



TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN JA ENNALTA EHKÄISE-
VÄN PÄIHDEHOITOTYÖN
KEINOJA SAIRAANHOITAJILLE

Oppimateriaali hoitotyön koulutusohjelmaan

Sonja Uschanov

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

USCHANOV, SONJA: Terveyttä edistävän ja ennalta ehkäisevän päihdehoitotyön keinoja sairaanhoitajalle

Opinnäytetyö 36 s., liitteet 7 s.
Toukokuu 2013

Päihteiden käyttö ja niiden aiheuttamat haitat ovat kasvava ongelma nyky-yhteiskunnassa. Päihdehoidon tarpeeseen tulisi vastata tunnistamalla ja puuttumalla päihteiden käyttöön mahdollisimman varhain ennen ongelmien syntymistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata varhaisvaiheen päihdehoitotyön keinoja ja menetelmiä, ja tuottaa näistä oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintoihin. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä on terveyttä edistävä ja ennalta ehkäisevä päihdehoitotyö sekä mitä päihdetyön menetelmiä sairaanhoitaja voi työssään toteuttaa. Tutkimusmenetelmä oli kirjallisuuskatsaus tuotantoon painottuvassa, toiminnallisessa opinnäytetyössä.

Tutkimustulokset jaoutuivat teoreettiseen viitekehykseen päihteiden käytöstä Suomessa, yhteiskunnallisista linjauksista, ohjelmista ja lainsäädännöstä, palvelujärjestelmästä sekä päihdetyön kokonaisuudesta, ja tuloksiin varhaisen puuttumisen menetelmistä: seulonnasta, neuvonnasta, motivoinnista ja hoitoonohjauksesta. Pyrkimyksenä oli löytää olennainen tieto terveyden edistämisen sekä ennalta ehkäisyn näkökulmasta.

Aiheen laajuuden vuoksi menetelmä oli haastava, mutta tarkka tiivistäminen onnistui. Tuotoksesta laadittiin Power Point –esitys opettajan suullisen luennoinnin tueksi. Tuotoksesta tuli käytännöllinen ja hyödyttävä, joka sisältää ajankohtaista, luotettavaa tietoa valtakunnallisista toimintatavoista ja –käytänteistä. Kehittämisehdotuksia syntyi opiskelijoiden kokemukseen opetuksesta ja sen hyödyntämisestä.

Asiasanat: terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, hoitotyö, päihdetyö, varhainen puuttuminen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

USCHANOV, SONJA: Tools for nurses for health promoting and preventive welfare for intoxicant abusers.

Bachelor's thesis pages 36, appendixes pages 7
May 2013

The use of drugs and the harms and disadvantages caused by them is a growing problem in our modern society. The need of care, and welfare for the intoxicant abusers should be answered as soon as possible, before the problems emerge. The purpose of this thesis is to describe the methods and tools of early intervention in care and welfare of intoxicant abusers, and to produce material that could be used in the basic studies of mental health care and care for the welfare of intoxicant abusers. The beneficiaries of the material would be the students of nursing in Tampere University of Applied Sciences. The aim of the thesis was to find out what is health promoting and preventative care for the intoxicant abusers, and what methods for welfare for the intoxicant abusers a nurse can put into practice. The research method in this production based, functional thesis was a literary overview.

The research results were divided into theoretical framework of drug abusing in Finland, social alignments, programs and legislation, service system and the totality of the care and welfare of the drug abusers, and into results of the early intervention methods: screening, counseling, motivation and referral to treatment. The goal was to find the essential information from the viewpoint of health promoting and preventive care.

Due to the extent of the theme this method was challenging, but in the end accurate densification of the essential information was successful. The output is a Power Point – presentation to support a teachers vocal lecturing. The output is both practical and useful, and it contains up-to-date, reliable information on nationwide methods and tools. There are some suggestions for development on the experience of the students and its capitalization.

Key words: health promotion, prevention, nursing, welfare for intoxicant abusers, early intervention

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.2 Päihteet ja niiden käyttö	8
3.2.1 Ongelmakäyttö ja terveyshaitat	9
3.2.2 Riippuvuus	10
3.3 Päihteet ja yhteiskunta.....	11
3.3.1 Päihdepolitiikka	12
3.3.2 Päihdepalvelujärjestelmä.....	14
3.4 Päihdetyö.....	15
3.4.1 Terveyttä edistävä ja ehkäisevä päihdetyö	16
3.4.2 Korjaava päihdetyö.....	18
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	19
4.1 Kirjallisuuskatsaus tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä	19
4.2 Aineiston keruu	19
5.1 Päihdehoitotyön menetelmiä varhaiseen puuttumiseen.....	22
5.1.1 Havaitseminen, tunnistaminen ja toteaminen	22
5.1.2 Puheeksi otto, neuvonta ja ohjaus	24
5.1.3 Motivointi	26
5.1.4 Hoitoonohjaus.....	28
6 POHDINTA.....	29
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	29
6.2 Johtopäätökset.....	30
6.3 Jatkotutkimusehdotukset	30
LÄHTEET	32
LIITTEET	32

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon peruspalveluiden tulisi vastata päihdepalveluiden tarpeeseen asiakaskontakteissa tunnistamalla päihteiden käyttö ja siihen liittyvät haitat sekä puuttua niihin varhaisessa vaiheessa (Päihdeongelmien ehkäisy... 2007, 23). Sairaanhoitajat kohtaavat määrällisesti ja ajallisesti eniten potilaita terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, ja täten päihdehoitotyön tulee kuulua jokaisen sairaanhoitajan osaamiseen (Havio & Holmberg 2008).

Opetusministeriö on linjannut päihdeongelmien ehkäisy ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintöön (2007:17) minimisisällön päihdetyön koulutuksesta. Koulutuksen tulee sisältää perustiedot päihteistä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista, päihteisiin liittyvästä lainsäädännöstä, päihdetyön palveluverkostosta, päihdetyön perusteista, päihteiden käyttöön puuttumisesta, päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän tunnistamisesta ja kohtaamisesta, varhaisesta puuttumisesta ja sen menetelmistä sekä palvelujärjestelmässä eteenpäin ohjauksesta (Päihdeongelmien ehkäisy... 2007, 1).

Opinnäytetyössäni kuvaan päihdehoitotyön menetelmiä terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisy näkökulmasta. Tarkoituksena on ollut kuvata yleisiä keinoja päihteiden käyttöön puuttumiseen erottelematta alkoholin ja huumeiden käyttöä tai hoitotyön erikoisosaamista. Suositellut, hyväksi havaitut ja tieteellisesti tutkitut menetelmät koskevat aikuisväestöä, enkä käsittele erikseen ikä- tai erityisryhmiä, kuten nuorten, vanhusten tai raskaana olevien päihteiden käyttöä. Opinnäytetyö painottuu tuotokseen, joka on Power Point –esitys. Oppimateriaali on tarkoitettu Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopinnoissa käytettäväksi.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata varhaisvaiheen päihdehoitotyön keinoja ja menetelmiä, ja tuottaa näistä oppimateriaalia hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille.

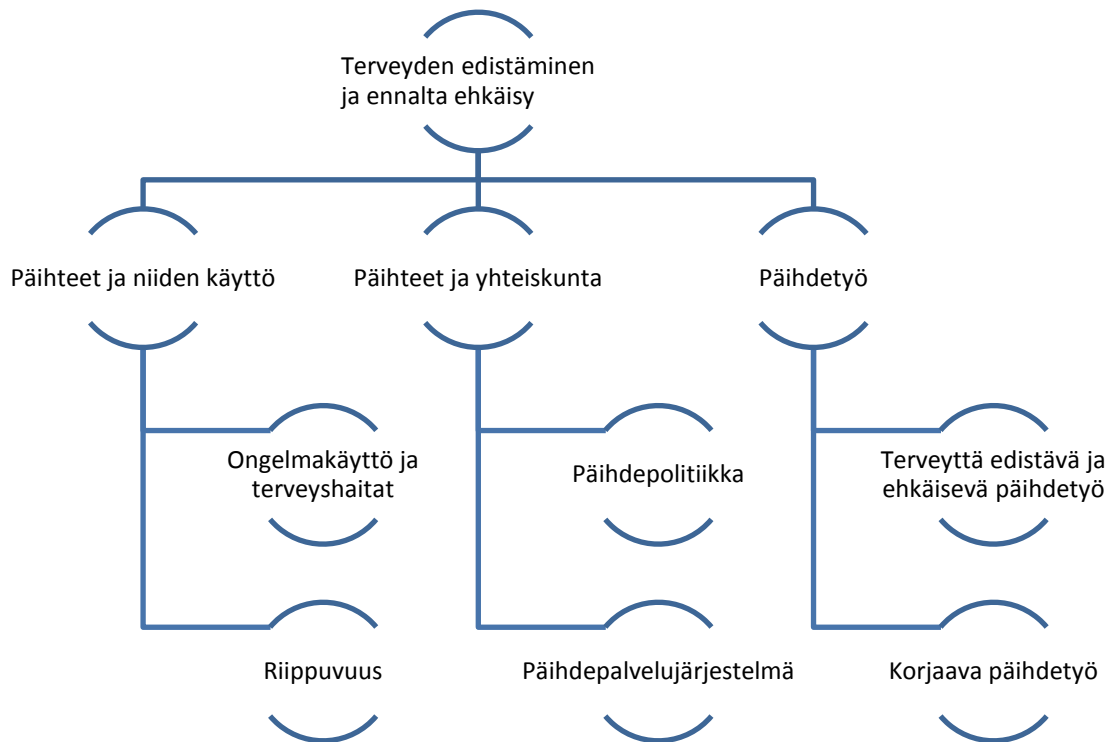
Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää

1. Mitä on terveyttä edistävä ja ennalta ehkäisevä päihdehoitotyö?
2. Mitä päihdetyön menetelmiä sairaanhoitaja voi työssään toteuttaa?
3. Millainen on hyvä oppimateriaali?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa päihteiden käyttöön puuttumisesta terveyttä edistävänä ja ennalta ehkäisevänä toimintana.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettinen viitekehys (kuvio 1.) perustuu tämänhetkiseen katsaukseen päihteiden käytöstä Suomessa, yhteiskunnallisista linjauksista, ohjelmista ja lainsäädännöstä, palvelujärjestelmästä sekä päihdetyön kokonaisuudesta. Pyrkimyksenä on ollut löytää olennainen tieto terveyden edistämisen sekä ennalta ehkäisyn näkökulmasta. Viitekehysten tarkoituksena on perustella miksi sairaanhoitajan on tärkeää toteuttaa varhaisvaiheen päihdehoitotyön menetelmiä perustyössään.



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys

Ehkäisevän työn toteuttaminen edellyttää riittävää tietoa päihteistä, niiden vaikutuksista, käytöstä ja kulttuurista sekä ajankohtaisista valtakunnallisista ohjeistuksista ja hoitomahdollisuuksista. Teoreettiset lähtökohdat on rakennettu opetusministeriön mietinnön 2007:17 mukaan, jossa linjataan päihdetyön koulutuksen minimisisältö sisältämään perustiedot päihteistä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista, päihteisiin liitty-

västä lainsäädännöstä, päihdetyön palveluverkostosta, päihdetyön perusteista sekä päih-
teiden käyttöön puuttumisesta (Päihdeongelmien ehkäisyn... 2007, 1).

