

Anni Amberg

**PUHEEKSIOTON JA
MINI-INTERVENTION TOTEUTUMINEN
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA
KYMENLAAKSON
HYVINVOINTIALUEELLA**
Kysely vastaanottopalvelujen ja
suun terveydenhuollon työntekijöille

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja YAMK

Terveyden edistämisen koulutus (ylempi AMK)

2024



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Tekijä	Anni Amberg
Työn nimi	Puheeksioton ja mini-intervention toteutuminen perusterveydenhuollossa Kymenlaakson hyvinvointialueella – Kysely vastaanotto- palvelujen ja suun terveydenhuollon työntekijöille
Toimeksiantaja	Kymenlaakson hyvinvointialue
Vuosi	2024
Sivut	51 sivua, liitteitä 16 sivua
Työn ohjaaja	Merja Harmoinen

TIIVISTELMÄ

Päihteiden käytön ja haitallisen rahapelaamisen varhainen tunnistaminen kaikissa sosiaali- ja terveystalvissa on erittäin tärkeää, jotta yksilön sekä yhteiskunnan kannalta erittäin haitallisia päihde- ja rahapeliongelmia saataisiin vähennettyä. Päihteiden käytön tai haitallisen rahapelaamisen haittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä puheeksioton ja mini-intervention on todettu olevan tehokkaimpia keinoja. Perusterveydenhuollolla nähdään olevan tässä keskeinen rooli. Puheeksioton ja mini-intervention esteitä on tutkimusten mukaan lukuisia niin yksilötasolla kuin yksikön toiminnan, palvelujärjestelmän ja yhteisönkin tasolla.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta hyödynnettävää tietoa varhaisen tunnistamisen ja puheeksioton edellytyksistä sekä kehityskohteista perusterveydenhuollon tasolla Kymenlaakson hyvinvointialueella. Tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollossa tapahtuvaa päihteiden käytön sekä haitallisen rahapelaamisen puheeksioton ja mini-interventioiden toteutumista sekä sen esteitä ja edistäviä tekijöitä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselytutkimusta. Kohderyhmänä oli Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen ja suun terveydenhuollon työntekijät (n = 32). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tulokset osoittavat, että jokaisen potilaan käynnillä päihteitä otettiin melko harvoin puheeksi, rahapelaamista ei ollenkaan. Mini-interventioista osa, kuten tiedon antaminen haitoista, toteutui hyvin. Vähiten toteutui seurannasta sopiminen potilaan kanssa. Päihteiden käytön kartoitukseen käytettiin erillistä mittaria eniten alkoholin kohdalla (AUDIT) nuorempien työntekijöiden ollessa tässä aktiivisimpia. Osa työntekijöistä ei ottanut rahapelaamista puheeksi ollenkaan vastaanottokäynneillä. Suurimpana esteenä puheeksiottojen toteutumiselle pidettiin ajan puutetta. Merkittävimpinä edistävinä tekijöinä nähtiin potilaiden itse täyttämät kartoituskyselyt sekä ehkäisevän päihdetyön omaksuminen osaksi omaa työtä. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kokeneemmat työntekijät näkevät jonkin verran vähemmän keinoja edistää puheeksiottoja. Puheeksiottojen ja mini-interventioiden määrää voitaisiin saada lisättyä kouluttamalla henkilöstöä ja muokkaamalla yksikön toimintakulttuuria sekä ottamalla käyttöön potilaiden itse ennakkoon täyttämät kartoituskyselyt osana rutii-
nikäyntejä.

Asiasanat: päihteet, pelaaminen, puheeksiotto, varhainen puuttuminen, ennaltaehkäisy, perusterveydenhuolto

Degree title	Master of Health Care
Author	Anni Amberg
Thesis title	Implementation of Brief Interventions in Primary Health Care in the Wellbeing Services County of Kymenlaakso – Survey for the Workers at the Health Care Centre and Oral Health Care
Commissioned by	Wellbeing Services County of Kymenlaakso
Time	2024
Pages	51 pages, 16 pages of appendices
Supervisor	Merja Harmoinen

ABSTRACT

To decrease and prevent substance use and gambling problems within the population, it is very important to detect the harmful use of substances or gambling behaviour at the early stage in every unit in the health and social services. Brief interventions are proven to be effective in reducing substance use and risk gambling and primary care providers are well-positioned to identify these factors. Still, several barriers have been identified in delivering brief interventions within the practice setting as well as the wider healthcare system.

The objective of this thesis was to depict the implementation of brief interventions regarding substance use and harmful gambling in the primary care setting as well as its barriers and facilitators. This thesis aimed to discover factors influencing the implementation of brief interventions and by this discover the targets of development for the Wellbeing Services County of Kymenlaakso. The method used in this thesis was a survey and the participants consisted of the workers at the health care centres and oral health care units (32 respondents). The data was analysed using statistical methods.

The results showed that the patients were rarely asked about their substance use and not once about their gambling during their medical visits. The respondents reported providing information often regarding the risks and health effects. Agreeing on follow-ups was not reported often. Screening questionnaires were used most frequently when asking about alcohol use (AUDIT). The lack of time was seen as the biggest obstacle to carry out brief interventions, whereas patients completing questionnaires prior to their visits and professionals adopting prevention as part of their everyday work were reported to be the most significant facilitators.

In conclusion, it can be noted that those professionals with longer work experience in the health system reported fewer facilitating factors for brief interventions than those with shorter work experience. By providing education for the staff and adapting the primary care culture to promote prevention as well as adopting the questionnaires completed by patients themselves as a routine part of the visits implementation of the brief interventions could be increased and promoted.

Keywords: Substance Use, Gambling, Brief Intervention, Early Detection, Prevention, Primary Care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS	7
3	TOIMEKSIANNON TAUSTA	8
4	TIEDONHAKU JA AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	11
5	TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET	12
5.1	Päihteet ja rahapelaaminen Suomessa	13
5.2	Puheeksiotto ja mini-interventio	15
5.3	Puheeksiotto ja mini-interventio eri päihteiden ja rahapelaamisen kohdalla	18
5.4	Varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa	21
5.5	Puheeksiottoa estävät ja edistävät tekijät	23
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
7.1	Aineiston keruu	28
7.2	Kyselylomake	28
7.3	Aineiston analyysi	29
8	TULOKSET	29
8.1	Taustamuuttajat	29
8.2	Puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutuminen	31
8.3	Puheeksiottoa ja mini-interventiota estävät tekijät	35
8.4	Puheeksiottoa ja mini-interventiota edistävät tekijät	37
9	POHDINTA	40
9.1	Opinnäytetyön eettisyys	42
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	43
9.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	44
	LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Esimerkki puheeksioton korteista



South-Eastern Finland
University of Applied Sciences

- Liite 2. Koostetaulukko tutkimuksista
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Kyselylomake
- Liite 5. Tietosuojailmoitus

1 JOHDANTO

Alkoholinkäytöstä aiheutuu yhteiskunnalle vuosittain arviolta 772–962 miljoonan euron välittömät kustannukset. Tupakoinnin osalta luku on 617–621 miljoonaa euroa/vuosi ja huumausaineiden käytön osalta 299–370 miljoonaa euroa/vuosi. Rahapelirikollisuudesta on arvioitu aiheutuvan noin 1,6 miljoonan euron kustannukset vuositason tasolla. Kustannusten ohella päihde- ja rahapeliongelmissa aiheutuu yksilötasolla mittavaa inhimillistä kärsimystä. (Warpenius 2021.) Valtakunnallisessa ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmassa vuosille 2015–2025 yhdeksi painopisteeksi on nostettu alkoholin, tupakkatuotteiden, huumausaineiden ja rahapelaamisen haittojen varhainen tunnistaminen. Tavoitteeksi on asetettu, että haitat ja riskikäyttö tunnistetaan kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä asiakkaita osataan tukea riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena on, että lyhytneuvontaa eli mini-interventiota toteutetaan systemaattisesti, jotta alkoholin riskikäyttöä, huumausaineiden ja tupakkatuotteiden käyttöä sekä haitallista rahapelaamista saataisiin vähennettyä. (Markkula ym. 2021.)

Nämä tavoitteet toistuvat myös Kymenlaakson hyvinvointikertomuksessa ja -suunnitelmassa vuosille 2020–2025, jossa muun muassa linjataan, että kaikilla asukkailla tulee olla mahdollisuus päihteettömään elämään ja siinä tuen saamiseen sekä että kaikkien ikäryhmien kohdalla ja kaikissa palveluissa tulee panostaa systemaattiseen päihteiden käytön puheeksiottoon sekä mini-interventioihin (Kymenlaakson alueellinen hyvinvointikertomus... 2023, 17). Systemaattinen päihteiden käytön ja riippuvuuksien kartoittaminen sekä varhaiset tukitoimet ovat yksi tärkeä edellytys sille, että sosiaali- ja terveydenhuollossa painopistettä saadaan siirrettyä ennakoivaan ja ehkäisevään työhön pois päin raskaista palveluista (THL 2023f). Tämä painopisteen siirto kohti ehkäisevää työtä on ollut myös yksi kansallisen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 -ohjelman päätavoitteista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021).

Puheeksioton on todettu olevan yksi vaikuttavimmista keinoista ehkäistä sekä vähentää erityisesti alkoholin riskikäyttöä, mutta myös muiden päihteiden sekä

ongelmallisen rahapelaamisen kohdalla se on todettu tehokkaaksi keinoksi vähentää ja ehkäistä haittoja (THL 2023e; Aalto 2015). Perusterveydenhuollolla nähdään olevan keskeinen rooli päihteiden riskikäytön sekä eri riippuvuuksien puheeksiotossa ja varhaisessa tunnistamisessa muun muassa sen erityisen runsaiden potilaskäyntien vuoksi (McNeely ym. 2018; THL 2023f). Kuitenkin tutkimustieto osoittaa, että vaikka perusterveydenhuollon tasolla on jo pitkään suositeltu toteuttamaan puheeksioton, mini-intervention ja hoitoonohjauksen mallia, niiden laajalle käytölle on havaittu lukuisia esteitä (esim. Pautrat ym. 2023). Lisäksi puheeksiottoon liittyvä dokumentointi, esimerkiksi alkoholinkäytön kartoitukseen liittyen, on todettu puutteelliseksi perusterveydenhuollon ympäristössä (Seppänen ym. 2021).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihteiden käytön sekä haitallisen rahapelaamisen puheeksioton ja mini-interventioiden toteutumista sekä sen esteitä ja edistäviä tekijöitä perusterveydenhuollon avopalveluissa Kymenlaakson hyvinvointialueella. Tavoitteena on tuottaa uutta, hyödynnettävää tietoa varhaisen tunnistamisen ja puheeksioton edellytyksistä sekä kehityskohteista perusterveydenhuollon tasolla Kymenlaakson hyvinvointialueella.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Kymenlaakson hyvinvointialue organisaationa on aloittanut toimintansa tammi-kuussa 2023, kun valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) myötä hyvinvointialueen järjestämisvastuulle siirtyivät sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi. Aiemmin näistä vastasivat kunnat sekä Kymsote eli Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (Kouvolan kaupunki 2022.) Kymenlaakson maakuntaan ja hyvinvointialueeseen kuuluu kuusi kuntaa, Kotka, Kouvola, Hamina, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti, ja asukkaita alueella asuu noin 159 500. Tavoitteena hyvinvointialueuudistuksen myötä on ollut muun muassa parantaa hoitoon pääsyä sekä siirtää painopistettä ennalta ehkäiseviin toimenpiteisiin sekä peruspalveluihin. (Tietoa hyvinvointialueesta s.a.)

Kymenlaakson hyvinvointialueen organisaation toimialat koostuvat terveyden- ja sairaanhoidon palveluista, sosiaalipalveluista ja pelastustoimesta sekä lisäksi konsernipalveluista ja strategia- ja integraatiopalveluista (Kymenlaakson

hyvinvointialue 2022). Strategia- ja integraatiopalveluihin sisältyy muun muassa palvelujen ja asiakaspolkujen kehittämistyötä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä eli HYTE-työtä (Lehto & Kainulainen 2023, 1). Sillä tarkoitetaan yleisesti kaikkia niitä toimia, joilla tavoitellaan väestön hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn lisääntymistä, osallisuuden vahvistamista sekä sairauksien ja syrjäytymisen ehkäisyä. Ehkäisevä päihdetyö sisältyy olennaisesti tähän työhön. (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen s.a.) Palveluajatuksena Kymenlaakson hyvinvointialueen integraatiopalveluissa nähdään väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuraaminen sekä palvelujen saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen. Lisäksi huomiota kiinnitetään asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten sekä tuottavuuden parantamiseen asiakaslähtöisyyttä unohtamatta. (Lehto & Kainulainen 2023, 6.)

3 TOIMEKSIANNON TAUSTA

Kymenlaakson tämänhetkisessä alueellisessa hyvinvointisuunnitelmassa toimenpidetavoitteiksi päihteidenkäytön ja rahapelaamisen puheeksioton osalta on mainittu muun muassa puheeksiottomallien päivitys sekä varhaisen puuttumisen toimintamallin luominen eri toimijoiden palveluihin koskien alkoholin, huumeiden ja nikotiinin käytön sekä rahapelaamisen puheeksiottoa. Mini-interventioiden toteutumisen seuranta on nimetty yhdeksi keinoksi mitata tavoitteessa onnistumista. (Kymenlaakson alueellinen hyvinvointikertomus...2023, 24–25.) Kyseiseen tavoitteeseen pääsy edellyttää, että toimintaa kirjataan asiakastietojärjestelmiin systemaattisesti ja sitä kautta se saadaan myös tilastoitua kattavasti. Kirjaamistietoa tarvitaan, kun esimerkiksi suunnitellaan hoitomuotoja, arvioidaan asiakkaiden palvelutarpeita, kehitetään palveluketjuja tai mietitään kustannushyötyjä. (Kesänen & Strand 2022.) Kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen kehittäminen onkin ajankohtainen valtakunnallinen haaste. Tietojen kerääminen ja niiden hyödyntäminen raportoinnissa ei ole tällä hetkellä systemaattista laaturekistereissä esimerkiksi alkoholin riskikäytön tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön osalta, minkä vuoksi rakenteista kirjaamista tulisi edelleen palveluissa edistää. (Granlund ym. 2022.)

Vuonna 2020 Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymässä (Kymsote) luotiin Ota puheeksi päihteet ja rahapelaaminen -toimintamalli

osana Tulevaisuuden sote-keskus -hankekokonaisuutta. Sen yhtenä tavoitteena oli *kuvata toimintamalli alkoholin ja muiden päihteiden sekä rahapelaamisen riskikäytön tunnistamiseksi ja riskikäyttäjien hoitoon ohjaamiseksi*. (Innokylä 2023.) Mallin avulla tavoiteltiin sitä, että riskipotilaat tunnistetaan palveluissa varhain, että puheeksiotosta tulisi yksi osa ammattilaisten päivittäistä työskentelyä ja että mini-interventioilla pystyttäisiin ohjaamaan varhain riskipotilaita. Ota puheeksi -toimintamallin yhteydessä tuotettiin myös Puheeksioton kortit (liite 1), jotka kehitettiin Kymsotessa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten puheeksioton ja riskipotilaiden ohjaamisen konkreettiseksi työkaluksi sekä ohjeeksi puheeksioton kirjaamiseen, jotta myös tapahtuvaa muutosta saataisiin seurattua ja mitattua. (Innokylä 2023.)

Tammikuussa 2024 esiteltiin koko Kymenlaakson hyvinvointialueen henkilöstölle tarkoitettu verkkokoulutus päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotosta. Sen tavoitteina mainitaan puheeksi ottamiseen liittyvien valmiuksien ja puheeksioton ennaltaehkäisevien vaikutusten ymmärryksen lisääminen sekä päihteiden käytön kartoitukseen liittyvän kirjaamisen korostaminen. Koulutusten myötä tavoitellaan myös sitä, että henkilöstöllä olisi selkeät kirjaamisohjeet, jotta puheeksiottoja ja mini-interventioita myös dokumentoitaisiin enemmän, millä on lopulta merkittävä vaikutus hyvinvointialueen HYTE-rahoitukseen. (Kymenlaakson hyvinvointialue 2024b.) HYTE-rahoituksella tarkoitetaan kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rahoituksen valtiosuutta ja HYTE-kertoimella puolestaan rahoituksen lisäosaa, jonka suuruus määräytyy osittain kunnissa ja nyt hyvinvointialueilla tehtävän hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön mukaan. Se on suunniteltu toimimaan kannustimena kunnille myös sote-uudistuksen jälkeen, jotta varmistetaan kuntien aktiivinen toiminta asukkaitensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. (THL 2024b.)

HYTE-kertoimen lisäksi uudessa verkkokoulutuksessa annetaan tietoa monista eri tietolähteistä liittyen esimerkiksi yleisimmin käytettyihin huumausaineisiin ja kannustetaan perehtymään itsenäisesti materiaaleihin. Lisäksi koulutuksessa muistutetaan vuonna 2020 laadittujen puheeksioton korttien hyödynnettävyydestä sekä esitellään muun muassa Duodecim Oppiportin kurssitarjontoja ja THL:n koulutusvideoita esimerkiksi rahapelaamisen puheeksiotosta. Koulutus pitää sisällään myös itse tuotettuja lyhyitä koulutuksellisia videosisällöjä, joissa muun muassa kannustetaan miettimään puheeksioton mahdollisia

haasteita reflektoiden kysymysten avulla. Koulutusvideossa esitellään lyhyesti kaikki mini-intervention pääkohdat sekä mainitaan keskeisiä siihen vaikuttavia tekijöitä, kuten riittävä tieto, asenteet sekä ilmapiirin merkitys. Lopuksi esitellään puheeksiottojen ja mini-interventioiden kirjaamisohjetta potilastietojärjestelmään. Videolla tuodaan myös esille yleinen tavoite siitä, että Kymenlaakson hyvinvointialueella päihteet ja rahapelaaminen otettaisiin kaikkien potilaiden kanssa puheeksi vähintään kerran vuodessa. (Kymenlaakson hyvinvointialue 2024a.)

Päihteet puheeksi -toimintamallin toteutumisesta Kymenlaakson hyvinvointialueen terveystalouksissa ei kuitenkaan ole tarkkaa kuvaa, sillä dokumentointia on niukasti saatavilla. Kymenlaakson hyvinvointialueella on tällä hetkellä käytävissä koottua tilastotietoa ainoastaan alkoholinkäytön kartoittamiseen käytetyn AUDIT-lomakkeen käytön kirjaamisesta muun kirjaamistiedon ollessa hajallaan eri rekistereissä. Vuodelta 2023 AUDIT-kirjauksia kertyi kaikilta toimialoilta terveydenhoidon puolella yhteensä 9587. Tämä on hyvin pieni luku suhteessa jo yhden kuukauden kaikkiin potilaskäynteihin, ja luku on pysytellyt viime vuodet samansuuruisena. Onkin todennäköistä, että se pieni työntekijöiden joukko, joka kirjaa alkoholinkäytön kartoituksia potilastietojärjestelmiin, tekee sitä systemaattisesti. (Koste 2024.)

