

AUDIT-TESTIN KÄYTTÖ HAARTMANIN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Sasu Nylund ja Tommi Siikanen
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nylund, Sasu ja Siikanen, Tommi. Audit-testin käyttö Haartmanin päivystyspoliklinikalla. 41 s., 2 liitettä. Helsinki, kevät 2014, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Terveyden edistäminen hoitotyössä sisältää hoidon ja kuntoutuksen lisäksi terveyden ylläpidon ja terveystieteiden ehkäisemisen. Alkoholin suurkulutus on Suomessa yleistä ja se aiheuttaa usein terveyshaittoja. Tästä johtuen terveydenhuollon yksiköissä käy paljon alkoholin suurkuluttajia. Joissakin päivystyspisteistä jopa viidennes potilaista on päihtyneitä. Alkoholin riskikulutuksen aiheuttamiin terveystieteisiin voidaan parhaiten vaikuttaa varhaisella puuttumisella. Hoitohenkilökunnan on tunnistettava alkoholin riskikuluttaja, jotta sairastavuutta, syrjäytymistä ja huono-osaisuutta voitaisiin ehkäistä. Audit-testi on helppo väline alkoholin riskikulutuksen tunnistamiseen. Potilaat hyötyvät Audit-testin käytöstä siten, että he saavat tarvittavaa hoitoon ohjausta tai neuvontaa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten Audit-testiä käytetään Haartmanin päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselyllä Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta. Laadimme kyselylomakkeen kirjallisuuden ja kokemustiedon pohjalta. Kysely suoritettiin 3.9.–17.9.2013 välisenä aikana. Saimme yhteensä 42 täytettyä kyselylomaketta, joka vastaa lähes puolta koko päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnasta. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tulokset kuvattiin prosentteina ja frekvensseinä. Muuttujia tutkittiin Spearmanin korrelaatioilla.

Tutkimustulosten mukaan Audit-testiä käytetään päivystyspoliklinikalla harvoin. Kiire on yleisin syy siihen, että Audit-testi jää tekemättä. Lisäksi Audit-testi koetaan tarpeettomaksi. Tulosten perusteella valmiudet ohjata potilasta alkoholin käytön suhteen jatkohoitoon ovat Haartmanin päivystyspoliklinikalla kuitenkin hyvät. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Audit-testin käytön tehostamisessa.

Asiasanat: Audit, alkoholin riskikulutus, suurkulutus, varhainen puuttuminen, päivystyspoliklinikka, terveyden edistäminen

Abstract

Nylund, Sasu and Siikanen, Tommi. Using the Audit-test in Haartman Hospital Emergency Department. 41 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014, Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to map how nurses use the Audit-test in Haartman Hospital Emergency Department. Using the Audit-test, patients will get more effective treatment and guiding to follow-up treatment.

As a basis to the questionnaire were prior studies related to the Audit-test. We analyzed attitude of the nurses to using the Audit-test. The data for the study were collected with a questionnaire from the nurses of the Haartman Hospital Emergency Department. The data was collected between 3rd of September to 17th of September 2013. We collected 42 filled questionnaires from 90 nurses. The thesis was made as a quantitative study. The data were analyzed with statistical methods using the SPSS. The results are depicted as percentages and frequencies. Variables were analyzed with Spearman's correlation.

Based on the results, the Audit-test was rarely used in Haartman Hospital Emergency Department. The most significant reasons that the Audit-test was not used by nurses was rush and the test is unnecessary. Based on the results, the readiness for guiding the patient to follow-up treatment in Haartman Emergency Department was good.

KEYWORDS: Audit, risk consumption of alcohol, excessive alcohol consumption, early intervention, Emergency Department, promotion of health

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 ALKOHOLINKÄYTTÖ SUOMESSA	7
2.1 Alkoholin suurkulutus Suomessa	7
2.2 Alkoholin vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin	7
2.3 Alkoholin riskikuluttajan tunnistaminen terveydenhuollossa	9
3 POTILAAN NEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMASTA	10
3.1 Terveyden edistäminen	10
3.2 Audit-testi välineenä varhaiseen puuttumiseen	11
4 KÄSITTEET	13
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
6 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	19
6.1 Kyselylomakkeen laatiminen	19
6.2 Opinnäytetyön menetelmä ja aineiston keruu	19
7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1 Tutkimukseen osallistujat	21
7.2 Syyt Audit-testin tekemiseen	21
7.3 Audit-testin toteuttaminen	23
7.4 Valmiudet potilaan ohjaamiseen	23
7.5 Alkoholin käytön kirjaaminen potilastietojärjestelmään	24
7.6 Audit-testin hyödyllisyys	24
8 POHDINTA	26
8.1 Tutkimuksen merkitys ja ajankohtaisuus	26
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	27
8.3 Yhteenveto tuloksista	27
8.4 Johtopäätökset	29
8.5 Opinnäytetyö ammatillisuuden vahvistajana	31
LIITTEET	32
Liite 1: Kyselylomake	32
Liite 2: Audit-testi	36

1 JOHDANTO

Alkoholinkäyttö on huomattava terveysriski Suomessa. Alkoholien suurkuluttajia on arviolta 300 000–500 000. (Huttunen 2012.) Suurkulutus termi ei erota alkoholiriippuvaista niistä, joilla on vasta riski saada haittavaikutuksia. Hoidollisesti alkoholiriippuvaiset ja riskikäyttäjät on hyvä erottaa toisistaan, koska jälkimmäisen ryhmän tehokas hoito on mini-interventio. (Aalto, Kiiänmaa & Seppä 2012.) Tutkimusten mukaan alkoholihaittoja ehkäisevää työtä tarvitaan, mutta sitä tehdään vähän. Suomessa työikäisistä miehistä 40 % ja naisista 18 % oli alkoholien riskikäyttäjää. Yhteiskunnalle alkoholinkäytöstä aiheutuu vuosittain miljardien kustannukset. (Kivistö, Jurvansuu & Hirvonen 2010, 11, 88.)

Alkoholien on todettu liittyvän yli 60 erilaiseen terveysongelmaan. Lisäksi alkoholien suurkuluttajilla kuoleman riski on jopa kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Yleisin kuolinsyy sekä työikäisillä miehillä, että naisilla oli vuonna 2007 alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. (Luurila 2009, 6; Aalto ja Seppä 2009, 11.)

Maailman terveysjärjestön (World Health Organisation, WHO) kehittämässä Audit-testissä kysytään alkoholinkäytöstä ja käyttöön liittyvistä haitoista ja ongelmista. Vastausten perusteella pyritään selvittämään terveyttä vaarantava suurkulutus, varhainen ongelmajuominen tai mahdollinen alkoholiriippuvuus. (Aalto 2009.)

Alkoholien ja muiden päihdyttävien aineiden väärinkäyttöön liittyy toistuva käyttö, josta yleensä aiheutuu erilaisia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Väärinkäytölle ominaista on lisääntynyt tapaturma-alttius, lisääntyneet poissaolot ja työn tehottomuus, ristiriitoja läheisten kanssa, lasten laiminlyönti, syyllistyminen rattijuoppouteen tai muihin lain rikkomuksiin jne. (Huttunen 2013.)

Aina alkoholien suurkulutukseen ei liity sosiaalisia haittoja, mutta pidemmällä käytöllä siitä aiheutuu monia terveydellisiä haittoja ja riski alkoholiriippuvuuden kehittymiselle. Pakonomaisen alkoholinkäytön taustalla on laukaiseva tekijä, joka voi liittyä elämäntilanteeseen tai aikaisemmin elämässä koettuihin psyykki-

sesti kuormittaviin tekijöihin. Näiden tekijöiden tunnistaminen, ymmärtäminen ja ratkaiseminen on toipumisen kannalta tärkeää. (Huttunen 2013.)

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Haartmanin sairaalan kanssa. Sairaala halusi selvittää päihdehoitotyön toteutumista sairaalassa. Mielestämme opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska päihteidenkäyttäjää on paljon ja päihteidenkäytöstä johtuvat terveyshaitat ovat lisääntyneet. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten hoitohenkilökunta käyttää Audit-testiä Haartmanin päivystyspoliklinikalla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Audit-testin käytön tehostamisessa, mikä puolestaan edesauttaa työikäisten alkoholiongelmaan puuttumista. Potilaat hyötyvät Audit-testin käytöstä siten, että he saavat tarvittavaa hoitoon ohjausta tai neuvontaa.