3.2 Päihteet ja niiden käyttö

Päihdehuoltolaissa (41/1986) määriteltynä päihde tarkoittaa alkoholijuomaa tai muuta
päihtymystarkoituksessa käytettävää ainetta. Päihde on yleisnimi aineille, jotka aiheut-
tavat päihtymyksen tunteen ja humalatilaa. Alkoholi on laillinen, rajoitetusti sallittu
päihde. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.) Farmakologisesti alkoholi on lamaava lääkeaine
vaikuttaen keskushermostoon huumaamalla ja mielihyvää tuottamalla (Ruokonen 2004,
6). Huumausainelaki (373/2008) määrittelee huumausaineiksi luokitellut aineet. Huu-
mausaineet voidaan jakaa niiden vaikutusten perusteella keskushermostoa kiihottaviin
aineisiin, keskushermostoa lamaaviin aineisiin, hallusinogeenisiin sekä kannabikseen.
Tekniset liottimet luokitellaan erikseen myrkyiksi. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.) Myös
lääkkeitä, kuten esimerkiksi opioideja ja bentsodiatsepiineja käytetään päihtymistarkoi-
tuksessa ja ne aiheuttavat riippuvuutta, mutta niitä käytetään harvoin yksin (Ruokonen
2004, 10). Päihteet vaikuttavat eri tavoin riippuen muun muassa käytetystä aineesta,
käyttötavasta, käyttömäärästä, käytön kestosta ja tiheydestä, käyttöympäristöstä sekä
käyttäjän persoonallisuudesta ja yleisilasta. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.)

Alkoholin käyttö on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana merkittävästi:
Suomen tilastoissa kulutus on 1960-lukuun verrattuna noin nelinkertainen (Alho, Kii-
anmaa & Seppä 2010, 11). Tällä vuosituhannella suurkuluttajien ja heidän juomansa
alkoholin määrä on kasvanut, samoin kulutuksen kasvu on ollut yhteydessä alkoholin
käyttöön liittyvien haittojen kasvuun. Huumeiden käyttö ja kokeilu kasvoi 1990-lukuun
asti, jonka jälkeen kasvu tasoittui, mutta on jälleen viime aikoina ollut kasvussa. Noin
17 % 16-69-vuotiaista oli joskus kokeillut jotain laitonta huumetta vuoden 2010 väes-
tökyselyn mukaan. Huumekokeilut ovat nykyään yleinen ilmiö etenkin nuorten keskuu-
dessa, painottuen 25-34-vuotiaiden ikäryhmään. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011,
16, 25). Vuoden 2005 arvion mukaan Suomen 15-64-vuotiaasta väestöstä huumausai-
neiden ongelmakäyttäjää oli noin 0,6-0,7 % (Knuuti ym. 2011, 28). Viimeaikaisissa
huumeiden ongelmakäyttäjää, huumekuolemia ja huumerattijuoppoutta koskevissa tut-
kimuksissa on noussut esiin myös huumausaineiden, alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö

(Hakkarainen, Metso & Salasuo 2011, 397). Suomessa sekakäyttö on tyypillistä huumausaineiden ongelmakäyttäjille, 62 % huumehoidon asiakkaista arvioidaan käyttävän ainakin kolmea päihdettä samanaikaisesti (Valtioneuvoston periaatepäätös huumausaineiden toimenpideohjelmasta... 2012, 11).

3.2.1 Ongelmakäyttö ja terveyshaitat

Alkoholi lisää monien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen riskejä annosriippuvaisessa suhteessa: mitä suurempi kulutus, sitä suuremmat riskit (Seppä 2006, 6). Alkoholin suurkulutus voidaan jaotella kolmeen eri ryhmään: varhaiseen riskikulutukseen, jolloin kulutus ylittää riskirajat, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole; haitalliseen käyttöön, jolloin merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja on todettavissa, mutta ei riippuvuutta; sekä alkoholiriippuvuuteen, joka on oireyhtymä piirteinään juomishimo, vieroitusoireet, toleranssi ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta (Seppä 2008, 16). Alkoholin riskikäyttö ylittää suurkulutuksen rajat ja sen vaarana on alkoholin käytöstä aiheutuvat terveyshaitat. Suomessa suurkulutuksen rajana pidetään miehillä vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai vähintään seitsemää annosta kerralla ja naisilla vähintään 16 alkoholiannosta viikossa tai vähintään viittä annosta kerralla. Suurkulutuksen rajat ovat ohjeellisia ja niitä voidaan käyttää apuvälineenä arvioitaessa yksilöllistä alkoholin kulutusta. Arviointi voi tuoda huomattavaa terveyshyötyä, koska riskikäyttöön ei vielä liity riippuvuutta ja siten juomista on mahdollista haluttaessa vähentää. Riskikäytön jatkuessa ilmenee selvästi määriteltäviä ja tunnistettavia alkoholin aiheuttamia haittoja. Haitallisesta käytöstä on kyse, kun haittojen ilmettyä alkoholin käyttöä ei vähennetä siinä määrin, että haitat häviäisivät. Toisin kuin riskikäyttö, haitallinen käyttö on määritelty Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organisation) ICD-10 – tautiluokituksessa. (Aalto ym. 2009, 12–13.)

Alkoholin käyttö on yhteydessä ainakin kuuteenkymmeneen eri sairauteen ja runsas käyttö aiheuttaa vakavia terveysongelmia niin lyhyt- kuin pitkäaikaisen käytön seurauksena. Alkoholisairaus tarkoittaa runsaan alkoholinkäytön aiheuttamaa sairautta, kuten esimerkiksi alkoholiriippuvuutta, alkoholimyrkytystä, alkoholipsykoosia, alkoholimaksasairautta ja alkoholihaimatulehdusta. Lisäksi erilaisia neurologisia ja psykiatrisia sairauksia, syöpiä, veri- ja sydänsairauksia, hormoni- ja ravitsemushäiriöitä sekä sikiövau-

rioita aiheutuu runsaan alkoholin käytön seurauksena. Vuoden 2010 tilastojen mukaan alkoholisairaudet ja alkoholimyrkytykset olivat työikäisten miesten yleisin ja naisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Arviolta kuusi prosenttia kaikista kuolemista liittyy alkoholin käyttöön. Alkoholi on osasyynä myös useissa tapaturmissa, ja merkittävänä osana tapaturmaisissa ja väkivaltaisissa kuolemantapauksissa. (Huttunen 2012.)

Huumeiden käyttö luokitellaan usein joko kokeilukäytöksi, satunnaiskäytöksi tai ongelmakäytöksi ja nykyisin puhutaan myös viihdekäytöstä. Ongelmakäyttö luokitellaan niin sanotusti kovien huumeiden eli opiaattien, amfetamiinin tai kokaiinin pitkäaikaiseksi tai suonensisäiseksi käytöksi. Käyttäjryhmien, käyttötapojen ja käytettävien aineiden erilaisuuden vuoksi myös vaikutukset ja riskit eroavat toisistaan, eikä täten huumeista voida puhua yhtenä kokonaisuutena. (Böström ym. 2008). Huumeiden käytön haittoja ja ei-toivottuja vaikutuksia on aineesta ja määrästä riippuen hyvin suuri kirjo. Esimerkiksi psykoosit, unettomuus, ruokahaluttomuus, dysforia, masentuneisuus, ahdistuneisuus, huomattava toleranssi, delirium eli sekavuustila, seksuaalisen toiminnan häiriöt, muistihäiriöt sekä kognitiivisten toimintojen häiriöt ja erilaiset myrkytystilat ovat yleisiä keskushermostostimulanttien, opioidien, bentsodiatsepiinien ja muiden rauhoittavien, unilääkkeiden sekä kannabiksen käytön yhteydessä (Heinälä, Kuoppasalmi & Lönnqvist 2011, 439–454).

3.2.2 Riippuvuus

Päihderiippuvuudelle on ominaista päihteen jatkuva, toistuva tai pakonomainen käyttö aiheutuvista haitoista huolimatta. Fyysinen riippuvuus tarkoittaa kohonnuttua kykyä sietää päihdettä eli toleranssia tai käytön lopettamisen jälkeen alkavia eriasteisia vieroitusoireita, jotka ovatkin usein syy jatkaa päihteen käyttöä. Psykkisestä riippuvuudesta on kyse silloin, kun merkittävää toleranssia tai vieroitusoireita ei ilmene, vaan päihde tuottaa hyvää oloa ja muita toivottuja vaikutuksia. (Huttunen 2011.)

Suomessa on noudatettu WHO:n ICD-10 – tautiluokituksen diagnostisia kriteerejä vuodesta 1996, joissa päihderiippuvuus kuuluu mielenterveyshäiriöiden ryhmään. (Dahl & Hirschovits 2002, 264–265.) Riippuvuuden diagnoosi vaatii todettavaksi vähintään kolme seuraavista kuudesta kriteeristä yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai tois-

tuvasti viimeisen vuoden aikana: voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta; heikentynyt kyky kontrolloida aloittamista ja lopettamista sekä käyttöannoksia; vieroitusoireyhtymä aineen käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä; osoitus sietokyvyn kasvusta; keskittyminen käyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu käyttöön ja vaikutuksista toipumiseen; aineen jatkuva käyttö haitoista huolimatta (Alkoholin ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit 2010).

3.3 Päihteet ja yhteiskunta

Päihteiden asema ja arvostus vaihtelee kulttuurista ja ajasta toiseen. Asemaan vaikuttaa muun muassa käytön hyväksyttävyys, normit, päihteiden tuotanto sekä sosiaaliset rakenteet ja päihteiden kiinnittyminen sosiaaliseen elämään. (Ahlström 2003, 22.) Esimerkiksi alkoholin käyttötavat vaihtelevat maittain pääasiassa päihdyttävänä aineena käytettävästä ruokajuomana käytettävään. Täten myös kulutuksen muutokset vaihtelevat kulttuurista toiseen. (Karlsson 2009, 10.) Päihteiden käytöllä on pitkä historia eri kulttuureissa. Päihteitä on käytetty parantamiseen, tuonpuoleisen yhteyksin tavoitteluun sekä vahvistamaan uskonnollisia riittejä. Nykyaikainen sosiaalinen päihteiden käyttö on yleinen käyttömuoto länsimaissa. (Havio, Inkinen, Partanen 2009, 93.) Suomen alkoholin kokonaiskulutus on eurooppalaisessa vertailussa ylempää keskitasoa. Vuoden 2007 tilastoidun kokonaiskulutuksen määrä sata prosenttisena alkoholina oli Suomessa asukasta kohden 10,5 litraa. Suomalaisessa kulttuurissa humala on vakiintunut sosiaaliseen kanssakäymiseen ja suurin osa kulutuksesta keskittyy viikonloppuihin runsaana ja humalahakuisena juomisena. Humalahakuinen juominen on yleisintä 15–29-vuotiaiden keskuudessa. (Karlsson 2009, 13–19.)

Lisääntynyt päihteiden käyttö ei kuormita vain päihdetyön palveluita vaan koko palvelujärjestelmää lisääntyneinä sosiaalisina, terveydellisinä ja turvallisuuteen vaikuttavina tekijöinä (Ehkäisy ja hoito... 2007, 7). Esimerkiksi vuonna 2010 tilastoitiin liikennejuopumusrikoksia yhteensä 22 945, päihtyneiden säilöönottoja 78 641, väkivaltarikoksia 33 500, huumausainerikoksia 19 653 ja alkoholilainsäädäntöä vastaan tehtyjä rikoksia 4 053 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 92–96).