Myös Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon vastaanottopalveluissa sekä suun terveydenhuollossa on tarkoitus noudattaa ”päihteet puheeksi” -toimintamallia. Tarkkaa tietoa ei kuitenkaan ole dokumentoinnin puuttuessa perusterveydenhuollon avopalveluiden henkilöstön ajankohtaisesta osaamisesta koskien puheeksiottoa ja mini-interventiota. Suun terveydenhuollossa on totuttu yleisesti ottamaan tupakointi potilaiden kanssa puheeksi, mutta muilta osin ei Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon avopalveluissa tapahtuvasta päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotoista juurikaan tiedetä. Todennäköistä on, että puheeksiottoja tapahtuu enemmän, kuin niitä kirjataan järjestelmiin. (Metsola 2024.)

4 TIEDONHAKU JA AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tiedonhakua (taulukko 1) tätä tutkimusta varten suoritettiin kolmen ulkomaisen tietokannan avulla, joita olivat Medline, Cinahl ja PubMed. Hauissa käytettiin Boolean operaattoreita "AND" ja "OR" ja sanojen katkaisua. Hakulausekkeena käytettiin muun muassa lausekkeitä "brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* AND "substance use disorder" OR "substance-related disorders" OR gambling AND "primary health care" AND challenges OR barriers OR difficulties. Suomalaiseen Medic-tietokantaan hakulausekkeena käytettiin seuraavia lausekkeitä: puheeksiotto OR mini-interventio OR tunnistaminen AND päihdeongelma OR alkoholi OR pelihimo OR pelaam* OR addiktiivinen käyttäyt*. Tiedonhakuprosessissa hyödynnettiin Xamkin tietokannan apua etäohjauksen muodossa maaliskuussa 2024.

Taulukko 1 Tiedonhaun kuvaus.

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	puheeksiotto OR mini-interventio OR tunnistaminen AND päihdeongelma OR alkoholi OR pelihimo OR pelaam* OR addiktiivinen käyttäyt*	42	2	1	1
MEDLINE	"brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* AND "substance use disorder" OR "substance-related disorders" OR gambling AND "primary health care" AND challenges OR barriers OR difficulties	43	8	6	5
CINAHL	"brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* AND "substance use disorder" OR "substance-related disorders" OR gambling AND "primary health care" AND challenges OR barriers OR difficulties	37	1	1	0
PubMed	"brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* AND	135	16	8	4

	"substance use disorder" OR "substance-related disorders" OR gambling AND "primary health care"				
MED-LINE	"brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* OR identif* AND gambling OR "problem gambling" OR "gambling addiction" AND "primary health care" OR "primary care"	30	2	0	0
CINAHL	"brief intervention" OR "brief interventions" OR intervention* OR identif* AND gambling OR "problem gambling" OR "gambling addiction" AND "primary health care" OR "primary care"	6	1	1	1
Manuaalinen haku				2	2
YHTEENSÄ		293	30	19	13

Päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotosta ja mini-interventiosta on saatavilla paljon tutkimustietoa viime vuosilta ja vuosikymmeniltä, joten tiedonhaussa tarkka rajaaminen oli tarpeen. Tiedonhaussa käytettiin valintakriteereinä julkaisuvuotia 2018–2024 ja julkaisukielenä suomea tai englantia. Lisäksi valintakriteereinä käytettiin perusterveydenhuoltoa, ennaltaehkäisyä, tunnistamista ja seulontaa sekä kohderyhmänä aikuisväestöä. Suomessa tehtyjä tutkimuksia aihepiiristä kuuden viime vuoden ajalta löytyi yksi. Manuaalisen haun myötä tutkimukseen otettiin mukaan kaksi tutkimusta, ja ulkomaisista tietokannoista tutkimukseen valikoitui yhteensä 10 tutkimusta. Lopulliseen tarkasteluun päätyi siis 13 tutkimusta (liite 2), joiden laatu varmistettiin käyttämällä hakuehdoissa "peer-reviewed" -valintaa niissä tietokannoissa, joissa se oli mahdollista, sekä havainnoimalla "vertaisarvioitu"-merkintöjä ja muutoin arvioimalla artikkelien IMRD-rakennetta (Introduction, Methods, Results, Discussion).

5 TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

Alkoholin, tupakka- ja nikotiinituotteiden ja huumausaineiden riskikäytön sekä haitallisen rahapelaamisen varhainen tunnistaminen on erittäin tärkeää. Sen on todettu vähentävän sairastavuutta, tukevan ihmisten jaksamista ja edistä-

vän niin yksilön itsensä kuin tämän lähipiirinsä hyvinvointia. Kun riippuvuuskien aiheuttamat haitat eivät ole ehtineet vielä kasaantua, puheeksiotolla ja mini-interventiolla nähdään olevan eniten hyötyjä. (Kesänen & Strand 2022.)

5.1 Päihteet ja rahapelaaminen Suomessa

Alkoholinkäyttö ja tupakointi nähdään edelleen merkittävinä kansanterveysuhkina Suomessa (Warpenius 2021). Kaikkien tupakka- ja nikotiinituotteiden on tutkittu olevan terveydelle haitallisia ja aiheuttavan riippuvuutta, minkä vuoksi kaikkien tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö nähdään riskikäyttönä (THL 2023i). Tupakkatuotteilla yleisimmin tarkoitetaan savukkeita ja nuuskaa, kun taas nikotiinituotteet koostuvat erilaisista tupakattomista tuotteista, kuten esimerkiksi sähkösavukkeista ja nikotiinipusseista. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden sekä kaikkien tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisy yhteiskunnassa nähdään tärkeänä. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2024.)

Alkoholinkaan kohdalla ei täysin turvallista käytön tasoa voida määrittää, sillä alkoholinkulutuksen lisääntyessä pitkäaikaishaittojen riski yleensä kasvaa (Lintonen 2021). Lisäksi alkoholinkäytön haitoissa voi olla merkittäviä eroja yksilötasolla, ja yleiset vähäisen riskin rajat on määritelty ainoastaan perusterveitä työkäisiä ajatellen (Mäkelä & Niemelä 2022). Kohtalaisten pitkäaikaishaittojen riskin rajana on nähty työkäisillä naisilla seitsemän ja miehillä 14 alkoholiannosta viikossa. Korkean riskin rajana pidetään naisilla 12–16 ja miehillä 23–24 annosta viikossa, jolloin Käypä hoito -suosituksen (Alkoholiongelmat 2018) mukaan viimeistään terveydenhuollossa tulisi puuttua asiaan. Suomessa on arvioitu olevan noin 500 000 henkilöä, joiden alkoholinkäyttö on riskitasolla (Alkoholiongelmat 2018). Vuonna 2016 noin yhdeksällä prosentilla suomalaisista esiintyi alkoholiriippuvuus tai alkoholin haitallista käyttöä (Warpenius 2021).

Huumeriippuvuuden katsotaan aiheuttavan niin ikään merkittäviä uhkia yksilön fyysiselle sekä psyykkiselle terveydelle, ja huumeongelmiin liittyy usein runsaasti sosiaalisia vaikeuksia (Huumeongelmat 2022). Röngän ym. (2020) mukaan koko 2000-luvun ajan huumeiden kokeilun, käytön sekä ongelmakäytön voidaan katsoa pääsääntöisesti lisääntyneen Suomessa. Lisäksi Suomen

huumekuolemat ovat kääntyneet viime vuosina kasvuun, samoin huumaantuneena ajaminen sekä huumerikokset ovat lisääntyneet (Rönkä ym. 2020). THL (2023c) toteaa, ettei huumausaineiden käytölle ole määritelty riskirajoja koskien käytön määrää tai tiheyttä varhaisvaiheessa, ja riskien katsotaankin olevan yhteydessä muun muassa käyttötapoihin ja -tilanteisiin sekä käytettyjen aineiden laatuun ja vaikutuksiin. Vuonna 2022 aikuisväestöltä kysyttäessä lähes 30 prosenttia oli kokeillut jotain huumetta, yleisimmin kannabista, joskus elämänsä aikana (Karjalainen ym. 2023). Tuoreimman arvion mukaan huumeiden ongelmakäyttöä esiintyy noin 0,9–1,3 prosentilla koko aikuisväestöstä (Rönkä ym. 2020).

Huumeongelmien Käypä hoito- suosituksen (Huumeongelmat 2022) mukaan huumeongelmien hoitamisen on laskettu tulevan halvemmaksi yhteiskunnalle kuin niiden hoidotta jättämisen. Lisäksi huumeiden käyttöön liitetään yleisesti lääkkeiden väärinkäyttö, jolla tarkoitetaan pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden päihdehakuista käyttöä. Se voi ilmetä monin tavoin, mutta yleistä on käyttää ilman omaa reseptiä ostettavia päihdyttäviä lääkkeitä. Toiseksi lääkkeiden väärinkäytöllä voidaan tarkoittaa oman reseptin annosohjeen ylittävää käyttöä tai hoitosuositusten vastaisesti jatkuvasti suurenevien lääkemäärien käyttöä. (Häkkinen ym. 2023.)

Rahapeliriippuvuuden on todettu aiheuttavan myös runsaasti haittoja, kuten talousvaikeuksia, haittoja (mielen-)terveydessä ja ihmissuhteissa sekä työssä tai opiskelussa. Se heikentää elämänlaatua merkittävästi ja on rinnastettavissa päihderiippuvuuksiin. (Rahapeliongelma 2023.) Rahapelaaminen määritellään sellaiseksi pelaamiseksi, jossa pelin voittona tai tappiona on rahaa tai rahan arvoista vastiketta, esimerkkinä raha-automaattipelit, lotto, erilaiset vedonlyöntipelit ja arvat. Varsinaisen rahapeliongelman (ongelmapelaaminen ja rahapeliriippuvuus) syntymistä edeltää yleensä riskitason rahapelaaminen. Rahapelaamisen katsotaan olevan riskitasolla, kun se aiheuttaa joitakin yksittäisiä haittoja. Suomalaisista 11 prosentin on arvioitu pelaavan riskitasolla. (Björkenheim ym. 2021.) Rahapelaaminen on siis Suomessa yleistä, ja peliongelmiin on havaittu entisestään lisääntyneen. Tuoreimman tiedon mukaan kaikista suomalaisista noin 70 prosenttia on pelannut jotakin rahapeliä kuluneen vuoden aikana. Kohtalaisen riskin tai ongelmapelaamisen tasolla vuonna

2023 oli pelannut 4,2 prosenttia väestöstä, kun vuonna 2019 vastaava prosenttiluku oli 3. (THL 2024a.)

5.2 Puheeksiotto ja mini-interventio

Puheeksiotolla tarkoitetaan yleisesti ammattilaisen tekemää keskustelualoitetta, joka voi perustua ammattilaisessa heränneeseen huoleen ja joka voi olla osa yleistä terveyden ja hyvinvoinnin kartoitusta. Puheeksioton ja mini-intervention menetelmässä yhdistyvät ehkäisevä, hoidollinen työote sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävä näkökulma, ja se voikin parhaimmillaan tarjota työnteekijälle ja asiakkaalle mahdollisuuden pysähtyä asiakkaan tilanteen äärelle yksilöllisyys huomioiden. Tavoitteena puheeksiotolla ja mini-interventiolla on luoda uskoa ihmisen omiin vaikutusmahdollisuuksiin sekä vahvistaa pystyvyydentunnetta elämäntapamuutoksen suhteen, mutta myös selvittää ja arvioida intensiivisemmän tuen tarve. (THL 2023e.)

Pääkohdat mini-interventiossa ovat kartoitus, keskustelu ja motivointi sekä seurannasta sopiminen. Kartoitusvaiheeseen kuuluu mahdollisimman tarkka kuvaus käytetyn päihteen tai riippuvuutta aiheuttavan tuotteen tai toiminnan määristä, käyttötavoista tai -tiheydestä. Kartoittamisen välineenä on suositeltavaa käyttää erilaisia strukturoituja kyselyjä ja testejä. (THL 2023e.) Alkoholin riski- ja ongelmakäyttöä kartoitetaan yleisesti AUDIT-kyselyillä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Nikotiiniriippuvuuden arviointiin on kehitetty HSI-testi (Heaviness of Smoking Index) ja huumeiden käyttöä voidaan tarkastella DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) -kyselyllä tai huumeiden käyttöä sekä lääkkeiden väärinkäyttöä DAST-20 (Drug Abuse Screening Test) -testillä. Rahapelaamista suositellaan arvioimaan testeillä BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen) ja PGSI (Problem Gambling Severity Index). (Kyselylomakkeet ja mittarit 2024.) Kaikkiin edellä mainittuihin mittareihin on kehitetty erilliset toimenpidekoodit liitettäväksi asiakastietojärjestelmiin, jotta seulonta ja toimenpiteet tulisivat näkyviksi ja tilastoiduksi (Kesänen & Strand 2022).

Kartoituksen jälkeen mini-interventiossa käydään läpi tulokset asiakkaan kanssa ja annetaan tietoa toiminnan tai käytön riskeistä ja haitoista. Tämä on hyvä suhteuttaa asiakkaan sekä hänen läheistensä tilanteisiin ja samalla motivoita asiakasta kohti muutosta (vähentämistä tai lopettamista). Olennaista on

saada asiakas itse miettimään jokin konkreettinen tavoite, jonka toteutumista yhdessä seurataan. (THL 2023e.) Pyrkimyksenä keskustelun lopussa onkin, että potilaan itsensä kuvaamana on syntynyt konkreettinen suunnitelma muutoksesta sekä sen välietapeista (Järvinen 2020). Mini-interventiossa on tärkeää jatkojen ja seurannan sopiminen aina, mikäli tilanne sitä vaatii. Työntekijän tulee tarvittaessa huolehtia, että asiakas kiinnittyy jatkopalveluihin, jos niille on tarvetta. Olennaista on, ettei asiakkaalle synny tunnetta, että hän on asiansa kanssa yksin vaan että apu ja tuki ovat hänen helposti saavutettavissa. (THL 2023e.)

Mini-interventiossa yleensä sovelletaan motivoivan haastattelun menetelmää, joka määritellään seuraavasti: ”potilaan ja ammattilaisen väliseen yhteistyöhön perustuva vuorovaikutusmenetelmä, jolla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen” (Järvinen 2020). Koska elämäntapojen muuttamiseen liittyvät suorat kehotukset yleensä aiheuttavat ihmisessä vastareaktion, olennaista on, että ammattilainen pyrkii selvittämään potilaan motivoitumista ohjaavia henkilökohtaisia arvoja, tavoitteita sekä resursseja. Tässä auttaa motivoivaan haastatteluun keskeisesti kuuluvat avoimet kysymykset, kuten ”mitä, miten, miksi, kuinka tai kerro”. Muutospuheen huomaaminen ja sen vahvistaminen on tärkeää, samoin heijastava eli refleктоiva kuuntelu, sekä yhteenvetojen esittäminen. Niiden tavoitteena on viestiä potilaalle, että tätä aidosti kuunnellaan ja myös koota yhteen keskeisin sanoma, mitä ammattilainen on potilaan puheessa kuullut. Tässä potilaalla on myös hyvä mahdollisuus korjata tai täydentää sanomaansa, tai tuottaa jotakin itseään motivoivia lauseita, joita on tärkeää työntekijän edelleen vahvistaa. (Järvinen 2020.)

Motivoivan haastattelun menetelmässä onkin tärkeää antaa joka tilanteessa positiivista palautetta, kuten kehua esimerkiksi siitä, että on avoimesti kertonut tilanteestaan, sekä myös tukea ja kannustaa silloinkin, kun ihminen ei vielä olisi valmis muutokseen. Vaikka henkilö kieltäisi ongelman olemassaolon, ammattilaisen on tärkeää kuunnella asiakasta ja välttää väittelyä, pelottelua, syyttämistä tai syyllistämistä, ja hänen tulisi myös välttää asiakkaan puolesta asioiden tulkitsemista. Sanattoman viestinnän (elekieli, katse, olemus) huomioiminen on myös tärkeää. Lisäksi ammattilaisen on tärkeää muistaa, ettei asiak-

kaan tilannetta tai ongelmaa tarvitse ratkaista heti ensimmäisessä tapaamisessa tai muutoinkaan olla aktiivisena toimijana tilanteessa. Muutoksen tekemiseen on tarkoitus antaa mahdollisuus ja välineitä, mutta asiakkaalla on vastuu toiminnastaan ja muutoksestaan. Asiakkaan ongelma ja toimintakyky paljolti määrittävät mini-interventioon käytettyä aikaa sekä aiheesta käytävän keskustelun määrää. Keskimäärin siihen käytetty aika on noin 15 minuuttia kerrallaan, ja usein on tarpeen vähintään yksi seurantakeskustelu. (THL 2023e.)

Yksi keino kuvata mini-intervention sisältöä on lyhenne RAAMIT (englanniksi FRAMES), joka koostuu sanoista rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämisoikeus ja toimintaohjeet (Alkoholiongelmat 2018). Se (kuva 1) on alun perin kehitetty alkoholinkäyttöön liittyvään mini-interventioon, mutta on hyödynnettävissä muidenkin päihteiden sekä rahapelaamisen puheeksioton ja mini-intervention välineeksi.

RAAMIT-lyhytneuvonnan (FRAMES) sisältö:	
Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan uskoa onnistumiseen ja rohkaistaan.
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan potilaalle tietoa alkoholiasioista ja palautetta oikeassa suhteessa potilaan oireisiin ja vaivoihin.
Apu (advice)	Autetaan päätöksessä lopettaa juominen tai vähentää sitä.
Myötätunto (empathy)	Suhtaudutaan potilaaseen empaattisesti ja ymmärtävästi, sekä lämpimällä ja refleктоivalla tavalla.
Itsemääräämisyvastuu (responsibility)	Muistetaan, että potilaalla on vastuu itsestään ja päätöksensä vähentää juomistaan.
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan suunnitelmia juomisen vähentämiseksi ja tarjotaan vaihtoehtoja.