2 ALKOHOLINKÄYTTÖ SUOMESSA

2.1 Alkoholin suurkulutus Suomessa

Suomessa päihteidenkäyttö on suuri kansanterveydellinen ongelma. Yleisimmät päihdyttävässä tarkoituksessa käytetyt aineet ovat alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Suurin osa päihteiden käytön aiheuttamista sairauksista ja kuolemista on alkoholin käytöstä johtuvia. Lisäksi päihteiden suurkulutus aiheuttaa taloudellisten kustannusten nousua. Alkoholin käyttö litraa/asukas/vuosi on ollut noususuhdanteinen vuoden 1969 uuden vapaamielisemmän alkoholilain ja keskiolutlain voimaan astumisen jälkeen. Tästä esimerkiksi vuoden 1974 jolloin 100% alkoholia/asukas/vuosi käytettiin 7,4 litraa, kun vertaa vuoteen 1999, oli kulutus nousut n. 8,4-12,0 litraan. Alkoholin kulutuksen kasvu on suoraan verrannollinen alkoholin aiheuttamien haittojen määrälle. (Salaspuro, Mikko; Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija 1998, 42). Alkoholijuomien kokonaiskulutus kääntyi laskuun vuonna 2007. Vuonna 2012 alkoholin kokonaiskulutus oli 9,6 litraa 100-prosenttisenä alkoholina asukasta kohden. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 1.)

Alkoholin suurkulutus on Suomessa varsin yleistä ja se aiheuttaa usein terveyshaittoja. Tästä johtuen terveydenhuollon yksiköissä käy paljon alkoholin suurkuluttajia. Joissakin päivystyspisteistä jopa viidennes potilaista on päihtyneitä. Alkoholin suurkuluttajia on useissa yksiköissä miespotilaista 20–40 prosenttia ja naispotilaista 10–20 prosenttia. (Aalto & Seppä 2009, 15.)

2.2 Alkoholin vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin

Alkoholin runsas ja pitkäaikainen käyttö aiheuttaa useita sairauksia ja ennenaikaisia kuolemantapauksia. Sydämelle koituvia haittoja ovat sydän- ja verenkiertosairaudet, kohonnut verenpaine, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, sekä sydänperäiset äkkikuolemat. Tämän lisäksi alkoholista voi aiheutua paljon muita

haittoja, kuten vakavia ajattelu- ja havaintotoimintojen häiriöitä, diabetes, rasvamaksa, alkoholihepatiitti ja maksakirroosi, krooninen haimatulehdus, vakavia tulehdussairauksia, kuten verenmyrkytys, keuhkokuume ja tuberkuloosi. Jatkuva alkoholinkäyttö kasvattaa myös riskiä sairastua rinta, suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven, maksan ja peräsuolen syöpään. (Päihdelinkki 2011.)

Alkoholinkäytön seurauksena kuolemaan johtaneet tapaukset ovat Suomessa nousussa. Esimerkiksi kuolleisuus alkoholimaksasairauksiin on lisääntynyt vuosina 1969–1995 lähes 10-kertaiseksi. Alkoholimyrkytyskuolemat kasvoivat noin 1,8-kertaiseksi. Alkoholin humalahakuinen ja pitkäaikainen käyttö aiheuttaa myös muita ongelmia, jotka heijastuvat kasvaviin kuolemantapausten määriin. Yleisimmät näistä liittyvät itsemurhien, liikenneonnettomuuksien, murhien ja tappojen aiheuttamiin kuolemiin. Lisäksi esimerkiksi tapaturmien ja väkivaltaisten vammauttamisien määrä kasvaa alkoholin väärinkäytön yhteydessä. (Salaspuro 1998, 42–43.) Vuonna 2007 kuolleista työkäisistä (15–64-vuotiaat) miehistä 19 % ja naisista 12 % kuoli alkoholinkäytön suoranaisiin seurauksiin. Alkoholin vaikutuksen alaisena kuollessaan oli osuus tapaturmaisissa kuolemista lähes 40 % ja itsemurhan tehneistä noin 30 %. (Aalto & Seppä 2009, 11.)

Yhteiskunnalle alkoholinkäytöstä aiheutuu vuosittain noin miljardin euron välittömät ja 3,2-6 miljardin euron välilliset kustannukset tuotannon menetyksinä ja ennenaikaisina kuolemina (Kivistö ym. 2010, 14). Vuonna 2004 lieventyneiden alkoholiverotuksen ja tuontimääräysten jälkeen alkoholin kulutus kasvoi huomattavasti. Tämä näkyy myös kansanterveydellisissä tilastoissa, jotka ilmenevät alkoholikuolemien ja alkoholisairastavuuden nousevalla trendillä. Vuosina 2004 ja 2005 alkoholikuolemien määrän kasvu oli erittäin nopeaa. Alkoholikuolemista tuli vuonna 2005 työkäisten miesten yleisin ja työkäisten naisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Alkoholinkäytön lisääntyminen näkyy myös lastensuojelun tukitoimenpiteiden piirissä, vaikka siitä ei ole valtakunnallisesti tilastoja. Helsingin kaupungin tekemän selvityksen mukaan vanhempien päihteiden käyttö on yleisin syy alle 12-vuotiaiden huostaanottoon. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 97–98.)

2.3 Alkoholin riskikuluttajan tunnistaminen terveydenhuollossa

Alkoholinkäytöstä aiheutuvat riskit liittyvät runsaaseen kertajuomiseen tai runsaaseen ja pitkäaikaiseen käyttöön. Alkoholin väärinkäytöstä koituu yleensä huonovointisuutta ja oksentelua. Lisäksi tajuttomuus/ "sammuminen", on myös vaarallinen tila ja se edellyttää valvontaa. Alkoholin aiheuttama delirium ja muut psyykkiset oireet vaativat aina lääkärinhoitoa. (Päihdelinkki 2011.)

Alkoholin runsas ja pitkäaikainen kulutus on terveysriski. Keskikokoisella miehellä riskirajoiksi on määritetty 24 annosta viikkoa kohti ja naiselle 16 annosta viikossa. Jatkuva riskirajan ylitys lisää mahdollisuutta saada alkoholista johtuvia fyysisiä tai psyykkisiä oireita. Miehillä kertakäytön riskirajaa pidetään seitsemää ja naisilla viittä annosta. (Päihdelinkki 2011.)

Alkoholin suurkuluttajan tunnistaminen laboratoriotutkimuksilla ei ole yksiselitteistä, koska alkoholin liikakäyttö ei välttämättä näy laboratoriotutkimusten perusteella. Laboratoriarvojen nousuun voivat vaikuttaa myös muut syyt kuin alkoholinkäyttö, esimerkiksi erilaiset maksan sairaudet. Yleisimmät tutkimukset ovat veren alkoholipitoisuus, ASAT, ALAT, GT, MCV ja CDT. Näistä ainoastaan veren alkoholipitoisuus sekä CDT (niukkahiilihydraattinen transferrini) ovat alkoholispesifisiä tutkimuksia. (Aalto & Seppä 2009, 17.)

CDT-arvo on luotettavin laboratoriotutkimus alkoholin liikakäytön toteamiseen, koska se on vain harvoin koholla muusta syystä. Alkoholiriippuvaisista yli 80 prosentilla CDT-arvo on koholla. Alkoholin riskikäyttäjillä ja haitallisella käytöllä arvo on koholla alle puolella. CDT-arvo normalisoituu parissa viikossa alkoholinkäytön loputtua. Kohonneista GT-arvoista noin 70 prosenttia johtuu runsaasta alkoholinkulutuksesta. Alkoholiriippuvaisista GT-arvo on koholla yli 60 prosentilla ja noin kolmanneksella riskikäyttäjistä ja alkoholia haitallisesti käyttävillä. Suuri MCV-arvo, joka ei johdu anemiasta, liittyy usein runsaaseen alkoholinkäyttöön. MCV-arvo soveltuu huonommin alkoholinkäytön seurantaan, koska kohonnut arvo normalisoituu hitaasti. (Aalto & Seppä 2009, 17.)

3 POTILAAN NEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMASTA

3.1 Terveiden edistäminen

Potilas hakeutuu terveydenhuoltoon yleensä fyysisen tai psyykkisen oireen vuoksi. Fyysisten tai psyykkisten oireiden taustalla saattaa olla päihteiden ongelmakäyttö. Elämäntavoista kysyminen potilaan tilanteen selvittämiseksi on luontevaa. Keskustelu elämäntavoista olisi syytä käydä avoimilla kysymyksillä. Audit-testi on hyvä työväline kartoittaa alkoholinkäytön riskitekijöitä. Avoimien jatkokysymysten suuntaaminen on helpompaa, joilla voidaan kohdentaa ongelma-alueet. Keskustelu luo hoitajan ja potilaan välille kontaktin, jonka pohjalta potilas voi hakeutua hoitoon. (Käypä hoito 2011.) Päihdehuoltolain (41/1986) perusteella kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmalliselle ja hänen omaiselleen riittävä ja asiallinen hoito.

