireiden perusteella, esimerkiksi kohonneen verenpaineen, sydämen rytmihäiriöiden, tapaturmien tai vatsaoireiden vuoksi. Syynä hoitoon hakeutumiselle voi olla myös psyykinen oire, kuten unettomuus tai masennus. (Käypä hoito 2011.) Asiakkaan oireet ja alkoholin käyttö

voidaan liittää yhteen ja näin todeta sen olevan mahdollinen oireiden aiheuttaja (Kii-
anmaa ym. 1998, 55).

Alkoholista kysyminen pitäisi sisällyttää tulohaastatteluun. Avoimet kysymykset ovat parempi vaihtoehto kuin suljetut kysymykset, koska suljetuttuihin kysymyksiin voidaan helposti vastata kieltävästi, jolloin keskustelun jatkaminen saattaa päättyä. (Kii-
anmaa ym. 1998, 55.) Keskusteltaessa alkoholin käytöstä on ilmapiiriin oltava avoin ja kannustava (Käypä hoito 2011). Alkoholimääriä tiedusteltaessa kysytään viikoittainen kulutus kahden kuukauden ajalta sekä viikonlopun alkoholiannokset on hyvä kysyä erikseen (Inkinen 2000, 119). Laboratoriokokeita voidaan käyttää kyselylomakkeiden ja haastattelun yhteydessä, jos alkoholin käyttö viittaa riskikulutukseen. Tärkeimpiä niistä on hengitysilman alkoholipitoisuus, CDT, GT ja MCV. Laboratoriokokeiden tuloksilla voi olla kannustava vaikutus alkoholin riskikäytön vähentämiseen, ja niistä saattaa olla apua myös henkilökunnalle hoidon ja neuvonnan seurannassa. Laboratoriokokeiden merkitys riskikäytön tunnistamisessa on kuitenkin vähäinen. (Käypä hoito 2011; Alho ym. 2010a, 8 – 36.)

Riskikäytön tunnistamiseen WHO:n kehittämä kymmenen kysymyksen Audit on todettu hyväksi monissa tutkimuksissa. Kyselyn maksimipistemäärä on 40 ja jokainen kysymys pisteytetään 0 - 4. Riskikäytön rajana pidetään sekä naisilla että miehillä alle kahdeksaa. Raja-arvo ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Kokonaispistemäärän ohella on myös hyvä huomioida eri kysymysten vastaukset. Juomisen tiheys selviää ensimmäisessä kysymyksessä. Toinen kysymys koskee tavanomaista käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Ennen riippuvuuden kehittymistä voi ilmaantua riippuvuusoireita, joita kysytään kysymyksissä 4 - 6. Alkoholista johtuvat haitat tulevat esiin kysymyksissä 7 - 10. (Alho ym. 2010a, 8 - 36.) Tutkimusnäytön perusteella Audit-kysely sopii parhaiten työikäisille (Seppä 2010). Sen avulla pystytään tunnistamaan herkästi alkoholin riskikäyttäjät ja riippuvaiset. Pelkkä kysely ei kuitenkaan ole riittävän luotettava erottamaan riskikäyttöä, haitallista käyttöä ja alkoholiriippuvuutta toisistaan (Alho ym. 2010a, 8 - 36.)

Alkoholin riskikäytön tunnistamisessa asiakkaan havainnointi on tärkeää. Asiakkaan yleinen olemus, kuten esimerkiksi hygienia, kasvojen turvotukset, punoitus ja huonot hampaat saattavat olla merkkejä alkoholin riskikäytöstä. Lisäksi asiakkaan käytöksestä voi huomata aggressiivisuutta tai vaativuutta. (Behm 2005.)

Hallitus on myös laatinut Alkoholiohjelman 2008–2011, jonka tavoitteina on, että ”Kehitetään alkoholinkäytön riskien arviointi osaksi yleistä terveydentilan arviointia, kohdennetaan neuvontaa ja varhaista puuttumista riskiryhmiin, varmistetaan päihdehoidon saatavuus, kattavuus ja laatu ja tiedotetaan alkoholin käytön riskeistä ja alkoholinkäytön itsehallinnan keinoista” (Alkoholiohjelma 2008–2011).

3.2 Mini-interventio

Mini-interventio eli lyhytneuvonta on terveydenhuoltoon kehitetty menetelmä, jota käytetään alkoholin riskikäyttäjien varhaisvaiheen tunnistamisessa sekä hoitamisessa. Sen tarkoituksena on alkoholin liiallisen kulutuksen vähentäminen. (Käypä hoito 2011.) Alun perin mini-interventio oli kehitetty perusterveydenhuollon lääkäreiden käytettäväksi, mutta nykyisin sitä käyttävät myös hoitajat. Hoitotyössä mini-interventio on osa terveysneuvontaa. (Inkinen ym. 2000, 117.) Kustannuksiltaan mini-interventio on edullinen ja tehokas hoitomuoto (STM 2008).

Mini-intervention tehosta on monia tutkimuksia, joiden näyttö sen tehosta on merkittävä (Alho ym. 2010a, 8 - 37). Aallon väitöskirjan (2001) mukaan mini-intervention teho saattaa olla yhtä tehokas kuin laajempi alkoholin riskikäytöstä annettu neuvonta. Kymmenen prosenttia alkoholin riskikäyttäjistä vähentää alkoholin käyttöönsä tai lopettaa käytön kokonaan mini-intervention seurauksena. On myös osoitettu, että sen vaikutus kestää vähintään yhdestä kahteen vuoteen. (Alho ym. 2010b.) Mini-intervention on todettu olevan edullinen lääketieteellinen keino ehkäistä alkoholista johtuvia haittoja (STM & työterveyslaitos 2006). Alkoholin riskikäyttöä pystyttäisiin vähentämään paljon, jos mini-intervention käyttö yleistyisi. Tällöin jopa kymmenentuhannet riskikäyttäjät vähentäisivät juomistaan. (Aalto ym. 2007.)

Mini-intervention sisältöä voidaan kuvata käsitteellä FRAMES eli RAAMIT. R tarkoittaa rohkeus (self-efficacy), jonka tarkoituksena on luoda asiakkaaseen rohkeutta ja uskoa onnistumisen suhteen. A eli alkoholitietous (feedback), jonka tarkoituksena on, että asiakas saa tietoa alkoholiasioista yksilöllisesti. A eli apu (advice) merkitsee asiakkaan auttamista alkoholin käytön vähentämisessä. M niin kuin myötätunto (empathy) tarkoittaa hoitajan tai lääkärin ymmärtävää ja kiinnostunutta lähestymistapaa asiakkaaseen. I niin kuin itsemääräämisyvastuu (responsibility) on asiakkaan oma päätös alkoholin käytön vähentämisestä. T eli toimintaohjeet (menu) tarkoituksena on

antaa asiakkaalle erilaisia keinoja juomisen vähentämiseen. (Kiiänmaa ym. 1998; Käypä hoito 2011.)

Mini-interventio koostuu kyselystä, keskustelusta, selvittelystä ja neuvonnasta (Käypä hoito 2011). Mini-intervention kesto vaihtelee ajallisesti. Se voi kestää noin 5 minuuttia, mutta tavallisesti aikaa menee yhteen istuntoon kauemmin (15–20 minuuttia). Tapaamiskertoja on yleensä 1 - 3, asiakkaan tilanteesta riippuen. Mini-interventio on osa asiakkaan kokonaisuhoitoa, jolloin kiinnitetään huomiota kaikkiin oireisiin. (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351.)

Alkoholin puhekeskiön jälkeen asiakkaalle annetaan Audit-kysely. Jos kyselystä saadut pisteet ovat enemmän kuin kahdeksan, annetaan asiakkaalle neuvontaa (Heljälä ym. 2006, 38.) Naisille neuvonta tulee aina aloittaa, kun päivittäinen alkoholin käyttö on vähintään kaksi ravintola-annosta tai humalahakuinen juominen on viikoittaista (viisi annosta). Miehillä neuvonnan aloittamisen rajat ovat puolestaan neljä ravintola-annosta päivittäin tai seitsemän annosta kerralla viikoittain. (Käypä hoito 2011.) Asiakkaan kuitenkin täytyy olla halukas ottamaan mini-interventiota vastaan, jotta siitä olisi hyötyä (Kiiänmaa ym. 1998, 253–351).

Neuvonnassa asiakkaalle annetaan tietoa alkoholin vaikutuksista terveyteen ja työkykyyn. Jos asiakas on hakeutunut hoitoon erilaisten oireiden vuoksi, kerrotaan, että kyseiset oireet voivat johtua alkoholin riskikäytöstä. Hänelle annetaan myös suositus alkoholin käytön vähentämiseksi. Mini-intervention neuvontavaiheeseen kuuluu myös asiakkaan muutoshalukkuuden selvittäminen. Hoitaja tai lääkäri tiedustelee, onko asiakas ajatellut vähentää juomistaan. Riskikäyttäjän mielipidettä alkoholin käytön vähentämiseen kunnioitetaan. Mikäli hän ei ole valmis muuttamaan juomistottumuksiaan, kerrotaan hänelle kuitenkin mahdollisuudesta hakea apua myöhemmin. Alkoholin käytöstä on kuitenkin kysyttävä asiakkaalta uudelleen vuoden kuluttua. Asiakkaan suhtauduttua myönteisesti alkoholin käytön vähentämiseen annetaan hänelle neuvontaa ja tukea. Neuvonnassa on tärkeää riskikäyttäjän motivaation lisääminen kertomalla alkoholin vähentämisen hyödyistä sekä riskijuomisen haitoista. Huomioiden riskikäyttäjän elämäntilanteen luodaan hänelle yhdessä tavoitteet juomisen vähentämiseksi. (Heljälä ym. 2006, 38–40.) Mini-interventiossa annetaan myös kirjallista materiaalia esimerkiksi Vähennä vähäsen -opas. Opas sisältää tietoa alkoholiannoksista ja riskirajoista sekä vinkkejä alkoholin käytön vähentämiseksi. Lisäksi oppaaseen on liitetty

juomispäiväkirja, joka on hyvä väline juomisen tarkkailussa. (STM 2006.) Laboratorikokeita voidaan myös käyttää motivoinnin ja seurannan tukena (Heljälä ym. 2006, 38–40). Kun asiakkaan kanssa on luotu tavoitteet ja suunnitelma juomisen vähentämisestä on tehty, sovitaan jatkoseurannasta (Inkinen ym. 2000).

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi kirjaaminen on olennaista. Juomatapa, seuranta-käynnit sekä tavoitteet ja Audit - pisteet on hyvä kirjata potilastietojärjestelmään. Seurantakäynneillä käydään läpi asiakkaan mahdollisesti pitämää juomapäiväkirjaa ja tavoitteissa pysymisessä annetaan positiivista palautetta. (Heljälä ym. 2006.)

Alkoholin kulutus ja siitä aiheutuvat haitat ovat nousseet merkittäväksi terveysongelmaksi. Mini-intervention on osoitettu olevan tehokas keino puuttua alkoholin suurkulutukseen. Kehittämällä mini-interventiota alkoholin kulutuksen kasvua voidaan hidastaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt valtakunnallisen mini-interventio hankkeen (VAMP), jonka tarkoituksena on saada mini-interventio rutiinikäytännöksi terveydenhuollon ammattilaisille. Hankkeen toimesta on järjestetty erilaisia koulutuksia, luoto verkostoja, julkaistu artikkeleja sekä luotu kirjallista materiaalia. Hankkeella on ollut positiivisia vaikutuksia terveydenhuollon henkilöstön asenteisiin ja mini-intervention tekeminen on yleistynyt. Mini-intervention käyttö on helppo oppia yksinkertaisuutensa vuoksi. Ajallisesti siinä ei mene paljoa aikaa, joten kiireinen työtahti ei ole este mini-intervention käytölle. (STM 2008.)

4 PÄIHDEOSAAMINEN TERVEYSKESKUSTEN VASTAANOTOILLA

4.1 Terveyskeskuksen vastaanottotoiminta

Päihdeongelmat ovat yleisiä, joten terveyskeskuksen sairaanhoitajien ja lääkäreiden on tunnistettava alkoholin riskikäyttäjät varhaisvaiheessa. Terveyskeskusten vastaanotoilla tulisi olla käytössään päihdehoitotyön työmalli. (THL 2009.) Terveyskeskusten hoitajat ja lääkärit tapaavat suuren osan väestöstä, joten riskikäytön tunnistamisen tärkeys korostuu. Terveyskeskuksissa asioi vuosittain noin puolet alueen asukkaista ja se tavoittaa kaikki ikä- ja väestöryhmät. Alkoholin riskikäyttäjät saattavat käyttää terveyskeskusten palveluja enemmän. (STM 2008.) Tutkimuksen mukaan mini-interventio ei vaadi erityisjärjestelyjä tai lisäresursseja, joten sen toteutuminen terveysasemilla on mahdollista (Kuokkanen ym. 2010).