Kuva 1. RAAMIT-lyhytneuvonnan (FRAMES) sisältö (mukaillen Alkoholiongelmat 2018)

Toinen lyhenne mini-interventioon liittyen on ”KATTO”, joka koostuu sanoista Kysy, Arvioi, Tarjoa, Tehkää suunnitelma, Ohjaa ja tarvittaessa saata”. Tässäkin menetelmässä toistuvat samat motivoivan haastattelun elementit aloittaen päihteiden käytöstä ja rahapelaamisesta kysymisellä ja niiden haittojen arvioimisella käyttäen eri testejä. Tämän jälkeen tarjotaan tietoa ja tuetaan asiak-

kaan omaa pohdintaa ja päätöksentekoa liittyen vähentämiseen tai lopettamiseen ja pyritään tekemään suunnitelma jatkosta. Tärkeää on kertoa asiakkaalle, mistä apua on saatavilla, ja mikäli hän ei ole muutokseen halukas, olennaista on muistuttaa, että aina voi palata asiaan. Tarvittaessa asiakas ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin. (THL 2023d.)

5.3 Puheeksiotto ja mini-interventio eri päihteiden ja rahapelaamisen kohdalla

Tutkimustietoa mini-intervention vaikuttavuudesta löytyy eniten alkoholin osalta, mutta myös esimerkiksi rahapelaamisen varhaisen tunnistamisen hyödyistä on koko ajan enemmän näyttöä. Mäkelä ym. (2022) todensivat tutkimuksessaan, että mini-intervention laajan käyttöönoton myötä alkoholihaittojen osalta kansantalous paranisi noin 24 miljoonalla eurolla. Tutkimuksessa todettiin, että merkittäviä säästöjä tulisi niin terveydenhuollon kustannuksissa (vuodeosastohoitopäivät, avohoitokäynnit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa) kuin sairauspäivärahopäivissäkin. Lisäksi mini-interventioiden laajalla käyttöönotolla saataisiin vähennettyä muun muassa riskikäyttäjien määrää ja riskikäytöstä johtuvia terveyshaittoja sekä kuolemia. (Mäkelä ym. 2022.)

On myös tutkittu, että parasta kohderyhmää mini-interventiolle ovat juuri ne potilaat, jotka hakeutuvat terveydenhuollon asiakkaaksi jonkin muun syyn takia kuin alkoholiongelmien (Aalto 2015). Alkoholiongelmien Käypä hoito -suositus (2018) toteaa, että terveydenhuollossa alkoholiongelmaa on tärkeää etsiä aktiivisesti kaikista potilasryhmistä ja että kaikissa hoitopaikoissa olisi tärkeää huomioida alkoholiongelmien yleisyys. Myös THL (2023a) linjaa, että ensimmäisillä käyntikerroilla eri palveluissa ja terveystarkastuksissa tulisi aikuisten asiakkaiden alkoholinkäyttö kartoittaa rutiininomaisesti. Varsinkin, jos asiakkaalla esiintyy sellaisia ongelmia, huolia tai oireita, jotka voisivat selittyä alkoholinkäytöllä, siitä tulisi ehdottomasti kysyä. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine tai sydämen rytmihäiriöt, ylipaino tai epämääräiset vatsaoireet, mielenterveysongelmat, kuten masennus tai ahdistuneisuus, unettomuus, hormonihäiriöt, aivovammat ja aivoverenvuoto sekä väkivalta ja erilaiset tapaturmat. (THL 2023a.)

Myös tupakoinnin lopettamisen tukemisessa puheeksioton, mini-intervention, sekä motivoivan keskustelun menetelmät on tutkimuksissa todettu vaikuttaviksi, ja ne on listattu terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluviksi (Palveluvalikoima 2020, 4–6). Potilaiden nikotiiniriippuvuus ja tupakointi tulee tunnistaa terveydenhuollossa, ja lopettamiseen kehottaminen ja kannustaminen nähdään kaikkien terveydenhuollon toimijoiden tehtävänä. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuudeksi katsotaan vähintään kerran vuodessa tupakoinnin lopettamista tukevan keskustelun käyminen potilaiden kanssa. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2018.) Myös THL (2023i) toteaa, että koska tupakka- ja nikotiinituotteiden lopettaminen voi vaatia monia yrityksiä, saman asiakkaan kanssa asiaan olisi hyvä palata aika ajoin, ja jo muutaman minuutinkin kestoisella lyhytneuvonnalla voi olla paljon vaikutusta nikotiiniriippuvuudesta irtipääsyn tukemisessa.

Palveluvalikoimaneuvoston suositus huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisista menetelmistä (2021, 11–12) listaa niin ikään motivoivan haastattelun ja motivaatiota vahvistavat hoitomallit sekä muut lyhytinterventiot palveluvalikoimaan huumeriippuvuuksien hoidossa. Lisäksi suosituksessa todetaan, että muun muassa huumeriippuvuuksien tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa on edelleen parannettavaa (Palveluvalikoima 2021, 11–12). Ensiarvoisen tärkeää huumausaineiden kohdalla on ammattilaisen välittömyys ja aito halu ymmärtää, sekä avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen. Erityispiirteenä huumausaineiden puheeksi ottamisessa on se, että käytetty päihde on yleensä laiton, ja käyttö on rangaistavaa. (THL 2023c.) Tämä voi merkittävästi nostaa kynnystä ottaa asiaa esille, eikä potilaalta aina kyselemälläkään saada ongelmaa selville (Huumeongelmat 2022). Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen on haastavaa, sillä siihen viittaavat oireet, esimerkiksi unettomuus ja ahdistus ilmenevät myös muun päihdekäytön kohdalla. Huomiota olisi hyvä kiinnittää potilaan asenteeseen lääkitystä kohtaan; liittykö lääkkeen vähentämisen tai vaihtamissuunnitelmiin potilaan taholta pelkoa, tai uhkailua ja vihamielisyyttä, tai suhtautuuko hän kriittisesti muihin tarjottuihin hoitoihin. (Häkkinen ym. 2023, 543–544.)

THL (2023c) toteaa, että kaikilla terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisilla olisi hyvä olla perustietämys yleisimmistä huumausaineista sekä niiden vaiku-

tuksista kuten myös riskeistä koskien käytetyimpien aineiden yhteisvaikutuksia. Tässäkin tapauksessa varhainen tuki on tehokkainta silloin, kun riippuvuus on lieväasteista tai käytöstä ei vielä ole aiheutunut yksilölle haittoja. Suosituksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa huumausaineista sekä lääkkeiden käytöstä tulisi kysyä systemaattisesti osana muita rutiinikartoituksia, ja viimeistään ne pitäisi ottaa puheeksi silloin, kun asiakkaan tai potilaan elämänpiirissä on tapahtunut kuormittavia muutoksia tai hänen opiskelu- tai työkyky heikkenee, mielenterveyden ongelmia ilmaantuu, käynnin syynä on tapaturma tai väkivalta, työntekijällä syntyy epäily reseptilääkkeen ohjeenvastaisesta käytöstä, asiakkaalla on epäselviä infektoita, kehosta löytyy pistojälkiä tai hänellä todetaan hepatiitti. (THL 2023c.)

Myös rahapelaamisesta aiheutuvia haittoja voidaan ehkäistä ja hoitoon hakeutumista voidaan helpottaa varhaisen tunnistamisen avulla, ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla nähdään olevan tässäkin erittäin tärkeä rooli. Kuten mini-intervention mallissa yleensä, myös rahapelaamisen puheeksioton vaiheet koostuvat kysymisestä, lyhyen seulan avulla haittojen kartoittamisesta sekä muutokseen motivoinnista. (Castrén ym. 2022, 4.) Kun rahapeliongelma otetaan puheeksi jo hoitoportaan alkutasolla, mahdollistuvat entistä tehokkaampi ongelman tunnistaminen sekä sen myötä avun tarjoaminen (THL 2023h, 37). Quilty ym. (2019) tutkimuksessa koskien mini-interventioiden vaikutusta ongelmapelaamisen ja siihen liittyvien ongelmien vähentymiseen mini-interventioilla oli havaittavissa pieni, mutta tilastollisesti merkittävä vähentävä vaikutus ongelmapelaamiseen verrokkiryhmään verrattuna. Roberts ym. (2021) mukaan perusterveydenhuollossa asioivien potilaiden piilevistä pelaamiseen liittyvistä ongelmista, kuten riskitason pelaamisesta, on niukasti tutkimustietoa. Kuitenkin ehkäistäkseen rahapeliongelman kehittymistä on riskitason rahapelaamisen tunnistaminen todettu tehokkaaksi keinoksi. Rahapelaaminen suositellaan ottamaan puheeksi esimerkiksi samalla, kun kartoitetaan asiakkaan taloudellista tilannetta, päihteiden käyttöä tai yleistä elämäntilannetta. (Björkenheim ym. 2021, 6.)

Ammattilaisten on ensiarvoisen tärkeää ottaa rahapelaaminen puheeksi rutiinomaisesti kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa siitäkin syystä, että rahapeliongelmaan haetaan omatoimisesti apua vain harvoin (THL

2023g). Vasta silloin, kun ongelmat alkavat tuntua ylitsepääsemättömiltä, rahapelejä ongelmallisesti pelaavat saattavat hakeutua avun piiriin, ja tätä ennen peliongelma on saattanut niin sanotusti piileskellä esimerkiksi alkoholiongelman tai mielenterveyden häiriön alla, joiden vuoksi hoitoon on saatettu hakeutua jo aiemminkin (THL 2023f). Tutkimusnäyttöä on nimittäin saatu ongelmapelaamisen ja huonon mielenterveyden sekä samanaikaisesti esiintyvien päihdeongelmien välisistä yhteyksistä (Roberts ym. 2021).

Tuoreessa rahapeliongelman Käypä hoito -suosituksessa (Rahapeliongelma 2023) todetaan, että tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollossa rahapeliriippuvuutta ja ongelmapelaamista diagnosoidaan ja tunnistetaan Suomessa vielä heikosti. Koska rahapeliongelmiin liittyy usein muitakin terveyden ongelmia sekä oirehdintaa, tutkimuksissa on arveltu, että rahapeliongelmat olisivat jopa yliedustettuina perusterveydenhuollon potilaiden joukossa. Tämä voikin luoda perusterveydenhuollosta olennaisen toimijan nimenomaisesti rahapelaamisesta aiheutuvien ongelmien havaitsemisessa ja riskipotilaiden tunnistamisessa. Kun perusterveydenhuollossa mahdollistuu potilaiden seulonta pitkällä aikavälillä ja laajemmalla skaalalla, riskitason pelaajiin pystyttäisiin kohdentamaan myös interventioita paremmin. (Roberts ym. 2021.)

5.4 Varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa

THL:n (2023b) mukaan, kun riskien ja ongelmien varhainen tunnistaminen sekä varhaisen tuen tarjoaminen on kaikkien palveluiden perusorientaationa, sosiaali- ja terveyspalveluilla on mahdollisuus tavoittaa oikeat ihmiset oikeaan aikaan. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviin kuuluu keskeisesti ehkäisevä päihdetyö (THL 2023b). Olennainen osa terveyskeskuksissa toteutettavaa ehkäisevää päihdetyötä on puolestaan päihdehaittojen sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisy ja vähentäminen (Hyvärinen ym. 2022). Aalto (2015) toteaa näytönastekatsauksessaan, että useiden 2000-luvulla tehtyjen systemaattisen katsausten ja meta-analyysien perusteella alkoholin riskikäytön kohdalla mini-interventioiden tekeminen perusterveydenhuollossa on todettu tehokkaaksi.

Yksi selittävä tekijä perusterveydenhuollon keskeiselle asemalle puheeksiotossa ja mini-interventiossa on se, että yleensä terveydenhuoltoon hakeutumisen syy on jokin muu vaiva kuin päihde- tai peliongelmat, mutta sen takana tai oireiden pahentajana saattaa monesti olla tunnistamatonta päihteiden riskikäyttöä tai haitallista rahapelaamista. Toiseksi potilaskontaktien määrä on perusterveydenhuollossa suuri, mikä hyvin mahdollistaa varhaisen tunnistamisen. (THL 2023f.) Terveyskeskuksissa oli vuonna 2022 kaikkiaan 34,6 miljoonaa käyntiä, ja niistä muita terveydenhuollon ammattilaisen kuin lääkärin käyntejä oli 28,1 miljoonaa. Suun terveydenhuollon käyntejä puolestaan kertyi yhteensä 4,9 miljoonaa vuonna 2022. (THL 2024c.)

Lisäksi vuonna 2019 suurimpana käyntisyyluokkana sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien avosairaanhoidon vastaanotoissa oli terveyden ylläpidon/sairauden ennaltaehkäisy, johon sisältyy muun muassa aikuisten terveystarkastukset (Mölläri ym. 2020). Terveystarkastukset kuten myös perusvastaanotokäynnit sekä suun terveydenhuolto ovat THL:n (2023f) mukaan perusesimerkkejä hyvistä puheeksioton paikoista. Perusterveydenhuollon tavoitettavissa on siis suuri joukko päihdeongelmista ja -haitoista kärsiviä, ja esimerkiksi alkoholiperäisin syin kuolleista henkilöistä merkittävä osa oli tutkimusten mukaan ollut jo vuosia ennen kuolemaansa kontaktissa perusterveydenhuoltoon (THL 2023a). Lisäksi on huomionarvoista, että yksi kolmesta yleisimmistä käyntisyistä vuonna 2019 terveyskeskuslääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla oli verenpainetauti (Mölläri ym. 2020), jonka tiedetään olevan yhteydessä alkoholin liikkäyttöön ja jonka esiintyvyyttä voitaisiin merkittävästi vähentää toteuttamalla alkoholiseulontoja sekä mini-interventioita (Nykopp 2015).

Kaikesta vaikuttavuudestaan huolimatta puheeksioton ja mini-intervention toimintamallit eivät ole vielä juurtuneet perusterveydenhuollon rutiinikäytännöiksi (Rosário ym. 2021). Esimerkiksi Dzidowska ym. (2020) toteavat, että vaikka näyttöön perustuva haitallisen alkoholin käytön kartoitus perusterveydenhuollossa on ollut suosituksena jo vuodesta 1979, sen pitkäjänteinen ja järjestelmällinen toteutus on osoittautunut haastavaksi. Vastaavasti McNeely ym. (2022, 6–7) toteavat, että perusterveydenhuollon potilaiden haitallista päihdekäyttöä harvoin kartoitetaan tai otetaan puheeksi, vaikka päihteiden käytön kartoitusten ja interventioiden integrointia rutiinitoimintaan on yritetty saada yhteisponnisteluin aikaan jo yli vuosikymmenen ajan.

Vuonna 2021 tutkittaessa Suomen eri alueilla perusterveydenhuollossa lääkärinä ja hoitajana työskentelevien aktiivisuutta ottaa puheeksi alkoholinkäyttö vastaanotoilla, kävi ilmi, että hieman yli puolella (56,4 prosenttia) potilaista oli kysytty alkoholin käytöstä. Heistä 10,4 prosentilla oli todettavissa alkoholin riskikäyttöä, ja heistä miltei 90 prosentille tarjottiin mini-interventiota. Tämä viestii siitä, että mikäli riskikäyttö tunnistetaan, mini-intervention käyttö on korkealla, mutta yleisesti puheeksiottoa vastaanotoilla pitäisi tapahtua enemmän. (Sepänen ym. 2021.) Myös McNeelyn ym. (2018) tutkimuksessa vastaajat kokivat, ettei päihteidenkäytön tunnistaminen tällä hetkellä terveydenhuollon kontakteissa toteudu asianmukaisella tavalla.

5.5 Puheeksiottoa estävät ja edistävät tekijät

Erilaisia vaikuttavia tekijöitä mini-interventioiden toteutumiseen perusterveydenhuollossa on tutkittu verrattain paljon. Lun ym. (2021) tutkimuksessa löydettiin niin potilas- kuin työntekijälähtöisiä mini-interventioiden määrään vaikuttavia tekijöitä. Mini-intervention toteuttaminen oli epätodennäköisempää naispotilaiden ja vanhempaa ikäluokkaa olevien kohdalla sekä mikäli lääkehoidon kokonaisuus oli monimutkainen tai potilaalla oli jo diagnosoitu alkoholiongelma. Niille potilaille, joilla oli todettavissa muita epäterveellisiä elämäntapoja (esimerkiksi tupakointi, liikunnan puute tai riittämätön liikunta), kohdennettiin todennäköisemmin mini-interventioita, ja lisäksi todennäköisemmin mini-interventioita toteuttivat naispuoliset sekä pidempään terveydenhuollossa työskennelleet työntekijät. (Lu ym. 2021.)

Puheeksioton sekä mini-intervention esteitä on tutkimusten mukaan löydettävissä lukuisia, ja niitä esiintyy niin yksilötasolla kuin yksikön toiminnan, palvelujärjestelmän ja yhteisönkin tasolla (Sturgiss ym. 2022). Yhteisöön ja yhteiskuntaan liittyviä puheeksioton esteitä alkoholin kohdalla on löydetty muun muassa alkoholin juomisnormeista sekä epäjohdonmukaisesta kansanterveydellisestä viestinnästä liittyen alkoholihaittoihin. Lisäksi perusterveydenhuoltoa ei välttämättä pidetä tarkoituksenmukaisena paikkana hakea apua alkoholiongelmaan. (Sturgiss ym. 2022.) Myös palvelujärjestelmän tarjoamat resurssit nousivat useammassa tutkimuksessa yhdeksi olennaiseksi tekijäksi mini-interventioiden vähyydelle tai toteutumattomuudelle: työntekijät nimesivät McNeelyn

ym. (2018) tutkimuksessa muun muassa aikapaineen, tilojen puutteen sekä jatkohoitoon pääsyn vaikeuden esteiksi päihteiden käytön kartoituksen ja seulonnan toteuttamiselle perusterveydenhuollossa. Myös Rosário ym. (2021) nimesivät resurssit ja ympäristökontekstin suurimmaksi esteeksi toteuttaa rutiininomaisia seulontoja ja mini-interventioita, ja yhtenä esimerkkinä nimettiin ajan puute.

Puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutumiseen työntekijätason esteitä on useampien lähteiden mukaan henkilökunnan osaamisen sekä kliinisen tiedon ja koulutuksen puute (mm. McNeely ym. 2018; Rosário ym. 2021). Erityisesti tiedon puute koskien eri riippuvuuksia, päihteitä tai mini-interventiomenetelmää on todennäköinen este, mutta myös työntekijän tietämättömyys, mihin palveluihin asiakas tulisi mahdollisesti ohjata, vaikuttaa keskeisesti mini-intervention toteutumiseen (THL 2023e). Tietämyksen puutteella on havaittu olevan suora vaikutus varmuuteen aloittaa potilaan kanssa riippuvuusaiheisia keskusteluja (Sturgiss ym. 2022, 277).