Hoitavan henkilön tapa olla vuorovaikutuksessa vaikuttaa ratkaisevasti asiakkaan suhtautumiseen hoitoon ja siihen, kuinka hoito onnistuu. Päihdeasiakkaan kohtaamisessa hoitajan auttavan yhteistyösuhteen muodostaminen ja hyvät ihmissuhdetaidot ovat tärkeämpiä kuin ammatillinen koulutus tai kokemus. Toivottuihin ominaisuuksiin kuuluvat lämpö, joka ei ole omistushaluista, ystävällisyys, aitous, asiakkaan kunnioitus, myönteisyys ja empatia. Direktiivinen ja konfrontoiva (selkä seinää vasten) lähestymistapa voi tuottaa asiakkaassa välitöntä vastustusta. Tämä lähestymistapa voi aiheuttaa huonompia hoitotuloksia kuin asiakaskeskeinen, häntä tukeva ja empaattinen tyyli. Tutkimuksissa on todettu, että mitä enemmän asiakasta konfrontoitiin, sitä enemmän hän joi. Konfrontoivaan ohjaukseen sisältyy asiakkaan käsitysten kyseenalaistamista, niiden kiistämistä ja kumoamista sekä sarkasmia. Päihdeongelmaista myös neuvominen ja varoittaminen alkoholin käytöstä on suotavaa, jos se tapahtuu empaattisesti, hyväksyvän ja tasa-arvoisen suhteen puitteissa. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 20–21, 57.)

Mini-intervention tavoitteena on vähentää alkoholin kulutusta ja sen aiheuttamia terveyshaittoja, sekä vähentää alkoholin kulutuksesta aiheutuvaa terveystalve-

lujen käyttöä. Mini-intervention voi toteuttaa suppeasti potilaan hoitokontaktin aikana. Tämän yhteydessä alkoholin riskikäyttö tunnistetaan ja potilas saa tarvitsemaansa tietoa lyhyesti sekä motivoitumista edistävällä otteella annettuna. Suurimman hyödyn mini-interventiosta saa suurkuluttajien ryhmä, jonka päihteiden runsaasta ja lisääntyvästä kulutuksesta ei voi tunnistaa mistään ulkoisesta tekijästä. Mini-interventio sisältää alkoholinkulutuksen kysymisen ja siihen liittyvän palautteen lisäksi neuvontaa ja suunnittelua, jonka tarkoituksena on motivoida muutokseen. Oikeanlaisen tiedon ja tuen saamisella edistetään muutosta ja motivaatiota alkoholin vähentämiseen tai pidättäytymiseen siitä kokonaan. (Havio ym. 2009, 120–121.)

3.2 Audit-testi välineenä varhaiseen puuttumiseen

Audit-testin (Alcohol use disorders identification test) on kehittänyt Maailman terveysjärjestö (World Health Organisation, WHO). Audit-testissä kysytään kysymyksiä alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvistä haitoista ja ongelmista. Testitulosten perusteella pyritään selvittämään mahdollinen alkoholismi, terveyttä vaarantava suurkulutus tai varhainen ongelmajuominen. (Aalto 2009.)

Audit-testi sisältää kymmenen henkilökohtaista kysymystä alkoholin käytöstä. Kolme ensimmäistä kysymystä mittaavat juomistiheyttä, määrää ja runsaan juomisen tiheyttä. Seuraavat kolme kysymystä mittaavat riippuvuusoireita. Neljällä viimeisellä kysymyksellä mitataan runsaan kertakäytön haittoja. (Babor ym. 2001, 10–11.)

Jos Audit-testissä saadaan tulokseksi vähintään 8 pistettä, on mahdollista epäillä suurkulutusta. Mikäli Audit-testissä tulee pisteitä 8-19 välillä, suositellaan mini-interventiota. Audit-testin tulokset voivat toimia hyvänä keskustelun käynnistäjänä ja apuvälineenä ongelman tunnistamiseksi. Audit-testistä voi kysyä myös kolme ensimmäistä kysymystä (Audit-C), jolloin pisteraja miehillä on 6 ja naisilla 5. Kysymykset koskevat juomisen tiheyttä, tyypillisenä juomispäivänä juodun alkoholin määrää ja humalajuomisen tiheyttä. Audit-C:tä käyttäessä ei saada

tietoa alkoholin potilaalle aiheuttamista haitoista. (Havio ym. 2009, 122; Aalto & Seppä 2009, 17.)

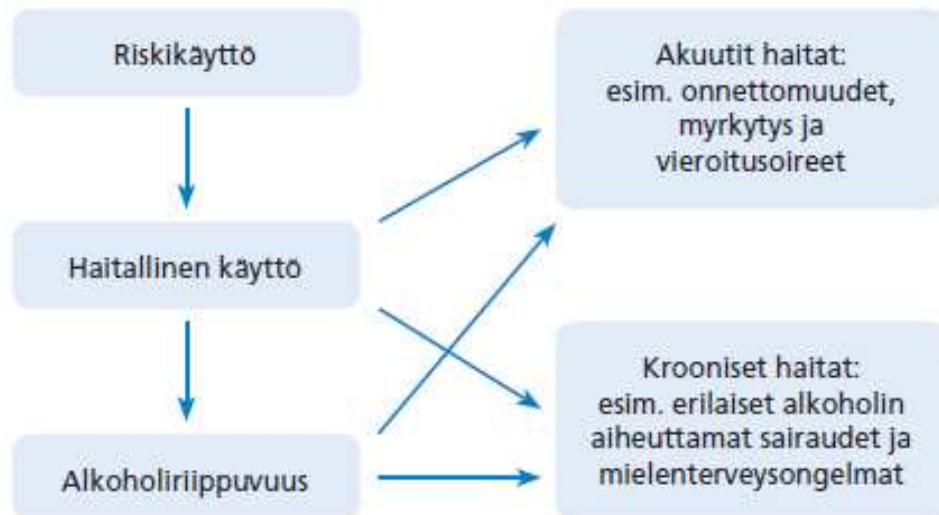
4 KÄSITTEET

4.1 Alkoholin suurkulutuksen luokittelu

Suurkulutus termiä käytetään kattamaan ne eri alkoholin kulutuksen muodot, joista on jo haittaa tai joihin liittyy merkittävä riski haitasta. Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, joka jaetaan kolmeen luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (Taulukko 1). Suurkulutuksen kriteerit voivat täytyä, vaikkei alkoholinkäyttöön liity riippuvuutta tai näkyviä haittoja. Suurkulutuksen eri vaiheissa olevien hoitosuosituksat poikkeavat toisistaan. Hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa suurkulutus jo riskikäytön tai haitallisen käytön vaiheessa. (Aalto & Seppä 2009, 11)

Taulukko 1. Alkoholin suurkulutuksen luokat ja määritelmät.

Luokka	Määritelmä
Alkoholin riskikäyttö	Suurkulutuksen rajat ylittyvät, eli riski saada alkoholin aiheuttamia haittoja on suuri, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut.
Alkoholin haitallinen käyttö	Selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat mm. alkoholin käytön pakonomaisuus ja hallinnan heikentyminen, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.



Kuvio 1. Alkoholin suurkulutuksen eri luokkien liittyminen toisiinsa ja alkoholi-haittoihin.

4.2 Alkoholin riskikäyttö

Suurkulutus määritellään sen perusteella, kuinka paljon henkilö juo alkoholia. Riskikäytöstä puhutaan kun niin sanotut suurkulutuksen rajat ylittyvät. Riskikäytöstä voidaan puhua myös silloin, kun niin sanottu tilanneraittiisuus ei toteudu. Tilanneraittiudella tarkoitetaan alkoholista pidättäytymistä esimerkiksi työssä ollessa tai liikenteessä. Riskikäyttö lisää merkittävästi alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen riskiä. Riskikäyttäjällä ei vielä esiinny merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta, mutta hän juo kuitenkin liikaa. Riskikäyttäjä pystyy vähentämään alkoholinkulutusta, koska riippuvuutta ei ole vielä kehittynyt. (Aalto & Seppä 2009, 12–13.)

Suomessa suurkulutuksen rajat työikäisillä miehillä on vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai vähintään 7 annosta kerralla. Naisilla vastaavat luvut ovat 16 ja 5 alkoholiannosta. Yksi alkoholiannos vastaa 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Suomalaiset suurkulutuksen rajat eivät pyri määrittelemään turvallisen juomisen rajaa. Esitetyt rajat eivät sovellu kaikille ryhmille esimerkiksi raskaana oleville, alaikäisille, ikääntyneille, päihderiippuvaisille tai joi-takin sairauksia tai oireita poteville. (Aalto & Seppä 2009, 12–13.)