Terveyskeskus 2015 - terveyskeskustyön tulevaisuus -hankkeen raportissa käy ilmi, että terveyskeskuksiin on luotava uusia toimintamalleja, jotka vastaisivat asiakkaiden tarpeisiin. Työskentely terveyskeskuksessa tulisi perustua asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kartoittamiseen ja tunnistamiseen sekä terveyden edistämiseen. Terveyskeskusten vastaanottotoimintaa tulisi järjestää asiakaslähtöisesti. Raportissa ilmenee, että voimavaroja käytetään huomattavan paljon omatoimisen ja koulutetun väestön terveysongelmiin, kun taas asiakkaita, jotka eivät ole motivoituneet hoitoon, terveyskeskusten palvelut eivät välttämättä tavoita ollenkaan. (Myllymäki 2006.)

4.2 Sosterin vastaanottotoiminta

Sosterin vastaanottotoimintaa ohjaa Sosterin laatimat arvot, joita ovat hyvinvointi, osaaminen, luottamus sekä vastuullisuus. Henkilöstön hyvinvointi näkyy potilaiden hyvinvointina. Hyvinvointi muodostuu ”työntekijöiden yksilöllisistä arvoista, ihmisten perustarpeista ja avoimesta vuorovaikutuksesta ihmisten kesken”. Koko työyhteisöllä on vastuu hyvinvoinnista. (Sosteri 2009.)

Osaaminen on laadukkaiden palveluiden perusta. Se turvataan henkilöstön jatkuvalla koulutuksella ja kehittämisellä. Jokaisella työyhteisön jäsenellä on henkilökohtainen vastuu oman ammattitaitonsa ylläpidosta. Positiivinen palaute edesauttaa motivaatiota kehittyä työssä. Moniammatillisuus on lähtökohtana monipuolisten palvelujen tuottamiseen. Sairaanhoidajat ja lääkärit tarjoavat asiakkailleen ammattitaitoista ja luottamuksellista palvelua. Ammattitaitoinen ja osaava henkilöstö on myös yksi luottamuksen peruselementeistä. Terveystuon palveluja tarjoavalla organisaatiolla on myös vastuu toimintojen kehittämisestä sekä yhtenäisistä hoitomalleista potilastyössä. Organisaatio haluaa myös toiminnassaan huomioida toiminnan ympäristöystävällisyyden, taloudellisuuden sekä tuloksellisuuden. (Sosteri 2009.)

Sosterilla on käytössä päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen päihdehoitomalli (liite 1). Alkoholi-ongelmaisen käypä hoito -suositus on ollut toimintamallin pohjana. Epäily tai huoli on tekijöitä, joista riskikäytön tunnistaminen alkaa. Henkilö voi itse tunnistaa alkoholin suurkulutuksen, tai tunnistaminen voi olla asiakkaan läheinen/viranomainen/työyhteisö. Asiakkaan kanssa otetaan alkoholin käyttö puheeksi ja tehdään Audit -kysely. Tarvittaessa otetaan laboratoriokokeita. Jos liika-käytöstä on merkkejä, palveluketju tarjoaa ammattilaisille lisätietoa erikseen raskaana

olevien, lapsiperheiden, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja ikääntyneen päihdepalveluketjusta. Lisäksi päihdehoitomalli tarjoaa lisätietoja alkoholin liikakäytön sekä alkoholiriippuvuuden hoidon avuksi.

4.3 Sairaanhoidajan päihdeosaaminen

Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa ihmisiä eri elämäntilanteissa. Terveyttä edistävä ennaltaehkäisevä-, korjaava-, ja kuntouttava päihdehoitotyö ovat osa sairaanhoidajan osaamisaluetta. (Inkinen ym. 2000, 15.) Sairaanhoidajan ammattitaitovaatimukseen kuuluu ehkäisevä – ja korjaava päihdehoitotyö. Jos perusopetus jää vaillinaiseksi, saattaa se aiheuttaa vaaratilanteita sairaanhoidossa, esimerkiksi tällöin potilaan tila saattaa vaikeutua ja johtaa jopa uuden sairauden syntymiseen. (Havio ym. 2008.) Havio ym. (2008) pohtii artikkelissaan, onko sairaanhoidaja jopa terveysriski potilaalle, jos hän ei osaa tunnistaa alkoholinkäytön riskejä ja antaa tarvittavaa ohjausta.

Sairaanhoidajan on tiedostettava oma päihdehoito-osaamisensa, jotta hän voi toimia alalla. Perus- sekä syventävä tietotaito ja erityisosaaminen ovat yksi tapa luokitella päihdetyön osaamista. Koulutuksen aikana sairaanhoidajan tulisi oppia päihdehoitotyön perusasiat ja jatkokoulutuksessa tietotaitoa pystytään syventämään. Koulutuksilla voidaan kehittää sairaanhoidajan erityisosaamista. Kirjainyhdistelmään TEHOT on tiivistetty keskeinen opetussisältö sairaanhoidajan perustutkinnossa. T niin kuin tietää (tieto, taito ja asenne), E eli ehkäisee (ennakointi, riskit, haitat ja puheeksi ottaminen), H eli hoitaa (hoito, oireet ja liitännäissairaudet), O niin kuin ohjaa (läheisten, kunnan sekä yksityis- ja järjestösektorin yhteistyö) sekä T eli tuetusti (konsultaatio, työnohjaus sekä työturvallisuus) ovat keskeiset painopistealueet päihdehoitotyön opetuksessa. (Holmberg 2010, 128.)

Sairaanhoidajan päihdeosaaminen voidaan jakaa eri tiedon alueiden mukaan. Empiirinen tietäminen koostuu eri tieteenalojen kokemuksellisesta sekä tieteellisestä tiedosta. Sairaanhoidajat ovat itse tuoneet esille päihdehoitotyössä tarvittavia lisävalmiuksia kohdata alkoholin riskikäyttäjiä. Sairaanhoidajien mukaan päihdehoitotyössä tarvittaisiin erityisesti tietoa eri päihteistä ja niiden terveyshaitoista, riippuvuuden synnystä, päihdehoitotyön prosessista sekä menetelmistä ja eri hoitomahdollisuuksista. (Inkinen ym. 2000, 17.) Asiakkaalle tulee kertoa arkikielellä sekä moralisoimatta alkoholin terveyshaitoista (Holmberg 2010, 129). Kun sairaanhoidaja tietää päihdehoitoproses-

sisä tapahtuvista vaiheista, esimerkiksi siitä, että alkoholin riskikäyttäjä saattaa kieltää aluksi juomisensa, pystyy hoitaja ymmärtämään toipumisprosessia paremmin (Inkinen ym. 2000, 17).

Esteettinen tietäminen näkyy sairaanhoitajan työssä esimerkiksi siten, että sairaanhoitaja pystyy havaitsemaan alkoholin riskikäyttäjiä eri elämäntilanteissa sekä ohjaamaan heitä. Sairaanhoitajan täytyy antaa asiakkaalle tietoa eri tuki- ja hoitomahdollisuuksista sekä motivoida asiakasta. Lisäksi sairaanhoitajan täytyy rohkaista asiakasta ottamaan alkoholin käyttö puheeksi. (Inkinen ym. 2000, 17.) Alkoholin käytön aiheuttamat oireet sekä liitännäissairauksien aiheuttamat oireet ovat osa sairaanhoitajan päihdehoitotyön osaamista (Holmberg 2010, 110).

Behmin (2005) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tunnistivat alkoholin riskikäyttäjän havainnoinnin, arvioinnin, sanallisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön avulla. Havainnoinnissa huomioitiin asiakkaan psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus. Arviointimenetelminä sairaanhoitajat käyttivät Audit -kyselyä, kirjallista materiaalia, alkometriin puhaltamista sekä laboratoriokokeita. Sanallinen vuorovaikutus koostui asiakkaan haastatteluista, joissa hoitaja kyseli ja keskusteli asiakkaan kanssa hänen alkoholin käytöstään.

Vuorovaikutussuhde sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä on oltava luja, luottamuksellinen ja turvallinen. Asiakkaan kohtaamisessa sairaanhoitajan itsetuntemus on tärkeää. (Holmberg 2010, 110.) Sairaanhoitajan oma suhtautuminen alkoholin käyttöön vaikuttaa päihdehoitoon. Hoitajan on hyvä pohtia esimerkiksi seuraavanlaisia kysymyksiä: mitä alkoholi hänelle merkitsee, kuinka usein käyttää ja mihin tarkoitukseen sekä paljonko käyttää. (Inkinen ym. 2000.) Asiakkaan ja sairaanhoitajan välisessä keskustelussa eniten käsiteltiin Inkisen (2002) tutkimuksen mukaan asiakkaan elämäntilannetta, tavoitteita, voimavaroja, muutoshalukkuutta sekä vastuunottamista. Lisäksi asiakkaalle annettiin toivoa. Asiakkaan omat tunteet sekä tilanteet, joissa hän käyttää päihteitä, olivat myös tärkeässä roolissa hoidollisessa keskustelussa.

Sairaanhoitajan päihdehoitotyössä painottui Inkisen (2002) tutkimuksen mukaan palveluohjaustyypinen työ. Se sisältää hoidon suunnittelun ja sopimisen sekä arvioinnin. Tutkimuksesta ilmenee myös, että psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä asiakkaan neuvonta ja opettaminen ovat päihdehuollon sairaanhoitajan työtä. Ratkaisukeskeinen

ja kognitiivinen terapia, motivoiva haastattelu sekä retkahduksen ehkäisy olivat tutkimuksessa käytetyimpiä päihdehoitomenetelmiä.

Sairaanhoitajan täytyy myös kehittää päihdehoitotyötä. Hän vaikuttaa ihmisten alkoholin käytön asenteisiin yksilöllisellä, yhteisöllisellä ja yhteiskunnallisella tasolla. (Inkinen ym. 2000, 22–23.) Päihdehoitotyössä jokaisen sairaanhoitajan tulisi kehittää päihteisiin liittyvää hoitotyötä osaksi laajempaa palvelujärjestelmää. Hoitotyön kehittämisessä apuna voidaan käyttää erilaisia elämäntapoihin liittyviä terveyskasvatusmateriaaleja. Tutkimusten tekeminen on tärkeää, kun etsitään parhaita menetelmiä päihdeiden käytön vähentämiseksi. Luovuus ja joustavuus ovat osa päihdehoitotyön kehittämistä. Niin kuin hoitotyössä yleensä, myös päihdehoitotyössä täytyy ottaa eri kulttuurien tavat huomioon. Osallistuminen yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen sekä oman ammattitaidon kehittäminen ovat oleellinen osa kehitystyötä. (ICN ym. 2000.)

4.4 Lääkärin päihdeosaaminen

Jokainen perusterveydenhuollon lääkäri kohtaa työssään alkoholin riskikäyttäjiä ja sen mukana tuomia sairauksia ja oireita. Neuvonta ja motivointi ovat lääkäreiden taholta tärkeää, koska asiakkaat hakeutuvat ensisijaisesti perusterveydenhuollon vastaanotolle. (Alho ym. 2008, 1591)

Lääkäreiden ammattitaitovaatimukseen kuuluu osata eri päihdeiden vaikutusmekanismit, niiden käyttöön liittyvät oireet, pitkäaikaisvaikutukset sekä päihdeiden esiintyvyys omalla paikkakunnalla. Niin kuin sairaanhoitajien, myös lääkäreiden on koulutuksen aikana kiinnitettävä huomiota omaan päihdeiden käyttöönsä ja suhtautumiseensa päihteitä käyttäviin asiakkaisiin. Lainsäädäntö, päihdepalvelut, alueelliset käytännöt sekä päihdehuollon organisaatio ovat lääkärin osaamisaluetta. Lisäksi lääkärin tulee hallita erilaiset päihdeidenkäytön diagnosoinnissa käytettävät kyselylomakkeet, laboratoriotestit, diagnoosit sekä hoidossa käytettävät lääkkeet. (Alho ym. 2008, 1591.) Lääkärin tulee hoitaa välttämätöntä hoitoa vaativat oireet ja sairaudet, vaikka päihdeongelma on vaikea ja potilaalta puuttuu motivaatio (Kumpusalo ym. 2005, 371).