Niin ikään Rosário ym. (2021) toteavat yhdeksi suurimmista esteistä alkoholin mini-interventioiden rutiininomaiselle toteutumiseen henkilökunnan heikot uskomukset kyvyistään toteuttaa seulontoja ja neuvontaa tai auttaa potilasta vähentämään käyttöönsä. Lisäksi asiaan on todettu vaikuttavan aiheen koettu sensitiivisyys. Monet perusterveydenhuollon työntekijät kokevat epämukavaksi kysyä alkoholin käytöstä aiheen arkuuden vuoksi, ja he myös pelkäävät loukkaavansa potilasta kysymyksillään. (Rosário ym. 2021, 17.) Kuitenkin THL (2023b) korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tulisi olla kaikilla mahdollisuus keskustella eri riippuvuuksista ja päihteistä sensitiivisesti, jotta päihteiden käyttöön liittyvää stigmaa saataisiin vähennettyä.

Stigmalla eli häpeäleimalla onkin olennainen vaikutus riippuvuushäiriöiden tunnistamiseen ja puheeksiottoon. Pautrat ym. (2023) havaitsivat sen estävän niin potilaita itseään kuin työntekijöitäkin ottamasta asiaa puheeksi perusterveydenhuollon vastaanotoilla, ja he käsitteellistivät asian ”jaetuksi itsesensuuriksi”. Työntekijöiden pelot reaktioista, kielteiset asenteet ja ennakkoluulot tiettyä toimintaa, päihdettä tai asiakasta kohtaan ovat THL:n (2023e) mukaan mahdollisia esteitä puheeksioton ja mini-intervention toteutumiseen. Ferreira

ym. (2022) havaitsivat tutkimuksessaan, että perusterveydenhuollossa työskentelevien asenteet olivat negatiivisempia kuin erityistason palveluissa työskentelevillä, ja tähän nähtiin vaikuttavan suoraan työntekijöiden vähäisempi tietämys eri päihteistä. Lisäksi negatiivisempia asenteita potilaita kohtaan ennusti työntekijän ajatus siitä, että päihteiden käyttäjä on itse syyllinen omaan tilanteeseensa. Positiivisempien asenteiden ennustajana puolestaan voitiin nähdä aiheen tuttuus joko omakohtaisen kokemuksen tai päihteitä käyttävien asiakkaiden kohtaamiskokemusten kautta. (Ferreira ym. 2022.)

Pautrat ym. (2023) mukaan haitallisesta päihteiden käytöstä kysymiseen oleellisesti liittyvä vuorovaikutustekijä on se, mitä vastaanotolla puhutaan tai jätetään puhumatta. Potilaat saattavat nimittäin vähätellä tai aliarvioida käyttöönsä, mikäli työntekijät eivät kysy päihteidenkäytöstä, ja potilaat saattavat ikään kuin ajatella, ettei ongelmaa ole, kun työntekijät eivät ota asiaa puheeksi vastaanotoilla (Pautrat ym. 2023, 7). Vastaavasti työntekijöillä saattaa olla näkemys, että vastaanotolla puhuttavat asiat ovat pelkästään asiakkaan määriteltävissä, mikä myös estää puheeksiottoa. Lisäksi ajatus siitä, että päihde-, tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö tai rahapelaaminen voidaan ottaa puheeksi vasta, kun ongelmat ovat näkyviä, nähdään puheeksiottoa estävänä tekijänä. (THL 2023e.) Toimintakulttuurilla voikin olla paljon vaikutusta puheeksiottojen toteutumiseen. Sturgiss ym. (2022) tutkimuksessa työyksikön kulttuurilla nähtiin olevan vaikutusta siihen, kuinka rutiininomaista alkoholinkäytöstä kysyminen oli, ja tärkeäksi nähtiin perusterveydenhuollon toimintakulttuurin luominen ennaltaehkäisyä korostavaksi. Kun tiimissä vallitsi yhteinen ajatus siitä, että kaikki kartoittavat potilailtaan päihdehaittoja, näiden asioiden esille nostaminen koettiin helpommaksi. (Sturgiss ym. 2022, 278.) Niin ikään Rosárion ym. (2021, 17) tutkimuksessa nähtiin yhtenä alkoholinkäytön seulonnan ja mini-interventioiden säännöllisyyttä edistävänä tekijänä päihteistä kysymisen normalisointi.

Lisäksi kouluttaminen ja organisaatiolta saatu tuki koetaan merkittäviksi puheeksi ottamisen ja mini-interventioiden toteutumisen edistäjiksi (Rosário ym. 2021, 7). Motivoivan haastattelun periaatteiden omaksuminen korostui Sturgissin ym. (2022, 277) haastatteleminen työntekijöiden koulutustavoissa. Albright ym. (2018) suosittelivat motivoivan haastattelun ja päihde- ja mielenter-

veysongelmien puheeksiottojen koulutukseen verkkopohjaisia simulaatioharjoitteluja. Vuorovaikutustilanteiden harjoittelu verkossa roolipelin ja virtuaalisten potilaiden kautta lisäsi nimittäin merkittävästi tutkittujen perusterveydenhuollon työntekijöiden tietoja ja taitoja koskien erityisesti motivoivan haastattelun periaatteita, kuten yhteistyöhön perustuvaa päätöksentekoa, ja edisti merkittävästi heidän valmiuttaan toteuttaa seulontoja ja mini-interventioita työssään (Albright ym. 2018).

Rosário ym. (2021, 17) haastatteleminen työntekijöiden mukaan mini-interventioiden kouluttamisella olisi myös motivaatiota lisäävä vaikutus riskitason päihdeiden käyttäjien kanssa työskentelyä kohtaan. Myös vastaanottokäynteihin varatun ajan lisäämisellä voisi olla vaikutusta puheeksiottojen toteutusten määrään. Yksinkertaisemmat seulontaprosessit nostettiin myös esille pitäen sisällään lyhyitä ja yksinkertaisia seulontatyökaluja, sekä potilaiden itse täytettäviä kyselyitä. (Rosário ym. 2021, 17.) Myös McNeelyn ym. (2018) tutkimuksessa potilaiden itsenäisesti toteuttavat seulat ja kyselyt saivat eniten kannatusta, kun potilailta sekä palveluntarjoajilta kysyttiin optimaalista tapaa toteuttaa päihdeiden käytön kartoitusta perusterveydenhuollon yksiköissä. Yksiköiden odotushuoneissa ja tiloissa olisi myös hyvä olla esimerkiksi infotauluja ja julisteita päihdeasioiden esille nostamiseksi. Potilaille annettavilla tietoisuuksilla ja omahoito-oppailla, kuten myös työntekijöille jaettavalla ohjemateriaaleilla nähdään olevan puheeksiottojen rutiininomaista toteuttamista edistävä vaikutus. (Rosário ym. 2021, 21; Sturgiss ym. 2022, 279.)

McNeely ym. (2022) totesivat tutkimuksessaan, että erityisellä huumeiden käytön kartoitukseen ja mini-interventioon tarkoitettulla teknologia-avusteisella SUSIT-työkalun käytöllä saatiin selkeästi lisättyä huumeiden käytön mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollon rutiinikäyntien aikana. Tutkimuksessa potilaat täyttivät itsenäisesti kartoituslomakkeet ennen vastaanottokäyntiä, ja perusterveydenhuollon työntekijät kävivät tulokset läpi tabletilla olevan SUSIT-työkalun avulla, joka samalla tuki päätöksenteossa ja ohjasi mahdollista huumeiden riskikäytön mini-intervention antamista. Perusterveydenhuollossa tapahtuvien päihdeongelmien mini-interventioiden toteuttamisessa onkin tärkeää, että kartoitusten tulokset ovat työntekijöiden käytettävissä ja tulkittavissa tavalla, joka tukee lyhyitä, oikein kohdentuvia motivoivia keskusteluja. (McNeely ym. 2022.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon avopalveluissa tapahtuvaa päihteiden käytön sekä haitallisen rahapelaamisen varhaista tunnistamista sekä puheeksioton ja mini-interventioiden toteutumista. Lisäksi tarkoituksena on kuvata näihin liittyviä esteitä ja edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta, hyödynnettävää tietoa varhaisen tunnistamisen ja puheeksioton toteutumisesta sekä sen esteistä ja keinoista edistää puheeksioton toteutumista aiempaa laajemmin.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotto ja mini-interventio toteutuvat Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon avopalveluissa?
- 2) Mitkä tekijät estävät päihteiden ja rahapelaamisen puheeksioton ja mini-intervention toteutumista?
- 3) Mitkä tekijät edistävät päihteiden ja rahapelaamisen puheeksioton ja mini-intervention toteutumista?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, sillä se on hyvä tapa kerätä ja tarkastella tietoa muun muassa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä tai asenteista sekä erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä. Kyselytutkimuksen eli määrällisen tutkimuksen tavoitteena on yleiskäsityksen luominen tutkitusta aiheesta. Tilastollisia menetelmiä on sovellettu tutkimuksen toteutuksessa, mikä on myös määrälliselle tutkimukselle tyypillistä. Kyselyaineisto koostuu suurimaksi osin erilaisista luvuista, sillä kyselytutkimuksessa vastaukset ilmaistaan numeerisesti, vaikkakin kysymykset on esitetty sanallisina. (Vehkalahti 2019, 11–13.)

7.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, sillä kyselylomakkeen avulla on mahdollista saada helposti määrällistä tietoa sekä muuttaa määrälliseen muotoon tutkittavasta asiasta saatavaa sanallista tietoa (Vilkkä 2007, 14). Kohderyhmänä oli Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon vastaanottopalveluissa sekä suun terveydenhuollossa työskentelevät ammatillisen hoitoalan koulutuksen saaneet työntekijät, joita oli kaikkiaan 266. Lääkärin oli rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Sähköinen kyselylomake luotiin Webropol-järjestelmän avulla ja aineisto kerättiin 14.5.–16.6.2024 välisenä aikana, kaikkia vastaajia muistutettiin vastaamisesta kerran. Sähköposti, joka sisälsi saatekirjeen, tietosuojailmoituksen ja sähköisen linkin kyselyyn, lähetettiin vastaajien esimiesten työ sähköpostiin.

7.2 Kyselylomake

Kyselylomake (liite 4) koostui yhteensä neljästä eri osiosta ja 12 kysymyksestä. Kyselyn alussa oli seitsemän taustakysymystä koskien muun muassa vastaajien ammattinimikettä, ikää, työkokemuksen määrää hoitoalalla ja nykyisessä työtehtävässä sekä aiempaa mahdollista työkokemusta riippuvuussairauksien parista. Lisäksi kaksi taustakysymystä koski vastaajien tietämystä liittyen organisaation toteuttamiin koulutus- ja ohjemateriaaleihin. Puheeksiottoa ja mini-interventiota koskevia väittämiä oli yhteensä 16.

Puheeksioton ja mini-intervention esteitä mitattiin 11 väittämän avulla. Puheeksiottoa ja mini-interventiota edistäviä tekijöitä mitattiin myös 11 väittämän avulla. Suurin osa väittämistä oli suljettuja lukuun ottamatta kyselyn viimeistä osaa. Se oli avoin osio, jossa vastaajat saivat tuoda esille vielä jotakin mielestään kyselyn kannalta olennaista. Kysymystyyppinä käytettiin suurimmaksi osin taustamuuttujien osalta pudotusvalikkoja ja tutkimuskysymysten osalta monivalintamatriiseja, joissa vastaajat valitsivat parhaiten toimintaansa kuvaavia väittämiä eri vaihtoehtojen joukosta. Kysymyksessä numero 11 sovellettiin Likert-asteikkoa, jossa käytettiin neliportaista asteikkoa vaihteluvälin ollessa 1 erittäin suuri merkitys – 4 ei lainkaan merkitystä.

7.3 Aineiston analyysi

Kyselyn aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Taustamuuttujien ja tutkimuskysymysten välisiä yhteyksiä analysoitiin kuvailevaa analyysia käyttäen ja frekvenssejä ja prosenttilukuja tarkastelemalla. Yhteyttä taustamuuttujien ja puheeksioton ja mini-intervention edistävien tekijöiden välillä testattiin järjestsasteikollisille muuttujille tarkoitettujen non-parametristen testien (Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney) avulla. Avoimet osiot analysoitiin kuvailemalla sisältö.

8 TULOKSET

8.1 Taustamuuttujat

Kyselyyn vastasi yhteensä 32 terveysasemien ja hammashoitoloiden työntekijää. Heistä suurin osa eli 25 vastaajaa työskenteli sairaanhoitajana. Ikäkauma oli melko tasainen, eniten vastaajia oli 31–45-vuotiaiden ryhmässä (n = 14, 43,8 %). Suurimmalla osalla vastaajista työkokemusta oli joko 6–10 vuotta (n = 10, 31,2 %) tai yli 20 vuotta (n = 10, 31,3 %). Nykyisessä työssään suurin osa vastaajista eli 17 vastaajaa oli toiminut 1–5 vuotta (taulukko 2).

Taulukko 2. Taustamuuttujat (n, %)

		n	%
Ammattinimike			
	sairanhoitaja	25	78,2
	lähihoitaja	1	3,1
	perushoitaja	0	0,0
	hammashoitaja	5	15,6
	suuhygienisti	1	3,1
	muu	0	0,0
Ikä			
	alle 18 vuotta	0	0,0
	18–30 vuotta	6	18,7
	31–45 vuotta	14	43,8
	46–60 vuotta	11	34,4
	yli 60 vuotta	1	3,1
Työkokemus			

hoitoaalalta			
	0–5 vuotta	3	9,4
	6–10 vuotta	10	31,2
	11–20 vuotta	9	28,1
	yli 20 vuotta	10	31,3
Nykyisessä työssä oloaika			
	0–6 kuukautta	2	6,2
	7–12 kuukautta	2	6,3
	1–5 vuotta	17	53,1
	6–15 vuotta	7	21,9
	yli 15 vuotta	4	12,5

Riippuvuusongelmien parissa työskentelystä kokemusta oli puolella vastaajista. Puheeksioton kortteja ei kukaan vastaajista käyttänyt työssään aktiivisesti, ja vain muutama käytti niitä satunnaisesti. Yli puolet vastaajista (n = 18) oli käynyt tai aloittanut organisaation sisäisen koulutuksen päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotosta. Usea vastaaja oli tietoinen koulutuksesta ja aikoi käydä koulutuksen (taulukko 3).

Taulukko 3. Tietämystä mittaavat taustamuuttujat (n, %)

		n	%
Kokemus riippuvuussairauksista työssä			
	Kyllä	16	51,6
	Ei	15	48,4
Tietämys puheeksioton korteista			
	Kyllä, käytän niitä aktiivisesti työssäni.	0	0,0
	Kyllä, olen tietoinen, ja käytän niitä satunnaisesti työssäni.	4	12,5
	Kyllä, olen tietoinen, mutten käytä niitä työssäni.	14	43,7
	En ole tietoinen.	14	43,8

Tietämys organisaation sisäisestä koulutuksesta			
	Kyllä, olen käynyt koulutuksen tai aloittanut sitä.	18	56,3
	Kyllä, olen tietoinen, ja aion käydä koulutuksen.	9	28,1
	Kyllä, olen tietoinen, mutten koe koulutusta tarpeelliseksi.	2	6,2
	En ole tietoinen.	3	9,4

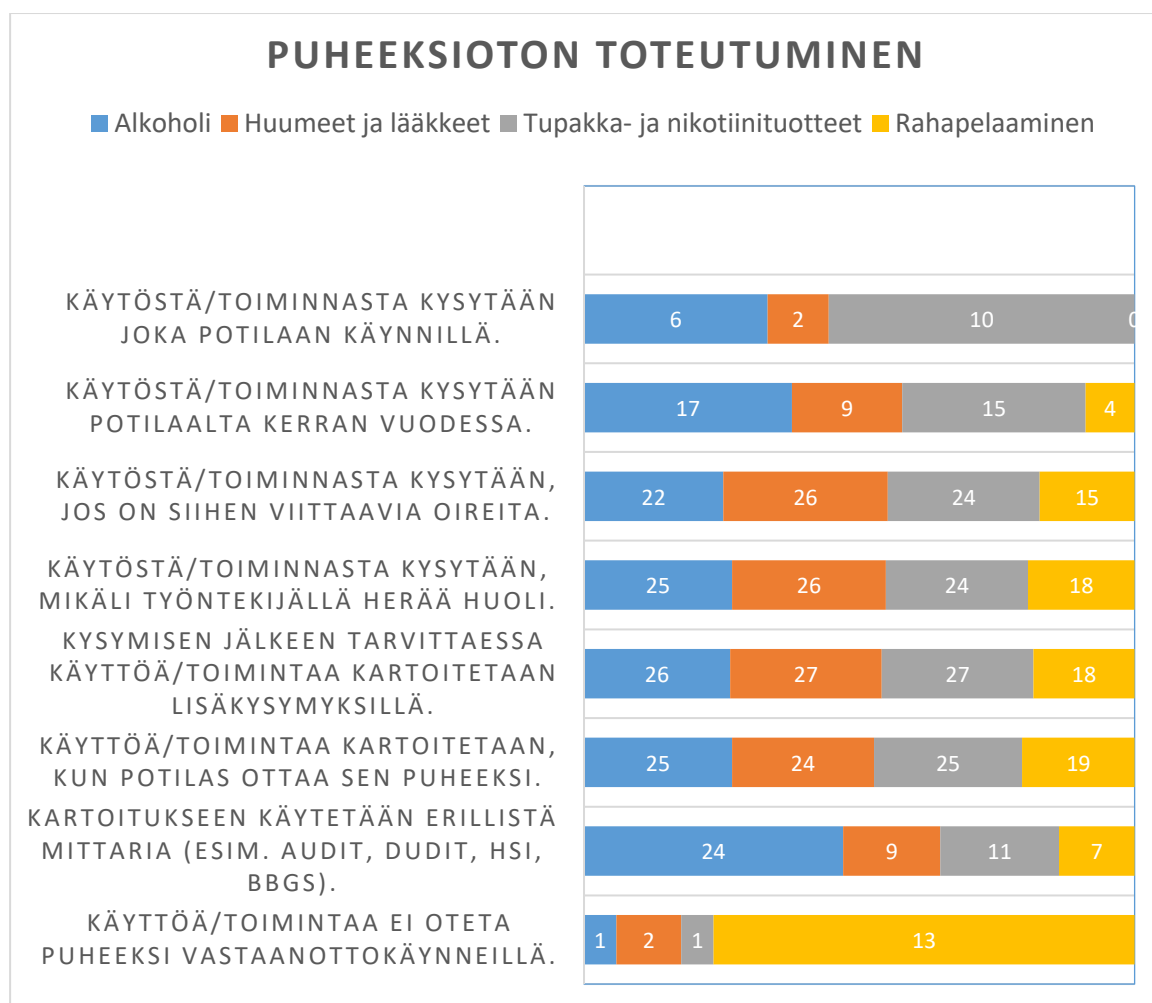
8.2 Puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutuminen

Potilaan päihteiden käytöstä yleisesti kysyttiin melko vähän joka potilaan käynnillä. Noin kolmasosa (n = 10, 31,3 %) vastaajista kysyi joka potilaan käynnillä tupakka- ja nikotiini tuotteiden käytöstä. Muiden päihteiden osalta luku oli alhaisempi, ja kukaan vastaajista ei kertonut kysyvänsä rahapelaamisesta joka potilaan käynnillä. Kerran vuodessa puheeksiottoja tapahtui vastausten perusteella enemmän: noin puolet vastaajista kertoi kysyvänsä potilailta alkoholin (n = 17, 53,1 %) tai tupakka- ja nikotiini tuotteiden käytöstä (n = 15, 46,9 %) kerran vuodessa. Pidempään työssään (yli kuusi vuotta) tai hoitoalalla ylipäätään (yli 11 vuotta) työskennelleet ilmoittivat jonkin verran useammin kysyvänsä potilaalta päihteistä, eritoten tupakka- ja nikotiini tuotteista, joka potilaan käynnillä (taulukko 4).