3.3.1 Päihdepolitiikka Suomessa

Suomen alkoholipolitiikkaa ohjaa vuoden 2003 valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista (Karlsson 2009, 38). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä todetaan alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisyn ja vähentämisen olevan ensisijainen tavoite kaikilla hallinnon aloilla (Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista 2003). Alkoholiohjelman ensimmäisen 2004–2007 ja toisen 2008–2011 ohjelmakauden tehtävänä on ollut toteuttaa periaatepäätöksen tavoitteita: vähentää merkittävästi alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille, vähentää riskikäyttöä ja sen tuomia haittoja sekä kääntää alkoholin kokonaiskulutus laskuun (Karlsson 2009, 38).

Suomen huumausainepolitiikka noudattaa Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa ja pyrkii niiden mukaisesti ehkäisemään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähentämään huumausaineiden aiheuttamia haittoja, mahdollistamaan huumeongelmaisten varhaisen hoidon sekä saattamaan laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on koordinaatiovastuu huumausainepolitiikasta ja siihen liittyvistä toimenpiteistä. (Knuuti ym. 2011, 23.) Sosiaali- ja terveysministeriön johtama kansallinen huumausainepolitiikan koordinaatioryhmä on valmistellut toimenpideohjelman huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015, jonka toimenpiteet liittyvät muun muassa ehkäisevään työhön, varhaiseen puuttumiseen, rikollisuuden torjuntaan, riippuvuuden hoitoon, haittojen vähentämiseen, hoidon tehostamiseen rikosseuraamusten yhteydessä, EU:n huumausainepolitiikkaan ja kansainväliseen yhteistyöhön, tiedonkeruuseen ja tutkimukseen sekä huumausainepolitiikan koordinaatioon. Tavoitteena on tehostaa toimia alkoholin, tupakan, huumausaineiden ja rahapeliongelmien aiheuttamien haittojen vähentämiseksi, arvioida huumausainelainsäädännön kehittämistarpeita, lisätä matalan kynnyksen palveluja, neuvontaa ja etsivää työtä, tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta sekä lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon vankeuden aikana. (Valtioneuvoston periaatepäätös huumausaineiden toimenpideohjelmasta... 2012, 3-9.)

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee päihdetyön tarkoituksen vahvistamaan päihhteettömyyttä ja vähentämään sekä poistamaan terveyttä ja turvallisuutta vaa-

rantavia tekijöitä. Lain tarkoittamaan päihdetyöhön kuuluu niin ikään terveydenhuollon palveluiden toteuttama ohjaus ja neuvonta kuin sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelutkin. Päihdehuoltolain (41/1986) tarkoituksena on päihdeiden käytön sekä sen aiheuttamien haittojen ehkäisy ja vähentäminen. Laki tavoittelee myös käyttäjän ja hänen läheisensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistämistä. Päihdehuoltolaki asettaa kunnan vastaamaan päihdehuollon toteuttamisesta ja järjestämisestä sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Myös raittiustyölain (828/1982) mukaan raittiustyö, sen edistäminen, toimeenpano ja seuranta, ovat ensisijaisesti kunnan vastuulla. Raittiustyöasetus (233/1983) määrittelee tarkemmin edellä mainittujen lisäksi kunnan tehtäviksi raittiustyön suunnitelman, valistus-, koulutus- ja tiedotustoiminnan sekä yhteistyön käytön ja haittojen ennalta ehkäisemiseksi. Alkoholilaki (1143/1994) ja huumeausainelaki (373/2008) ovat osaltaan myös ehkäisemässä käytön ja haittojen ehkäisyä ohjaamalla kulutusta ja mainontaa sekä säätelemällä tuontia, vientiä, valmistusta, levittämistä, hallussapitoa ja kuljetusta. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) velvoitetaan kuntaa toimimaan myös sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja epäkohtien poistamiseksi päihdehuoltoon kuuluvien palveluiden järjestämisen lisäksi.

Käypä Hoito – suositukset alkoholi- ja huumeongelman hoidosta on tarkoitettu sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon henkilöstölle, mutta myös päihdehuollon erityispalveluissa, sosiaalihuollossa ja päihdealan järjestöissä käytettäväksi. Alkoholiongelman hoidosuosituksen tavoitteena on parantaa ja selkeyttää hoitoa, lisätä tietoa ja vaikuttaa asenteisiin pääpainonaan ongelmien ehkäisy. Huumeongelman hoidosuosituksen tavoitteena on niin ikään selkeyttää hoitoa ja vaikuttaa asenteisiin, mutta myös parantaa moniammatillista yhteistyötä ja edistää verkostoitumista. Suosituksissa paneudutaan ongelmien epidemiologiaan, terveyshaittoihin, toteamiseen ja hoitamiseen, hoito- ja kuntoutusjärjestelmiin sekä muutamiin erityiskysymyksiin. (Alkoholiongelman hoito 2011; Huumeongelman hoito 2012.)

Laatusuositukset on tehty auttamaan tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämistä, suunnittelua ja arviointia sekä toimimaan näiden perusteina. Terveiden edistämisen laatusuosituksen tavoitteena on nostaa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toiminnan painoalueeksi muun muassa suuntaamalla voimavaroja ehkäisevään työhön. (Terveiden edistämisen laatusuositus 2006, 3-4.) Päihdepalvelujen laatusuositukset antavat kunnille yleisiä suuntaviivoja laadukkaiden päihdepalvelujen suunnitteluun, järjestämiseen ja

kehittämiseen. Laatusuosituksen lähtökohdat tähtäävät tarpeenmukaiseen ja oikea-aikaiseen hoitoon, mahdollisimman varhaiseen ja aktiiviseen tuen, tiedon ja avun tarjoamiseen. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 15.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Mieli 2009–2015 linjaa ensimmäistä kertaa valtakunnallisella tasolla mielenterveys- ja päihdetyötä, keskeisiä periaatteita ja painotuksia. Suunnitelma painottaa päihdeettömyyden edistämisen, ongelmien ehkäisyn ja hoidon sekä palvelujen järjestämisen näkökulmia. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 5.) Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma – Kaste 2012–2015 tukee päihdepalvelujen kehittämistä, paikallista päihdepolitiikkaa, päihdehaittojen ehkäisyä sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tavoitellessaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumista sekä rakenteiden ja palvelujen asiakasläh- töistä järjestämistä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma.. 2012, 4, 21).

3.3.2 Päihdepalvelujärjestelmä Suomessa

Päihdehoitoa toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, mutta päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat enimmäkseen sosiaalihuollon puolelle. Nykyään päihdeon- gelmaisia pyritään hoitamaan perusterveydenhuollossa avohoitopainotteisesti erikoissai- raanhoidon ja päihdehuollon erityispalveluiden sijaan. Hoitotyön painopistettä yritetään siirtää hoidosta hyvinvoinnin edistämiseen, ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumi- seen. (Knuuti ym. 2011, 67–69.) Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuoteen 2015 korostetaan perus- ja lähipalveluiden asemaa ongelmien yleisyyden vuok- si. Peruspalveluiden tehtäviksi on suunnitelmassa määritelty päihdeongelmien tunnistami- nen, varhaisen tuen antaminen, peruskatkaisuhoito sekä pitkäaikainen jatkohoito. Suunnitelmassa painotetaan palveluihin pääsyn tapahtuvan matalakynnyksisesti ja yh- den oven periaatteella. (Aalto ym. 2009, 62.) Matalan kynnyksen palveluiden tarkoituk- sena on, että hoitoon voi hakeutua helposti ja seuraamuksia pelkäämättä (Knuuti ym. 2011, 74).

Päihdepalvelujärjestelmään kuuluu terveyskeskusten, työterveyshuollon, koulu- ja opis- kelijahuollon ja mielenterveys- ja sosiaalitoimistojen avomuotoiset palvelut, sairaaloi-

den ja asumispalveluiden laitosmuotoiset palvelut sekä A-klinikoiden, nuorisoasemien, päihdepysäkkien, terveysneuvontapisteiden ja päiväkeskusten avohoitomuotoiset päihdehuollon erityispalvelut sekä katkaisuhoidoasemien, kuntoutuslaitosten ja asumispalveluiden päihdehuollon laitospalvelut (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 20). Hoitojärjestelmä perustuu vapaaehtoisuuteen, ja tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan vain psykoottisten tilojen yhteydessä, väkivaltaisuuden perusteella tai henkeä uhkaavan sairauden hoitoa varten (Heinälä, Kuoppasalmi & Lönnqvist 2011, 464).

Päihdetapauslaskennassa vuonna 2007 havaittiin vuorokauden aikana yli 12 000 päihdetapausta sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä (Karlsson 2009, 30). Hoitojaksoja vuonna 2010, joissa alkoholisairaus on ollut pää- tai sivusairautena tilastoitiin 33 568, ja hoitojaksoja, joissa huumesairaus on ollut pää- tai sivusairautena 9 599. Päihdesairauksien hoitojaksoja vuonna 2010 on tilastoitu alkoholin vuoksi 22 889, huumeaineiden vuoksi 1 423 sekä lääkaineiden ja muiden vuoksi 5 044. Alkoholisairauksien asiakkuuksia tilastoitiin 14 034 ja huumesairauksien 5 149. Päihdehuollon laitoksissa hoidettiin 10 160 asiakasta vuoden 2010 aikana. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 100–108.)

3.4 Päihdetyö

Päihdetyössä päihteitä käsitellään kokonaisuutena erottelematta huumeita, alkoholia, tupakointia ja muita riippuvuuksia (Knuuti ym. 2011, 50). Päihdetyöllä tarkoitetaan ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön kokonaisuutta (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 11). Ne ovat keskenään vuorovaikutuksessa muodostaen jatkumon eikä niitä voi erottaa toisistaan (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 9). Päihdetyö ei koske vain sosiaali- ja terveydenhuoltoa, vaan sitä tehdään myös oppilaitoksissa, kulttuuri- ja vapaaajan toiminnassa, yhdyskuntasuunnittelussa, elinkeinoelämässä sekä järjestöissä ja kolmannen sektorin toiminnoissa (Ehkäisy ja hoito... 2007, 5). Järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on keskeinen rooli päihdetyön toteuttamisessa, muun muassa lisäämällä keskustelua ja tietoa päihteiden käytöstä, vaikuttamalla asenteisiin, organisoimalla vertaistukitoimintaa sekä järjestämällä jälkihoitoa (Knuuti ym. 2011, 51). Hoitotyön osa-alueena päihdehoitotyö – käsite, niin sanottu sairaanhoitajien päihdetyö tarkoittaa juuri hoitotyön keinoin toteutettavaa terveyden edistämistä päihteiden käyttöön ja riippuvuuteen liittyen: päihteiden käytön ja päihdehaittojen ehkäisyä sekä päihteistä

riippuvaisten yksilöiden ja perheiden hoitoa ja kuntoutusta (Inkinen 2004, 10). Ehkäisevä päihdetyö – käsite mielletään usein epämääräiseksi, jonkun muun alueelle kuuluvaksi toiminnaksi ja korjaavan päihdetyön ajatellaan vaativan erityisosaamista ja asiaan erikoistumista (Ehkäisy ja hoito... 2007, 5). Päihdehoitotyössä pyritään hoitotyön keinoin edistämään terveyttä, ehkäisemään päihteiden käyttöä, vähentämään haittoja ja riskejä sekä hoitamaan ja kuntouttamaan päihderiippuvaisia ja käytöstä aiheutuneita sairauksia. Hoitotyö tarkastelee päihteiden käyttöä osana terveyskäyttäytymistä vaikuttamalla päihteiden käyttöön terveysneuvonnalla ja muutosta tukemalla itsearviointin ja hallinnan menetelmillä. (Behm 2005, 20–21.)