Lääkärin tulee osata ottaa päihdeiden käyttö puheeksi, koska alkoholi aiheuttaa terveydellisiä riskejä. On muistettava, että kysyminen on velvoite silloin jo, kun oireet saattavat johtua päihdeistä. Jokaisen perusterveydenhuollossa toimivan lääkärin päihde-

osaamiseen kuuluu mini-intervention käytön hallinta. Lääkärin on kerrottava alkoholinterveyshaitoista potilaalle, jos hän on suurkuluttaja. (Alho ym. 2008, 1591; Kumpusalo ym. 2005, 371–372.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka terveyskeskusten vastaanoton sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention ja kuinka he hyödyntävät sitä asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja osana asiakkaan hoidon suunnittelua. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää apuna, kun määritetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden tiedontarpeita alkoholin riskikäytön tunnistamisessa. Aihe on tärkeä, koska sairastavuus ja kuolleisuus lisääntyvät alkoholin suurkulutuksen myötä. Itse hyödyimme opinnäytetyöstämme tulevana sairaanhoitajina kohdatessamme alkoholin riskikäyttäjiä. Opinnäytetyön myötä saamme siis lisää valmiuksia kohdata alkoholinriskikäyttäjiä.

Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavia:

- Kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit tunnistavat alkoholin riskikäyttäjiä?
- Kuinka hyvin sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention?
- Kuinka paljon sairaanhoitajat ja lääkärit käyttävät mini-interventiota työssään?
- Kuinka hyvin sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat Sosterin päihdepalveluketjun?

6 OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT

6.1 Kohdejoukko

Tutkimusjoukko on valittu ositetulla otannalla eli olemme pyrkineet keräämään tutkimuksen kannalta sopivan ryhmän (KvantiMOTV 2003). Tutkimuksen havaintoyksikkö on Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveyskeskusten vastaanottojen sairaanhoitajat ja lääkärit. Sairaanhoitajia otettiin mukaan 30 ja lääkäreitä 21. Vastauksia saatiin kuitenkin takaisin vain 17 sairaanhoitajalta ja 11 lääkäriltä. Vastausprosentti oli täten 55 prosenttia, sairaanhoitajista vastasi 57 prosenttia ja lääkäreistä 53 prosenttia.

6.2 Aineiston keruu ja analyysi

Keräsimme aineiston kyselylomakkeen (liite 3) avulla, jossa oli sekä strukturoituja kysymyksiä sekä yksi avoin vaihtoehto yhdessä kysymyksessä. Kysymykset johdettiin tutkimusongelmista (liite 4). Laadimme valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja sai valita yhden vaihtoehdon lukuun ottamatta yhtä kysymystä, jossa sai valita useamman vaihtoehdon. Koska suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, pystyimme hyvin vertailemaan vastaajien vastauksia. Lisäksi monivalintakysymykset helpottivat vastaajien vastaamista, ja mikä saattoi edistää kyselyyn vastaamista. Pyrimme laatimaan kyselyn niin, että se oli helppo ja nopea täyttää. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–199.) Laadimme kyselylomakkeen Webropol -ohjelman avulla ja lähetimme kyselylomakkeen sähköpostilla Sosterin alueen terveyskeskusten hoitajille ja lääkäreille.

Kyselylomake oli siitä hyvä vaihtoehto aineiston keruulle, koska sen avulla saimme laajan tutkimusaineiston. Vastaajia oli melko paljon, joten kyselylomake säästi meiltä paljon aikaa. Vastaajat luultavasti vastasivat myös rehellisemmin kyselylomakkeelle, koska tutkimuksen laatijat eivät vaikuttaneet kyselyn tuloksiin omalla olemuksellaan tai läsnäolollaan. Kyselylomakkeelle pystyi myös laatimaan paljon kysymyksiä, etenkin, kun oli valmiit vastausvaihtoehdot. Se oli myös helposti analysoitavissa, kun se tehtiin huolellisesti. (KvantiMOTV 2010; Hiltunen 2008.)

Ongelmana saattoi olla vastaajien suhtautuminen. Ei tiedetä varmasti vastasivatko he rehellisesti ja huolellisesti. Kysymyksissä saattoi myös tulla väärinymmärryksiä, mutta esitestauksen avulla niitä pyrittiin välttämään. Ohjausryhmä kertoi ja motivoi terveyskeskusten sairaanhoitajia ja lääkäreitä vastamaan kyselyyn, jotta kyselyn otos ei jäisi pieneksi. (Hiltunen 2008.)

Kyselylomake testattiin joukolla sairaanhoitajaopiskelijoita, jotta välttyttäisiin väärinymmärryksiltä. Testauksella halusimme myös varmistaa kyselylomakkeen laatua ja näin varmistaa tutkimuksen onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2007, 193). Testauksen jälkeen teimme pieniä korjauksia kyselylomakkeeseen.

Huolellisesti tehdyn kyselylomakkeen avulla voidaan saatu aineisto helposti tallentaa, ja se voidaan analysoida tietokoneen avulla (Hirsjärvi ym. 2009).

Analysoimme vastaukset määrällisellä analyysillä eli kvantitatiivisella analyysillä. Määrällisen analyysin tavoitteena on selvittää eri ilmiöiden esiintymistä ja yleisyyttä (Opetushallitus 2011). Lisäksi sillä halutaan selvittää syy-seuraussuhteita sekä ilmiöiden välisiä yhteyksiä numeroiden ja taulukoiden avulla. Siihen liittyy eri laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2012.) Teimme vastauksista frekvenssejä, mikä tarkoittaa havaintoarvon esiintymiskertoja tilastoaineistossa (Opetushallitus 2011). Analyysissä käytimme apuna myös graafista esitystä. Graafinen esitys auttaa tiedon hahmottamisessa. Graafisista esitystavoista apuna käytimme pylväsdia-grammeja. (KvantiMOTV 2004.)

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Arvot ja hyvä tieteellinen käytäntö ovat tutkimusetiikan perusta. Tutkimus on suoritettava hyvän tieteelliseen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Hyödyn tuottaminen, haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus, elämän kunnioittaminen ja potilaan autonomia ovat tutkimusetiikan perusta terveystutkimuksissa (Länsimies-Antikainen & Pietilä 2008).

Tutkijan eettisiin vaatimuksiin kuuluu Pietarisen (1999) julkaisun mukaan älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. Tutkijan täytyy olla kiinnostunut aidosti uuden tiedon etsimisestä, ja häneltä edellytetään tunnollisuutta ja rehellisyyttä. Tutkimus ei saa aiheuttaa vahinkoa tutkijoille, tutkittaville henkilöille tai muille ihmisille, eikä se saa loukata ihmisarvoa. Tutkija vastaa itse siitä, että tieteellistä tietoa käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan täytyy toimia myös tavalla, jolla hän voi vaikuttaa tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksiin, esimerkiksi antamalla vastuullisuuden kuvan itsestä. Arvostava suhtautuminen toisiin ihmisiin on kollegiaalista arvostusta. (Pietarinen, 1999).

Noudatimme opinnäytetyössämme hyvää tieteellistä käytäntöä. Haimme tutkimusluvan Itä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta ja toimialajohtajalta, minkä perusteella saimme aloittaa tutkimuksen tekemisen. Toimimme rehellisesti ja huolelli-

sesti sekä olimme tarkkoja tutkimustulosten tallentamisen, esittämisen ja arvioinnin osalta. Käytimme tutkimuksessamme luotettavia lähteitä ja kunnioitimme muiden tutkijoiden työtä kirjaamalla lähteet ja lähdeviitteet asianmukaisesti. (Hirsjärvi 2009, 23–24.) Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksemme yksi eettisistä arvoista (Hirsjärvi 2009, 25). Kyselomakkeeseen vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen, josta oli ilmoitettu vastaajille saatekirjeellä (liite 2). Kyselomakkeeseen ei laitettu vastaajien nimiä, jolloin anonymiteetti säilyi. Vastaajien henkilöllisyyttä ei myöskään pysty tunnistamaan tulosten esittelyssä. Kyselylomakkeesta saatuja tietoja säilytämme tarvittavan määräjän, jonka jälkeen vastaukset hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen keskeinen osa on myös luotettavuuden arviointi. Luotettavuutta arvioitaessa keskeiset käsitteet olivat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa luotettavuutta eli kyselystä ei saisi tulla sattumanvaraisia tuloksia. (KvantiMOTV 2008; Hirsjärvi 2009, 231–233.) Reliabiliteetin arvioinnissa arvioidaan metodien reliabiliteettia, ajallista reliaabeliutta sekä tulosten johdonmukaisuutta. Metodien luotettavuutta arvioitaessa mietitään, missä olosuhteissa metodi on luotettava ja johdonmukainen. Ajallisella reliabiliteetilla tarkoitetaan puolestaan mittausten tai havaintojen pysyvyyttä eri aikoina. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on pohdittava, kuinka tutkimuksen luonne tai aihe on vaikuttanut vastauksiin. Ovatko kyselyyn vastaajat vastanneet juuri niin kuin he toimivat työssään vai niin kuinka pitäisi toimia? Tutkimustuloksiin on aina suhtauduttava kriittisesti. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2009.) Jos kyselylomake on luotettava, siihen eivät vaikuta olosuhteet eivätkä satunnaiset virheet (KvantiMOTV 2008; Hirsjärvi 2009, 231–233). Olemme parantaneet tekstin luotettavuutta sekä ymmärrettävyyttä taulukoiden avulla (Hirsjärvi 2007, 305).

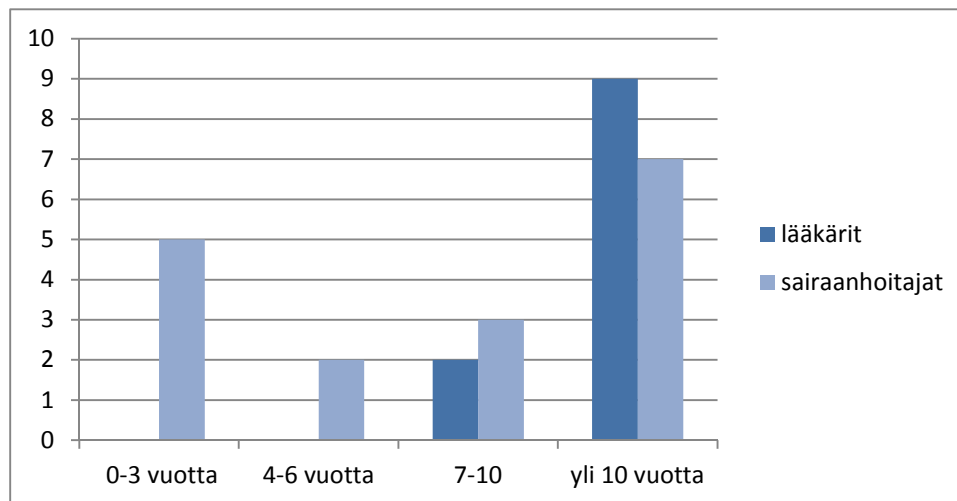
Validiteetilla tarkoitetaan puolestaan pätevyyttä eli tutkimuksen tarkoitusta mitata sitä, mitä pitikin mitata. Kysely on kohdistettava oikeaan kohteeseen, oikealla tavalla ja myös oikeaan aikaan, jotta tavoitetaan vastaajat. Epäonnistunut otanta tai mittauksen ajankohta voivat aiheuttaa mittarissa epäpätevyyttä. Kyselyyn vastaaja ei välttämättä ymmärrä kysymystä samalla tavalla, kuin kysymysten laatijat. Esitestasimme kyselylomakkeen joukolla sairaanhoitajaopiskelijoita, jotta väärinymmärrysten mahdollisuus minimoitaisiin. (KvantiMOTV 2008 & Hirsjärvi 2009, 231–233.)

8 TUTKIMUSTEN TULOKSET

8.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen (liite 3) lähetimme 51 vastaajalle, joista 30 sairaanhoitajille ja 21 lääkäreille. Vastauksia saimme takaisin yhteensä 28. Sairaanhoitajista vastasi 17 ja lääkäreistä 11. Kaikki vastaajista olivat Itä-Savon sairaanhoitopiiristä (Sosteri). Kyselylomakkeessa taustatietoina kysyimme ammattia, toimipistettä ja sitä, kuinka kauan on työskennellyt nykyisessä työtehtävässä. Suurin osa vastaajista työskenteli Savonlinnan pääterveysasemalla, yhteensä heitä oli 17. Loput vastaajista olivat muista Itä-Savon sairaanhoitopiirin terveysasemilta.