Taulukko 4. Työuran pituus ja puheeksiotto (n)

Käytöstä/toiminnasta kysytään joka potilaan käynnillä.	Alkoholi	Huumeet ja lääkkeet	Tupakka- ja nikotiini tuotteet	Rahapelaaminen	Yhteensä
vähemmän työskennelleet	1	1	2	0	4
pidempään työskennelleet	5	1	8	0	14

Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut vastauksissa käytön/toiminnan kysymisestä silloin, jos on siihen viittavia oireita, työntekijällä herää itsellään huoli tai kun potilas ottaa sen itse puheeksi. Esimerkiksi 25 vastaajaa (78,1 %) kysyi alkoholin käytöstä, mikäli itsellään heräsi huoli, ja huumeiden ja lääkkeiden osalta luku oli 81,3 % (n = 26) sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden osalta 75 % (n = 24). Rahapelaamisesta kertoi kysyvänsä hieman yli puolet (n = 18, 56,3 %) silloin, kun työntekijällä itsellään herää huoli. Lisäkysymyksiä käytti tarvittaessa kartoituksen tukena suurin osa vastaajista alkoholin kohdalla (n = 26, 81,3 %). Samoin huumeiden ja lääkkeiden (n = 27, 84,4 %) ja tupakka- ja nikotiinituotteiden (n = 27, 84,4 %) kohdalla suurin osa hyödynsi lisäkysymyksiä. Rahapelaamisen kartoituksessa lisäkysymyksiä esitti hieman yli puolet vastaajista (n = 18, 56,3 %) (kuva 2).



Kuva 2. Puheeksiottoa mittaavat väittämät (n)

Eroa vastauksissa oli nähtävissä kartoituksessa käytettäviä mittareita koskevassa väittämässä. Suurin osa (n = 24, 75 %) vastaajista kertoi käyttävänsä

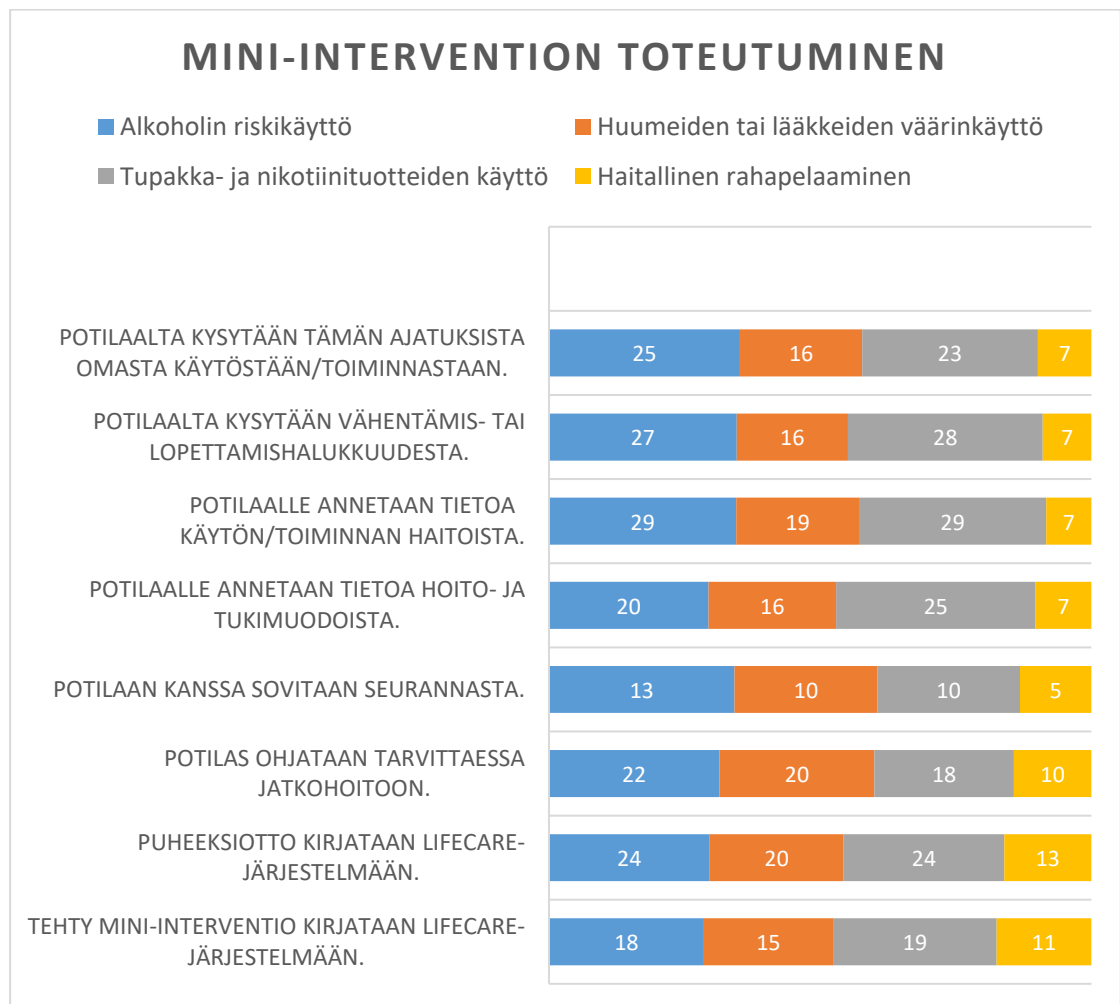
AUDIT-mittaria kartoittaessaan potilaan alkoholin käyttöä, kun vastaavasti tupakka- ja nikotiinituotteiden kohdalla mittareita käytti kartoituksen apuna noin kolmasosa vastaajista (n = 11, 34,4 %). Huumeiden ja lääkkeiden osalta luku oli edelleen pienempi. Rahapelaamisen kartoitukseen kertoi käyttävänsä erillistä mittaria yhteensä seitsemän vastaajaa. Vastaajien iällä havaittiin olevan jonkin verran vaikutusta kartoitukseen käytettävien mittareiden hyödyntämisessä. Kun tarkasteltiin vastauksia alle 45-vuotiaiden ja yli 45-vuotiaiden välillä, havaittiin ero (taulukko 5) mittareiden käytössä nuorempien ollessa tässä jonkin verran aktiivisempia. ”Käyttöä/toimintaa ei oteta puheeksi vastaanotokäynneillä” -väittämään rahapelaamisen osalta tuli 13 vastausta, kun taas muiden luokkien kohdalla kyseiseen väittämään tuli ainoastaan yksittäisiä vastauksia.

Taulukko 5. Ikä ja mittareiden käyttö kartoituksen tukena (n)

Kartoitukseen käytetään erillistä mittaria (esim. AUDIT, DUDIT, HSI, BBSGS).	Alkoholi	Huumeet ja lääkkeet	Tupakka- ja nikotiinituotteet	Rahapelaaminen	Yhteensä
alle 45- vuotiaat	16	8	10	7	41
yli 45- vuotiaat	8	1	1	0	10

Mini-intervention toteutumisessa eniten vastauksia keräsi väittämä ”Potilaalle annetaan tietoa käytön/toiminnan haitoista”. Miltei kaikki (n = 29, 93,5 %) vastaajista kertoi antavansa tietoa alkoholin sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön haitoista. Myös huumeiden tai lääkkeiden haitoista kertoi tietoa antavansa reilusti yli puolet (n = 19, 61,3 %) vastaajista. Samoin suuri osa vastaajista kertoi kysyvänsä potilaalta tämän ajatuksista alkoholin tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstään sekä vähentämis- ja lopettamishalukkuudesta (kuva 3). Samoja toimia kertoi toteuttavansa huumeiden ja lääkkeiden osalta noin puolet vastaajista (n = 16, 51,6 %). Hoito- ja tukimuodoista tietoa potilaalle kertoi antavansa tupakan osalta 25 (80,6 %) ja alkoholin osalta 20 (64,5 %) vastaajaa.

Kaikkien edellä mainittujen toimien toteutuminen rahapelaamisen osalta oli vastausten mukaan pientä, muutama vastaaja (n = 7, 22,6 %) kertoi niitä toteuttavansa. Seurannasta sopimista potilaan kanssa toteutti kolmasosa vastaajista päihteiden osalta, rahapelaamisen suhteen luku oli vielä pienempi (n = 5). Taustamuuttujien suhteen hienoinen ero oli havaittavissa lyhyemmän työuran tehneiden aktiivisuudessa sopia seurannasta. Ne, jotka olivat olleet nykyisessä työssään alle viisi vuotta ja ylipäätään hoitoalalla alle 10 vuotta, sopivat potilaan kanssa seurannasta hieman useammin kuin pidempään työssä tai ylipäätään hoitoalalla olleet. Tämä näkyi eritoten huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön osalta.



Kuva 3. Mini-interventiota mittaavat väittämät (n)

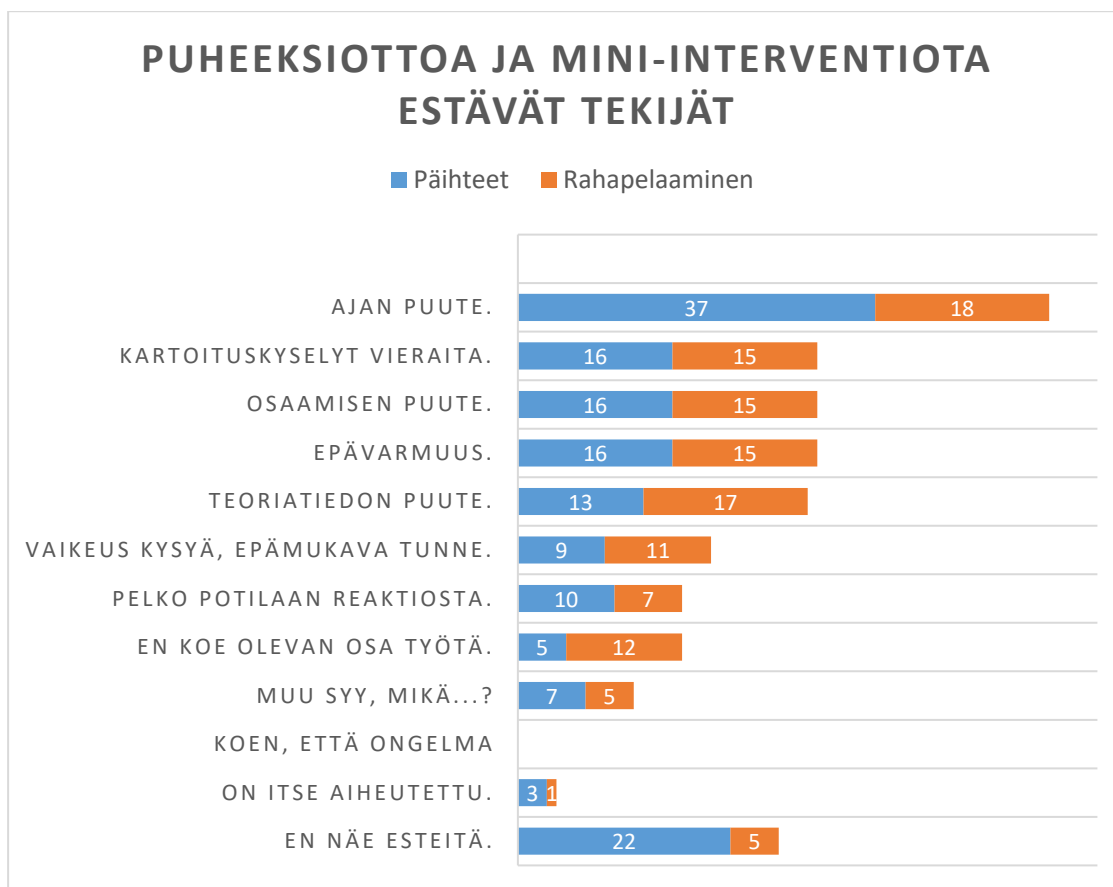
Jatkohoitoon ohjaamista ilmoitti tekevänsä 71 % (n = 22) vastaajista alkoholin haitallisen käytön osalta, 64,5 % (n = 20) vastaajista huumeiden ja lääkkeiden haitallisen käytön osalta sekä 58,1 % (n = 18) vastaajista tupakka- ja nikotiinutuotteiden käytön osalta. Haitallisen rahapelaamiseen kohdalla noin kolmas-

osa vastaajista (n = 10, 32,3 %) kertoi ohjaavansa potilaan tarvittaessa jatko-
hoitoon. Puheeksiottoja ilmoitti kirjaavansa potilastietojärjestelmään useampi
vastaaja, kuin mini-interventioita ilmoitettiin kirjattavan (kuva 3). Lisäksi oli ha-
vaittavissa, että nuoremmat työntekijät (alle 45-vuotiaat) ilmoittivat kirjaavansa
hieman enemmän puheeksiottoja sekä mini-interventioita potilastietojärjestel-
mään kuin vanhemmat yli 45-vuotiaat työntekijät.

8.3 Puheeksiottoa ja mini-interventiota estävät tekijät

Puheeksiottoa ja mini-interventiota estävät tekijät on koottu kuvassa 4 kahteen
luokkaan, jossa päihteet -luokka pitää sisällään alkoholin, huumeet ja lääkkeet
sekä tupakka- ja nikotiinituotteet. Lisäksi väittämät on järjestetty frekvenssien
mukaiseen järjestykseen. Ajan puute nimettiin isoimmaksi estäväksi tekijäksi
puheeksiotoille kaikkien päihteiden ja rahapelaamisen osalta. Rahapelaami-
seen liittyvät esteet korostuivat vastauksissa. Eniten tämä näkyi juuri ajan
puutteeseen liittyvässä väittämässä. Yli puolet vastaajista (n =18, 58,1 %) koki
ajan puutteen estävän rahapelaamisen puheeksioton toteutumista.

Teoriatiedon puutteen, osaamisen puutteen, kartoituskyselyjen vierauden ja
epävarmuuden nimesi noin puolet vastaajista syiksi olla ottamatta puheeksi
potilaan rahapelaamista (kuva 4). Eräs vastaaja totesi avoimessa kysymyk-
sessä, että vaikka hän välillä kokeekin epävarmuutta kysyä asiakkaalta päih-
teiden käytöstä tai rahapelaamisesta, kokee hän sen olevan kuitenkin osa työ-
tään eikä näin ollen näe varsinaisia esteitä puheeksiotolle. Kartoituskyselyt ko-
ettiin melko vieraiksi myös huumeiden ja lääkkeiden käytön osalta, 11 vastaa-
jaa (35,5 %) koki tämän olevan esteenä puheeksiotolle. Vastaavasti vain kaksi
vastaajaa koki alkoholin kartoituskyselyjen olevan vieraita ja näin ollen es-
teenä alkoholin puheeksiotolle.



Kuva 4. Puheeksiottoa ja mini-interventiota estävät tekijät (n)

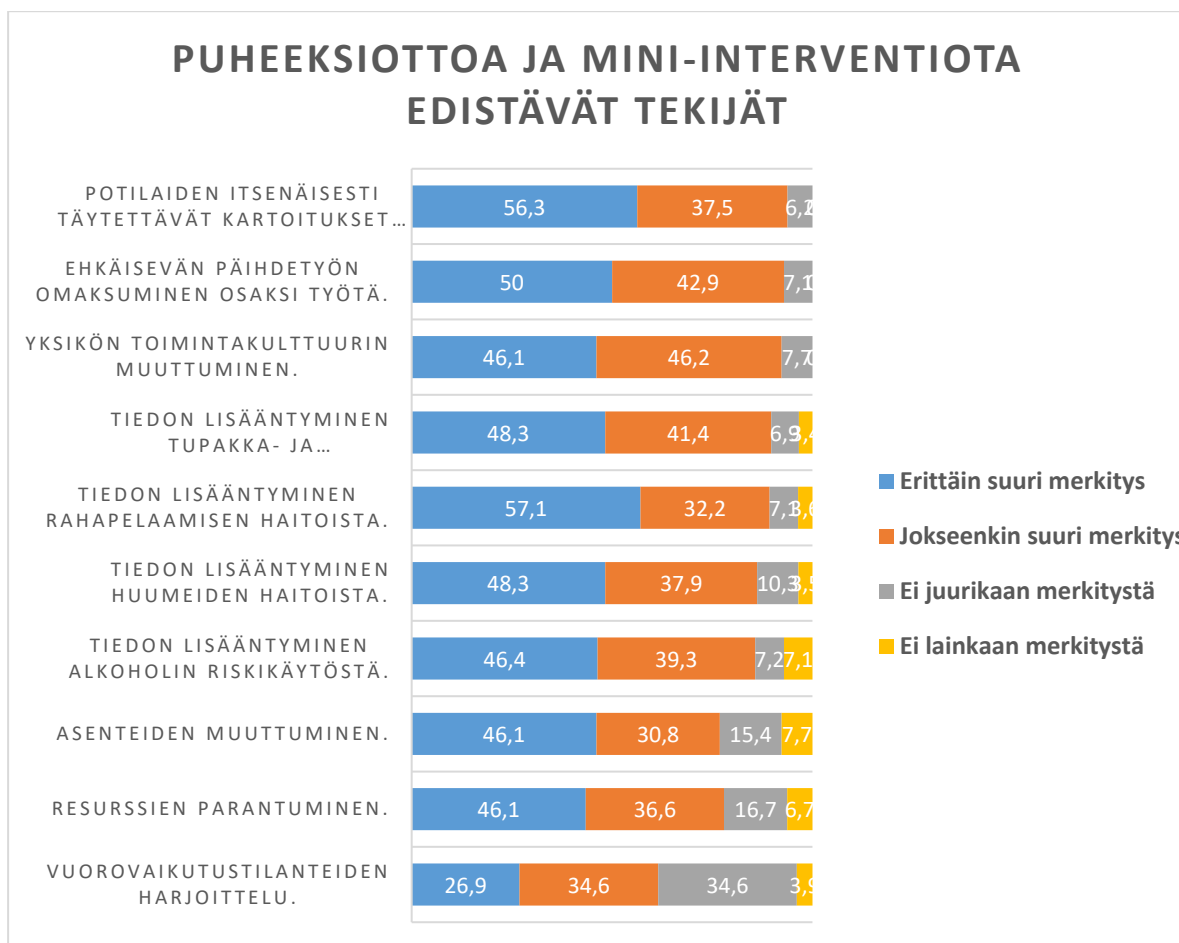
Väittämien ”Pelko potilaan reaktiosta” sekä ”Vaikeus kysyä, epämukava tunne” koettiin estävän hieman enemmän rahapelaamisen ja huumeiden/lääkkeiden puheeksiottoa kuin alkoholin tai tupakka- ja nikotiinituotteiden puheeksiottoa (kuva 4). Puheeksiottamisen ei koettu olevan osa omaa työtä selkeästi eniten rahapelaamisen kohdalla (n = 12, 38,7 %). Vain yksi vastaus kertyi väittämään ”Koen, että ongelma on itse aiheutettu” kaikkien kysytyjen luokkien osalta. On myös merkille pantavaa, että suurimmassa osassa väittämiä vastauksia kertyi miltei yhtä paljon koskien rahapelaamisen puheeksioton esteitä kuin yhteenlaskettuna kaikkien päihteiden (alkoholi, huumeet ja lääkkeet sekä tupakka- ja nikotiinituotteet) puheeksioton esteitä. Iso osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei näe esteitä päihteiden puheeksiotolle. Taustamuuttujien vertailussa ei havaittu merkittäviä eroja puheeksioton esteitä koskien.