3.4.1 Terveyttä edistävä ja ehkäisevä päihdetyö

Terveyden edistäminen on tukemista, hyvinvoinnin ja omatoimisuuden lisäämistä ja mahdollistamista. Terveyttä edistävään päihdetyöhön, kuten terveyden edistämiseen yleensäkin, kuuluu terveystkasvatus, terveystneuvonta, haittojen ja sairauksien ehkäisy sekä terveystriskien vähentäminen. Terveyttä edistävän ja ehkäisevän päihdetyön huomio keskittyy erityisesti yksilöllisiin voimavaroihin ja terveystkäyttäytymiseen, tietoon, arvoihin, motivaatioon, kykyyn ja haluun toimia terveyttä edistävästi ja ylläpitävästi. Terveyden edistäminen kokonaisuudessaan kuuluu myös perusterveydenhuollon tehtävälueeseen ja erikoissairaanhoidon kokonaisvaltaisuuden osaksi edellyttäen moniammatillisuutta ja verkostoivaa työtettä. Terveyttävä edistävä päihdetyö on ennen kaikkea päihteiden käytön puheeksi ottamista niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 104–105, 117.)

Ehkäisevässä päihdetyössä on käytetty pitkään WHO:n kansanterveyslähtöistä jaottelua primaari-, sekundaari- ja tertiäriehkäisyyn. Ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön jakautuva päihdetyön määritelmä on otettu käyttöön 2000-luvulla. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 108.) Ehkäisevä päihdetyö on laaja-alaista yhteistyötä päihdeettömyyden edistämiseksi sekä päihteiden tuomien haittojen vähentämiseksi (Ehkäisy ja hoito... 2007, 6). Ehkäisevän päihdetyön pyrkimyksenä on vaikuttaa päihdeitä koskeviin tietoihin, taitoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käyttöön ja käyttötapoihin. Toiminta kohdentuu sekä yhteiskuntaan ja paikallisyhteisöön että lähisuhteisiin ja yksilöön. Ehkäisevän päihdehoitotyön

tärkein tavoite on auttaa tunnistamaan riskejä ja varhaisia haittoja sekä ehkäistä niitä ajoissa. Hoitotyön keinona on tarkastella terveystyöskäytymistä, päihteiden käyttöä ja sen riskejä. Päihteiden käytön puheeksi ottaminen, tilanteen selvittäminen, neuvonnan tarjoaminen, tilanteen tiedostamisen auttaminen sekä vastuun ottamisen motivoiminen ovat osa terveysneuvontaa ja muutoksen sekä itsehoidon tukemista. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 109, 120.)

Yleinen ehkäisy kohdistuu koko väestöön tai väestöryhmään ja sen tavoitteena on koko väestön päihteiden käytön aloittamisen ehkäiseminen tai myöhentäminen (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 109). Käytännössä yleisen ehkäisyn pyrkimys on vähentää päihteiden käyttöä, joko ensisijaisena pyrkimyksenä raittius ja päihteettömyys tai pyrkimys vähentää kohderyhmän päihteidenkäyttöä (Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit 2006, 22). Riskiehkäisy taas sijoittuu ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön rajapinnalle ja sen tavoitteena on puuttua mahdollisimman varhain ilmenneisiin päihdeongelmiin (Ehkäisy ja hoito... 2007, 11). Riskiehkäisy kohdentuu todennäköisen riskin perusteella ja sen toimintana on varhainen puuttuminen ongelmakäyttöä ennustaviin riskitekijöihin, haitalliseen päihteiden käyttöön tai ongelmakäyttöön. Riskiehkäisy pyrkii vaikuttamaan suurkulutukseen, riskikäyttöön tai varhaisiin päihdehaittoihin, jolloin riippuvuutta ei kuitenkaan vielä ole kehittynyt ja päihteidenkäyttäjällä riittää vielä voimavaroja muutokseen (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 109, 119).

Huumausaineriippuvuuden suhteen riskiehkäisy pyrkii ensisijaisesti käytön ja haittojen vähentämiseen ottamalla puheeksi kokemukset, motiivit, vaikutukset ja riskit (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 125). Terveysneuvonta, korvaushoito-ohjelmat sekä neulojen ja ruiskujen vaihtamismahdollisuus ovat tunnetuimpia huumehaittojen vähentämisen tapoja (Knuuti ym. 2011, 100). Ehkäisy voi liittyä huumeiden käyttöön tarkoituksena estää satunnaiskäytön muuttuminen säännöllisemmäksi tai käyttötappoihin pyrkimyksenä veriteitse leviävien tartuntojen ehkäisy, yliannostusriskin vähentäminen ja elämäntilanteen tasapainottaminen. Huumausaineiden käytön haittojen vähentämisessä monipuoliset ja matalakynnyksiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat avainasemassa. (Aalto ym. 2009, 26–27.)

3.4.2 Korjaava päihdetyö

Korjaava päihdetyö, kuten ehkäiseväkin, kuuluu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä päihdehuollon erityispalveluiden ydinosaamiseen (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 9). Myös korjaava päihdetyö on osin riskiehkäisyä, koska sillä pyritään ehkäisemään tai vähentämään ensihaittoja, varhaisvaiheen haittoja sekä riippuvuushaittoja (Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit 2006, 23). Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut, kuten perusterveydenhuolto, lastensuojelu, sosiaalipalvelut, mielenterveyspalvelut, työterveyshuolto, neuvolatyö, kotisairaanhoido, terveyskeskuksen vuodeosastot sekä erikoissairaanhoidon poliklinikat ja vuodeosastot, ovat tärkeitä lähipalveluja päihdeongelmien hoidossa, ja myös näissä tarvitaan riittävää osaamista esimerkiksi päihdeongelmien tunnistamiseen, akuuttien palvelujen tarjoamiseen, päihdehuollon erityispalvelujen arvioimiseen, motivointiin ja päihdehoitoon ohjaukseen sekä jatkohoitoon ja päihdekuntoutukseen osallistumiseen (Ehkäisy ja hoito... 2007, 12). Korjaava päihdetyö on päihteen käytöstä aiheutuneiden akuuttien ja pitkäaikaisten haittojen hoitamista ja lievittämistä, perustarpeiden turvaamista sekä katkaisuhoidon ja vieroitusoireiden hoitoa (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 126). Päihdehuollon erityispalvelujen tehtäviä ovat muun muassa päihdeongelman ja hoidontarpeen arviointi, terapeuttinen hoito, katkaisuhoido ja kuntoutus, jälkikuntoutus, asumispalvelut ja päivätoiminta (Ehkäisy ja hoito... 2007, 12).

Huumeiden käyttäjien julkinen hoito korostaa hoitoon pääsyn tarvetta, haitallisen päihdekäytön ja käyttöön liittyvien riskien, kuten verenmyrkytysten ja yliannostuksien, vähentämistä ja eliniän pidentämistä. Terveystenhoidon ensisijainen painopiste huumeongelman hoidossa on vähentää haittoja riskien minimoimisella. Intervention tulisi suoraan osoittaa ja kohentaa ongelmakäytön negatiivisia seurauksia sisältäen lääketieteellisen vaihtoehtoisen lääke- tai katkaisuhoidon, psykososiaalisen neuvonnan ja muutokseen tukemisen sekä haittojen minimoimisen puhtaiden neulojen vaihdolla, tartuntatauti- ja rokoteohjelmilla. (Bevan 2009.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä

Opinnäytetyöni painottuu Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille suunnattuun mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopinnoissa käytettävään oppimateriaaliin. Opinnäytetyö on kaksiosainen kokonaisuus sisältäen toiminnallisen osuuden eli tuotoksen, joka on oppimateriaali Power Point –muodossa sekä opinnäytetyöraportin.

Tuotokseen painottuva, toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista ja opastamista sekä toiminnan järjeistämistä. Opinnäytetyö sisältää tietoperustaan sidoksissa olevaa tekstiä, jossa näkyy koulutusalan näkökulma. (Airaksinen 2009.) Toiminnallinen tiedonkäsitelmä on tärkeää alalla jossa taidot, käytännöllisyys ja sovellettavuus ovat keskeisiä. (Airaksinen & Vilka 2003, 7). Opinnäytetyöni tutkimus on lähinnä selvityksen tekemistä, koska oppimateriaali tulee pohjata ammattiteorialle. Toiminnallinen opinnäytetyö vastaa sekä käytännöllisiin että teoreettisiin tarpeisiin (Airaksinen & Vilka 2003, 8). Opinnäytetyössäni tuon esille omaa perehtyneisyyttäni suuntautumisalaa.

4.2 Aineiston keruu

Teoreettisia lähtökohtia olen etsinyt erityisesti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuista ja tilastoista, Terveystieteen lääkärin ja sairaanhoitajan tietokannoista, Terveystieteen kirjastosta, Lääketieteen aikakauskirja Duodecimista sekä Käypä Hoito – suosituksista ja Finlex – säädöskokoelmasta. Tein paljon myös käsihakua oppikirjojen sekä ajankohtaisten artikkelien löytämiseksi. Koska tuotos suunnataan hoitotyön opiskelijoille, on lähdeaineiston oltava luotettavaa, valtakunnallista ja ajankohtaista. Kuten toiminnallisessa opinnäytetyössä yleensä, olen käyttänyt selvitystä tiedonhankinnan apuvälineenä.

Tutkimushakua olen tehnyt e-aineistoportaali Nelliä hyödyntäen BioMedin, Cinahlin, Medicin ja Pubmedin aineistoista useilla hakusanoilla. Ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta kuvaavia katsauksia tai tutkimuksia ei juuri ole tehty, jonka vuoksi olen tehnyt jonkin verran täsmentävää hakua teoreettisten lähtökohtien tuottaman tiedon perusteella haastattelusta, tutkimisesta, neuvonnasta ja ohjauksesta. Hakusanayhdistelmillä “substance use” and “nursing” and “health care” sekä “screening / interviewing / intervention” and “substance use” löytyneet tulokset osoittautuivat sopivimmiksi tutkimuskysymyksiini pohjaten. Tutkimukset valitettavasti kohdensivat tutkittavan ryhmän yleensä joko alkoholiin tai huumeisiin, joten yleistä tietoa kaikkiin päihteisiin liittyvistä ennalta ehkäisevistä menetelmistä en löytänyt yleistettävää tietoa.

4.3 Oppimateriaalin tuottaminen

Tuotoksen olen luonut Power Point – muotoon eli luentokalvoiksi, joiden tehtävänä on tukea opettajan suullista viestiä, sisältäen vain pääosat luennosta. Tuotos on siis opettajan työtä ohjaava ja tukeva aineisto. Oppimateriaalissa on tärkeää tuoda esille keskeinen sisältö mahdollisimman selkeästi. Laadulliselta näkökulmalta oppimateriaalin tulee olla helposti saatavilla, sen tulee soveltua kohderyhmälle sekä sen on oltava ajantasainen ja luotettava. Opetettavan sisällön ja sen rajaamisen kannalta oppimateriaalin voi rakentaa niin sanotun ydinainesanalyysin pohjalle. Sisältö voidaan jakaa ydinsaamiseen, täydentävään tietouteen ja erityistietämykseen, jotka muodostavat toisiaan tukevan kokonaisuuden. Ydinainekseen kuuluu yleisiä teorioita, malleja ja periaatteita, jotka ovat välttämättömiä uusien tietojen ja taitojen omaksumisen kannalta. Täydentävä tietämys sisältää tarpeellisia yksityiskohtia ja laajennuksia ja erityistietämys täydentää tietämystä yksityiskohdilla. (Alaoutinen ym. 2009, 15–16, 22–23.)