Kuviossa 1 esitetään, miten kauan kyselyyn vastaajat ovat työskennelleet nykyisessä työtehtävässä. Sairaanhoitajista 5 oli työskennellyt nykyisessä työtehtävässä 0 - 3 vuotta. 4 - 6 vuotta oli työskennellyt 2 sairaanhoitajaa, 7 - 10 vuotta oli työskennellyt 3 sairaanhoitajaa ja 2 lääkäriä. Yli 10 vuotta oli työskennellyt 7 sairaanhoitajaa ja 9 lääkäriä.

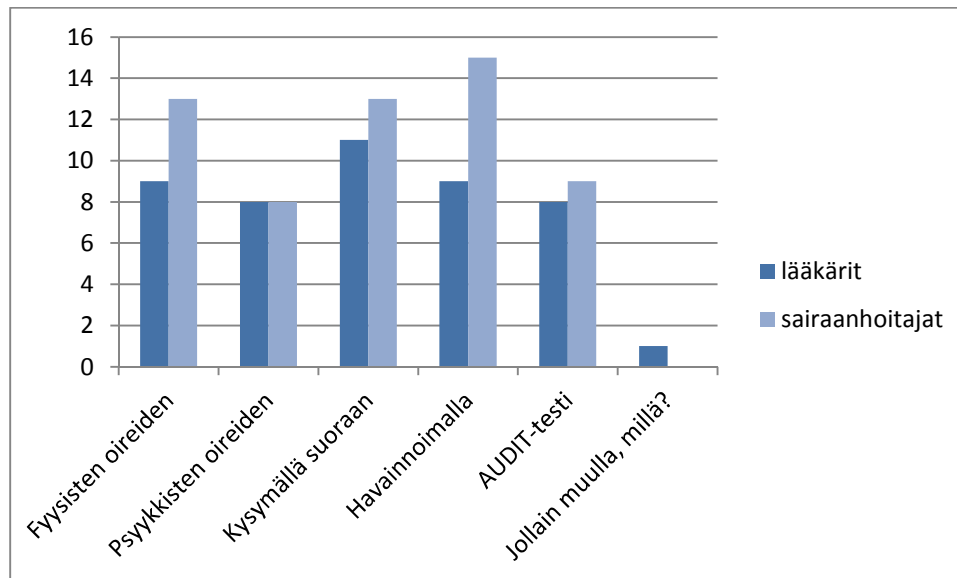


KUVIO 1. Työskentely nykyisessä tehtävässä

8.2 Alkoholin riskikäytön tunnistaminen

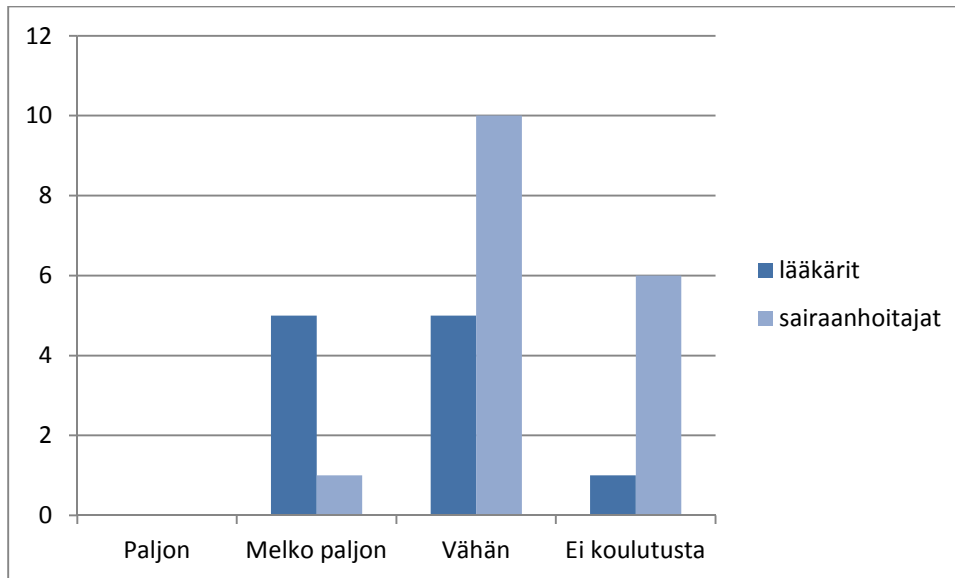
Kuviossa 2 esitetään, millä tavalla sairaanhoitajat ja lääkärit tunnistavat alkoholin riskikäyttäjän vastaanotolla. Sairaanhoitajista 13 tunnisti alkoholin riskikäyttäjän fyysisien oireiden perusteella, lääkäreistä puolestaan 9. Psykkisten oireiden perusteella riskikäyttäjän tunnisti sairaanhoitajista 8 ja lääkäreistä 8. Sairaanhoitajista 13 ja lääkä-

reistä 11 kysyi suoraan alkoholin käytöstä. Havainnointia käytti sairaanhoitajista 15 ja lääkäreistä 9. Audit-testiä apuvälineenä käytti sairaanhoitajista 9 ja lääkäreistä 8. Lisäksi 1 lääkäri käytti apuna myös laboratoriokokeita. Tässä kysymyksessä oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Suurin osa vastaajista valitsi enemmän kuin yhden vaihtoehdon.



KUVIO 2. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen vastaanotolla

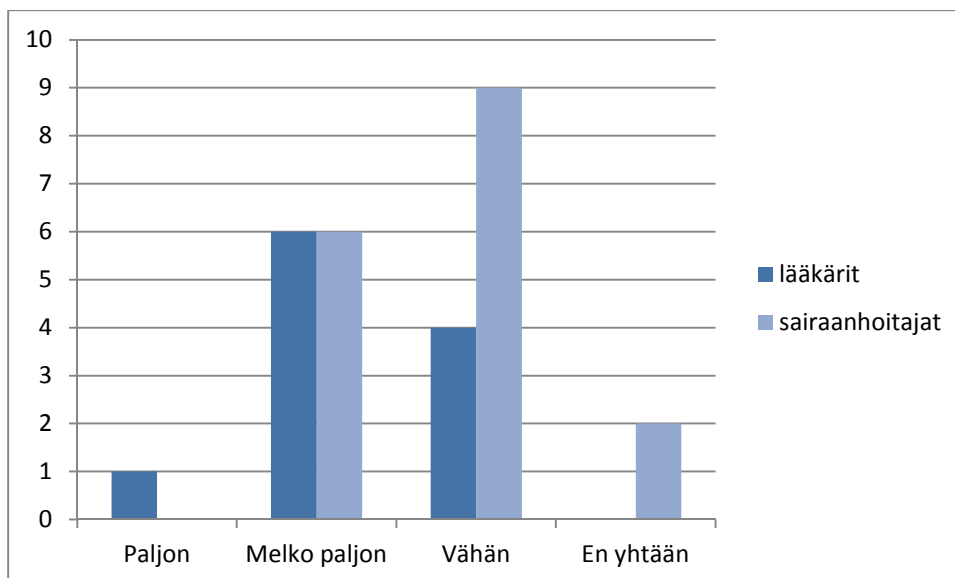
Kuviossa 3 esitetään vastaajien omaa mielipidettä koulutuksen saamisesta alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen. Alkoholin riskikäytön tunnistamiseen sairaanhoitajista 1 ja lääkäreistä 5 tunsivat saaneensa melko paljon koulutusta. Vähän koulutusta riskikäyttäjän tunnistamiseen tunsivat saaneensa sairaanhoitajista 10 ja lääkäreistä 5. 6 sairaanhoitajaa ei lainkaan ollut saanut koulutusta, ja lääkäreistä 1 ei ollut saanut koulutusta.



KUVIO 3. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen saama koulutus

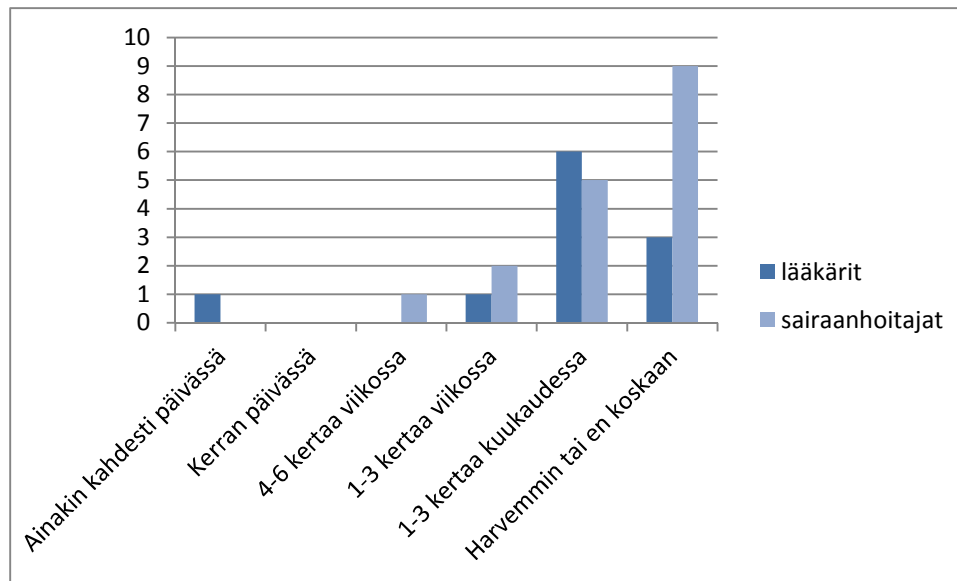
8.3 Mini-interventio

Kuviossa 4 esitetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden tietämystä mini-interventiosta. Lääkäreistä ainoastaan 1 koki tietävänsä paljon mini-interventiosta. Sairaanhoitajista 6 ja lääkäreistä myös 6 koki tietävänsä melko paljon mini-interventiosta. 9 sairaanhoitajaa tiesi vähän mini-interventiosta, lääkäreistä puolestaan 4. 2 sairaanhoitajaa ei tiennyt, mikä on mini-interventio.



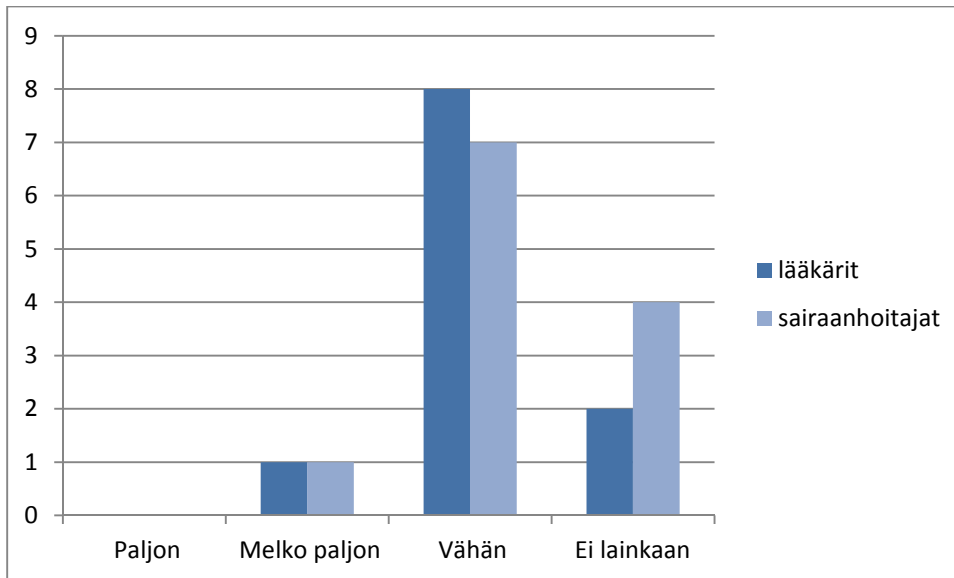
KUVIO 4. Mini-intervention tunteminen

Kuviossa 5 esitetään, kuinka usein sairaanhoitajat ja lääkärit käyttävät mini-interventiota omassa työssään. Kyselyyn vastanneista lääkäreistä 1 käytti mini-interventiota työssään ainakin kahdesti päivässä. 1 sairaanhoitaja käytti mini-interventiota 4 - 6 kertaa viikossa. 1 - 3 kertaa viikossa sairaanhoitajista 2 ja lääkäreistä 1. Vastanneista 5 sairaanhoitajaa ja 6 lääkäriä käytti mini-interventiota 1 - 3 kertaa kuukaudessa. Sairaanhoitajista 9 ja lääkäreistä 3 vastasi, että he käyttivät mini-interventiota harvemmin tai ei koskaan.