4.3 Alkoholin haitallinen käyttö

Toisin kuin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa F10.1 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 242).

- Haitallisen alkoholinkäytön yleiset kriteerit:
 - Haitta voi olla ruumiillinen tai mielenterveydellinen
 - Diagnoosin asettamisen edellytyksenä on käyttäjälle aiheutunut todellinen mielenterveyden tai ruumiillisen terveyden vaurio (esimerkiksi alkoholin runsaasta käytöstä johtunut masennusjakso)
 - Sosiaaliset, paheksuttavat tai kulttuuriin sopimattomat negatiivisiin sosiaalisiin seuraamuksiin kuten pidätyksiin tai aviollisiin ristiriitoihin johtaneet häiriöt eivät sinänsä ole haitallista käyttöä
 - Äkillinen päihtymystila (F10.0) tai krapula eivät sinänsä ole tässä tarkoitettuja haitalliseen käyttöön liittyviä terveyden vaurioita.

- Diagnostiset kriteerit:
 - Selvä näyttö siitä, että alkoholi on aiheuttanut tai oleellisesti myötävaikuttanut ruumiillisen tai psyykkisen haitan mukaan lukien heikentynyt arvostelukyky, häiriintynyt käyttäytyminen, joka voi johtaa kyvyttömyyteen ihmissuhteissa tai aiheuttaa haitallisia seurauksia niissä.
 - Haitan luonne on selvästi todettavissa ja määriteltävissä.
 - Alkoholin käyttöä on kestänyt vähintään kuukauden ajan tai sitä on tapahtunut toistuvasti 12 kuukauden aikana.
 - Häiriö ei täytä minkään muun alkoholiin liittyvän samaan aikaan esiintyvän mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön kriteeriä (poikkeuksena äkillinen alkoholipäihtymys F10.0).

- Haitallista käyttöä ei pidä diagnostisoida, jos todetaan riippuvuusoireyhtymä (F10.2), psykoottinen häiriö (F10.5) tai muu määritelty päihteisiin tai alkoholiin liittyvä häiriö (paitsi F10.0). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 59–60.)

Henkilöllä, jonka riskikäyttö on jatkuvaa, voi ilmetä alkoholin aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, jotka ovat selvästi määriteltävissä ja tunnistettavissa. Alkoholin haitallisesta käytöstä on kyse silloin, kun henkilö ei haittojen ilmettyä vähennä alkoholinkäyttöä siinä määrin, että haitta häviäisi, mutta ei ole kuitenkaan vielä alkoholiriippuvainen. Haittojen ilmaantuminen on sitä todennäköisempää mitä enemmän henkilö käyttää alkoholia. Alkoholia haitallisesti käyttävä pystyy yleensä suhteellisen helposti omatoimisesti tai ammattiauttajien toteutetun neuvonnan avulla vähentämään alkoholin kulutusta. Jos henkilö ei yrityksistä huolimatta pysty vähentämään alkoholinkäyttöä, on syytä arvioida tilanne uudelleen ja pohtia alkoholiriippuvuuden mahdollisuutta. (Aalto & Seppä 2009, 13)

4.4 Alkoholiriippuvuus

Henkilö, jolla on alkoholiriippuvuus, ei välttämättä pysty yrityksistä huolimatta hallitsemaan alkoholinkäyttöä eikä estämään siitä aiheutuvia haittoja. Alkoholiriippuvuuteen liittyy runsas juominen, mutta kriteereissä ei ole määritetty rajoja alkoholin käyttömäärien suhteen. (Aalto & Seppä 2009, 13–14.)

Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, joka on määritelty ICD-10 luokituksessa F10.2 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 242).

- Diagnostiset kriteerit: Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset jaksot kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeisen vuoden aikana:
 - Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia
 - Heikentynyt kyky kontrolloida aloittamista ja lopettamista sekä käyttöannoksia
 - Vieroitusoireyhtymä (F10.3 ja F10.4) aineen käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä
 - Osoitus sietokyvyn (toleranssi) kasvusta

- Keskittyminen alkoholinkäyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholinkäyttöön ja vaikutuksista toipumiseen
- Alkoholin jatkuva käyttö haitoista huolimatta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 59–60.)

Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä ja se vaikuttaa henkilöiden oireisiin yksilöllisesti. Alkoholiriippuvuudesta ei ole kyse pelkästään fyysisestä riippuvuudesta, vaan ennen kaikkea psyykkisestä riippuvuudesta. Tämä ilmenee pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia myös vieroittautumisen jälkeen. (Aalto & Seppä 2009, 14.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten Audit-testin käyttö Haartmanin päivystyspoliklinikalla toteutuu. Audit-testin tehokkaammalla käytöllä on tavoitteena edistää puuttumista työikäisten helsinkiläisten varhaiseen alkoholiongelmaan, jotta potilaat saavat tarvittavaa hoitoon ohjausta tai neuvontaa.

Tutkimuskysymykset

1. Millaista on Audit-testin käyttö Haartmanin päivystyspoliklinikalla?
2. Millaista on hoitajien perehtyneisyys Audit-testin käyttöön?
3. Kuinka hyödyllisenä hoitajat pitävät Audit-testiä?

6 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

6.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusta varten kehitimme mittarin kirjallisuuden ja kokemustiedon pohjalta. Mittasimme hoitajien Audit-testin käyttöön liittyviä asenteita kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa oli 14 monivalintakysymystä ja yksi avoin kysymys. Kysyimme myös viisi taustakysymystä. Kysymyksiin oli mahdollista vastata valitsemalla yksi tai useampi vastausvaihtoehto kysymyksestä riippuen. Kysymyksissä 4, 5, 7, 8 ja 10 oli valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi avoin vastausvaihtoehto, johon vastaajilla oli mahdollisuus vastata omin sanoin.

6.2 Opinnäytetyön menetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmä on Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajat, perushoitajat, lääkin-tävahtimestarit ja lähihoitajat, joita on yhteensä 90. Tavoitteenamme oli saada mahdollisimman suuri otanta. Arvioimme vastausprosentiksi 50, tämä tarkoittaa, että saisimme 45 vastausta. Veimme päivystyspoliklinikalle jaettavaksi 90 kappaletta kyselylomakkeita. Esittelimme tutkimuksen aiheen ja toteuttamistavan hoitohenkilökunnalle osastokokouksessa. Aineiston keruuseen käytettiin strukturoitua kyselyä, joka jaettiin hoitohenkilökunnalle. Osastonhoitaja jakoi kyselylomakkeita hoitohenkilökunnalle vuoronvaihtojen yhteydessä. Vastaukset palautettiin suljettuun laatikkoon. Haimme kyselylomakkeet kahden viikon kuluttua. Saimme yhteensä 42 täytettyä kyselylomaketta.

6.3 Aineiston analysointi

Aineisto tallennettiin SPSS-ohjelmaan. Puuttuvia arvoja ei korvattu. Aineisto kuvataan prosentteina ja frekvensseinä tekstissä ja tuloksia elävöitetään kuviolla. Muuttujia tutkittiin Spearmanin korrelaatioilla nuorten hoitajien (ikä 23–40

vuotta) ja vanhempien hoitajien (yli 40-vuotiaat hoitajat) suhteen. Korrelaatioilla tutkittiin myös oliko perehdytyksen määrällä ja tarpeella yhteyttä.