Esteitä käsittelevän osion avoimeen kysymykseen ”Muu syy, mikä?” kertyi muutama vastaus. Niissä kerrottiin muun muassa puheeksioton esteeksi se, ettei toiminta ole muodostunut rutiiniksi. Alkoholista ja tupakkatuotteista kysymisen eräs vastaaja koki jo juurtuneen tavaksi, koska sitä oli toteutettu jo vuo-

sia, mutta vieraampaa puheeksiotto oli huumeiden ja lääkkeiden tai rahapelaamisen kohdalla. Toinen vastaaja myös koki rutiinin puuttumisen estävän puheeksiottoa. Myös vastaanottoaikojen lyhyys ja se, ettei asiakkaan käynti liity mitenkään päihteiden käyttöön tai rahapelaamiseen, koettiin esteiksi. Eräs vastaaja koki potilaan korkean iän vaikuttavaksi tekijäksi, sillä yli 60-vuotiaan kanssa esimerkiksi vuosikontrollikäynnin yhteydessä ei koettu luontevana ottaa puheeksi päihteiden käyttöä tai rahapelaamista.

8.4 Puheeksiottoa ja mini-interventiota edistävät tekijät

Vastaajat pitivät selkeästi merkittävänä kaikkia kysytyjä seikkoja koskien puheeksiottojen ja mini-interventioiden edistäviä tekijöitä (kuva 5). Erityisesti potilaiden itsenäisesti täytettävät kartoitukset ennen vastaanottokäyntiä koettiin puheeksiottoa edistäväksi asiaksi, sillä erittäin merkittävänä sitä piti 56,3 % (n = 18) ja jokseenkin merkittävänä 37,5 % (n = 12) vastaajista. Samoin tiedon lisääntyminen rahapelaamisen haitoista nähtiin selkeästi merkittäväksi tekijäksi, yhteensä 89,3 % (n = 25) vastaajista näki asialla olevan merkitystä. Jonkin verran vähemmän merkittäviksi seikoiksi vastaajat näkivät asenteiden muuttumisen tai resurssien parantumisen. Selkeästi vähiten merkitystä nähtiin olevan vuorovaikutustilanteiden harjoittelulla, sillä 38,5 % (n = 10) vastaajista koki, ettei vuorovaikutustilanteiden harjoittelulla ole merkitystä puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutumiselle. Tämä erosi muista vastauksista selkeästi.



Kuva 5. Puheeksiottoa ja mini-interventiota edistävät tekijät (%)

Taustamuuttujia vertailtaessa havaittiin, että nuoremmat (alle 45-vuotiaat) vastaajat kokivat hieman merkittävämmäksi tekijäksi puheeksiottamisten edistämässä asenteiden muuttumisen (taulukko 6). Myös ehkäisevän päihdetyön omaksumisen osaksi omaa työtä näki merkityksellisenä edistävänä tekijänä enemmän nuoret vastaajat, sillä kaikki vastaajat (100 %) iältään alle 45 vuotta kokivat asialla olevan erittäin suuri tai jokseenkin suuri merkitys, kun vastaava prosenttiluku yli 45-vuotiailla oli 78 % (taulukko 7).

Taulukko 6. Ikä ja kokemus asenteiden muuttumisen merkityksestä (n, %)

Asenteiden muuttuminen.	1 Erittäin suuri merkitys	2 Jokseenkin suuri merkitys	3 Ei juurikaan merkitystä	4 Ei lainkaan merkitystä	Yhteensä
alle 45-vuotiaat	8 47,0 %	7 41,2 %	1 5,9 %	1 5,9 %	17
yli 45-vuotiaat	4 44,5 %	1 11,1 %	3 33,3 %	1 11,1 %	9

Taulukko 7. Ikä ja kokemus ehkäisevän päihdetyön omaksumisen merkityksestä (n, %)

Ehkäisevän päihdetyön omaksuminen osaksi työtä.	1 Erittäin suuri merkitys	2 Jokseenkin suuri merkitys	3 Ei juurikaan merkitystä	4 Ei lainkaan merkitystä	Yhteensä
alle 45-vuotiaat	11 57,9 %	8 42,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19
yli 45-vuotiaat	3 33,3 %	4 44,5 %	2 22,2 %	0 0,0 %	9

Puheeksioton ja mini-intervention edistävien tekijöiden ja taustamuuttujien välillä havaittiin yhteys koskien vuorovaikutustilanteiden harjoittelua. Pisimpään (yli 20 vuotta) hoitoalalla työskennelleet kokivat vuorovaikutustilanteiden harjoittelulla olevan vähemmän merkitystä puheeksioton ja mini-interventioiden toteutumiselle kuin lyhyemmän aikaa hoitoalalla työskennelleet (Kruskal-Wallis -testin p-arvo = 0.025). Samansuuntainen ero oli havaittavissa lyhyemmän (1–5 vuotta) ja pidemmän aikaa (yli 15 vuotta) nykyisessä työssään työskennelleiden kohdalla. Pisimpään nykyisessä työssään olleet kokivat niin ikään vuorovaikutustilanteiden harjoittelulla olevan vähemmän merkitystä verrattuna lyhyemmän aikaa nykyisessä työssään olleisiin (Mann Whitney U -testin p-arvo = 0.048). Samojen luokkien välillä havaittiin tilastollisesti merkittävä ero myös kysymyksessä resurssien parantumisen merkityksestä. 1–5 vuotta nykyisessä työssään olleet kokivat resurssien parantumisella olevan suurempi merkitys puheeksiottojen toteutumiselle kuin yli 15 vuotta työssään olleet (Mann Whitney U-testin p-arvo = 0.026).

Kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen tuli muutamia vastauksia, joissa eniten mainintoja oli vastaanottojen keston lyhyydestä ja tämän vaikutuksista puheeksiottojen toteutumiselle. Esimerkiksi lyhyen vastaanottoajan puitteissa ei koettu olevan mahdollista esittää potilaalle kaikkia tarvittavia kysymyksiä koskien päihteiden käyttöä tai rahapelaamista sellaisella luontevalla tavalla, ettei potilas asiasta hämmenny. Lisäksi koettiin, että vastaanottokäynnillä työntekijän täytyy osata niin sanotusti "lukea asiakasta", ja puheeksi otettavat asiat riippuvat näin ollen pitkälti asiakkaasta ja tämän kokemista ongelmista. Lisäksi ratkaisuehdotuksena ajan puutteeseen vuosikontrollikäynneillä ehdotettiin testikaavakkeiden postittamista asiakkaalle kotiin ennen vastaanottoikäntä. Potilaiden monisairaus ja -ongelmaisuus sekä vastaanottojen akuutti

luonne saattavat estää puheeksiottojen toteuttamisen erään vastaajan mukaan: *”Vastaanottoaika riittää hoitamaan ainoastaan akuuteimman ongelman”*.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon avopalveluissa tapahtuvaa päihteiden käytön sekä haitallisen rahapelaamisen puheeksioton ja mini-interventioiden toteutumista sekä näihin liittyviä esteitä ja edistäviä tekijöitä. Tulokset osoittavat, että joka potilaan käynnillä päihteitä otetaan melko harvoin puheeksi, rahapelaamista ei ollenkaan. Kuitenkin pidempään työskennelleet kysyvät päihteistä hieman useammin joka potilaan käynnillä, mikä saattaa heijastella myös Lun ym. (2021) saamia tutkimustuloksia siitä, että pidempään terveydenhuollossa työskennelleet työntekijät toteuttivat todennäköisemmin mini-interventioita. Erot olivat kuitenkin pieniä.

Rahapelaamista ei juurikaan oteta puheeksi vastaanotoilla ja sen puheeksioton ja mini-interventioiden toteuttamiselle nähdään melko paljon esteitä. Työntekijät tarvitsevat tulosten perusteella tietoa rahapelaamisen haitoista lisää. Rahapeliongelman Käypä hoito -suositus (Rahapeliongelma 2023) toteaaakin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa rahapeli-riippuvuutta ja ongelmapeleamista diagnosoidaan ja tunnistetaan Suomessa tällä hetkellä vielä heikosti. Ammattilaisten olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää ottaa rahapelaaminen puheeksi rutiininomaisesti kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa siitäkin syystä, että rahapeliongelmaan haetaan omatoimisesti apua vain harvoin (THL 2023g).

Tulokset osoittavat, etteivät perusterveydenhuollon avopalvelujen työntekijät ole kovin rutinoituneita puheeksiottojen toteutuksessa, minkä useampi vastaaja nosti myös esteeksi puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutumiselle. Toiminnan systemaattisuuteen saattaa vaikuttaa myös Seppäsen ym. (2021) mukaan se, että työntekijät mahdollisesti harjoittavat mini-interventioiden toteuttamisessa jonkinlaista valikointia sen suhteen, miltä potilas tai tämän terveysongelmat vaikuttavat. Puheeksiottojen rutiininomaista toteuttamista voisi Sturgissin ym. (2022) mukaan lisätä se, että perusterveydenhuollon toimintaympäristön kulttuuria rakennettaisiin ennaltaehkäisyä korostavaksi.

Lisäksi päihteistä kysymistä voisi perustella potilaille sillä, että puheeksiotto on osa normaalia työtapaa kyseisissä palveluissa (Hakamäki ym. 2024, 40). Samansuuntaista näkemystä tuli mahdollisesti esiin tämän tutkimuksen tuloksissa, sillä kolmanneksi tärkeimpänä puheeksiottoa ja mini-interventiota edistävänä tekijänä nähtiin yksikön toimintakulttuurin muuttuminen.

Selkeästi suurimpana esteenä puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutumiselle nähtiin ajan puute. Tätä tukee myös aiempi tutkimustieto (McNeely ym. 2018; Rosário ym. 2021). Rosáriu ym. (2021) mukaan puheeksiottojen toteutusten määrää voitaisiin saada lisättyä vastaanottokäynteihin varatun ajan lisäämisellä. Toisaalta mini-intervention toteutus ei aina vie runsaasti aikaa, nimittäin jo muutaman minuutinkin kestoisella lyhytneuvonnalla on havaittu olevan vaikutusta esimerkiksi nikotiiniriippuvuudesta irtipääsyn tukemisessa, ainakin, jos saman asiakkaan kanssa asiaan palataan useamman kerran (THL 2023i). Yhtenä esteenä erään vastaajan mukaan oli potilaan korkea ikä. Lun ym. (2021) tutkimuksessa todettiin mini-intervention toteuttamisen olevan epätodennäköisempää muun muassa vanhempaa ikäluokkaa olevien potilaiden kohdalla.

Puheeksioton ja mini-intervention edistämisessä etenkin nuoret työntekijät pitivät tärkeänä, että ehkäisevä päihdetyö omaksuttaisiin osaksi omaa työtä. Tulos on samansuuntainen sen kanssa, että jatkossa sosiaali- ja terveystieteiden tehtävinä tulee yhä enemmän olemaan puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutus osana muita terveydenhuollon palveluita (Warpenius & Markkula 2020, 4). Myös Hakamäki ym. (2024, 55) toteavat, että jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työajan tulisi kohdentua tarkoituksenmukaisemmin ehkäisevään ja edistävään työhön sekä potilaiden arjen tukemiseen korjaavan työn ohella.

Yllättävää tuloksissa oli, että vain hieman yli puolet vastaajista näki vuorovaiikutustilanteiden harjoittelun potentiaalisena keinona edistää puheeksiottojen ja mini-interventioiden toteutumista. Albrightin ym. (2018) tutkimuksessa vuorovaiikutustilanteiden simulaatioharjoittelulla oli merkittävä edistävä vaikutus työntekijöiden valmiudelle toteuttaa seulontoja ja mini-interventiota. Uusi löydös oli myös se, että työkokemuksen määrällä ja työuran pituudella saattaa

olla vaikutusta kokemukseen puheeksiottoa edistävien tekijöiden merkityksestä.

Merkittävimmäksi edistäväksi tekijäksi tulosten mukaan nousivat potilaiden itsenäisesti toteutettavat kartoituskyselyt. Myös McNeelyn ym. (2018) ja Rosàrion ym. (2021) mukaan potilaiden itse täytettävät kyselyt ovat hyvä tapa toteuttaa päihteiden käytön kartoitusta perusterveydenhuollon yksiköissä ja seulontaprosessit tulisi pitää yksinkertaisina. Sturgiss ym. (2022) havaitsivat, että kun potilaiden taustatiedot päihteiden käytön osalta ovat dokumentoituna tietojärjestelmissä, tulee siitä osa rutiinipuheenaiheita myös vastaanottokäynteillä, mikä mahdollistaa yksityiskohtaisemmat keskustelut potilaan kanssa.

9.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita eli luotettavuutta, rehellisyyttä, arvostusta ja vastuunkantoa. Työssä noudatettiin avointa, oikeudenmukaista ja puolueetonta linjaa eikä mitään yksityiskohtia jätetty salaamatta. Lisäksi kaikissa opinnäytetyön vaiheissa, suunnittelussa, toteutuksessa sekä dokumentoinnissa pyrittiin huolellisuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 12–13.) Työssä ei ole syyllistytty sepittämiseen, vääristelyyn tai plagiointiin, jotka kaikki määritellään vilpiksi tieteellisessä toiminnassa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 16). Tähän työhön hankittiin tutkimuslupa ennen tutkimuksen suorittamista ja tutkimuksen kohderyhmään kuuluville lähetettiin ennen tutkimukseen osallistumista saatekirje (liite 3), jossa vastaajille kuvattiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. Saatekirjeessä kerrottiin vastaajille myös kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä luottamuksellisuudesta ja annettiin tarkat vastausohjeet sekä tutkimuksen tekijän yhteystiedot.

Kyselyssä kerättäviä henkilötietoja, epäsuoria tunnisteita, kuten ammattinimike, ikä ja työpaikka, käsiteltiin tietosuojalainsäädäntöä noudattaen. Henkilötietoja sekä koko aineistoa käsitteli vain yksi henkilö, ja aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Nämä asiat käyvät ilmi tietosuojailmoituksesta (liite 5), joka lähetettiin vastaajille saatekirjeen yhteydessä. Kyselyn

lopussa kysyttiin erikseen vastaajien suostumuksesta tallettaa ja käsitellä tietoja tutkimuksen tekemistä varten sekä tiedotettiin oikeudesta peruuttaa suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan muun muassa kiinnittämällä huomioita tekijöihin, joilla kyselyn vastausprosenttia voidaan nostaa, kuten hyvä muotoilu sekä kyselylomakkeen selkeys ja ulkoasun siisteys (Vehkalahti 2019, 48; Tähtinen ym. 2020, 30). Lisäksi kyselyn vastausprosenttia pyrittiin nostamaan vastausajan jatkamisella sekä ylimääräisillä muistutusviesteillä vastaajille. Kyselyssä käytetyt käsitteet pyrittiin määrittelemään myös mahdollisimman tarkkaan sekä aineiston keruu ja kyselyssä käytetty mittari suunniteltiin huolellisesti. Myös tutkimuksen pätevyyttä arvioitiin pohtimalla sitä, mitataanko kyselyllä sitä, mitä on tarkoituskin mitata, ja kuinka tarkasti mitataan, eli kuinka toistettavissa mittaus on. (Vilka 2021, luku 7: Määrällisen tutkimuksen arviointi.)

Kyselyssä pyrittiin välttämään kaksiosaisia väittämiä, jotta saatiin mitattua vain yhtä asiaa kerrallaan, ja lisäksi pyrittiin pitäytymään vain muutamassa erilaisessa kysymysmuodossa, sillä yhteen kyselyyn ei kannata sisällyttää kovin useita erilaisia vastaustapoja (Tähtinen ym. 2020, 26–29). Kyselyssä tarjottiin valmiita vastausvaihtoehtoja, sillä yhtenä mittauksen kohteena oli vastaajien tietämys asiasta sekä vastaajien tietämyksen ja käyttäytymisen välinen yhteys (Taanila 2019, 23). Sukupuolta ei kyselyssä kysytty työntekijäjoukon naisvaltaisuuden vuoksi.

Tässä kyselytutkimuksessa käytetty kyselylomake esiteltiin viiden kohdeyhmään kuulumattoman henkilön toimesta. Esitelluksen avulla saatiin todennukainen käsitys siitä, että kysymykset ja ohjeet ovat ymmärrettäviä ja vastaukset tarkoituksenmukaisia. Samalla pystyttiin parantamaan kysymysten erottelukykä ja tutkia kysymysten sekä mittarin eri osioiden homogeenisuutta ja tehdä vielä tarvittavia muutoksia niihin. (Vehkalahti 2019, 48; Tähtinen ym. 2020, 30.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeesta esitelluksen perusteella

korjattiin yksi kirjoitusvirhe ja kysymyksen kuusi vastausvaihtoehtoja muokattiin paremmin toisistaan erottuviksi. Lisäksi useampiin kysymyksiin lisättiin virke ”Loput kohdat voit jättää tyhjiksi” selkiyttämään vastausohjetta.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksinä voidaan tulosten perusteella todeta, että päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotolle on löydettävissä useita estäviä tekijöitä, joista suurimpana nähdään ajan puute. Puheeksiottojen ja mini-interventioiden määrää voitaisiin mahdollisesti saada nostettua ottamalla käyttöön potilaiden itse ennakoon täyttämät kartoituskyselyt osana rutiinikäyntejä. Tämä voisi edistää myös puheeksiottojen ja mini-interventioiden systemaattista toteutumista sekä säännöllistä dokumentointia. Myös henkilöstön tiedon ja osaamisen lisääminen kouluttamalla sekä yksikön toimintakulttuurin muokkaaminen puheeksiottoja normalisoivaan suuntaan voidaan nähdä puheeksiottamisen ja mini-interventioiden edistävinä tekijöinä.