Tietokäsitys eli tapa mieltää tietoa on yksi keskeinen oppimisen näkökulma. Tietokäsitys on oppimateriaalin kannalta tärkeää, koska aineiston tarkoitus on luoda uutta käsitystä tiedosta ja sen kanssa toimimisesta. Oppimateriaalin tulee tukea tietokäsitystä. Tavoitteena on, että tietoa voidaan käyttää hyväksi, tietoa voidaan hakea lisää, tietoa ja lähteitä voidaan arvioida, tietoa voidaan tulkita huomioimalla erilaiset lähteet ja taustat sekä tiedon muuntuvuus ja historia otetaan huomioon. Tietokäsityksen rinnalla on otettava huomioon tietokäytäntöjen merkitys. Tiedon oppimisen ja ymmärtämisen lisäksi

tietoa on opittava käyttämään. Hyvä oppimateriaali tukee aktiivisuutta antaen tilaa omalle ajattelulle, toiminnalle ja tiedonrakentamiselle sekä ohjaa käyttämään ja työstämään opittua. Oppimateriaalin haasteena on välttää niin sanottua ”tieto on vain faktaa” – tietokäsitystä, esimerkiksi tuomalla lähteet, tiedon taustan, ilmiön moniulottuvaisuuden, käyttötarkoituksen ja avoimuuden oppimateriaaliin. (Paavola, Ilomäki & Lakkala 2012.)

5 TULOKSET

5.1 Päihdehoitotyön menetelmiä varhaiseen puuttumiseen

Seulonta, lyhyt- eli mini-interventio ja hoitoonohjaus – malli on kattava ja kokonaisvaltainen ei-lääkkeellinen lähestymistapa varhaiseen puuttumiseen ja hoitoon. Malli perustuu perusterveydenhuollon toimintaperusteisiin ja -tapoihin, ja se on luotu vähentämään päihteiden käyttöön liittyviä tapaturmia, sairauksia ja vammoja. (Arratoon ym. 2012.) Tärkein tapa edistyä on ottaa päihdeasiat puheeksi ja tarjota lyhytkestoista tilanteen selvittelyä ja neuvontaa. Hoitotyön menetelmät perustuvat terveysneuvonnalliseen näkökulmaan: muutoksen ja itsehoidon tukemiseen. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 120.)

5.1.1 Havaitseminen, tunnistaminen ja toteaminen

Runsaan tai haitallisen päihteiden käytön havaitseminen ja tunnistaminen on haastavaa, mutta tärkeää tehokkaan puuttumisen mahdollistamiseksi eritoten, koska runsaasti käytävä ei usein hae perusterveydenhuollon palveluista apua juuri päihdeongelmaansa (Aalto 2001, 18). Päihteiden käyttäjän voi tuoda hoitoon jokin muu fyysinen tai psyykinen syy, kuten esimerkiksi tapaturmat, vatsaoireet, mielialaongelmat, vieroitusoireet tai infektiot (Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Ongelmakäytön toteamisen tueksi tarvitaan usein haastattelua, kliinistä tutkimista, kyselomakkeita ja laboratorioarvoja (Aalto 2001, 18). Havainnointi ja tietojen yhdistäminen ovat lisäksi tärkeä osa tunnistamista (Behm 2005, 25). Erilaiset seulonta- ja tarkastusmenetelmät ovat ensiasteen vaiheita tietyn sairauden, tilan tai riskien määrittelemiseksi ja selvittämiseksi, ja auttavat erottamaan potilaat, jotka voisivat hyötyä lyhytneuvonnasta, laajemmista diagnostisista tutkimuksista tai hoidosta (Babor & Kadden 2005).

Päihteiden kulutuksen määrittäminen tulisi olla osa jokapäiväistä työtä (Kääriäinen 2010, 21). Lähtökohdana on päihteiden käytöstä kysyminen (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 122). Kulutuksen selvittämiseksi paras, edullisin ja suositeltavin keino on haastattelu tulotilanteen tai muun elämäntapakeskustelun ohessa ja oireen tai havainnon seurauksena (Behm 2005, 25). Oikein muotoillut kysymykset käyttötiheyden määrittämiseksi

on yleisesti täsmällinen tapa selvittää keskimääräistä kulutusta (Aalto 2001, 19). Tarkan ja luotettavan tiedon saamiseksi suositeltuja ovat tuomitsematta ja pelottelematta esitetyt suorat, avoimet kysymykset (Kääriäinen 2010, 21). Tarkkaa kulutusta voidaan määrittää esimerkiksi aikajanan ja käyttöpäiväkirjan avulla. (Aalto 2001, 20.) Lisäksi on tärkeä tarkentaa esimerkiksi käytön taajuutta, päihteiden määrää, päihtymyskertoja ja käytettyjä päihdeaineita sekä muita päihdekäyttöön liittyviä seikkoja, kuten poissaoloja työstä, perheongelmia, huolestuneisuutta päihteiden käytöstä (Alkoholiongelmaisen hoito 2010).

Strukturoituja kyselyitä käytetään haastattelun tukena ja tarkennuksen apuna (Alkoholiongelmaisen hoito 2010). Strukturoidusta kyselyistä MAST (Michigan Alcoholism Screening) on alkumuotoisin 25-kysymyksinen testi, joka on levinnyt laajalti ja onnistuneesti alkoholiongelman havaitsemisen avuksi. Myös Cage-kyselylomake on kehitetty alkoholiongelman seulomiseen ja sen on osoitettu olevan hyödyllinen, tarkka ja lyhyt seulontamittari, jota on käytetty myös varhaisen runsaan juomisen seulomiseksi. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) -kyselylomake on luotu alkoholiongelmiin varhaisen tunnistamisen välineeksi vastaamaan perusterveydenhuollon tarpeita. AUDIT sisältää kymmenen kysymystä ja yksi sen etu on, että sen kolme ensimmäistä kysymystä mahdollistaa arvion juomamäärästä. (Aalto 2001, 21-22.) Yleiset suositukset ohjeistavat antamaan yksilöllistä, kohdennettua neuvontaa neljässä riskiluokassa perustuen AUDIT – testin pistemäärään (Babor & Higgins-Biddle 2001, 12). Päihderiippuvuuden vaikeusastetta ja huumeikäyttämistä voidaan arvioida myös EuropASI-arviointilomakkeen avulla (Huumeongelmaisen hoito 2012). DAST (The drug abuse screening test) – testi sisältää kymmenen suoraa kysymystä, joka antaa määrällisen vastauksen huumeisiin liittyvistä ongelmista (Babor & Kadden 2005).

Joissain tapauksissa kliiniset löydökset ja lääketieteellinen historia on ilmeisesti yhteydessä runsaaseen päihteiden käyttöön. Runsaaseen päihteiden käyttöön liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä löytöjä, esimerkiksi alkoholin tai kannabiksen hajua, korkeaa verenpainetta, nopeaa sykettä, hikoilua, keskittymiskyvyttömyyttä, pistosjälkiä, mahatulehduksia, sekavuutta, ärtyneisyyttä, kiihtyneisyyttä, levottomuutta, raukeutta tai unettomuutta, on todennäköisesti tunnistettavissa sosiaalisten ongelmien lisäksi. Tällaisten löytöjen ilmetessä tulisi päihteiden käyttöä tiedustella ja tutkia tarkemmin. (Aalto 2001, 20-21; Huumeongelmaisen hoito 2012.)

Päihteiden riskikäytön selvittämiseksi yksi tärkeä osa on laboratoriomittarit (Kääriäinen 2010, 23). Haastattelun ja kliinisen tutkimisen tueksi voidaan ottaa laboratoriokokeita, esimerkiksi esitietojen riittämättömyyden, varhaisen toteamisen, motivoinnin, seurannan tai erotusdiagnostiikan perustein. Veriarvoista punasolun keskitilavuusarvo MCV (Mean corpuscular volume), maksaentsyymi GGT (gamma-glutamyltransferase) ja seerumin transferriniarvo CDT (carbohydrate-deficient) ovat avuksi alkoholin ongelmakäytön ja riippuvuuden toteamisessa, mutta ei niinkään spesifejä riskikulutuksen määrittämiseksi (Alkoholiongelmaisen hoito 2010). Päihtymystilaa arvioitaessa alkoholipitoisuuden mittaaminen hengityksestä, verestä tai virtsasta lienee helpoin tapa humalatilaa epäiltäessä (Kääriäinen 2010, 23). Huumetestejä syljestä, virtsasta tai verestä voidaan käyttää huumeiden käytön toteamisessa, erotusdiagnostiikassa, päihdeettömyyden seurannassa ja valvontatilanteissa (Huumeongelmaisen hoito 2012).

5.1.2 Puheeksi otto, neuvonta ja ohjaus

Tietoa päihteiden käytöstä ja siitä aiheutuvista haitoista tulee antaa suhteessa potilaan terveydentilaan. Suullinen neuvonta ja kirjalliset ohjeet tukevat kulutuksen vähentämisessä. (Kääriäinen 2010, 26.) Lyhytneuvonta eli mini-interventio on keino tunnistaa, arvioida ja neuvoa riskikäyttäjiä ja suurkuluttajia, mutta myös päihdeongelmista ja riippuvuuksista kärsiviä (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 121).

Lyhytneuvonta keinona on alun perin kehitetty erityisesti perusterveydenhuollon käyttöön. Hoitostrategiana mini-interventio tarjoaa lyhyitä terapeuttisia kertoja, jolloin pyritään auttamaan päihteiden käytön vähentämisessä. (Behm 2005, 26.) Lyhytneuvonnan tarkoituksena on tunnistaa päihteiden käyttöön liittyvät riskit ja motivoida asiakas tekemään asialle jotain niin varhain kuin mahdollista ennen riippuvuuden syntymistä. Lyhytneuvonnan tulee korostaa kulutuksen vähentämistä ja ryyppyputkien karsimista enemmän kuin vaatia päihdeistä pidättäytymistä. Muuhun päihdehoitoon verrattuna lyhytneuvonta on menetelmänä nopea ja vaatii vain hieman seurantaa. (Kääriäinen 2010, 25.) Onnistunut lyhytneuvonta sisältää palautteen päihdekäyttäytymisestä ja sen seurauksista, muutokseen vastuuttamista, neuvoa, ohjausta ja tukea muutokseen sekä empatiaa ja kannustamista. (Arratoon ym. 2012.)