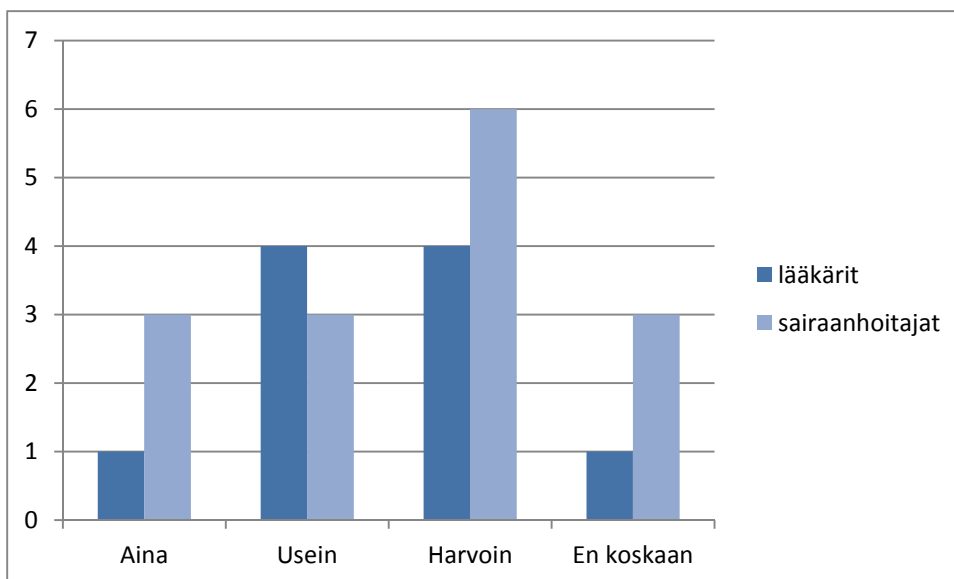
KUVIO 5. Mini-intervention käyttö omassa työssä

Kuviossa 6 esitetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielipidettä, onko heidän antamallaan mini-interventiolla ollut paljon vaikutusta. 1 lääkäri ja 1 sairaanhoitaja vastasi, että antamallaan mini-interventiolla oli vaikutusta melko paljon. Vähän vaikutusta vastasi sairaanhoitajista 7 ja lääkäreistä 8. Sairaanhoitajista 4 ja lääkäreistä 2 vastasi, että mini-interventiolla ei ollut lainkaan vaikutusta.



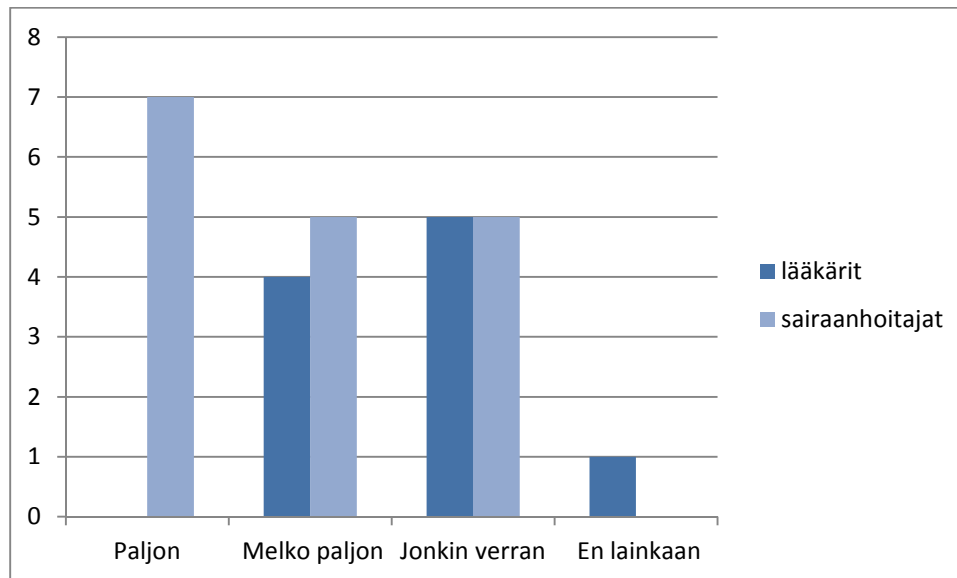
KUVIO 6. Mini-intervention vaikuttavuus

Kuviossa 7 esitetään, antavatko sairaanhoitajat ja lääkärit mini-interventiota, jos Audit-kyselystä saama pistemäärä ylittää kahdeksan pistettä. Aina mini-interventiota antoi sairaanhoitajista 3 ja lääkäreistä 1. Usein mini-interventiota antoi sairaanhoitajista 3 ja lääkäreistä 4. Harvoin mini-interventiota antoi sairaanhoitajista 6 ja lääkäreistä 4. Sairaanhoitajista 3 ja lääkäreistä 1 ei koskaan antanut mini-interventiota, jos Audit-pistemäärä ylitti kahdeksan pistettä.



KUVIO 7. Audit-kyselyn vaikutus mini-intervention antamiseen

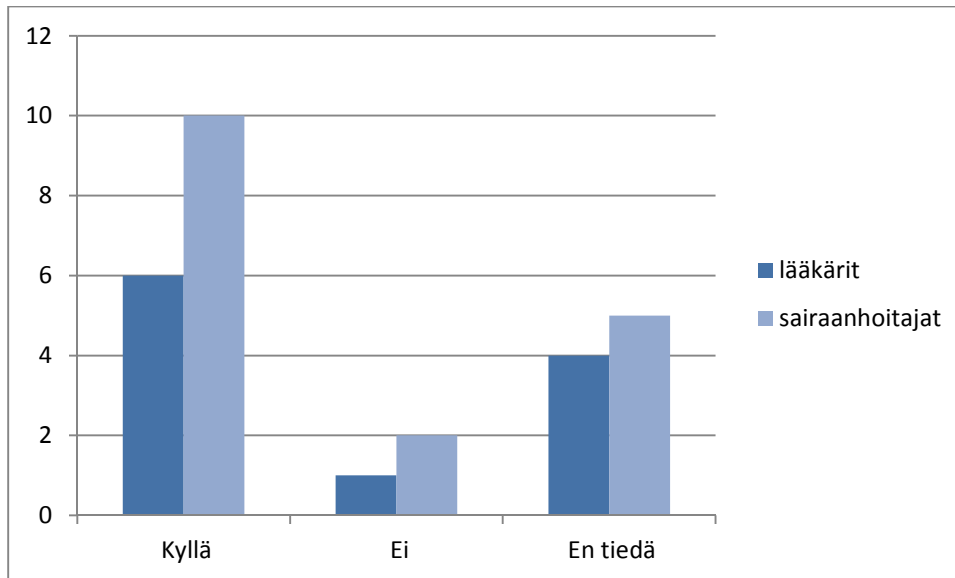
Kuviossa 8 esitetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden lisäkoulutuksen tarvetta. Sairaanhoitajista 7 koki tarvitsevansa paljon lisäkoulutusta mini-intervention käyttöön. Melko paljon koulutusta sairaanhoitajista koki tarvitsevansa 5 ja lääkäreistä 4. 5 sairaanhoitajaa ja 5 lääkäriä koki tarvitsevansa jonkin verran lisäkoulutusta mini-intervention käytössä. Ainostaan 1 lääkäri vastasi, että ei tarvitse lainkaan lisäkoulutusta.



KUVIO 8. Mini-interventiokoulutuksen tarve

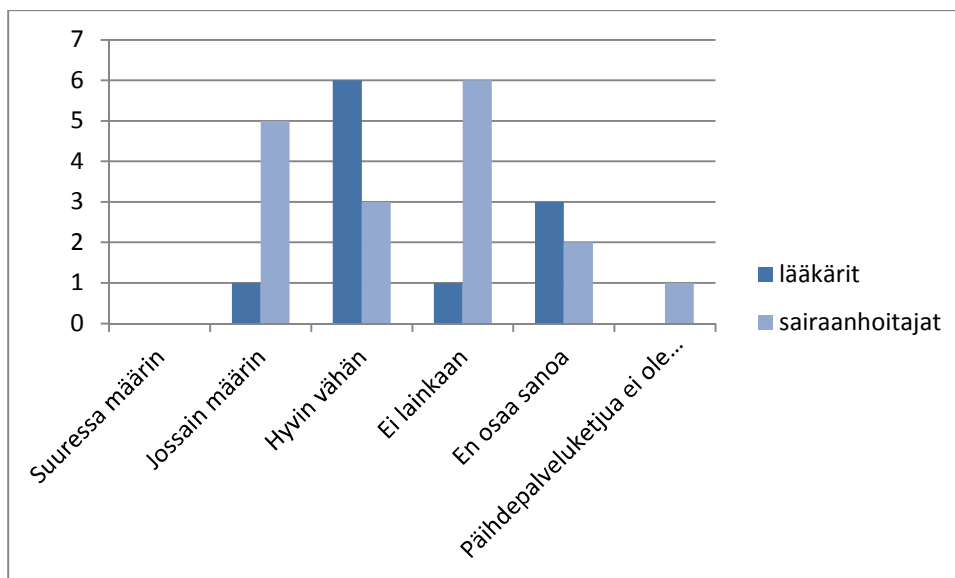
8.4 Päihdepalveluketju

Kuviossa 9 esitetään sairaanhoitajien ja lääkäreiden tietämystä siitä, onko heidän toimipaikassaan käytössä Sosterin päihdepalveluketju. Sairaanhoitajista 10 ja lääkäreistä 6 vastasi, että heillä on käytössä päihdepalveluketju. Sairaanhoitajista 2 ja lääkäreistä 1 vastasi, että heillä ei ole käytössä päihdepalveluketju. 5 sairaanhoitajaa ja 4 lääkäriä ei tiennyt, onko heidän toimipaikassaan käytössä päihdepalveluketju..



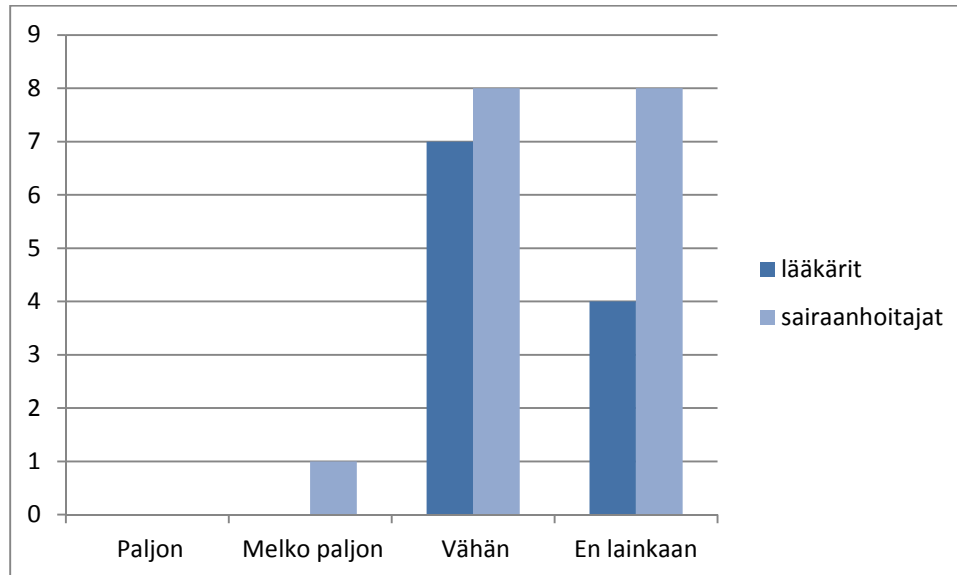
KUVIO 9. Sosterin päihdepalveluketjun saatavuus

Kuviossa 10 esitetään, missä määrin päihdepalveluketju ohjaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden päivittäistä työtä. 5 sairaanhoitajaa ja 1 lääkäri vastasi, että päihdepalveluketju ohjaa jossain määrin päivittäistä työtä. 3 sairaanhoitajaa ja 6 lääkäriä vastasi, että päihdepalveluketju ohjaa hyvin vähän heidän päivittäistä työtä. Ei lainkaan vastasi sairaanhoitajista 6 ja lääkäreistä 1. 2 sairaanhoitajaa ja 3 lääkäriä eivät osanneet sanoa, ohjaako päihdepalveluketju päivittäistä työtä. 1 sairaanhoitaja vastasi, että päihdepalveluketjua ei ole käytettävissä.