Jatkotutkimuksen kohteena voidaan nähdä potilaiden omat näkemykset puheeksiottamisesta, eritoten se, kuinka he kokevat päihteistä tai rahapelaamisesta kysymisen osana perusterveydenhuollon käyntiään. Lisäksi voisi olla hyödyllistä tutkia laajemmalla otannalla samaa kyselylomaketta käyttäen esimerkiksi koko Suomen perusterveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiottamisesta.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2015. Lyhytneuvonnan vaikuttavuus. Näytönastekatsaus. Duodecim Käypä Hoito. WWW-dokumentti. Julkaistu 2.9.2015. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak04621> [viitattu 1.3.2024].
- Albright, G., Bryan, C., Adam, C., McMillan, J. & Shockley, K. 2018. Using Virtual Patient Simulations to Prepare Primary Health Care Professionals to Conduct Substance Use and Mental Health Screening and Brief Intervention. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 3, 247–259. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1078390317719321> [viitattu 26.3.2024].
- Alkoholiongelmät. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 21.08.2018. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#K1> [viitattu 5.3.2024].
- Björkenheim, C., Castrén, S., Jaakkola, T., Kesänen, M., Pietilä, E., Ränninranta, R., Saariluoma, O., Wuorio, S., Ruohio, H. & Salmelin, R. 2021. Rahapelaaminen puheeksi: Puheeksiotto, tunnistaminen ja lyhytneuvonta. 2. uudistettu painos. Vantaa: PunaMusta Oy. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-679-4> [viitattu 6.3.2024].
- Castrén, S., Raisamo, S. & Alho, H. 2022. Rahapeliiriippuvuuden varhainen tunnistaminen on tärkeää – Uusia suuntaviivoja diagnostiikkaan, tukeen ja hoitoon. *Lääkärilehti* 77, 1259–1262. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/pdf/2022/SLL32-2022-1259.pdf> [viitattu 20.3.2024].
- Dzidowska, M., Kylie Lee KS., Wylie, C., Bailie, J., Percival, N., Conigrave, JH., Hayman, N. & Conigrave KM. 2020. A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: a role for continuous quality improvement. *BMC Family Practice*, 21. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1101-x> [viitattu 25.3.2024].
- Ferreira, VL., Gonçalves de Andrade Tostes, J., Knaak, S., Santos da Silveira, P., Fernandes Martins, L. & Ronzani, TM. 2022. Attitudes of health professionals towards people with substance use disorders in Brazil, controlling for the effects of social desirability. *Health & Social Care in the Community* 5, 3041–3052. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/hsc.13749> [viitattu 25.3.2024].
- Granlund, H., Salonen, J., Markkula, J., Ruokolainen, O., Sandström, P. & Ollila, H. 2022. Laaturekistereissä tarvitaan tietoa tupakka- ja nikotiinituotteiden sekä alkoholin käytöstä. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2022. Terveystieteiden tutkimuskeskus. E-kirja. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143879/URN_ISBN_978-952-343-821-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.3.2024].

Hakamäki, P., Nick, R., Valli, N. & Kuitunen-Kaija, O. 2024. Hyvinvointia edistävä toiminta helposti löydettäväksi: hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kansallisen palvelukonseptin määrittelyä: Versio 1.1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023062861198> [viitattu 27.9.2024].

Huumeongelmat. 2022. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 28.09.2022. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041#K1> [viitattu 5.3.2024].

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen s.a. Kymenlaakson hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kymenhva.fi/hyvinvointialue/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/> [viitattu 10.4.2024].

Hyvärinen, S., Härkönen, J., Strand, T., Ruokolainen, O., Heiskanen, M., Ollila, H., Sandström, P., Saaristo, V. & Wiss, K. 2022. Terveystiedon edistämisaktiivisuus perusterveydenhuollossa: Alkoholin ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön sekä ongelmallisen rahapelaamisen ehkäisy. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2022. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-867-5> [viitattu 22.3.2024].

Häkkinen, M., Särkilä, H. Stenius-Ayoade, A. & Putkonen, H. 2023. Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 7, 541–546. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo17624> [viitattu 26.3.2024].

Innokylä. 2023. Ota puheeksi päihteet ja rahapelaaminen. WWW-dokumentti. Viimeksi muokattu 6.11.2023. Saatavissa: <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/ota-puheeksi-paihteet-ja-rahapelaaminen> [viitattu 4.3.2024].

Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Duodecim Käypä Hoito. WWW-dokumentti. Julkaistu 27.8.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02109> [viitattu 21.3.2024].

Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Salasuo, M. 2023. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022: Suomalaisten huumeekokeilut yleistyvät, asenteissa ja mielipiteissä isoja muutoksia. THL: Tilastoraportti 15/2023. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023041236168> [viitattu 6.3.2024].

Kesänen, M. & Strand T. 2022. Mini-interventio auttaa, rakenteinen kirjaaminen kannattaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060139892> [viitattu 20.3.2024].

Koste, S. 2024. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen päällikkö. Sähköposti-viesti 2.4.2024. Kymenlaakson hyvinvointialue.

Kouvola kaupunki. 2022. Kymenlaakson hyvinvointialue aloitti toimintansa 1.1.2023. Artikkelit. WWW-dokumentti. Julkaistu 21.12.2022. Saatavissa: <https://www.kouvola.fi/ajankohtaiset/kymenlaakson-hyvinvointialue-aloittaa-toimintansa-1-1-2023/> [viitattu 10.4.2024].

Kymenlaakson alueellinen hyvinvointikertomus 2020 ja -suunnitelma 2020–2025. 2023. Kymenlaakson alueellisen hyvinvointikertomustyön 2020–2025 työryhmä. Kymenlaakson hyvinvointialue. PDF-dokumentti. Päivitetty 2.2.2023. Saatavissa: <https://kymenhva.fi/wp-content/uploads/2023/03/Kymenlaakson-alueellinen-hyvinvointikertomus-2020-ja-suunnitelma-2020-2025.pdf> [viitattu 4.3.2024].

Kymenlaakson hyvinvointialue. 2022. Henkilöstöorganisaatio. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kymenhva.fi/wp-content/uploads/2023/02/Henkilostoorganisaatio-pdf.pdf> [viitattu 10.4.2024].

Kymenlaakson hyvinvointialue. 2024a. Päihteet ja rahapelaaminen puheeksi-koulutus. Pinja-oppimisympäristö. Intranet.

Kymenlaakson hyvinvointialue. 2024b. Päihteet ja rahapelaaminen puheeksi-koulutus koko henkilöstölle Pinjassa. WWW-dokumentti. Julkaistu 26.1.2024. Intranet.

Kyselylomakkeet ja mittarit. 2024. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.1.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeytyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/kyselylomakkeet-ja-mittarit> [viitattu 21.3.2024].

Lehto, L. & Kainulainen, H. 2023. Strategia ja integraatiopalvelut – Toimialan toimintasääntö. Kymenlaakson hyvinvointialue. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kymenhva.fi/wp-content/uploads/2024/01/Strategia-ja-integraatiopalvelujen-toimintasaanto.pdf> [viitattu 10.4.2024].

Lintonen, T. 2021. Alkoholinkäytön terveyshaitat ja -riskit. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Julkaistu 18.6.2021. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkayton-terveyshaitat-ja-riskit/> [viitattu 5.3.2024].

Lu, Y., Chi, FW., Parthasarathy, S., Palzes, VA., Kline-Simon, AH., Metz, VA., Weisner, C., Satre, DD., Campbell, CI., Elson, J., Ross, TB., Awsare, SV. & Sterling, SA. 2021. Patient and provider factors associated with receipt and delivery of brief interventions for unhealthy alcohol use in primary care. *Alcoholism, clinical and experimental research* 10, 2179–2189. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/acer.14702> [viitattu 25.3.2024].

Markkula, J., Rapeli, S., Kemppainen, J. & Kotovirta, E. 2021. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. E-kirja. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9887-2> [viitattu 1.3.2024].

McNeely, J., Kumar, PC., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., Kannry, JL., Vega, A., Waite, EA., Peccoralo, LA., Rosenthal, RN., McCarty, D. & Rotrosen, J. 2018. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinical practice* 13.

PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8> [viitattu 25.3.2024].

McNeely, J., Mazumdar, M., Appleton, N., Bunting, AM., Polyn, A., Floyd, S., Sharma, A., Shelley, D. & Cleland, CM. 2022. Leveraging technology to address unhealthy drug use in primary care: Effectiveness of the Substance use Screening and Intervention Tool (SUSIT). *Substance Abuse* 1, 564–572. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1975868> [viitattu 26.3.2024].

Metsola, T. 2024. Ylihoitaja. Sähköpostiviesti 12.3.2024. Kymenlaakson hyvinvointialue.

Mäkelä, P., Mäklin, S., Honkatukia, J., Niskanen, H., Partanen, A. & Aalto M. 2022. Mini-interventioiden laaja käyttöönnotto vähentäisi alkoholin aiheuttamia haittoja. *Lääkärilehti*, 77. WWW-dokumentti. Julkaistu 14.6.2022. Saatavissa: www.laakarilehti.fi/e31677 [viitattu 20.3.2024].

Mäkelä, P. & Niemelä, S. 2022. Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 25.10.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01120> [viitattu 5.3.2024].

Mölläri, K., Hauhio, N. & Puroharju, T. 2020. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuonna 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 44/2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020110389076> [viitattu 22.3.2024].

Nykkopp, J. 2015. 10 faktaa: Alkoholin käyttö ja kohonnut verenpaine. *Potilaan Lääkärilehti*. WWW-dokumentti. Julkaistu 15.10.2015. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/10-faktaa-alkoholinkaytto-ja-kohonnut-verenpaine/> [viitattu 22.3.2024].

Palveluvalikoima. 2020. Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://palveluvalikoima.fi/elintapaohjaus-tupakoinnin-lopettaminen> [viitattu 20.3.2024].

Palveluvalikoima. 2021. Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat> [viitattu 20.3.2024].

Pautrat, M., Renard, C., Riffault, V., Ciolfi, D., Edeline, A., Breton, H., Brunault, P. & Lebeau, JP. 2023. Cross-analyzing addiction specialist and patient opinions and experiences about addictive disorder screening in primary care to identify interaction-related obstacles: a qualitative study. *Substance abuse treatment, prevention and policy* 18. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00522-5> [viitattu 25.3.2024].

Quilty, LC., Wardell, JD., Thiruchselvam, T., Keough, MT. & Hendershot, CS. 2019. Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *Plos One*, 4.

PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214502> [viitattu 20.3.2024].

Rahapeliongelma. 2023. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 28.11.2023. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50135> [viitattu 6.3.2024].

Roberts, A., Rogers, J., Sharman, S., Melendez-Torres, GJ. & Cowlshaw, S. 2021. Gambling problems in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Addiction Research & Theory* 6, 454–468. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1876848> [viitattu 20.3.2024].

Rosário, F., Inês Santos, M., Angus, K., Pas, L., Ribeiro, C. & Fitzgerald, N. 2021. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science* 16. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0> [viitattu 25.3.2024].

Rönkä, S., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Hakkarainen, P., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kriikku, P., Kuussaari, K. & Partanen, A. (toim.) 2020. Kat-saus ajankohtaiseen huumeilanteeseen: Huumeiden käyttö ja haitat ovat kas-vaneet 2000-luvulla merkittävästi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuk-sesta tiiviisti 33/2020. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-592-6> [viitattu 5.3.2024].

Seppänen, K., Aalto, M., Seppä K. 2021. Alcohol-related activities in primary health care. *Journal of Substance Use* 1, 79–84. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1779362> [viitattu 25.3.2024].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023: Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. E-kirja. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1> [viitattu 1.3.2024].

Sturgiss, E., Lam, T., Russell, G., Ball, L., Gunatillaka, N., Barton, C., Michael Tam, CW., O'Donnell, R., Chacko, E., Skouteris, H., Mazza, D. & Nielsen, S. 2022 Patient and clinician perspectives of factors that influence the delivery of alcohol brief interventions in Australian primary care: a qualitative descriptive study. *Family Practice* 2, 275–281. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab091> [viitattu 25.3.2024].

Taanila, A. 2019. Määrällisen datan kerääminen. PDF-dokumentti. Saata- vissa: <https://taanila.fi/suunnittelu.pdf> [viitattu 27.3.2024].

THL. 2023a. Alkoholin käytön puheeksiotto ja mini-interventio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/pu- heeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholin-kayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio> [viitattu 21.3.2024].

THL. 2023b. Ehkäisevä päihdetyö sosiaali- ja terveystalvissa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkai-seva-paihde-tyo-sosiaali-ja-terveyspalveluissa> [viitattu 22.3.2024].

THL. 2023c. Huumeiden käytön ja lääkkeiden väärinkäytön puheeksiotto. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/huumeiden-kayton-ja-laakkeiden-vaarin-kayton-puheeksiotto> [viitattu 5.3.2024].

THL. 2023d. Motivoiva toimintatapa ja motivoiva haastattelu. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/motivoiva-toimintatapa-ja-motivoiva-haastattelu> [viitattu 20.3.2024].

THL. 2023e. Puheeksiotto ja mini-interventio. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio> [viitattu 1.3.2024].

THL. 2023f. Päihteiden käytön ja riippuvuuksien varhainen tunnistaminen ja tuki perusterveydenhuollossa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkaiseva-paihde-tyo-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/paihteiden-kayton-ja-riippuvuuksien-varhainen-tunnistaminen-ja-tuki-perusterveydenhuollossa> [viitattu 1.3.2024].

THL. 2023g. Rahapelaamisen tunnistaminen ja puheeksiotto. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-tunnistaminen-ja-palvelut/rahapelaamisen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto> [viitattu 22.3.2024].

THL. 2023h. Rahapelihaittojen seuranta ja tutkimus sekä ehkäisyn ja hoidon kehittäminen 2022: THL:n koordinoima arpajaislain 52.§ mukainen toiminta vuonna 2022. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230911122795> [viitattu 20.3.2024].

THL. 2023i. Tupakkatuotteet ja puheeksiotto. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/tupakkatuotteet-ja-puheeksiotto> [viitattu 5.3.2024].

THL. 2024a. Ennakkotieto suomalaisten rahapelaamisesta: Peliongelmat ovat lisääntyneet, vaikka entistä harvempi pelaa rahapelejä. WWW-dokumentti. Julkaistu 27.2.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/-/ennakkotieto-suomalaisten-rahapelaamisesta-peliongelmat-ovat-lisaantyneet-vaikka-entista-harvempi-pelaa-rahapeleja> [viitattu 20.3.2024].

THL. 2024b. HYTE-kerroin – kannustin kunnille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty: 30.1.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille> [viitattu 28.3.2024].

THL. 2024c. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.1.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto> [viitattu 22.3.2024].

Tietoa hyvinvointialueesta s.a. Kymenlaakson hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kymenhva.fi/hyvinvointialue/tietoa-hyvinvointialueesta/> [viitattu 10.4.2024].

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 19.06.2018. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi40020#K1> [viitattu 21.3.2024].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Toimituskunta Keiski, R. Hämäläinen, K. Karhunen, M., Löfström, E., Näreaho, S., Varantola, K., Spoof, S-K., Tarkiainen, T., Kaila, E. & Aittasalo, M. E-kirja. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf [viitattu 28.3.2024].

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C: 22. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8091-8> [viitattu 27.3.2024].

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. E-kirja. Saatavissa: <http://doi.org/10.31885/9789515149817> [viitattu 27.3.2024].

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0099-9> [viitattu 27.3.2024].

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja. Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523701731> [viitattu 28.3.2024].

Warpenius, K. (toim.) 2021. Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitalanne Suomessa – Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. E-kirja. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0> [viitattu 5.3.2024].

Warpenius, K. & Markkula, J. 2020. Ehkäisevän päihdetyön sisällöt, toimet ja seuranta kunnissa: vuoden 2020 kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-540-7> [viitattu 27.9.2024].



PUHEEKSI OTTAMISEN NELJÄ ASKELTA

PYSÄHDY

Miet hetki, mistä huoli syntyy ja mitä tunteita se sinulle herättää. Käytä ovi siihen, että mielit sopivat aloitussanat keskustelun viritämiseen.

KYSY

Muista kannoittava kohtaaminen, välttä syyllistämistä henkilöä. Oman huolen ja välittämisen ilmaiseminen on hyvä tapa aloittaa: "Olen huolissani sinusta ja terveydestäsi."

KUUNTELE

Valitse jokin luonteva tilanne ja rauhallinen paikka puheeksi ottamiselle. Hyvä kuuntelu on kertojan myötäilyä ja kannustusta kertomaan lisää. Vältä kommentointia, ennakkopäätöksiä, ratkaisuja ja päälle puuhamista. Voit esittää lisäkysymyksiä, mutta älä tenttaa. Etsikää tarvittaessa yhdessä lisätietoa aiheesta ja neuvo linkkejä tai tukipalveluita, joista saa lisää tietoa.

KANNUSTA

Pidä kannustava ote. Jos henkilö on itsekin huolissaan omasta tilanteestaan, kohtakaa löytää ensimmäisiä askelaita muutokseen. Pienikin askel on askel eteenpäin.

OTA PUHEEKSI Päihteet ja rahapelaaminen



Päihteiden riskikäytön varhainen tunnistaminen on yksi tärkeimmistä keinoista vähentää päihteiden haittoja.

Mitä varhaisemmin alkoholin riskikäyttöön, tupakkatuotteiden tai huumeiden käyttöön tai haitalliseen rahapelaamiseen pystytään puuttumaan, sitä pienemmiksi jäävät vakavien ongelmien ja haittojen syntyminen.

Mini-interventio on tutkitusti kustannustehokas keino, joka toimii parhaiten tilanteessa, jossa haittoja ei ole ehtinyt vielä muodostua. Riippuvuuden edetessä pidemmälle tarvitaan usein jo laajempia tuki- tai hoitomuotoja.

OTA PUHEEKSI ALKOHOLI

Alkoholinkäyttöön liittyy monia terveysriskejä ja alkoholinkäyttö on yksi merkittävimmistä terveysuhista yhteiskunnassamme

Näin otat alkoholinkäytön puheeksi

Voisiko puhua alkoholin käytöstäsi?