Sisältöä luonnehditaan lyhenteellä RAAMIT: rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämisvastuu, toimintaohjeet. Potilaaseen siis valetaan uskoa ja toivoa onnistumisen suhteen, annetaan palautetta ja tietoa suhteutettuna esiintyviin vaikeuksiin ja oireisiin, tuetaan käytön vähentämisessä ja lopettamisessa, suhtaudutaan empaattisesti ja ymmärtävästi, vastuullistetaan potilas päättämään itse sekä tarjotaan vaihtoehtoja käytön vähentämiseksi. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011.) Kestoltaan neuvontatilanteet ovat noin 5-15 minuuttia, jonka lisäksi suositellaan seurantakäyntejä tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi (Aalto ym. 2009, 20). Neuvontatilanteiden suositellaan kuitenkin kestävän noin 15–20 minuuttia ja seurantakertoja tulisi olla yhdestä neljään. Seuranta-kerroilla tulisi jatkaa tuen ja palautteen antamista sekä tavoitteiden säilyttämistä. (Kääriäinen 2010, 26.)

Lyhytneuvonnan tehokkuutta on tutkittu viimeisen 20 vuoden aikana lukuisissa kliinisisissä kokeissa ympäri maailmaa. Lyhytneuvonnan on todettu olevan halpa, nopea ja usein yhtä tehokas kuin kalliimmat hoidot. Tutkimustulokset osoittavat lyhytneuvontaa vastaanottaneiden alkoholin käytön vähentämisen olevan kaksinkertaisesti todennäköisempää 6-12 kuukauden kuluessa kuin niiden, jotka neuvontaa eivät ole saaneet. (Babor & Higgins-Biddle 2001, 10.) Lyhytneuvontamenetelmä tarjoaa tehokkaan, aikaisen väliintulon ennen pitkäaikaisten haittojen syntymistä (Arratoon ym. 2012). Tutkimukset ovat osoittaneet lyhytneuvonnan olevan yhtä tehokas kuin pitkäkestoisempi vastaavainen hoito (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 120). Vaikkakin lyhytneuvontaa on menetelmänä käytetty Suomessa jo pitkään ja tutkimusnäyttöä on saatavilla, on sen käyttöönotto terveydenhuollossa ollut hidasta. Valtakunnallinen alkoholin suurkuluttajiin kohdistettu mini-interventioprojekti VAMP 2004–2007 on kerännyt aineistoa terveyskeskusten mini-interventio toiminnasta pyrkien huomioimaan toiminnan esteitä ja tukemaan toiminnan jatkuvuutta. Kuokkanen ja Seppä (2005) ovat tutkimuksessaan selvittäneet VAMP-hankkeen aineiston avulla mini-interventiosuosittelujen soveltuvuudesta käytäntöön ja todenneet Käypä hoito – ohjeiston mini-interventiosta tehokkaaksi ja perusterveydenhuoltoon soveltuvaksi. (Kuokkanen & Seppä 2005.)

AUDIT – testin pistemäärään perustuva yksilöllinen neuvonta jaetaan neljään riskiluokkaan: pistemäärällä 0-7 neuvonnan tulisi olla alkoholivalistusta, 8-15 pisteellä yksinkertaisia ohjeita ja neuvoja, 16–19 pisteellä yksinkertaisia ohjeita ja lyhytneuvontaa sekä jatkoseurantaa ja yli 20 pisteellä hoitonsuositusta ja hoitoa. Alkoholivalistus sisältää

informaatiota alkoholin käytön riskeistä ja sen tarkoituksena on ehkäistä tulevaisuudessa haitallinen ja vaarallinen alkoholin käyttö. Valistus on tärkeää myös perheenjäsenen tai läheisen alkoholin käytöstä huolestuneelle, esimerkiksi rohkaisemalla puhumaan huolesta, ehdottomalla toiminnan muuttamista ja tarjoamalla tukea. Yksinkertaisen ohjeistuksen ja neuvonnan tulisi viitata testin tuloksiin, käyttötiheyteen, -määrään ja -tapaan sekä käytön aiheuttamiin ongelmiin antamalla palautetta, tarjoamalla tietoa, asettamalla tavoitteita ja neuvomalla vähentämään käyttöä. Lyhytneuvonta on kohdennettu lyhyeen arviointiin ja se pohjautuu välittömään toteutukseen: potilaalle tarjotaan välineitä muuttaa suhtautumista ja käsitellä esiin tulleita ongelmia. Neuvonta sisältää kuin myös valistusta ja palautetta, mutta myös muutoksen hyötyjä, realististen tavoitteiden asettamista ja rohkaisua sekä seurannan suunnittelua. Hoitonohjauksen tavoitteena on, että potilas pääsisi jatkohoitoon, ja ainakin tietäisi hoitomahdollisuuksista. (Babor & Higgings-Biddle 2001, 12–28.)

5.1.3 Motivointi

Motivaatio on muuttuva tila vuorovaikutuksessa ja motivoinnin tarkoituksena on muutoksen puolesta puhuminen sekä toimiminen ongelman ratkaisemiseksi (Behm 2005, 32). Motivaation voimistaminen lisää hoitoon osallistumista ja myönteisiä hoitotuloksia (Miller 1999, 22). Motivointi on kokonaisuudessaan tilanteen tarkempaa tarkastelua, keinojen etsimistä tavoitteeseen pääsemiseksi: tiedon antamista, tutkimista, pohdintaa, palautetta ja tukea. (Behm 2005, 32.) Oikeanlainen, oikealla tavalla annettu tieto ja tuki edistää motivaatiota ja muutosta. Keskeisintä on persoonallinen, tuomitsematon, empaattinen ja kunnioittava lähestymistapa sekä aktiivinen ja kannustava kuuleminen. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 121–122.)

Vuorovaikutusta hoitotyön osaamisalueena hyödynnetään eritoten terveyden edistämisessä. Sairaanhoidaja työskentelee ja toimii usein arkaluonteisten elämäntaparikien ja ongelmien kanssa. (Behm 2005, 32.) Hoitotyön vuorovaikutus tähtää usein muutokseen ja tavoitteena voi olla terveysneuvonta, terapia, muutoksen ja omatoimisuuden tukeminen, taitojen oppiminen tai voimavarojen löytäminen sisältäen usein tiedon antamista, ohjausta, neuvontaa, motivointia, vaihtoehtojen tarjoamista ja ratkaisujen etsimistä (Inkinen 2004, 18).

Motivointineuvonta eroaa muista vuorovaikutustilanteista siinä, että haastattelija tutkii potilaan motivaatiota muuttua eikä niinkään ohjaa toiminnan etenemistä (Graig, Dunn & Hungerford 2005). Motivoivan neuvonnan tulisi tutkia tilannetta tarkemmin sekä tukea pohdintaa ja päätöksentekoa (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 124). Päihteiden käyttäjille epävarmuus ja ristiriitaiset tunteet muutoksesta ovat yleisiä ja voivat vaihdella hetkestä toiseen. Tämän vuoksi muutosmotivointimenetelmät ovat asiakaslähtöisiä keskittyen potilaan näkemykseen ongelmasta ja siitä mitä hän haluaa sille tehtävän. (Graig, Dunn & Hungerford 2005.)

Selvitystä on hyvä tehdä potilaan havaintojen ja huolien pohjalta (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 124). Tavoitteena on voimistaa ja käyttää potilaan voimavaroja ja kykyjä (Miller 1999, 22). Avoin keskustelu päihteiden käytöstä ja haittojen välttämisestä usein onnistuu kun potilas ei tunne itseään tuomitukseksi. Vaikka potilas ei olisi hakeutunut hoitoon päihdeongelman vuoksi, motivointimenetelmä tarjoaa mahdollisuuksia muuttaa käytöstä. (Graig, Dunn & Hungerford 2005.) Päihteiden käytön hyöty-haitta – vertailu on avuksi muutoshalukkuutta tuettaessa (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 124). Verrattaessa perinteiseen tapaan vain neuvoa, motivointi välttää suoria vaatimuksia ja suostuttelua. Muutokseen motivointi tuo esiin potilaan tarpeet muutoksesta, eikä syitä, miksi muutos tulisi tehdä. Avoimet, määrittelemättömät kysymykset saavat potilaan miettimään ongelman syitä ja vastamaan yksityiskohtaisesti. Toistamalla ja tarkentamalla potilaan vastauksia voidaan varmistua, että on ymmärtänyt oikein. Tiivistäminen ja loppuyhteenveto on hyvä tehdä keskustelun päätyttyä. (Graig, Dunn & Hungerford 2005.)

Vuorovaikutussuhde vaikuttaa ratkaisevasti hoitoon suhtautumiseen ja hoidon onnistumiseen. Hyvät ihmissuhdetaidot, kuten auttavaisuus, ystävällisyys, aitous, kunnioitus, myönteisyys ja empatia ovat ominaisuuksina tärkeimpiä muuttujia intervention onnistumisessa sekä myönteisen muutoksen voimistajina. (Miller 1999, 21.) Potilaan muutosprosessiin voidaan vaikuttaa suhtautumistavoilla: tasa-arvoisella ja vastavuoroisella yhteistyöllä (Koski-Jännes 2008, 45). Potilaan vahvuuksien, arvojen ja tavoitteiden tarkka ja aito korostaminen ja myöntäminen auttavat rakentamaan yhteisymmärrystä. Lyhyet ajatusten ja tunteiden ilmaisut luovat ymmärryksen ja toimivan yhteyden potilaan ja hoitajan välille. (Graig, Dunn & Hungerford 2005.)

Motivoivan työskentelymallin on todettu lukuisissa tutkimuksissa vähentävän päihteiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja sekä olevan taloudellinen ja kustannustehokas. Vaikutuksia on todettu myös kohdentuen hoitoon hakeutumiseen ja hoitoon sitoutumiseen sekä terveyden edistämiseen ja ennalta ehkäisevään työhön. Hoitomallin tehokkuutta on tutkittu vasta vähän ja siksi vaikutusmekanismien tutkimus jatkossa onkin tärkeää. Tärkeää onkin luoda periaatteita ja toimintamalleja terveydenhuoltoon sekä kouluttaa henkilökunnalle motivointitaitoja. (Lahti 2008, 97–98.)

5.1.4 Hoitoonohjaus

Hoitoonohjaus on menetelmä, jonka tarkoituksena on ohjata päihdeongelmainen tarvittavaan päihdehoitoon. Hoitoonohjausmenetelmää käytetään, kun päihdehoito todetaan tarpeelliseksi. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2013.) Varsinaisia päihdehuollon erityispalveluita mietittäessä on muistettava, etteivät kaikki niitä halua tai tarvitse. Tilanteeseen vakavasti suhtautuminen kuitenkin vaatii jatkuvuudesta huolehtimisen. Ohjaaminen esimerkiksi omalääkärille, työterveyshuoltoon tai erityisiin päihdepalveluihin viestii potilaalle seurannan tärkeyttä, välittämistä ja yksilöllistä tukemista. Eri hoitovaihtoehtojen valinnan ja arvioinnin tukena toimivat organisaatioiden toimintamallit sekä kuntien päihdestrategiat ja päihdepalveluoppaat, mutta myös Internet toimii hyvänä hoitopaikkojen ja hoitojen sisältöjen tietolähteenä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 158-159.) Päihdepalveluihin ohjautuminen on yleisesti vähäistä. Tutkimusten mukaan syitä tähän on monia liittyen niin palvelujen hajanaisuuteen ja vaikeaan saatavuuteen että tiedonsaantiongelmiin, hitauteen ja joustamattomuuteen. Päihteiden käyttäjä tarvitsee ulkopuolisen apua hoitoonohjaukseen silloin, kun ei itse pysty lopettamaan tai vähentämään päihteiden käyttöä. (Halonen 2005, 13, 15, 31.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat lähtökohtana koko tutkimusprosessille. (Tuomi 2008, 143). Tutkimustoiminnan eri vaiheissa tulisi olla pyrkimys tietoiisiin ja eettisesti perusteltuihin ratkaisuihin, jo tutkimusaiheen valinnassa. Kohteen valinnan tulisi vastata kysymyksiin kenelle aihe valitaan tarkoitetuksi ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 26.) Opinnäytetyöprosessini lähti eettisestä ajatuksesta edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lieventää kärsimyksiä sekä tukea ja voimistaa yksilön omia voimavaroja. Lähtökohtaisesti olen opinnäytetyötä tehdessäni pyrkinyt ajamaan potilaan etua, mutta oppimateriaalin myötä myös valmistuvan sairaanhoitajan mahdollisuuksia toteuttaa terveyttä edistävää työskentelytapaa.