7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistujat

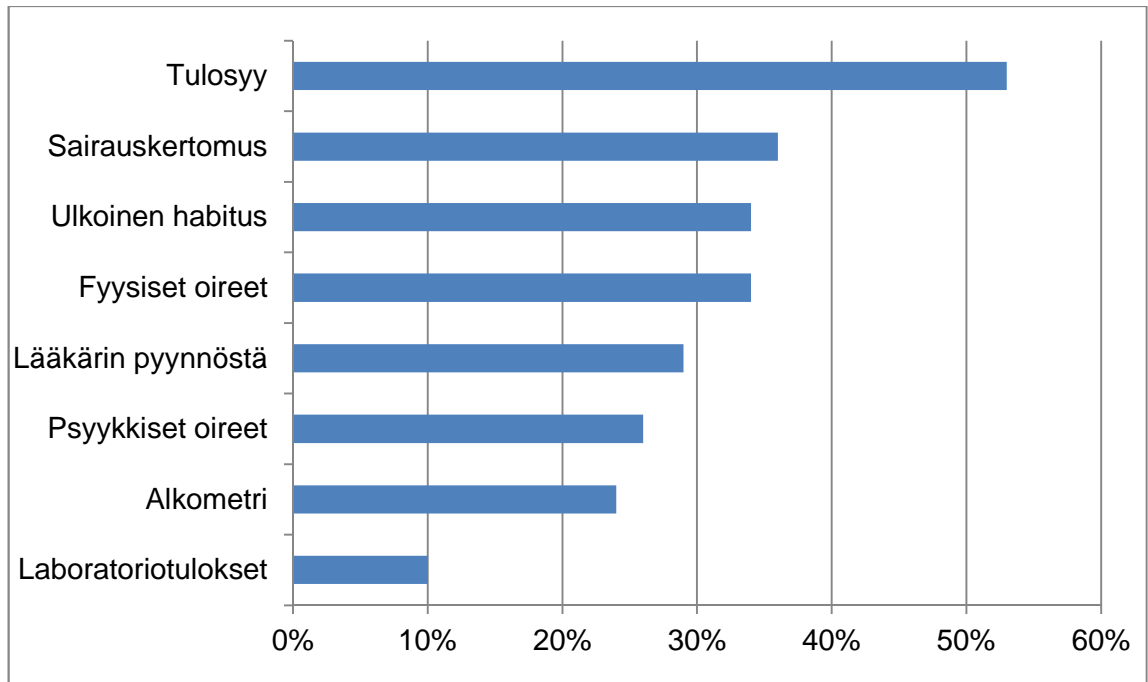
Tutkimukseen osallistui 42 henkilöä, joka on hieman vajaa puolet päivystyksen hoitohenkilökunnasta (n=90). Vastaajien ikä vaihteli 23–60 vuoden välillä, keski-ikä oli 34 vuotta. Tutkimuksen osallistujat olivat koulutukseltaan hoitajia, joiden työkokemus vaihteli kuudesta kuukaudesta 37 vuoteen (keskiarvo 9 vuotta). Työkokemus päivystysosastolla vaihteli kolmesta kuukaudesta 37 vuoteen, keskiarvo 6 vuotta.

7.2 Syyt Audit-testin tekemiseen

Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että Audit-testi pitäisi tehdä harkinnanvaraisesti (69 %, n=29). Noin neljännes (24 %, n=10) vastaajista tekisi testin kerran vuodessa päivystyskäynnin yhteydessä.

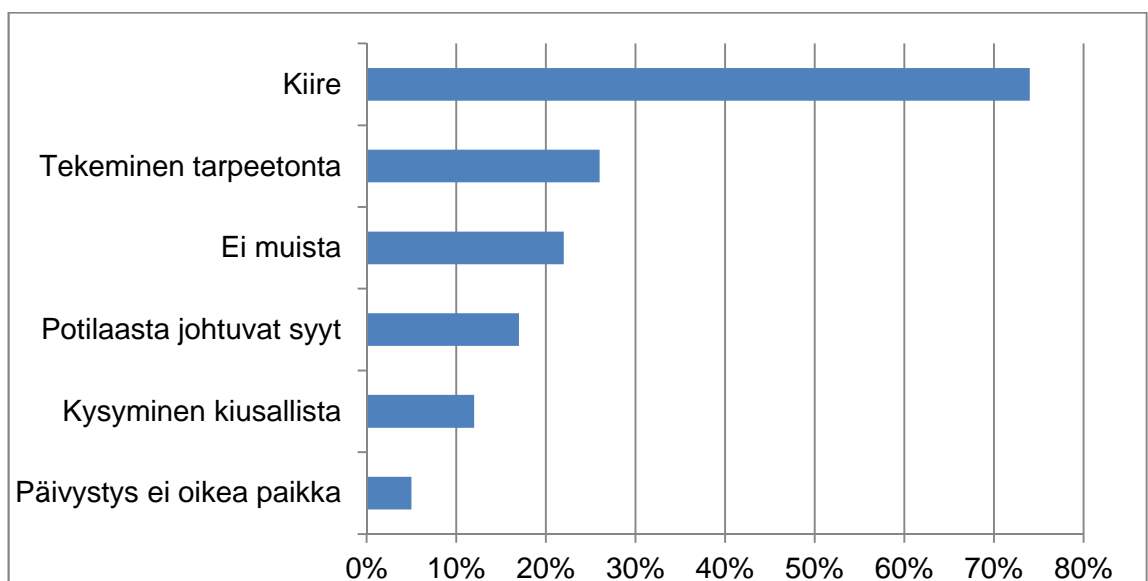
Tulosten mukaan vain harvoin tarkistetaan onko potilaalle tehty Audit-testiä viimeisen vuoden aikana. Vastaajista 62 % (n=38) ei tarkista koskaan tai hyvin harvoin ja 38 % (n=16) tarkistaa harvoin, onko viimeisen vuoden aikana potilaalle tehty Audit-testiä. Jos potilaalle ei ole tehty Audit-testiä viimeisen vuoden aikana, yksikään vastaajista ei ilmoittanut tekevänsä testiä aina tai lähes aina ja vain yksi vastaaja ilmoitti tekevänsä sen usein. Loput vastaajista ilmoitti tekevänsä testin harvoin tai ei koskaan.

Kysyimme, millä perusteella yleensä teet Audit-testin. Tähän kysymykseen vastaajat olivat valinneet monia vaihtoehtoja, joista yleisimmäksi muodostui tulosyy. (53 %, n=22), Muita syitä ovat potilaan sairauskertomus (36 %, n=15), ulkoinen habitus (34 %, n=14) ja fyysiset oireet (34 %, n=14). (Kuvio 2).



Kuvio 2. Audit-testin tekemisen perustelut

Kysyimme mitkä asiat vaikuttavat siihen, että Audit-testi jää tekemättä. Kysymykseen vastaajat olivat valinneet useita eri vaihtoehtoja, joista lähes kolme neljästä (74 %, n=31) koki kiireen olevan syy testin tekemättömyyteen. 26 % (n=11) vastaajista kokee testin tekemisen tarpeettomaksi. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Syitä miksi Audit-testiä ei tehdä

7.3 Audit-testin toteuttaminen

Vastaajat (40 %, n=17) kokivat, että paras tapa toteutukselle on se, että potilas itse täyttää Audit-testin. Kahden vastaajan (5 %) mielestä hoitajan kuuluisi haastatella potilas suullisesti ja täyttää Audit-testi. Loppujen vastaajien (55 %, n=23) mielestä paras tapa toteutukselle katsotaan tapauskohtaisesti, riippuen tilanteesta tai potilaasta.

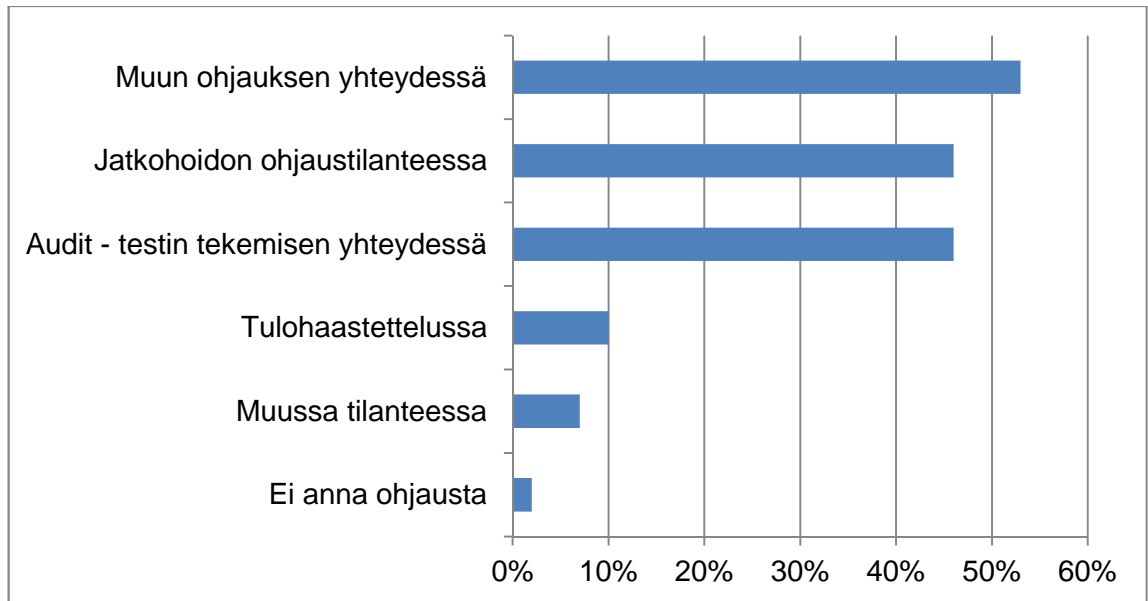
Vastanneet kokivat, että mielekkäin (62 %, n=26) tapa toteuttaa Audit-testi tapahtuu hoitosuhteen edetessä, hoitajan luonnolliseksi katsomassa tilanteessa. 22 % (n=9) vastanneista täyttävät Audit-testin mieluiten potilaan jatkohoidon ohjaustilanteessa ja 14 % (n=6) potilaan tulohaastattelutilanteessa.