KUVIO 10. Päihdepalveluketjun vaikutus päivittäiseen työhön

Kuviossa 11 esitetään, käyttävätkö kyselyyn vastaajat päihdepalveluketjua apunaan päihteiden käytön tunnistamisen apuvälineenä. 1 sairaanhoitaja vastasi käyttävänsä melko paljon päihdepalveluketjua apuvälineenään. 8 sairaanhoitajaa ja 7 lääkäriä vastasi käyttävänsä vähän. Ei lainkaan vastasi 8 sairaanhoitajaa ja 4 lääkäriä.



KUVIO 11. Päihdepalveluketjun käyttö päihteiden käytön tunnistamisen apuvälineenä

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Vastausmotivaatio kyselyyn oli kokonaisuudessaan kohtalainen. Yli puolet, joille kysely lähetettiin, vastasivat siihen. Sairanhoitajien ja lääkäreiden vastausmotivaatiossa ei ollut eroja. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt pidempään nykyisessä työpaikassa.

Sairanhoitajat tunnistavat alkoholin riskikäyttäjän yleisimmin havainnoimalla, lääkärit puolestaan kysymällä suoraan. Toiseksi eniten sairaanhoitajat tunnistivat riskikäyttäjän kysymällä suoraan sekä fyysisten oireiden perusteella. Lääkärit puolestaan tunnistivat havainnoimalla sekä myös fyysisten oireiden perusteella. Usein alkoholin riskikäyttäjän ulkoinen olemus antaa jo viitteitä riskikäytöstä, mikä näkyy myös vastaajien keinoissa tunnistaa asiakkaat (Behm 2005). Riskikäytön tunnistamisessa olennaisinta on alkoholin käytöstä kysyminen suoraan (Inkinen 2000, 119). Fyysiset oireet ovat

yleisin syy, miksi alkoholin riskikäyttäjät hakeutuvat hoitoon, joten ei ole ihme, että vastaajat tunnistivat usein kyseisten oireiden perusteella riskikäyttäjän (Käypä hoito 2011). Vähiten vastaajat tunnistivat alkoholin riskikäyttäjän Audit-testin avulla sekä psyykkisten oireiden perusteella. WHO:n kehittämä kymmenen kysymyksen Audit on todettu hyväksi riskikäytön tunnistamiseen monissa tutkimuksissa (Alho ym. 2010a, 8 – 36), mutta miksi sen käyttö ei ole sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskuudessa yleistä? Audit-testin käytön vähäisyys johtunee siitä, että sen käyttöön ei ole saatu tarpeeksi koulutusta.

Suurin osa sairaanhoitajista on saanut vähän tai ei lainkaan koulusta alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen. Sairaanhoitajan koulutuksessa pitäisi saada perusvalmiudet alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen, mutta lisäkoulutusta tarvitaan tietotaidon syventämiseen (Holmberg 2010, 128). Havio ym. (2008) pohtii artikkelissaan, että sairaanhoitajan päihdehoitotyön osaamattomuus saattaa nousta jopa terveystarpeeksi potilaalle, koska sairaanhoitaja ei osaa tunnistaa riskikäytön oireita ja antaa tarvittavaa neuvontaa ja ohjausta. Johtuuko tarvittavan lisäkoulutuksen vähyys tai puute organisaatiosta riippuvista tekijöistä vai työntekijöiden omasta aktiivisuudesta osallistua lisäkoulutuksiin? Alkoholin riskikäyttäjien kanssa työskennellessä ammatillinen jatkokoulutus on välttämätöntä (STM; Työterveyslaitos 2006). Lääkärit ovat saaneet vastausten perusteella enemmän koulutusta riskikäyttäjän tunnistamiseen kuin sairaanhoitajat. Lääkäreillä on päihdekoulutusta opetusohjelmassa enemmän. Heillä on esimerkiksi ongelmalähtöistä oppimista pienryhmissä. (Opetusministeriö 2007.)

Sairaanhoitajat tiesivät mini-interventiosta vähemmän kuin lääkärit. Tuloksista ilmenee, että suurin osa sairaanhoitajista tiesi vain vähän mini-interventiosta, suurin osa lääkäreistä tiesi puolestaan melko paljon. Tämä saattaa johtua siitä, että alun perin mini-interventio oli kehitetty perusterveydenhuollon lääkäreiden käyttöön. Sairaanhoitajat eivät ole luultavasti saaneet koulutuksessa tarpeeksi tietoa mini-interventiosta, koska suurin osa vastaajista oli työskennellyt nykyisessä työtehtävässä jo yli kymmenen vuotta. Työterveyslaitoksen ja STM:n hoitosuosituksen (2006) mukaan mini-intervention käytön vähyys johtuu sairaanhoitajien keskuudessa ajan puutteesta, koulutuksen riittämättömyydestä, pelosta loukata asiakasta sekä epäuskosta mini-intervention tehoon. Mini-intervention teho on kuitenkin tutkimuksissa todettu merkittäväksi, ja se on myös edullinen lääketieteellinen keino ehkäistä alkoholista johtuvia

haittoja (Alho ym. 2010, 8 - 37). Ajallisesti mini-interventiossa ei mene paljon aikaa, joten kiireinen työtahti ei ole este mini-intervention käytölle (STM 2008).

Mini-intervention käyttö sairaanhoitajien keskuudessa oli vähäistä. Niin kuin edellä kerroimme, yli puolet sairaanhoitajista tiesi vain vähän mini-interventiosta, mistä seuraa, että sitä ei käytetä säännöllisesti. Lääkärit eivät myöskään käyttäneet mini-interventiota paljon työssään, vaikka heillä oli tulosten mukaan enemmän tietoa siitä. Käytön vähäisyys johtunee myös siitä, että mini-intervention juurtuminen terveydenhuoltoon on ollut oletettua hitaampaa (STM 2008).

Mini-intervention vaikuttavuudesta kysyttäessä sekä sairaanhoitajat että lääkärit vastasivat, että vaikuttavuus on vähäistä. Tämä johtunee siitä, että mini-intervention käyttöä ei hallita. Mini-intervention tehon arviointi ei täten onnistu, koska käyttö on niin vähäistä. Alkoholin riskikäyttöä pystyttäisiin vähentämään paljon, jos mini-intervention käyttö yleistyisi. Tällöin jopa kymmenettuhannet riskikäyttäjät vähentäisivät juomistaan. (Aalto ym. 2007.)

Sairaanhoitajista yhteensä kuusi antoi mini-interventiota aina tai usein, jos Audit-testin pistemäärä ylitti kahdeksan. Merkittävää on kuitenkin, että yli puolet sairaanhoitajista antoi mini-interventiota vain vähän tai ei lainkaan, jos Audit-testi ylitti kahdeksan pistettä. Lääkäreiden vastaukset jakautuivat puolestaan puoliksi. Puolet antoi mini-interventiota aina tai usein ja puolet harvoin tai ei koskaan. Audit-testin perusteella annettu mini-interventio on sen takia vähäistä, koska kaikki eivät käytä Audit-testiä työssään.

Sairaanhoitajien keskuudessa mini-intervention lisäkoulutustarve on erittäin suuri. Kaikki sairaanhoitajat vastasivat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Reilusti yli puolet vastasi tarvitsevansa paljon tai melko paljon lisäkoulutusta. Mini-intervention käyttö on helppo oppia yksinkertaisuutensa vuoksi (STM 2008). Lääkärit kokivat myös tarvitsevansa lisäkoulutusta mini-intervention käyttöön, mutta eivät kuitenkaan niin paljon kuin sairaanhoitajat.

Sosterin päihdepalveluketju on vastaajien mukaan käytössä suurimmassa osassa terveyskeskusten vastaanottoja. Yllättävää vastauksissa oli se, että osa ei tiennyt, onko

heillä käytössä päihdepalveluketju. Jokaisella Sosterin alueen terveyskeskusten vastaanotolla on käytössä päihdepalveluketju: kuitenkin kaksi vastasi, että sitä ei ole.

Sosterin päihdepalveluketju ei ohjaa suurimman osan sairaanhoitajien ja lääkäreiden työtä. Käyttö saattaisi yleistyä, jos päihdepalveluketjua selkeytettäisiin ja yksinkertaistettaisiin. Päihdepalveluketjua voitaisiin käydä läpi esimerkiksi osastotunneilla tai palavereissa, mikä saattaisi osaltaan myös vaikuttaa käytön yleistymiseen.

Terveyskeskusten vastaanottajien sairaanhoitajat ja lääkärit eivät käytä tai käyttävät vähän päihdepalveluketjua päihteiden käytön tunnistamisen apuvälineenä. Päihdepalveluketjusta olisi hyvä olla oma versio terveyskeskusten vastaanotoille, koska terveyskeskusten hoitajat ja lääkärit tapaavat suuren osan väestöstä, joten riskikäytön tunnistamisen tärkeys korostuu. Terveyskeskuksissa asioi vuosittain noin puolet alueen asukkaista, ja se tavoittaa kaikki ikä- ja väestöryhmät. (STM 2008.)

9.2 Tutkimusprosessin analysointia ja jatkotutkimusehdotuksia

Mielenkiintoisen aiheen löytäminen oli alussa haastavaa. Lähestyimme Itä-Savon sairaanhoitopiiriä aiheella, joka koski myös terveyden edistämistä. Saimme takaisin ehdotuksen siitä, olisimmeko kiinnostuneita tekemään opinnäytetyön alkoholin riskikäytön tunnistamisesta terveyskeskusten vastaanotoilla. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta sekä ajankohtaiselta, joten päätimme ottaa aiheen vastaan. Lähdimme etsimään aiheellemme lähdekirjallisuutta, jota löytyi paljon. Haastavinta siinä oli rajata teoria-aineisto. Pidimme ohjausryhmän kanssa tapaamisen, jossa kävimme läpi opinnäytetyömme tutkimusongelmia sekä kyselylomaketta.

Teoreettisen viitekehyksen etsimisen jälkeen lähdimme tekemään tutkimuksen suunnitelmaa sekä alustavaa versiota kyselylomakkeesta. Suunnitelman teko sujui aikataulujen mukaisesti. Keväällä esitetasimme kyselylomakkeen. Kesän jälkeen lähetimme korjatun version kyselylomakkeesta vastaajille Webropolin avulla. Vastaukset takaisin saatuamme lähdimme analysoimaan tuloksia. Tutkimusmenetelmän valinta oli erittäin hyvä tutkimuksellemme muun muassa sen nopeuden ja helppouden vuoksi. Löysimme yhteistä aikaa opinnäytetyön teolle hyvin, vaikka olemme olleet harjoittelussa eri puolilla Suomea. Prosessia edisti myös se, että molemmat olivat yhtä motivoituneita ja sitoutuneita tekemiseen. Opinnäytetyön teimme melkein kokonaan yhdessä, mikä

osoittautui hyväksi vaihtoehdoksi. Näin pystyimme hyvin keskustelemaan asioista, jotka nousivat prosessissa esille sekä pohtimaan niitä yhdessä.

Jatkotutkimuksen voisi tehdä laadullisena. Tutkimuksessa voitaisiin vastata kysymykseen, minkälaista asiakkaiden saama mini-interventio on? Tällöin voitaisiin haastatella terveyskeskusten sairaanhoitajien ja lääkäreiden lisäksi myös asiakkaita. Asiakkailta voisi kysyä heidän kokemuksiaan mini-interventiosta sekä hoitajien ja lääkäreiden suhtautumisesta ongelmaan. Jatkotutkimuksen voisi myös laajentaa muihin sairaanhoitopiireihin, jolloin saataisiin vertailua laajemmassa mittakaavassa. Tällöin voitaisiin vertailla alkoholin riskikäyttäjän tunnistamista ja mini-interventiotietämystä eri sairaanhoitopiirien terveyskeskusten välillä.