Tutkimustoiminnassa keskeiseksi nousee myös epärehellisuuden välttäminen kaikissa työn vaiheissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 27). Hyvien tieteellisten toimintatapojen noudattaminen takaa tutkimuksen luotettavuuden. Hyvä tieteellinen käytäntö on rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (Kuula 2006, 34.) Hyvän tieteellisen käytännön mukainen tiedonhankinta perustuu oman alan kirjallisuuteen, ja asianmukaisiin tietolähteisiin (Vilkkä 2005, 30). Opinnäytetyöni tutkimuksessa ja selvityksessä olen käyttänyt luotettavaa, ajankohtaista lähdeaineistoa pohjautuen valtakunnallisiin lakeihin, suosituksiin, toimintatapoihin ja –käytänteisiin. Lisäarvoa kerättyyn tietoon tuo muutamat tutkimukset menetelmien vaikuttavuudesta. Oppimateriaalia tuotettaessa olen katsonut myös oppikirjat hyviksi tiedonlähteiksi kokonaisvaltaisuutta tukeakseni ja erityisesti opetettavan aihepiirin hahmottamiseksi. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös tutkimusmenetelmän ja –tulosten johdonmukaista hallintaa (Vilkkä 2005, 30). Aineisto opinnäytetyöhöni on kartoitettu selvityksenä, johon olen kerännyt tarpeellisen tiedon päihdehoitotyön kokonaisuudesta tarpeeksi tiivistetyssä ja hyödynnettävässä muodossa.

Tutkijalla itsellään on vastuu hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamisesta, rehellisyydestä ja vilpittömyydestä (Tuomi 2008, 148). Tutkijana olen pyrkinyt tarpeelliseen viittaukseen aikaisempiin tutkimuksiin, huolelliseen ja selkeään raportointiin sekä tulos-

ten tarkasteluun puolueettomasti. Koska olen hakenut lähteistä vain aiheeseeni, terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn näkökulmaan, liittyvää aineistoa, olen lähtökohtaisesti lukenut ja perehtynyt jokaiseen materiaaliin huolella sekä arvioinut käytettävää aineistoa suhteessa muihin lähteisiin.

6.2 Johtopäätökset

Käsittämäni menetelmät ovat kaikkiaan terveysneuvonnallista terveyden edistämistä, onnistunutta päihdekeskustelua, ajatusten herättelyä ja ohjaamista. En halunnut rajata varhaisen puuttumisen menetelmiä koskemaan vain alkoholin tai huumeiden käyttöä, vaan tarkoituksena oli löytää keinoja minkä tahansa päihdeongelman ehkäisemiseksi. Esimerkiksi vaikka suurin osa tutkitusta tiedosta suositellee lyhytneuvontamenetelmää alkoholin käytön yhteyteen, olen itse käsittänyt sen laajempänä käyttömuotona minkä tahansa päihdeongelman yhteydessä. Samoin seulonta- ja motivointimenetelmät käsittän väliintulona, terveyttä edistävinä toimintoina, joita on helppo toteuttaa missä tahansa hoitotyön tehtävässä.

Oma perehtymiseni aiheeseen on ollut kiitettävää ja auttanut prosessin kulussa. Olen onnistunut luomaan oppimateriaalista käytännöllisen, yleispätevän, opiskelijoita hyödyttävän aineiston opettamisen tueksi. Tutkimuskysymyksiin olen vastannut raportissani tarkkaan tiivistetysti. Menetelmänä katsauksellisuus on ollut haastava aiheen laajuuden vuoksi. Oppimateriaalin kannalta kuitenkin liian tarkkaan rajattu aihe ei olisi ollut käytännöllinen ja palveleva kohderyhmää ajatellen.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Koska päihdetyön koulutus perusopinnoissa on vähäistä ja lisäkoulutuksena vasta viime vuosina esillä, olisi tarpeellista saada tietoa opiskelijoiden ja vastavalmistuneiden sairaanhoitajien kokemuksista päihdetyön opetuksesta ja siitä miten opetus on käytännössä helpottanut työtä. Tämänkaltaisia tutkimuksia ei ole vielä paljonkaan tehty. Erityisesti koen päihdehoidollisten menetelmien opettamisen tärkeäksi päihteiden käytön ja käyt-

töön liittyvien haittojen lisääntyessä sekä somaattisen ja psykiatrisen hoitotyön erikoisosaamisen erkaantuessa yhä enemmän.

LÄHTEET

Aalto, M. 2001. Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care: Lahti project study. University of Tampere. Medical School. Department of General Practice. National Public Health Institute.

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S., Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino: Helsinki. Luettu 18.9.2012. <http://www.thl.fi>

Ahlström, S. 2003. Sosiokulttuurinen tausta ja juomatavat. Teoksessa Kiiänmaa, K., Salaspuro, M. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. 29.1.2009. <http://www.slideshare.net>

Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alaoutinen, S., Bruce, T., Kotivirta, S., Kuisma, M., Laihanen, E., Muukkonen, J., Nurkka, A., Riekkö, K., Tervonen, A. & Virkki-Hatakka, T. LUT:n opettajan laatuopas. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. 2009. Luettu 15.5.2013. <http://www.lut.fi>

Alho, H., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim. 1. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Alkoholilaki 8.12.1994/1143

Alkoholin ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. 2010. Alkoholi-suositustyöryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 16.3.2010. Luettu 11.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Käypä Hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 21.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi>

Arratoon, C., Garritty, C., Grimshaw, J., Haley, N., Leslie, K., Moher, D., Pirie, T., Porath-Waller, A., Reardon, R., Skidmore, B., Sproule, B., Stevens, A., Turner, L. & Young, M. 2012. Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. Systematic reviews 2012, 1:22.

Babor, T. & Higgins-Biddle, J. 2001. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World Health Organization. Department of mental health and substance dependence.

Babor, T. & Kadden, R. 2005. Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 2005, 3:59.

Behm, M-M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Bevan, G. Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. *Debate. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2009, 4:21.

Böström, A., Bothas, H., Järvinen, M., Saarto, A., Tamminen, H. & Teiri, J. 2008. Huumeet. Päihdetyö työpaikalla. Työturvallisuuskeskus. Luettu 17.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – Tietoa päihteistä. Helsinki: Hakapaino Oy.

Dunn, C., Graig, F. & Hungerford, D. 2005. Brief motivational interventions: an introduction. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 2005, 3:29.

Ehkäisevä päihdetyö EHYT Ry. 2013. Hoitoon ohjaus. Huugon työkalupakki. Ammattilaiselle. Luettu 22.5.2013. <http://www.taitolaji.fi>

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Stakes. Työpapereita 3/2006. Helsinki. Luettu 25.9.2012. <http://www.stakes.fi>

Ehkäisy ja hoito - laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. 2007. Sosiaali- ja terveysalan kehittämis- ja tutkimiskeskus Stakes. Paintek. Luettu 16.9.2012. <http://www.julkari.fi>

Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. 2011. Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping – Vuoden 2010 huumeekyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76/2011:4.

Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.). 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Havio, M. & Holmberg, J. 2008. Päihdehoitotyön opetuksen puutteesta tulossa terveysriski. *Sairaanhoitajalehti* 9/2008. Julkaistu 12.9.2008. Luettu 19.2.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Heinälä, P., Kuoppasalmi, K. & Lönnqvist, J. 2011. Päihdehäiriöt. Teoksessa: Henriksen, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. *Psykiatria*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Holmberg, J. & Kylmänen, P. 2008. Innovatiivinen päihdehoitotyö nesteessä. *Sairaanhoitaja* 11/2008. Luettu 25.9.2012. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Huttunen, J. 2012. Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 16.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen, M. 2011. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 23.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Huumausainelaki 30.5.2008/373

Huumeongelman hoito. 2012. Käypä Hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 21.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi>

Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Karlsson, T. (toim.) 2009. Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa – Kulutus, haitat ja politiikka. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Knuuti, U., Kotovirta, E., Leppo, A., Tanhua, H. & Virtanen, A. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 62/2011. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa: Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta – Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? University of Tampere. Medical and Health sciences / Health care science. School of Medicine. Luettu 19.5.2013. <http://www.tampub.uta.fi>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, tailored implementation of brief alcohol intervention for risky drinkers in health care. University of Tampere, Medical school Finland. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Lahti, J. 2008. Motivoiva haastattelu päihdehoidossa tutkimusten valossa. Teoksessa: Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta – Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteeet. Ammattillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.

Miller, W. 2009. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa: Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta – Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Paavola, S., Ilomäki, L. & Lakkala, M. (2012) Tiedonesittäminen verkko-oppimateriaalissa. Teoksessa Ilomäki, L. (toim). Laatu e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa (s. 44-53). Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Helsinki: Opetushallitus. Luettu 21.5.2013. <http://www.oph.fi>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. 2007. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Opetusministeriön työryhmämuis-tioita ja selvityksiä 2007:17. Yliopistopaino. <http://www.minedu.fi>

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kunta-liitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.