Puolet vastanneista olivat sitä mieltä, että Audit-testin tekeminen kuuluu ensisijaisesti päihdetyöntekijälle yksin (33 %, n=14) tai yhdessä sairaanhoitajan kanssa (21 %, n=9).

7.4 Valmiudet potilaan ohjaamiseen

Suurin osa vastanneista koki valmiutensa jatkohoitoon ohjaamiseen vähintään melko hyviksi (67 %, n=28) ja kolmasosa arvioi valmiutensa melko huonoiksi (33 %, n=14). Kukaan vastaajista ei kokenut valmiuksiensa olevan erittäin huonot.

Hoitajat antoivat potilaalle ohjausta alkoholin käytöstä jatkohoidon ohjaustilanteessa (46 %, n=19) tai muun ohjauksen yhteydessä (53 %, n=22). Tehdyn Audit-testin yhteydessä ohjausta antoi 46 % (n=19) vastanneista ja tulohaastattelutilanteessa 10 % (n=4). (Kuvio 4).



Kuvio 4. Potilaan ohjaus alkoholin käytöstä

7.5 Alkoholin käytön kirjaaminen potilastietojärjestelmään

Suurin osa vastanneista (83 %, n=35) koki, että alkoholin käyttöä koskevat tiedot olisi tarpeen kirjata potilastietojärjestelmään. Vastanneista 10 % (n=4) ei pitänyt kirjaamista tarpeellisena.

Suurin osa kysymykseen vastanneista koki helpoimmaksi tavaksi löytää Audit-testin tulokset Pegasoksesta tai Clinisoftista. Monet vastanneista toivoivat, että tulokset olisivat helpommin löydettävissä esimerkiksi Clinisoftista omalla lehdelällä tai Pegasoksesta riskitiedoissa tai merkittynä värikoodilla.

7.6 Audit-testin hyödyllisyys

Puolet kysymykseen vastanneista arvioivat Audit-testin tekemisen erittäin (5 %, n=2) tai melko hyödylliseksi (44 %, n=18) ja puolet melko hyödyttömäksi (46 %, n=19) tai erittäin hyödyttömäksi (5 %, n=2). Spearmanin korrelaatiokertoimella katsottiin vanhempien (ikä 40–60 vuotta) ja nuorempien hoitajien (ikä 23–39

vuotta) arviointeja Audit-testin hyödyllisyydestä, nuoremmat hoitajat pitivät testiä hyödyllisempänä kuin vanhemmat hoitajat ($p=0.05$).

Hoitajista puolet koki saaneensa Audit-testin käyttöön liittyvää perehdytystä erittäin (17 %, $n=7$) tai melko paljon (38 %, $n=16$) ja puolet melko vähän (36 %, $n=15$) tai erittäin vähän (9 %, $n=4$).

Vastaajista vain muutama (7 %, $n=3$) koki tarvitsevansa lisää perehdytystä Audit-testin käyttöön. Loput vastaajista koki tarvitsevansa melko vähän (49 %, $n=20$), erittäin vähän (22 %, $n=9$) tai ei lainkaan (22 %, $n=9$). Spearmanin korrelaatiokertoimella katsoessa henkilöiden, jotka eivät tunne Audit-testiä kovin hyvin, eivät pidä sitä myöskään hyödyllisenä ($p=0.01$).

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen merkitys ja ajankohtaisuus

Alkoholinkäyttö aiheuttaa paljon ongelmia, jotka usein johtavat ihmissuhdeongelmiin, tapaturmiin, sairaalahoitoon joutumiseen, pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Lisäksi alkoholinkäytöstä aiheutuvat suuret yhteiskunnalliset taloudelliset menetykset. Jokaisen potilaan alkoholinkäyttöä olisi syytä arvioida vuosittain. Alkoholinkäytöstä kysyminen tulisi tapahtua jokaisen potilaan päivystyskäynnin yhteydessä, vähintään kerran vuodessa. Jos sairaalan työntekijät kysyvät vain sellaisilta potilailta, jotka todennäköisesti ovat alkoholiongelmaisia, jää suurin osa liikaa juovista hoidon ulkopuolelle. (Heinänen 2007, 7, 18–20.) Haastattelu on suurkulutuksen havaitsemiseksi paras ja taloudellisin keino. Audit-testi on suositeltavin haastattelun apuväline. (Salaspuro ym. 1998.)

Alkoholin kulutus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Kulutuksen kasvun on ennakoitu jatkuvan tulevaisuudessa. Alkoholijuomien kulutus liittyy Suomessa yleensä vapaa-ajan seurusteluun ja hauskanpitoon. Humalahakui-nen juominen ei ole Suomessa vähentynyt. Vapaa-ajan ja kuluttajien käytettävissä olevien tulojen odotetaan lisääntyvän tulevaisuudessa. Näiden syiden seurauksena oletetaan alkoholikulutuksen kasvavan tulevaisuudessakin. Lisäksi keskimääräistä vähemmän juoneet vuosiluokat korvautuvat selvästi runsaampaan alkoholinkäyttöön tottuneilla vuosiluokilla. (Karlsson & Österberg 2010, 23)

Haartmanin päivystyspoliklinikka oli tilannut opinnäytetyön Terve Helsinki -hankkeen päätyttyä. Terve Helsinki -hankkeen yksi merkittävä tavoite oli saada Audit-testin käyttö päivystyksessä rutiininomaiseksi toiminnaksi. Koska Audit-testin käyttö on hankkeen jälkeen lopahtanut, halusi Haartmanin päivystyspoli-kliniikka selvittää syitä, miksi näin on tapahtunut.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Saimme opinnäytetyöllemme luvan, jonka myönsi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virastopäällikkö. Opinnäytetyön yhteistyösopimus tehtiin Haartmanin päivystysyksikön ylihoitajan kanssa.

Tutkimuksen luotettavuuteen oleellisesti vaikuttava seikka on huolellisesti toteutettu kyselykaavake. Kysymysten on oltava yksiselitteisiä ja selkeitä. Vastaajalle ei saa jäädä mahdollisuutta kysymysten virhetulkinnalle. Kysymykset on laadittava siten, että yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa. (Vilkka 2007, 66–71.) Kyselylomakkeen kysymykset olivat monivalintaisia, eli niissä piti valita yksi tai useampi vastausvaihtoehto. Tämä osaltaan vaikeutti tulosten yksiselitteisyyttä ja tulkintaa. Huomasimme, että olisi ollut helpompaa käsitellä saatuja tuloksia, jos olisimme ohjeistaneet kyselylomakkeen täytön siten, että mahdollisuutena olisi valita vain yksi vastausvaihtoehto. Tällä menetelmällä nostettaisiin selkeästi esille tärkeimmät syyt.

Keräsimme opinnäytetyömme aineiston hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselylomakkeella, johon vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimusraportissamme ei ole yksilöitävissä yksittäistä tutkimukseen osallistunutta henkilöä. Käsitelimme kyselylomakkeista saadut vastaukset luottamuksellisesti. Kyselylomakkeet hävitetään tietosuojajätetäytöksessä opinnäytetyömme valmistuttua.

Tietojen tallennuksessa tapahtuvat virheet vaikuttavat tutkimustulosten luotettavuuteen. Merkitsimme kyselylomakkeet juoksevin numeroin aineiston keräämisen jälkeen. Numerointi mahdollistaa yksittäisten kaavakkeiden tietojen tarkistamisen havaintomatriisista. (Vilkka 2007, 111–114.)

8.3 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksemme tavoitteet olivat selkeät. Tutkimusympäristöstä ja sen toiminta-voista meillä oli jo aiempaa kokemusta. Nämä seikat edesauttoivat tutkimuksemme laadukasta toteuttamista. (Vilkka 2007, 100–101.) Tutkimustulokset oli-

vat sen suuntaisia, joita olimme jo ennalta arvioineet oman työkokemuksemme perusteella.

Kohderyhmää, josta tutkimuksessa halutaan tehdä päätelmiä, kutsutaan perusjoukoksi eli populaatioksi. Perusjoukko on määriteltävä ja rajattava tarkasti (Kananen 2008, 70). Päätimme rajata tutkimuksemme kohderyhmän hoitohenkilökunnan osalta siten, että se sisältää sairaanhoitajat, lääkintävahtimestarit, perushoitajat sekä lähihoitajat. Edellä mainituilla ammattiryhmillä on samanlainen työnkuva. Päätimme tutkimuksen alkuvaiheessa jättää lääkärit pois tutkimuksesta.