Tutkimuksen voisi laajentaa myös sairaalan osastoille, koska alkoholin riskikäyttäjää on paljon myös osastohoidossa. Vaikka hoitoon hakeutumisen pääsy ei olisi alkoholin liikakäytöstä aiheutuvat ongelmat, olisi kuitenkin tärkeää, että sairaanhoitajat ja lääkärit puuttuisivat myös osastohoidossa tähän ongelmaan. Tutkimuksen voisi toteuttaa samantyyllisesti Savonlinnan keskussairaalan osastojen lääkäreille ja sairaanhoitajille, jolloin voitaisiin kartoittaa laajasti erikoissairaanhoidon alkoholin riskikäytön tunnistamista.

LÄHTEET

Aalto, Mauri 2010. Alkoholi ja mielenterveys. Pohjanmaa-hanke. PDF-tiedosto. <http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=630756>. Ei päivitystietoja. Luettu 28.2.2011.

Aalto, Mauri 2001. Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Aalto, Mauri & Kaarne, Tiina 2009. Alkoholi ja työelämä. Duodecim. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98006.pdf>. Päivitetty 7.4.2009. Luettu 2.3.2011.

Aalto, Mauri & Seppä, Kaija 2007. Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveyslehti 3, 14–15 WWW-dokumentti. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/mini-interventio___terveydenhuollon_keino_vahentaa_alkoholihaittoja. Päivitetty 9.3.2007. Luettu 25.11.2011.

Aalto-Setälä, Terhi, Aro, Hillevi, Kestilä, Leena.K, Kestilä, Laura & Suvisaari, Jaana 2007. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö. Suomen lääkärilehti 43, 3979–3986. PDF-tiedosto. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL432007-3979.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 28.2.2011.

Alho, Hannu, Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija 2010a. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alho, Hannu, Malmivaara, Antti & Tarnanen, Kirsi 2010b. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00049>. Päivitetty 14.10.2010. Luettu 22.2.2011.

Alho, Hannu & Seppä, Kaija 2008. Jokainen lääkäri tarvitsee tietoa päihteistä. Suomen Lääkärilehti 17,1591. PDF-dokumentti.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL172008-1591.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.11.2011.

Behm, Minna-Maria 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

European Commission 2010. EU citizens' attitudes towards alcohol. PDF-dokumentti. http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf. Päivitetty 25.2.2010. Luettu 4.2.2010.

Havio, Marjaliisa & Holmberg, Jan 2008. Päihdehoitotyön opetuksen puutteesta tulossa terveystarve. Sairaanhoidaja-lehti, 9. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/paihdehoitotyon_opetuksen_puutte/. Ei päivitystietoja. Luettu 16.2.2012.

Heljälä, Leena, Jurvansuu, Hanna & Kuokkanen, Martti 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Työterveyslaitos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Hillbom, Matti 2011. Neurologiset sairaudet ja alkoholi. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=neurologiset%20sairaudet%20ja%20alkoholi. Päivitetty 30.9.2011. Luettu 4.1.2012.

Hillbom, Matti, Savola, Olli & Puljula, Ossi 2011. Rajuun kertajuomiseen liittyvät traumat. Suomen lääkäri-lehti 21, 1749-1752. PDF-dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL212011-1749.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.12.2011.

Hiltunen, Leena 2008. Kyselytutkimus. Jyväskylän yliopisto. PowerPoint-esitys. Päivitetty 29.4.2008. Luettu 31.3.2011.

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

- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Holmila, Marja 1997. Yhteisö ja interventio. Alkoholihaittojen paikallinen ennaltaehkäisy. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- ICN, WHO & Suomen sairaanhoitajaliitto 2000. Päihhteiden käyttö sairaanhoitajan työn haasteena. Julkaisu, 31-32.
- Ihalainen, Risto, Isometsä, Erkki, Korhonen, Anita & Vuorilehto, Maria 2003. Terveystakeskuspotilaiden masennus, ahdistuneisuus ja alkoholin riskikäyttö. Suomen lääkärilehti, 8, 905-908.
- Inkinen, Maria 2002. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö A-klinikkasäätiössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Inkinen, Maria, Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jokelainen, Kalle & Väkeväinen, Satu 2011. Rajun kertajuomisen aiheuttamat gastroenterologiset ja sisätautiongelmat. Suomen lääkärilehti, 21, 1745-1748. PDF-dokumentti.
<http://www.fimnet.fi/ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL212011-1745.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.12.2011.
- Jyväskylän yliopisto 2012. Koppa. Määrällinen analyysi. WWW-dokumentti.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.3.2012
- Kiiänmaa, Kalervo, Salaspuro, Mikko & Seppä, Kaija 1998. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Kiiianmaa, Kalervo & Salaspuro, Mikko 1993. Alkoholi – Biolääketieteellinen käsikirja. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Koskela-Rautio, Ritva & Pikkarainen, Pekka 2010. Maksakirroosi. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=maksakirroosi. Päivitetty 30.9.2010. Luettu 4.1.2012.

Kumpusalo, Esko, Ahto, Merja, Eskola, Kari, Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka, Kosunen, Elise, Kunnamo, Ilkka & Lohi, Jouni 2005. Yleislääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovarasto. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. Päivitetty 26.8.2010. Luettu 31.3.2011.

KvantiMOTV 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovarasto. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. Päivitetty 2.7.2008.

KvantiMOTV 2004. Graafinen esitys. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovarasto. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kuviot/kuviot.html>. Päivitetty 20.9.2004. Luettu 21.4.2011.

KvantiMOTV 2003. Otos ja otantamenetelmät. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovarasto. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>. Päivitetty 2.9.2003. Luettu 20.4.2011.

Käypä hoito 2011. Alkoholiongelman hoito. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>. Päivitetty 7.2.2011. Luettu 8.3.2011

Laaksonen, Mikko, Lahelma, Eero, Rahkonen, Ossi & Salonsalmi, Aino 2007. Alkoholien käyttötavat ja sairauspoissaolot. Suomen lääkärilehti, 14–15, 1485-1491.

Länsimies-Antikainen, Helena & Pietilä, Anna-Maija 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Julkaisuja. PDF-dokumentti.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0130-8/urn_isbn_978-951-27-0130-8.pdf. Päivitetty 4.6.2008. Luettu 17.1.2012.

Menetelmäopetuksen tietovaranto 2009. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. KvaliMOTTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. PDF-dokumentti.

http://www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 15.1.2012.

Mervaala, Esa & Partanen, Juhani V. 2010. Polyneuropatiat. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Päivitetty 27.9.2010. Luettu 15.12.2011.

Mikkonen, Antti 2007. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen Lääkärilehti, 51-52, 4747-4752.

Mäkelä, Rauno 2005. Masennus. Päihdelinkki. WWW-dokumentti.

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/141-masennus>. Päivitetty 3.2. 2010. Luettu 2.3.2011.

Myllymäki, Kati 2006. Terveyskeskus 2015 –terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 56, 3-33.

Opetushallitus 2011. Tilastollisia menetelmiä. WWW-dokumentti.

<http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/index.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.12.2011.

Opetusministeriö 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämissyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. PDF-dokumentti.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf?lang=fi>
i. Päivitetty 28.2.2007. Luettu 22.11.2011.

Pietarinen, Juhani 1999. Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi. Päivitetty 13.6.2006. Luettu 15.1.2012.

Puolakkainen, Pauli 2010. Krooninen haimatulehdus. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi/ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=krooninen%](http://www.terveysportti.fi/ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=krooninen%20)
n%. Päivitetty 4.8.2010. Luettu 4.1.2012.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti.

<http://www.valvira.fi/files/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202010.pdf>.
Päivitetty 31.1.2011. Luettu 4.2.2010.

Sairaanhoitajaliitto 2010. Päihdehoitotyö. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/paihdehoitoty_o. Ei päivitystietoja. Luettu 21.3.2011

Seppä, Kaija 2010. Potilaan haastattelemine: kymmenen kysymyksen AUDIT. Käypä hoito. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak04610>. 22.3.2010.
Luettu 9.3.2011

Sosteri 2009. Toimintaa ohjaavat arvot. Sosteri vastaanottotoiminta. PowerPointesitys. Ei päivitystietoja. Luettu 16.3.2011.

STM 2006. Vähennä vähäsen – Opas alkoholinkäytön vähentäjille. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4123.pdf&title=Vahenna_vahasen__Opas_alkoholinkayton_vahentajalle__fi.pdf. Päivitetty 10.9.2007. Luettu 14.3.2011.

STM 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf. Päivitetty 28.4.2008. Luettu 14.3.2011.

STM ja Työterveyslaitos 2006. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuositusten yhteenveto. PDF-tiedosto.

http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/B346C821-931B-4D6D-80C8-273AA617D82B/13159/Alkoholi_perusterveydenhuolto_verkko.pdf. Päivitetty 1.10.2008. Luettu 9.3.2011.

THL 2004. Alkoholin haittavaikutuksia. WWW-dokumentti.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/paihteet_ja_riippuvuus/alkoholin_haittavai_kutuksia/?ord=3. Ei päivitystietoja. Luettu 24.2.2011.

THL 2009. Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19/2009. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c5c22bfa-6671-47fc-8d98-6b97af38e3d9>. Päivitetty 15.10.2009. Luettu 18.3.2011

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitleminen. WWW-dokumentti.

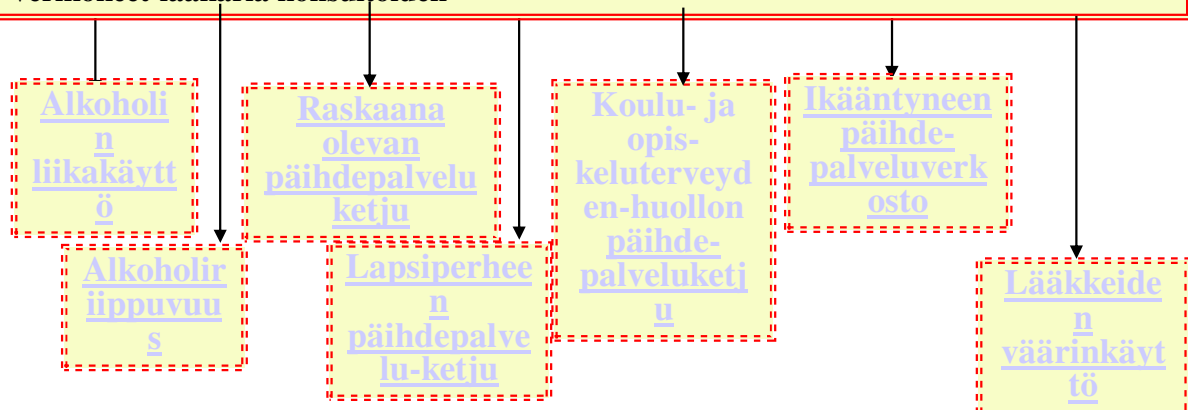
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html. Ei päivitystietoja. Luettu 15.1.2012.

Päihteiden käytön tunnistaminen ja varhainen puuttuminen

Epäily, huoli, tunnistaminen: Itse, perhe tai läheinen, neuvola-, DH-, tk-vastaanotto, tth, sosiaalitoimisto, muu viranomainen, esimies, työyhteisö.