Päihdetilastollinen vuosikirja. 2011. Alkoholi ja huumeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 27.9.2012. <http://www.thl.fi>

Raittiustyölaki 19.11.1982/828

Raittiustyöasetus 4.3.1983/233

Ruokonen, S. 2004. Ehkäisevä päihdetyö pienissä pirkanmaalaisissa kunnissa. Pro gra-du – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Seppä, K-L. (toim.). 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkaut-taminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Helsinki. Luettu 18.9.2012. <http://www.stm.fi>

Seppä, K. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnis-taminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenvedo. Suomen Printman Oy.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampe-re: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveiden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. 2003. Sosiaali- ja terve-yksministeriö. Esitteitä 2003:6. Luettu 16.1.2013. <http://www.stm.fi>

Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmasta huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012-2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:16. Luettu 18.1.2013. <http://www.stm.fi>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

LIITE 1 TUTKIMUSTAULUKKO

1 (6)

Tekijä, nimi ja vuosi	Tarkoitus, tavoite ja tehtävät	Menetelmä ja kohderyhmä	Tulokset ja pohdinta
<p>Aalto, M. Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care: Lahti Project Study. 2001.</p>	<p>Tavoitteena arvioida runsaan alkoholin käytön esiintyvyyttä ja kartoittaa käyttötottumuksia, arvioida veriarvojen käytettävyyttä varhaisvaiheen neuvonnassa sekä neuvonnan vaikuttavuutta ja toteuttamista.</p>	<p>Tutkittavat (N=544) seulottiin ensin alkoholin käytöstä, jonka jälkeen jaettiin kolmeen ryhmään, joille annettiin erilaista neuvontaa. Lisäksi huomioitiin potilaan kertoma ja veriarvot.</p>	<p>Runsaasti kuluttavien joukosta 48 % suostui osallistumaan lyhytneuvontaan. Kolmen vuoden päästä miehistä 23-53 prosentilla ja naisista 30-75 prosentilla havaittiin kliinisesti merkittävää käytön vähentämistä. Erilaisten neuvontaryhmien välillä ei havaittu merkitystä.</p> <p>Runsaasti alkoholia käyttävät ovat selvästi löydettävissä ja esillä terveydenhuollossa. Erilaisia tunnistamisvälineitä tulisi harkita runsaasti kuluttavien havaitsemiseksi.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että lyhyet neuvonnalliset tilanteet tavanomaisissa paikoissa annettuina ovat yhtä tehokkaita kuin laajemmat väliintulot. Mahdollisena ongelmana nähdään hoitohenkilöstön sitoutuminen neuvonnan tarjoamiseen.</p>
<p>Arratoon, C., Garritty, C., Grimshaw, J., Haley, N., Leslie, K., Moher, D., Pirie, T., Porath-Waller, A., Reardon, R., Skidmore, B., Sproule, B., Stevens, A., Turner, L. &</p>	<p>Artikkeli kokoaa katsauksen lyhytneuvonnan vaikuttavuudesta seulonta, lyhytneuvonta, hoitoonohjaus – mallin mukaisesti vähentämään päihdeiden käyttöä.</p>	<p>Systemaattinen katsaus. Mukaan on valittu tutkimuksia, joissa lyhytneuvonta on kohdennettu ei-lääkkellisiin päihdekäyttäjiiin, jotka ovat seulottu ja arvioitu kärsivän käytön aiheuttamis-</p>	<p>Katsaus mallin vaikuttavuudesta, ehkäisyn, hoidon ja haittojen vähentämisen tiedon valossa on ollut tarpeellinen. Katsaus antaa ymmärrystä mallin soveltuvuudesta ja käytettävyydestä,</p>

<p>Young, M. Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. Systematic review. 2012.</p>	<p>ta haitoista. Mukaan on otettu sekä sanallisesti että kirjallisesti ja ryhmälyhytneuvontoja tarjonneita tutkimuksia. Satunnaistetut tutkimukset on otettu huomioon. Tutkimuksia on useista kirjallisuuspöytäkirjoista. Tutkimukset on analysoitu, mikäli ollut mahdollista.</p>	<p>ta haitoista. Mukaan on otettu sekä sanallisesti että kirjallisesti ja ryhmälyhytneuvontoja tarjonneita tutkimuksia. Satunnaistetut tutkimukset on otettu huomioon. Tutkimuksia on useista kirjallisuuspöytäkirjoista. Tutkimukset on analysoitu, mikäli ollut mahdollista.</p>	<p>joka on hyödyksi toimintamallien luomisessa. Näyttö johtaa lisätutkimustarpeiden selvittämiseen.</p>
<p>Behm, M-M. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. 2005.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tekemää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä. Lisäksi kuvataan hoitajien käsitystä omasta merkityksestään osana perustehtäväänsä.</p>	<p>Kohderyhmänä erään suomalaisen kaupungin terveyskeskuksen avovastaanottojen, työterveyshuollon, neuvoloiden sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Aineistonkeruutamenetelmänä oli esseet (N=16) ja teemahaastattelut (N=10). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tulokset tuovat tietoa hoitotyön interventioista perusterveydenhuollossa: suurkuluttajan tunnistamisesta, tunnistamisen menetelmistä, puheeksiotosta, arvioinnista, suunnittelusta ja jatkojärjestelyistä sekä varhaisvaiheen päihdetyön toteuttamista edistävästä ja estävästä tekijöistä. Hoitajien oman merkityksen kuvaaminen koettiin vaikeaksi. Tulosten mukaan perusterveydenhuollossa tarvitaan lisää osaamista ja yhteistä näkemystä toimintamallien tueksi.</p>
<p>Halonen, M. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaami-</p>	<p>Tarkoituksena kuvata päihdeasiakkaiden kokemuksia päihdepalveluihin ohjautumisesta,</p>	<p>Tutkimus on laadullinen. Tutkimusaineisto koottiin haastattelemalla päihdehuollon asiakkaita (n=6). Aineisto analysoitiin laa-</p>	<p>Palveluita koettiin olevan saatavilla, jos on motivaatiota ja tietoa mahdollisuuksista. Tiedottaminen ja ohjaa-</p>

na. Pro gradu – tutkielma. 2005.	päihdepalveluiden saatavuudesta ja päihdepalveluiden vaikuttavuudesta. Lisäksi kartoitetaan päihdeasiakkaiden näkemyksiä palveluiden kehittämiseksi.	dullisella sisällön analyysillä.	minen koettiin heikoiksi. Vaikuttavuus heijastui käytön muutoksena. Keskeisimpiä kehittämishaasteita löydettiin varhaisen puuttumisen lisäämisen, palvelurakenteen selkiyttämisen, palveluiden laadun kehittämisen ja menetelmien kehittämisen alueilta. Tuloksia voidaan hyödyntää palveluiden ja koulutuksen kehittämisessä.
Inkinen, M. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu – tutkielma. 2004.	Tarkoituksena oli tutkia päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisältöä. Tehtävinä oli tutkia miten erilaiset päihdehuollon asiakastyön muodot, hoitotyön toiminta tai tehtäväalueet, hoidollisen keskustelun sisällöt ja päihdehuollon hoitomenetelmien käyttö sisältyvät päihdehuollon sairaanhoitajien työhön.	Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomakkeen täytti 91 erilaisissa päihdehuollon yksiköissä työskentelevää sairaanhoitajaa. Vastausprosentti oli 63. Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia ja khiin neliö –testiä.	Työssä painottui monimuotoinen asiakastyö painotuen keskusteluhoitoon, mutta myös yhteistyö-, asiantuntija-, kehittämis- ja hallinnollisia tehtäviä. Lisäksi työhön sisältyi useimpien kohdalla läheisten, perheen ja tukiverkoston huomioiminen. Hoitotyössä painopiste oli erityisesti tarpeen arviointiin, suunnitteluun, hyvinvoinnin tukemiseen, neuvontaan ja opettamiseen. Päihdehuollon sairaanhoitajien työkuva todettiin monipuoliseksi, kokonaisvaltaiseksi ja erityisosaamista edellyttäväksi.
Kuokkanen, M. & Seppä, K.	Tarkoituksena selvittää Alkoholion-	Kohderyhmänä Helsingin peruster-	Tietoa kertyi lähes 18 000 potilaskon-

<p>Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? 2010.</p>	<p>gelmaisen Käypä Hoito –suosituksen mini-interventiosäällön käyttökelpoisuutta perusterveydenhuollossa.</p>	<p>veydenhuollon terveysasemien työntekijöiden keräämät tiedot mini-intervention käytöstä lomakkeella, joka sisälsi AUDIT-kyselyn. Tiedot kerättiin vähintään yhden päivän aikana samalla viikolla kolmena perättäisenä vuotena (2006-2008).</p>	<p>taktista. AUDIT-lomakkeen oli täyttänyt 56 % potilaista, joista riskipotilaiden osuus oli 16 %. Heistä lähes kaikki saivat suullista neuvontaa ja kirjallista aineistoa. Enemmistö henkilökunnasta raportoi seuranta päivien potilaskontakteista. Henkilökunta noudatti hyvin Käypä hoito suositusta mini-interventiotoiminnassaan. Suositusta voidaan näin pitää hyvin käytäntöön soveltuvana silloin, kun riittävä koulutus ja toiminnan tuki on varmistettu.</p>
<p>Kääriäinen, J. Stepwise, tailored implementation of brief alcohol intervention for risky drinkers in health care. 2010.</p>	<p>Tarkoitus selvittää mini-intervention jalkauttamista osaksi terveydenhuollon tavanomaista toimintaa.</p>	<p>Terveystenhuollon henkilökunnan aktivoimiseksi tehtiin pohjakartoitus, jossa pyrittiin selvittämään päihdeongelmien esiintyvyyttä terveydenhuollossa. Terveystenhuollon henkilökunnan koulutuksen ja mini-interventiotoiminnan mahdollisimman hyvän käyttöönoton optimoimiseksi tehtiin kartoituskysely. Aiempien tutkimusten ja terveydenhoitohenkilöstön tarpeiden perusteella organisoitiin toimintatutkimus mini-interventio toiminnan saattamiseksi</p>	<p>Tutkimus osoitti alkoholin ongelmakäyttäjien suuren määrän terveydenhuollossa. Tutkimuksen aikana selvitettiin terveydenhuoltohenkilöstön ja kansalaisten näkemyksiä mini-interventioon. Heiltä saadun palautteen myötä tehtiin lopullinen ohje, kuinka käyttää mini-interventiota terveydenhuollossa. Tutkimuksen suurin hyöty oli luoda pohjaa mini-intervention käytön laajentumiselle ja kehittämiselle Suomessa ja muualla maailmassa.</p>

		<p>käytännön työvälineeksi. Tavoitteena oli saada terveydenhuollon johtajisto sitoutumaan projektiin, antaa terveydenhuoltohenkilöstölle lyhyt, informatiivinen asenteisiin vaikuttava koulutus ja reagoida kentältä tulleeseen palautteeseen jatkokoulutuksia ajatellen. Tavallisten kansalaisten mielenkiinnon herättämiseksi alkoholin käyttöön liittyviin asioihin, jaettiin alkoholin käyttöä kartoittava kymmenkohtainen kysely, AUDIT, kaikkiin tamperelaisiin kotitalouksiin (90 000) ja tehtiin 500 kotitalouden haastattelu puhelimitse. Mini-interventio -aktiivisuuden lisäämiseksi tehtiin mahdollisimman yksinkertainen ohje.</p>	
<p>Ruokonen, S. Ehkäisevä päihdetyö pienissä pirkanmaalaisissa kunnissa. Pro gradu – tutkielma. 2004.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata millaista nuoriin kohdistuvaa ehkäisevää päihdetyötä pienissä pirkanmaalaisissa kunnissa tehdään, kuka työtä tekee, millaisia toimintatapoja käyttäen ja ollaanko toimintoihin tyytyväisiä.</p>	<p>Kohteena viisi pirkanmaalaisista alle 3000 asukkaan kuntaa. Ehkäisevää päihdetyötä kartoitettiin yläasteilta, lukioista, terveysasemilta ja -keskuksilta, sosiaali-, vapaa-aika- ja nuorisotoimista eri ammattiryhmien edustajilta.</p>	<p>Ehkäisevää työtä tehtiin jossakin muodossa kaikissa kunnissa teemaviikkojen, projektien ja pysyvien toimintojen muodossa, mutta määrällisesti toiminnot todettiin pieneksi. Toimintoja toteutettiin sosiaali-, terveys- ja koulutoimen yhteistyönä, mutta myös kolmas sektori, seurakunta ja poliisi oli mukana toiminnoissa. Kunnissa ei oltu saatu päihdetyö-</p>

LIITE 1 6 (6)

			<p>hön liittyvää koulutusta ja kuntatoimijat kokivat tekevänsä liian vähän ehkäisevää päihdetyötä. Kuntatoimijoiden mielestä ehkäisevä päihdetyö on järjestetty huonosti ja työn kehittämistä tukivat lähes kaikki (95%) vastaajista.</p>
--	--	--	---

OPPIMATERIAALI-CD

LIITE 2 1 (1)