Otantatutkimuksessa perusjoukosta otetaan otos, joka edustaa koko perusjoukkoa. Kokonaistutkimuksessa kaikki perusjoukkoon kuuluvat tutkitaan. (Kananen 2008, 70.) Perusjoukon ollessa pieni eli yksiköiden lukumäärän ollessa alle 100, kuten opinnäytetyössämme, on suositeltavaa tehdä kokonaistutkimus (Heikkilä 2008, 33). Veimme kyselylomakkeita henkilökuntaa vastaavan määrän päivystyspoliklinikalle. Pidimme epärealistisena saada vastausprosentiksi 100, työn luonteen ja tekijöiden resurssien rajallisuuden vuoksi. Jotta kato, joka tarkoittaa kyselylomakkeiden palauttamatta jättäneiden määrää, olisi mahdollisimman pieni, esittelimme tutkimuksemme henkilökunnalle osastokokouksessa ja osastonhoitaja otti tehtäväkseen muistuttaa henkilökuntaa vastaamaan siihen. Tutkimuksemme vastasi 42 hoitohenkilökunnan jäsentä, joka vastaa noin puolta koko päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan määrästä. Mielestämme otoskoko oli tarpeeksi suuri, jotta tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisia. (Heikkilä 2008, 30.) Olimme tyytyväisiä otannon vastausmäärään.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että Audit-testiä ei käytetä päivystyksessä kovinkaan paljon. Tämä ei kuitenkaan johdu siitä, ettei Audit-testiä osattaisi käyttää, sillä vain muutama vastaajista kokee tarvitsevansa perehdytystä Audit-testin käyttöön. Myöskään Audit-testin tuloksia ei tarkisteta kovin usein potilastietojärjestelmästä. Tämä johtunee osin siitä, että Audit-testin tulokset eivät ole helposti löydettävissä potilastietojärjestelmistä. Hoitohenkilökunta toivoisi, että Audit-testin tuloksille olisi selkeä paikka mihin kirjata tai tuloksille olisi esimerkiksi jokin värikoodi riskitiedoissa. Valtaosa vastaajista kokee, että alkoholinkäyttöä

koskevat tiedot olisi tarpeen kirjata potilastietojärjestelmään. Silloin kun Audit-testi tehdään, se tehdään yleisimmin tulossyyn perusteella. Myös potilaan aiempi päihteidenkäyttö ja ulkoiset tunnusmerkit ovat merkittäviä syitä tehdä Audit-testi.

Tutkimuksemme mukaan kiire on merkittävin syy (74 % vastaajista), että Audit-testi jää tekemättä. Kiire selittänee, miksi vain kahden vastaajan mielestä hoitajan haastattelemalla täyttämä Audit-testi on paras tapa toteutukselle. Lisäksi suhteellisen moni kokee Audit-testin tarpeettomaksi. Pehdytyksen tarpeella ja hyödylliseksi kokemisella on selkeä negatiivinen yhteys. Tutkimuksessa ei käy ilmi syy-seuraus suhdetta. Nuoremmat hoitajat kokivat Audit-testin tekemisen hyödyllisempänä kuin vanhemmat hoitajat.

8.4 Johtopäätökset

Tutkimuksemme mukaan kiire on suurin syy, miksi Audit-testi jää tekemättä. Pohdimme tähän ongelmaan ratkaisua. Yksi vaihtoehto olisi Audit-testin sijaan tehdä Audit-C, jossa 10 kysymyksen sijaan 3 kysymystä. Näissä pisterajana on miehillä 6 ja naisilla 5. Jos pisteraja ylittyy, voidaan tarvittaessa tehdä kattavampi kartoitus Audit-testillä alkoholin kulutuksesta tai potilasta haastattelemalla. Tutkimusten mukaan tilastollisesti merkittäviä eroja ei ole todettu Audit:n ja Audit-C:n välillä alkoholin ongelmakäytön ja riskikäytön tunnistamisessa perusterveydenhuollon potilailla. (Seppä 2010.) Jos potilas on asiallinen ja orientoitunut, on mahdollista antaa myös potilaan itse täyttää Audit-testi. Tämä menetelmä ei sido hoitajien resursseja juuri lainkaan.

Alkoholin riskikäytön tunnistamisen todellinen ennaltaehkäisevä lähestymistapa merkitsee, että kaikilta päivystyspoliklinikan aikuispotilailta kysytään alkoholin käytöstä. Ei ole näyttöä siitä, että systemaattinen kysyminen kaikilta johtaisi ei-toivottuihin seuraamuksiin, kuten potilaiden kiusaantumiseen tai tyytymättömyyteen. (Anderson, Gual & Colom 2005.) Päivystyspoliklinikan osastotunnilla voitaisiin käydä kehityskeskustelua Audit-testin käytön tehostamisesta. Audit-testin tulosten kirjaamisesta potilastietojärjestelmään voitaisiin helpottaa tekemällä

siitä kirjallinen ohje. Tämä nopeuttaisi tulosten kirjaamista ja tarkistamista. Kirjallisista ohjeista olisi hyötyä vanhoille ja uusille työntekijöille sekä keikkatyöntekijöille.

Alkoholinkäytön arviointi terveydenhuollossa on hyödyllistä. Keskustelu Audit-testin tuloksista antaa mahdollisuuden kertoa potilaille alkoholinkäytön riskirajoista potilasta kunnioittavalla tavalla. Henkilökunnan pitäisi tiedostaa, missä tilanteessa ottaa yhteyttä päihdetyöntekijään, jotta potilas saisi tarvittaessa päihdeneuvontaa. Alkoholinkäytön vähentämisen vastuu on kuitenkin potilaalla. Tästä johtuen potilaan motivoitumisen tukeminen on tärkeää. Oleellisinta on potilaan havahtuminen näkemään oma alkoholinkäyttönsä. Puheeksioton avulla voidaan käynnistää prosessi, joka parhaimmillaan johtaa potilaan alkoholinkäyttötavan muutokseen. (Heinänen 2007.)

Tutkimuksemme mukaan, silloin kun Audit-testi tehdään, se tehdään yleisimmin tulossyyn perusteella. Lisäksi potilaan aiempi päihteidenkäyttö ja ulkoiset tunnusmerkit ovat merkittäviä syitä Audit-testin tekemiselle. Jos hoitajat ottavat alkoholinkäytön puheeksi vain niiden potilaiden kanssa, joita he todennäköisimmin pitävät alkoholiongelmallisina, jää suurin osa liikaa juovista potilaista havaitsematta. Tutkimusten mukaan on perusteltua, että alkoholihaittojen ehkäisytyötä tulisi kohdistaa myös riskikäyttäjiin (Mäkelä & Mustonen 2010).

Alkoholin suurkulutus on Suomessa kasvava ongelma, joten pidämme varhaista puuttumista tärkeänä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Audit-testi on tehokas keino seulomaan alkoholin suurkuluttajat. Tästä syystä Audit-testiä olisi syytä käyttää päivystyspoliklinikalla rutiininomaisena toimenpiteenä. Potilaat hyötyvät Audit-testin käytöstä siten, että he saavat terveyttä edistävää neuvontaa tai hoitoon ohjausta.

8.5 Opinnäytetyö ammatillisuuden vahvistajana

Teimme opinnäytetyön parityönä, koska aihe oli molemmista mielenkiintoinen. Yhteistyö välillämme toimi hyvin. Opinnäytetyön tekeminen parityönä edesauttoi erilaisten näkökulmien löytämistä sekä ongelmanratkaisukykyä. Opinnäytetyön etenemistä vaikeutti aikataulujen yhteensovittaminen.

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen tutkimus. Opimme kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä paljon, koska kummallakaan ei ollut tutkimuksen tekemisestä aiempaa kokemusta. Huomasimme, että kyselylomakkeen laatiminen on vaativaa. Tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaista on tarkkaan mietitty kyselylomake. Tutkimustulosten analysointivaiheessa, huomasimme, että olisimme voineet tehdä joitain asioita toisin.

Opinnäytetyön tekeminen vaati laajaa lähdeaineistoon tutustumista. Olemme oppineet käyttämään eri tietolähteitä ja arvioimaan lähteitä kriittisesti. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme kuinka tärkeää tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö on.

Aiheeseen syventyessämme opimme ymmärtämään, kuinka suuri kansanterveydellinen ongelma alkoholin suurkulutus on. Huomasimme kuinka tärkeässä roolissa hoitohenkilökunta on päihdekäyttäjien tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa. Opinnäytetyön tekeminen vahvisti ammatillisuutemme kehittymistä sairaanhoitajina.

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake

Kysely AUDIT-testin käytöstä Haartmanin päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille, perushoitajille, lääkintävahtimestareille ja lähihoitajille.

VASTAUSOHJE: Ympyröi sinulle sopivin vaihtoehto tai vaihtoehdot

Pitäisikö AUDIT-testi tehdä?