- [Audit](#) (pdf) [Audit](#) (sähköinen) ([yläkoulu](#), [opiskelija-audit](#), R-audit, ikääntyneiden audit),
 - [Alkoholin annosvastaavuudet](#)
 - [Alkoholin riskirajat](#)
- terveydenhuollon työntekijä [Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio -neuvontakortti](#) (sis. viitteitä riskikäytöstä)
- sosiaalitoimen työntekijä [S-apukortti](#)
- A-klinikan konsultointi, Mtvon konsultointi, Jatkohoitoon ohjaus
- Sosterin työntekijän hoitoonohjaus

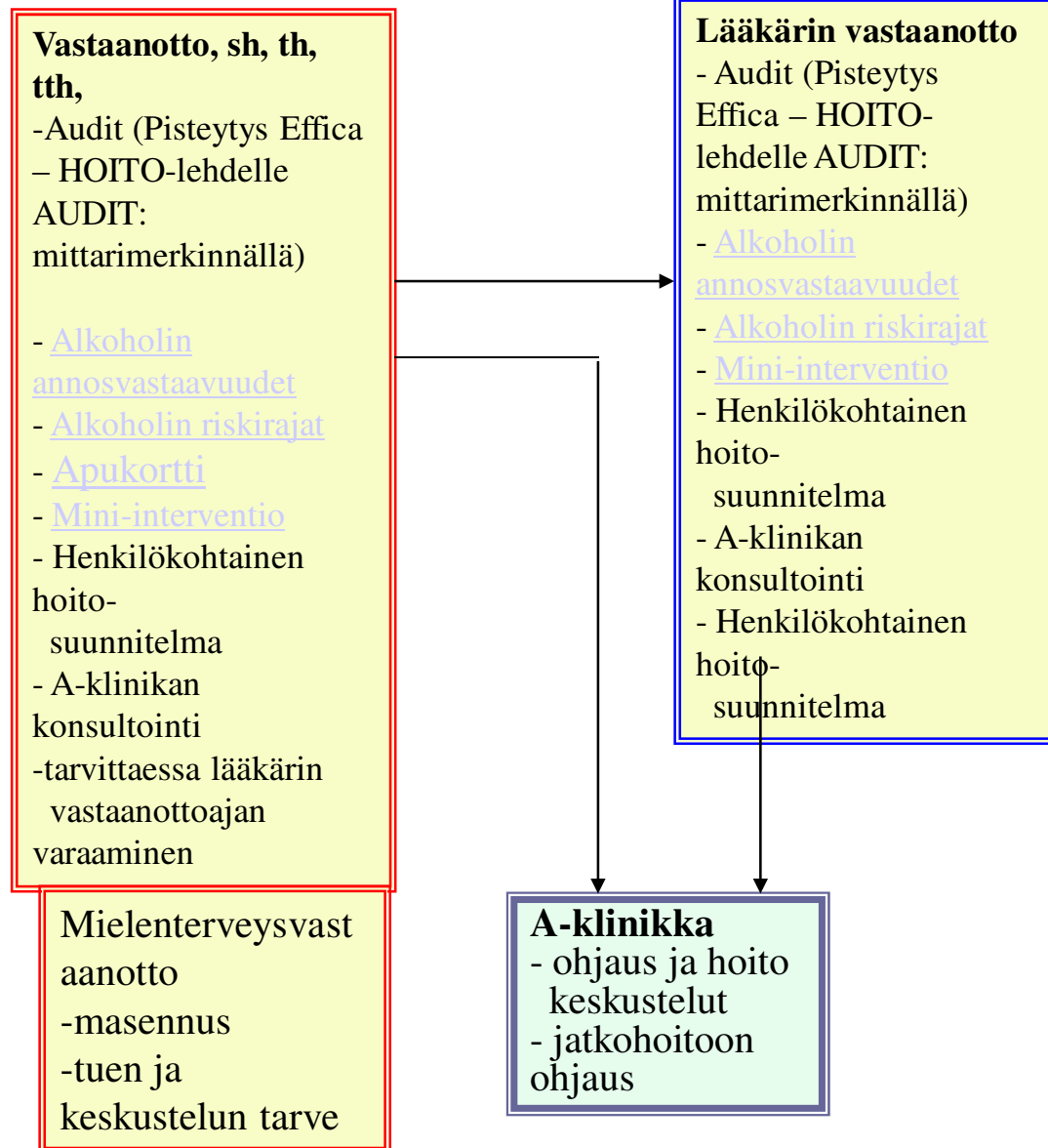
- Puheeksiotto asiakkaan kanssa
 - [Lisätietoa päihteiden käytön tunnistamiseen](#)
- Verikokeet lääkäriä konsultoiden



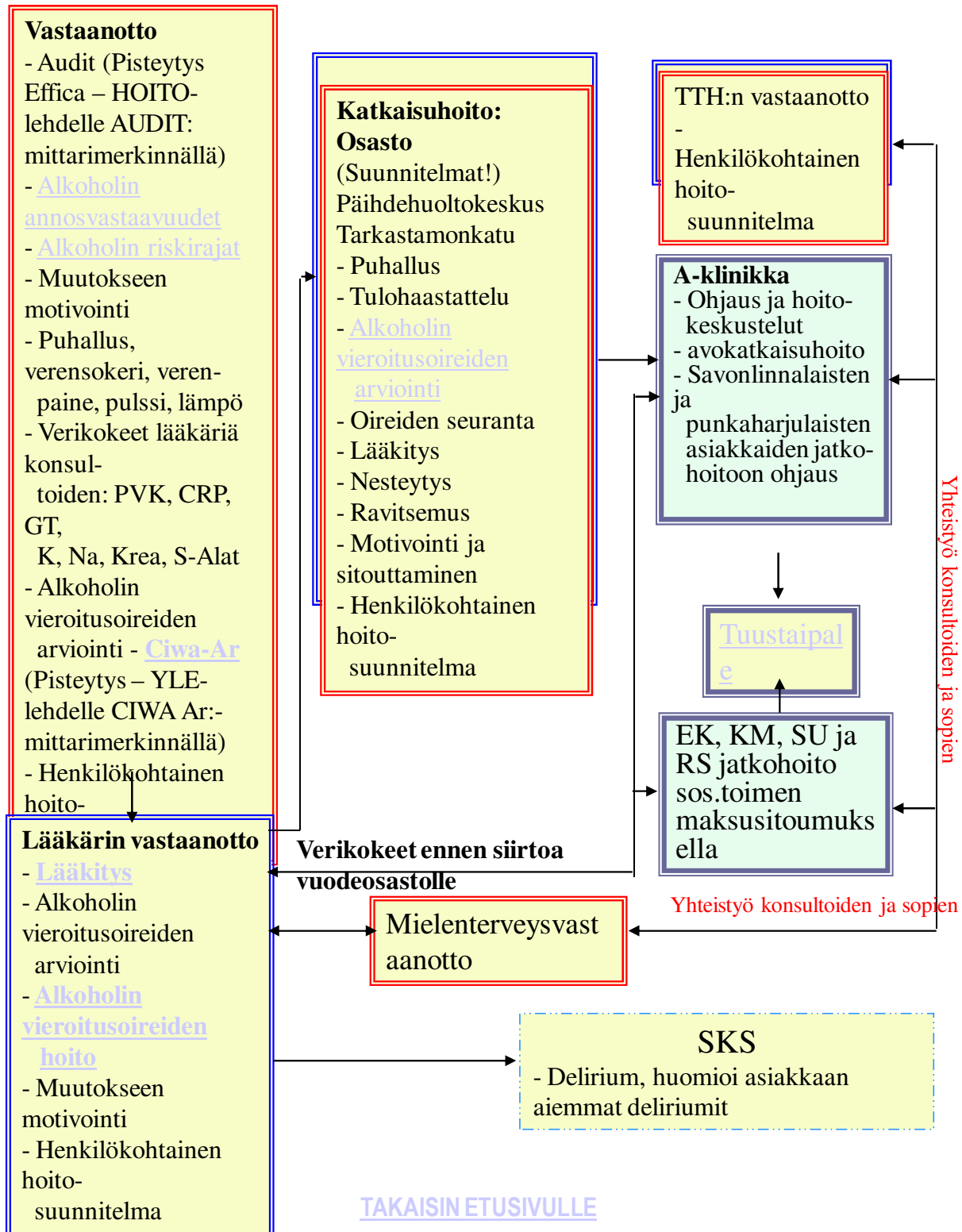
- A-klinikka
- [AA-kerho](#)
 - [Al-anon](#)
 - [A-klinikkasäätiö](#)

- [Päihdepalvelujen laatusuositukset](#)
- [Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma STM, 2009](#)
- [Päihdehuollon hoitojärjestelmät](#)
- [Asiakkaan kohtaaminen](#)

Alkoholin liikakäyttö



Alkoholiriippuvaisen palveluketju



Mikkelin ammattikorkeakoulu

SAATE

Savonniemen kampus
Savonniemenkatu 6
57100 Savonlinna

3.5.2011

Hyvä kyselyyn vastaaja

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita Savonlinnan kampukselta. Teemme opinnäytetyön sairaanhoitajien ja lääkärien alkoholin riskikäyttäjien tunnistamisesta ja mini-intervention käytöstä. Tuotamme opinnäytetyön Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle (Sosteri).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka terveyskeskusten vastaanoton sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention ja kuinka sitä hyödynnetään asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja osana asiakkaan hoidon suunnittelua. Aihe on tärkeä, koska sairastavuus ja kuolleisuus lisääntyvät alkoholin suurkulutuksen myötä.

Tutkimus toteutetaan syyskuun aikana 2011. Lähetämme kyselyn sähköpostin kautta jokaiselle Sosterin alueen terveyskeskusten vastaanottojen sairaanhoitajille ja lääkäreille.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme, että teillä olisi aikaa vastata kyselyyn. Käsittelemme kaikki tiedot luottamuksellisesti. Kyselyyn voitte vastata nimettömästi ja kenenkään henkilöllisyys ei erotu vastauksista.

Opinnäytetyötä ohjaa yliopettaja Leena Uosukainen ja ohjausryhmänämme toimii apulaisosastonhoitaja Minna Gröönroos-Turtiainen, A-klinikan johtaja Tapio Soini ja ylihoitaja Ulla Kemppainen.

Toivomme teidän vastaavan kyselyyn kahden viikon sisällä.

Kiitos osallistumisesta.

Sairanhoitajaopiskelijat Sanna Kiljunen ja Anna-Maija Kyläsorri

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio

KYSELY 2011

TAUSTATIEDOT

1) Ammatti

- lääkäri
- sairaanhoitaja

2) Toimipaikka

- Savonlinnan pääterveysasema
- Sulkavan terveysasema
- Enonkosken terveysasema
- Kerimäen terveysasema
- Punkaharjun terveysasema
- Rantasalmen terveysasema

3) Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työtehtävässä?

- 0-3 vuotta
- 4-6 vuotta
- 7-10
- yli 10 vuotta

ALKOHOLIN RISKIKÄYTÖN TUNNISTAMINEN

4) Kuinka tunnistat alkoholin riskikäyttäjän vastaanotolla? (voitte valita useamman vaihtoehdon)

- fyysisten oireiden perusteella
- psyykkisten oireiden perusteella

- kysymällä suoraan
- havainnoimalla
- käyttämällä AUDIT-testiä
- jollain muulla, millä? _____

5) Oletko saanut koulutusta alkoholin riskikäyttäjän tunnistamiseen?

- Paljon
- Melko paljon
- Vähän
- En ole saanut koulutusta

MINI-INTERVENTIO

6) Kuinka paljon tiedät mini-interventiosta

- Paljon
- Melko paljon
- Vähän
- En yhtään

7) Käytätkö mini-interventiota omassa työssäsi?

- Ainakin kahdesti päivässä
- Kerran päivässä
- 4-6 kertaa viikossa
- 1-3 kertaa viikossa
- 1-3 kertaa kuukaudessa
- Harvemmin tai en koskaan

8) Jos olet käyttänyt mini-interventiota, onko sillä ollut vaikutusta?

- Paljon
- Melko paljon
- Vähän
- Ei lainkaan

9) Jos Audit kyselystä saama pistemäärä ylittää kahdeksan pistettä, annatko mini-interventiota?

- Aina
- Usein
- Harvoin
- En koskaan

10) Tunnetko tarvitsevasi lisäkoulutusta mini-intervention käytössä?

- Paljon
- Melko paljon
- Jonkin verran
- En lainkaan

SOSTERIN PÄIHDEPALVELUKETJU

11) Onko toimipaikassasi käytössä päihdepalveluketju?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

12) Missä määrin päihdepalveluketju ohjaa päivittäistä työtäsi?

- Suuressa määrin
- Jossain määrin
- Hyvin vähän
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa
- Päihdepalveluketjua ei ole käytettävissä

13) Käytätkö päihdepalveluketjua päihteiden käytön tunnistamisen apuvälineenä?

- Paljon
- Melko paljon
- Vähän
- En lainkaan

Tutkimusongelma ja kysymykset

Tutkimuskysymykset	Kyselylomakkeen kysymysten numerot
1. Miten sairaanhoitajat ja lääkärit tunnistavat alkoholin riskikäyttäjiä?	4
2. Onko sairaanhoitajat ja lääkärit saanut riittävästi koulutusta alkoholin riksikäyttäjän tunnustamiseen ja mini-intervention käyttöön?	5,10
3. Kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat mini-intervention?	6
4. Käyttävätkö sairaanhoitajat ja lääkärit mini-interventiota omassa työssään ja kokevatko he olevan sillä vaikutusta?	7,8,9
5. Tuntevatko sairaanhoitajat ja lääkärit Sosterin päihdepalveluketjun ja käyttävätkö he sitä omassa työssään?	11,12,13