- 1 Jokaisen päivystyskäynnin yhteydessä
- 2 Päivystyskäynnin yhteydessä, korkeintaan kerran vuodessa
- 3 Harkinnanvaraisesti
- 4 Ei kenellekään

Kuinka usein tarkistat onko potilaalle tehty AUDIT-testiä viimeisen vuoden aikana?

- 1 Aina tai lähes aina
- 2 Usein
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan tai hyvin harvoin

Jos potilaalle ei ole tehty AUDIT-testiä viimeisen vuoden aikana, kuinka usein teet AUDIT- testin?

- 1 Aina tai lähes aina
- 2 Usein
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan tai hyvin harvoin

Millä perusteella yleensä teet AUDIT-testin?

- 1 Potilaan sairauskertomus
- 2 Ulkoinen habitus
- 3 Tulosyy
- 4 Fyysiset oireet

- 5 Psyykkiset oireet
- 6 Lääkärin pyynnöstä
- 7 Laboratoriokokeet
- 8 Alkometri
- 9 Muu syy, mikä _____

Mitkä asiat vaikuttavat siihen, että AUDIT-testi jää tekemättä?

- 1 Kiire
- 2 Potilaasta johtuvat syyt
- 3 Koen sen tarpeettomaksi
- 4 Koen kysymisen kiusallisena
- 5 Muut syyt, mikä _____

Mikä on mielestäsi paras tapa toteuttaa AUDIT-testi?

- 1 Hoitaja haastattelee suullisesti ja täyttää Audit-lomakkeen
- 2 Potilas itse täyttää AUDIT-lomakkeen
- 3 Tapauskohtaisesti, riippuen tilanteesta tai potilaasta

Missä seuraavista tilanteista AUDIT-testi on mielekästä täyttää?

- 1 Potilaan tulohaastattelutilanteessa
- 2 Hoitosuhteen edetessä, luonnolliseksi katsomassasi tilanteessa (esimerkiksi vitaalien ottamisen yhteydessä)
- 3 Potilaan jatkohoidon ohjaustilanteessa
- 4 Muussa tilanteessa, missä _____

Kenen toimesta AUDIT-testi ensisijaisesti kuuluisi tehdä?

- 1 Triage-hoitaja
- 2 Sairaanhoidtaja
- 3 Päihdetyöntekijä
- 4 Lääkäri

5 Joku muu, ku-

ka _____

6 Ei kenenkään

Ovatko valmiutesi potilaan jatkohoitoon ohjaamiseen?

1 Erittäin hyvät

2 Melko hyvät

3 Melko huonot

4 Erittäin huonot

Milloin annat potilaalle ohjausta alkoholin käytöstä?

1 Tulohaastattelutilanteessa

2 Anestesiakaavakkeen täytön yhteydessä

3 Jatkohoidon ohjaustilanteessa

4 Muun ohjauksen yhteydessä (esim. elintapaohjaus)

5 Tehdyn AUDIT- testin yhteydessä

6 Muussa tilanteessa

7 En anna ohjausta alkoholin käytöstä

Onko alkoholin käyttöä koskevat tiedot tarpeen kirjata potilastietojärjestelmään?

1 Kyllä

2 Ei

3 En osaa sanoa

Mistä kohdasta sinun olisi helpoin löytää AUDIT-testin tuloksia potilastietojärjestelmästä?

Kuinka hyödylliseksi arvioit AUDIT-testin tekemisen?

1 Erittäin hyödyllinen

2 Melko hyödyllinen

- 3 Melko hyödytön
- 4 Erittäin hyödytön

Kuinka paljon olet saanut perehdytystä AUDIT-testin käytöstä?

- 1 Erittäin paljon
- 2 Melko paljon
- 3 Melko vähän
- 4 Erittäin vähän
- 5 En lainkaan

Kuinka paljon tarvitset perehdytystä AUDIT-testin käytöstä?

- 1 Erittäin paljon
- 2 Melko paljon
- 3 Melko vähän
- 4 Erittäin vähän
- 5 En lainkaan

Lopuksi pyydämme ystävällisesti vastaamaan muutamiin taustakysymyksiin. Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin ympyröimällä sinulle sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus sille annettuun tilaan.

Sukupuoli:

- 1 Mies
- 2 Nainen

Ikä: _____ vuotta

Työsuhte:

- 1 Vakituinen
- 2 Määräaikainen
- 3 Toistaiseksi voimassaoleva

Työkokemus hoitajana _____ vuotta _____ kuukautta

Työkokemus nykyisellä osastolla _____ vuotta _____ kuukautta

Suuret kiitokset kyselyyn osallistumisesta!

Liite 2: Audit-testi

Rengasta oikea vaihtoehto (0,1, 2, 3, 4)

1. Kuinka usein käytät alkoholia?

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

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

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

3) Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

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

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

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

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

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

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?

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

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

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

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

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

9) Oletko juomisellasi aiheuttanut tapaturmia itsellesi tai seuralaisellesi?

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

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

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

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä

lasi (12cl) mietoa viiniä

pieni lasi (8cl) väkevää viiniä

ravintola-annos (4vl) väkeviä

ESIMERKKEJÄ:

0,5 l tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä 1,5 annosta

0.5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä 2 annosta

0.75 l pullo mietoa (12%) viiniä 6 annosta

0,5 l pullo väkeviä 13 annosta

Lähteet

- Aalto, Mauri 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Artikkelit: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(8):891-6
- Aalto, Mauri ja Seppä, Kaija 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen opas: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino, Helsinki. 11–21.
- Aalto, Mauri; Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija 2012. Artikkelit: Alkoholien suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko neuvontarajat? Suomen Lääkäri lehti 37/2012 vsk 67.
- Anderson, Peter; Gual, Antoni & Colom, Joan 2005. PHEPA. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief. Viitattu 20.1.2014.
http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf
- Babor, Thomas F.; Higgins- Biddle, John C.; Saunders, John B. & Monteiro, Maristela G. 2001. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification. Test guidelines for use in primary care. Viitattu 15.2.2013.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Havio, Marjaliisa; Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2009. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro, Helsinki.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Heinänen, Marja (toim.) 2007. Oppaita ja työkirjoja 2007/4. Audit-testi. Alkoholien linkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Helsingin kaupunki sosiaalivirasto. Viitattu 11.11.2013.
<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01/AUDIT7.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01>
- Huttunen, Jussi 2012. Duodecim. Alkoholien ja terveys. Viitattu 17.11.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Huttunen, Matti 2013. Duodecim. Alkoholien ja huumeiden väärinkäyttö. Viitattu 8.8.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194

- Kananen, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karlsson, Thomas ja Österberg, Esa 2010. Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Mäkelä, Pia; Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.). Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Yliopistopaino, Helsinki. 13–26.
- Kempainen, Kaisa-Johanna 2012. Parempia palveluja valtionohjauksessa. Kunnallisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen valtionohjauksella kunta- ja palvelurakennemuutosten yhteydessä Itä-Suomessa. Pro gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kivistö, Marketta; Jurvansuu, Hanna & Hirvonen, Leena 2010. Työterveyslaitos. Alkoholit ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisyn tarve ja käytännöt työpaikoilla. Tutkimusraportti 38. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print 2010.
- Komminaho, Alpo 2012. Pro gradu- tutkielma. Päihde- ja mielenterveysstrategian ohjausvaikutukset – onko niitä? Tampere: Tampereen yliopisto.
- Koski-Jännes, Anja; Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Sanoma Pro, Helsinki.
- Käypähoito 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 6.11.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholiongelma#s7>
- Luurila, Katrimaija 2009. Pro gradu -tutkielma. Alkoholihaittoja ehkäisevän työn tuet ja esteet työpaikalla. Tampereen yliopisto, Tampere.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80750/gradu03668.pdf?sequence=1>
- Mäkelä, Pia ja Mustonen, Heli 2010. Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Teoksessa Mäkelä, Pia; Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.). Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Yliopistopaino, Helsinki. 195–206.
- Päihdehuoltolaki. 1986/41, 7§.

Päihdelinkki 2011. Alkoholi. Viitattu 6.5.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>

Salaspuro, Mikko; Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija 1998. Päihdelääketiede. Duodecim, Helsinki.

Seppä, Kaija 2010. Käypä hoito. Potilaan haastattelemineen: kolmen kysymyksen AUDIT-C. Viitattu 20.1.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak04611>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. THL, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. THL, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013. Alkoholijuomien kulutus 2012 Tilastoraportti 11/2013. THL, Helsinki.

Tuominen, Sanna 2010. "Ootko yhtään ottanu nyt?" Alkoholinkäytöstä keskusteleminen äitiysneuvolan ensikäynnillä. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja Mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.