Miten käytät alkoholia? esim. kuinka paljon ja usein, missä seurassa, vaikuttaako tunteet tai elämäntilanne?

Mitä ajattelet omasta alkoholinkäytöstäsi?

Oletko tyytyväinen tilanteeseesi?

ALKOHOLI

MITTARIT: AUDIT - C ja AUDIT

TOIMENPIDEKOODIT
Käytön kartointus IHA 10
Mini-interventio IHA 21

Apua, tukea, hoitoa paikallisesti

Oppilas- ja opiskelijahuolto
Työterveyshuolto

Kymsote

Terveystieteiden palvelu p.05 2202000
Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakasohjeus p.05 2202150
Asiointialusta: Alkoholinkäytön itsearviointi [Asiointialustalle tästä linkistä](#)

Pyhtää: Terveyskeskus p.05 2202015
Selviämishoitosaama | A-klinikka.fi
Seurakuntien diakoniatyö Aa-kerhot,
Pohjois-Kymen A-kilta ry
Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry
Kaakkois-Suomen sinineuha ry

Valtakunnallinen tuki

Päihdeneuvonta p. 0800 900 45
AA auttava puhelin p. 09 750 200

Linkkejä ja vinkkejä

[Päihdelinkki](#)
[Alkoholit | Päihdelinkki.fi](#)
[10 kysymystä alkoholinkäytöstä \(Audit\)](#)
[Audit kysely yli 65-vuotiaille](#)
[Vähennä väkisen - Opas alkoholinkäytön vähentämiseen](#)

Alkoholiopas

[Mielenterveystalo.fi - Juomisen hallinnan opas](#)

[Omahoito-ohjelmatOmaolo](#)



Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Albright, G., Bryan, C., Adam, C., McMillan, J. & Shockley, K. 2018. Using Virtual Patient Simulations to Prepare Primary Health Care Professionals to Conduct Substance Use and Mental Health Screening and Brief Intervention. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> 3, 247-259. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1177/1078390317719321</p>	<p>Tutkia, millainen vaikutus perusterveydenhuollon työntekijöiden motivoivan haastattelun osaamisen kehittämiseksi koskien seulontoja, mini-interventioita sekä ohjauksen antamista on verkkopohjaisella simulaatioharjoituksen käytöllä.</p>	<p>Aineisto: 227 osanottajaa, jotka satunnaisesti jaettiin vertailuryhmään ja koeryhmään.</p> <p>Menetelmä: Koeryhmä kävi läpi simulaatioharjoituksen, ja vastasi 2 kyselyyn; heti harjoituksen jälkeen sekä 3kk harjoituksen toteuttamisesta</p>	<p>Verkkopohjaisen simulaatioharjoittelun myötä työntekijöiden tiedoissa ja taidoissa oli nähtävissä merkittävää kohennusta koskien yhteistyöhön perustuvaa päätöksentekoa ja siihen sitoutumista</p>
<p>Dzidowska, M., Kylie Lee KS., Wylie, C., Bailie, J., Percival, N., Conigrave, JH., Hayman, N. & Conigrave KM. 2020. A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: a role for continuous quality improvement. <i>BMC Family Practice</i>, 21. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s12875-020-1101-x</p>	<p>Tarkastella eri keinoja ja strategioita, joilla edistetään perusterveydenhuollon tasolla tapahtuvien haitallisen alkoholin käytön seulonnan ja puheeksioton toteutumista.</p>	<p>Aineisto: 45 tutkimusta tai tutkimushanketta tietokannoista: MEDLINE EMBASE, PsycINFO, CINAHL, the Australian Indigenous Health InfoNet</p> <p>Menetelmä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Suurin osa aineistosta käsitteli strategioita, joilla seulonnan ja mini-interventioiden käyttöönottoa voitaisiin parantaa. Useammilla tutkimuksilla, joissa oli kolme keskeistä jatkuvan laadun parantamisen elementtiä, oli toteutus- ja seuranta-ajat mediaanin yläpuolella; niissä oli hyödynnetty monipuolisia malleja, ne oli kohdennettu sekä käytännön että terveysjärjestelmän tasolle, parannettu seulonta ja mini-interventio verrattuna tutkimuksiin, joissa ei ollut jatkuvan laadun parantamisen elementtejä.</p>
<p>Ferreira, VL., Gonçalves de Andrade Tostes, J., Knaak, S., Santos da Silveira, P., Fernandes Martins, L. & Ronzani, TM. 2022. Attitudes of health professionals towards people with substance use disorders in Brazil, controlling for the effects of social desirability. <i>Health & Social Care in the Community</i> 5, 3041-3052. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/hsc.13749</p>	<p>Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten asenteita päihdehäiriöstä kärsiviä ihmisiä kohtaan käyttäen Opening Minds Scale for Healthcare Providers (OMS-HC)-mittaria.</p>	<p>Aineisto: yhteensä 264 terveydenhuollon ammattilaista erityispalveluista sekä perusterveydenhuollon palveluista</p> <p>Menetelmä: monihierarkkinen regressioanalyysi</p>	<p>Päihteiden käyttöön liittyvä tuntemus/aiheen tuttuus joko omakohdaisen kokemuksen tai päihteitä käyttävien asiakkaiden kohtaamisen kautta ennustivat positiivisempia asenteita, ja erityispalveluissa tämä näkyi enemmän kuin perusterveydenhuollossa. Negatiivisempia asenteita ennusti työntekijän ajatus siitä, että päihteiden käyttäjä on itse syyllinen omaan tilanteeseensa.</p>
<p>Lu, Y., Chi, FW., Parthasarathy, S., Palzes, VA., Kline-Simon, AH., Metz, VA., Weisner, C., Satre, DD., Campbell, Cl.,</p>	<p>Tutkia potilaslähtöisiä sekä työntekijälähtöisiä tekijöitä liittyen haitallisen</p>	<p>Aineisto: dokumentoidut mini-interventiot sähköisessä järjestelmässä koskien</p>	<p>Pienempi todennäköisyys mini-intervention toteutumiseen oli potilailla, joilla juomarajat ylittyivät vain joko päivittäisessä tai viikot-</p>

<p>Elson, J., Ross, TB., Awsare, SV. & Sterling, SA. 2021. Patient and provider factors associated with receipt and delivery of brief interventions for unhealthy alcohol use in primary care. <i>Alcoholism, clinical and experimental research</i> 10, 2179-2189. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/acer.14702</p>	<p>alkoholinkäytön mini-interventioiden toteuttamiseen perusterveydenhuollossa.</p>	<p>287,551 aikuista pth:n potilasta, joiden seulontatuloksissa oli haitallista alkoholin käyttöä, ja 2,952 heidän työntekijäänsä</p> <p>Menetelmä: retrospektiivinen analyysi, monitasoinen logistinen regressiomalli</p>	<p>taisessa käytössä (vrt. rajan ylittäminen molemmissa), potilas oli nainen tai vanhempaa ikäluokkaa, potilaalla esiintyi monimutkaisuutta lääkehoidossa tai hänellä oli jo diagnosoitu alkoholiongelma. Potilaille, joilla oli muita epäterveellisiä elämäntapoja (esim. tupakointi, liikunnan puute tai riittämätön liikunta), toteutettiin todennäköisemmin mini-interventiota. Lisäksi naispuoliset, ja pidempään terveydenhuollossa työskennelleet työntekijät toteuttivat todennäköisemmin mini-interventioita.</p>
<p>McNeely, J., Kumar, PC., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., Kannry, JL., Vega, A., Waite, EA., Peccorale, LA., Rosenthal, RN., McCar-ty, D. & Rotrosen, J. 2018. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. <i>Addiction science & clinical practice</i> 13. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8</p>	<p>Löytää ajankohittaisia päihteiden käytön tunnistamisen ja seulonnan käytäntöjä, niiden esteitä sekä suosituksia niiden toimeenpanosta ja toteutuksesta perusterveydenhuollon yksiköissä.</p>	<p>Aineisto: 67 sidosryhmän jäsentä; potilaita, perusterveydenhuollon työntekijöitä; lääkäreitä sekä hoitajia ja hoitoapulaisia</p> <p>Menetelmä: Haastattelututkimus; yksilö- ja ryhmähaastattelut osana monivaiheistalaajempaa tutkimusta</p>	<p>Terveydenhuollon työntekijän on tärkeää tietää potilaan päihteiden käytöstä, koska sillä on vaikutusta potilaan terveyden hoitoon ja lääkehoitoon. Päihteiden käytön asianmukainen tunnistaminen ei tällä hetkellä toteudu terveydenhuollon kontakteissa, ja paras menettelytapa tunnistamiselle on yleinen seulonta/kartoitus. Esteenä toiminnan toteutumiseksi yksilötasolla nähtiin mm. kliinisen tiedon ja koulutuksen puute, ja hoitojärjestelmän tasolla aikapaine, resurssit, tilan puute ja vieroitushoitoon pääsyn vaikeus. Suurin osa vastaajista totesi, että päihteiden käytön seulonnassa ja puhekesiössä keskeinen rooli pitäisi olla perusterveydenhuollon tarjoajalla. Eniten kannatusta sai potilaiden itsenäisesti toteutettavat kyselyt.</p>
<p>McNeely, J., Mazumdar, M., Appleton, N., Bunting, AM., Polyn, A., Floyd, S., Sharma, A., Shelley, D. & Cleland, CM. 2022. Leveraging technology to address unhealthy drug use in primary care: Effectiveness of the Substance use Screening and Intervention Tool (SUSIT). <i>Substance Abuse</i> 1, 564-572. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1975868</p>	<p>Tutkia SUSIT (Substance use Screening and Intervention Tool) - työkalun vaikutuksia mini-interventioiden toteuttamiseen perusterveydenhuollon yksiköissä.</p>	<p>Aineisto: 20 pth:n työntekijää ja 79 potilasta, joista 42 kuului verokiryhmään, ja 37 tutkimusryhmään</p> <p>Menetelmä: Kliininen arviointi, haastattelu</p>	<p>Verrokkiryhmään verrattuna SUSIT- tutkimusryhmän potilaiden kohdalla oli korkeammat kertoimet minkä tahansa mini-intervention toteutumiseen huumeiden käyttöön liittyen. SUSIT- työkalun käyttö lisäsi merkittävästi työntekijöiden huumeiden käytön mini-intervention käyttöä rutiininomaisen perusterveydenhuollon käyntien yhteydessä.</p>
<p>Mäkelä, P., Mäklin, S., Honkatukia, J., Niskanen, H., Partanen, A., Aalto M. 2022. Mini-interventioiden laaja</p>	<p>Arvioida mini-intervention vaikutusta terveyden-</p>	<p>Aineistot: THL:n Juomatapatutkimus (2016), Terveydenhuollon</p>	<p>Mini-intervention laajalla käyttöön otolla saataisiin vähennettyä riskikäyttäjien määrää ja riskikäytöstä johtuvia terveyshaittoja, kuolemia,</p>

<p>käyttöönotto vähentäisi alkoholin aiheuttamia haittoja. <i>Lääkärilehti</i>, 77. WWW-dokumentti. Julkaistu 14.6.2022. Saatavissa: www.laakarilehti.fi/e31677</p>	<p>huollon palvelujen käyttöön ja kuolleisuuteen, sekä yksilöiden työpanokseen ja sairauspoissaoloihin. Lisäksi arvioitiin näihin liittyviä kustannuksia.</p>	<p>hoitoilmoitusrekisteri (2017), Tilastokeskuksen kuolinsyyt (2017), Kelan sairauspäivärahalasto (2017), Tautiluokkakohtaiset suhteelliset riskit alkoholinkulutuksen mukaan Menetelmä: Vaikutusarviointi, herkkyysanalyysi</p>	<p>sekä terveystalouden käyttöä. Erityisesti alkoholisairauksista aiheutuvaa haittaa saataisiin vähennettyä. Terveystalouden kustannukset vähenisivät (vuodeosastohoitopäivät, avohoitokäynnit erikoissariaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa) sekä sairauspäivärahopäivät.</p>
<p>Pautrat, M., Renard, C., Riffault, V., Ciolfi, D., Edeline, A., Breton, H., Brunault, P. & Lebeau, JP. 2023. Cross-analyzing addiction specialist and patient opinions and experiences about addictive disorder screening in primary care to identify interaction-related obstacles: a qualitative study. <i>Substance abuse treatment, prevention and policy</i> 18. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s13011-023-00522-5</p>	<p>Tunnistaa vuorovaikutukseen liittyviä esteitä riippuvuushäiriöiden kartoitukselle perusterveydenhuollossa tutkimalla ja analysoimalla potilaiden ja riippuvuustyöntekijöiden kokemuksia ja mielipiteitä.</p>	<p>Aineisto: kasvokkaiset haastattelut 9 riippuvuustyön asiantuntijan ja 8 riippuvuushäiriöstä kärsivän henkilön kanssa Menetelmä: grounded teoria -viitekehukseen pohjaava sisällönanalyysi</p>	<p>Neljä keskeistä vuorovaikutukseen liittyvää estettä löydettiin: potilaiden sekä työntekijöiden jaettu itsesensuuri, potilaan oma henkilökohtainen raja/yksilöllinen käännekohta ongelmaan liittyen, käynnin yhteydessä ei oteta asiaa puheeksi, vastakohtaisuutta esiintyy lääkärin (palveluntarjoajan) ja potilaan välillä siinä, miten riippuvuushäiriöiden kartoittamista tulisi lähestyä.</p>
<p>Quilty, LC., Wardell, JD., Thiruchselvam, T., Keough, MT. & Hendershot, CS. 2019. Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. <i>Plos One</i>, 4. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214502</p>	<p>Määrittää aikuisien ongelmapeleamisen ja/tai siihen liittyvien ongelmien vähentämiseen tarkoitettujen mini-interventioiden vaikutuksia, keskittyen mini-interventioihin, jotka toteutetaan henkilökohtaisesti.</p>	<p>Aineisto: 802 tietuetta, joista valittiin 31 otsikkojen ja tiivistelmien läpikäynnin jälkeen, ja 7 valittiin lopulliseen katsaukseen. Menetelmä: Meta-analyysi</p>	<p>Mini-interventioilla oli havaittavissa pieni, mutta tilastollisesti merkittävä vähentävä vaikutus ongelmapeleamiseen verrattuna pelkkään arviointiin perustuvaan ohjaukseen lyhytaikaisseurannassa. Lyhyiden interventioiden ja pidempien aktiivisten interventioiden välillä ei ollut merkittävää eroa.</p>
<p>Roberts, A., Rogers, J., Sharman, S., Melendez-Torres, GJ. & Cowlshaw, S. 2021. Gambling problems in primary care: a systematic review and meta-analysis. <i>Addiction Research & Theory</i> 6, 454–468. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1876848</p>	<p>Tarkastella ja yhdistää kaikki käytettävissä oleva näyttö rahapeliongelmiensa yleisyydestä ja niiden seurauksista perusterveydenhuollon kontekstissa.</p>	<p>Aineisto: 14 vertaisarvioitua artikkelia haettuna eri tietokannoista: MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL Menetelmät: Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi</p>	<p>Noin 3,0 % perusterveydenhuollon potilailla oli raportoitu merkittävää ongelmapeleamista, mutta tuloksissa oli huomattavaa heterogeenisuutta sekä vaihteluväli eri tutkimusten välillä oli iso: 1–15 %. Sitä vastoin vain harvat tutkimukset raportoivat peliongelmiensa laajemmasta seulonnasta, ja perusterveydenhuollon potilaiden joukossa piilevistä ongelmista, kuten riskipelaamisesta, tiedetään vähän. Yleisesti oli löydettävissä</p>

			johdonmukaisia todisteita yhteyksistä ongelmepelaamisen ja huonon mielenterveyden ja samanaikaisesti esiintyvien päihdeongelmien välillä.
Rosário, F., Inês Santos, M., Angus, K., Pas, L., Ribeiro, C. & Fitzgerald, N. 2021. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. <i>Implementation Science</i> 16. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0	Tunnistaa esteitä ja edistäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat yleislääkäreiden ja sairaanhoitajien toteuttamien aikuispotilaiden alkoholin käytön kartoituksen ja mini-interventioiden säännöllisyyteen ja rutiininomaisuuteen.	Aineisto: systemaattinen tiedonhaku tietokantoihin: Medline, CINAHL, CENTRAL, PsycINFO, 84 tutkimusta Menetelmät: COM-B-malli Teoreettisten aihealueiden viitekehys, teemoittelu	Kolme määrittelyjoukkoa, joilla oli eniten koodattuja tietoyksikköjä, olivat: ympäristökonteksti ja resurssit (n 158, esim. ajanpuute), "Uskomukset kyvykkyydestä" (n 134, esim. uskomukset kyvystä toteuttaa seulontoja ja lyhyttä neuvontaa tai auttaa potilasta vähentämään käyttöönsä), ja "osaminen" (n 99, esim. koulutuksen puute).
Seppänen, K., Aalto, M., Seppä K. 2021. Alcohol-related activities in primary health care. <i>Journal of Substance Use</i> 1, 79–84. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1779362	Tutkia perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden aktiivisuutta alkoholin käytön kysymisessä ja mini-interventioiden tarjoamisessa, sekä tutkia näiden asioiden dokumentointia osana jokapäiväistä työtä.	Aineisto: 78 perusterveydenhuollossa työskentelevää sairaanhoitajaa tai lääkäriä Menetelmä: Kvantitatiivinen analyysi SPSS-ohjelmistolla	56,4 %:lta potilaista oli jossakin vaiheessa kysytty alkoholin käytöstä. Vastaajien mukaan 10,4 % potilaista, joilta oli alkoholin käytöstä kysytty, esiintyi alkoholin riskikäyttöä. Riskikäyttäjistä 89,6 %:lle oli tarjottu mini-interventiota. Niistä potilaista, joilta alkoholin käytöstä oli kysytty, 42 %:n kohdalla alkoholinkäytöstä oli raportoitu potilasdokumenteissa.
Sturgiss, E., Lam, T., Russell, G., Ball, L., Gunatillaka, N., Barton, C., Michael Tam, CW., O'Donnell, R., Chacko, E., Skouteris, H., Mazza, D. & Nielsen, S. 2022 Patient and clinician perspectives of factors that influence the delivery of alcohol brief interventions in Australian primary care: a qualitative descriptive study. <i>Family Practice</i> 2, 275–281. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.1093/fampra/cmab091	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden näkökulmia alkoholinkäytön mini-intervention käytöstä perusterveydenhuollon käynneillä Australiassa.	Aineisto: 34:n yleislääkärin, 8:n hoitajan, 17:n potilaan kanssa käyty puolistrukturoidut haastattelut Menetelmä: äänitallenteet ja teemat tunnistettiin kuvailevaa kvalitatiivista lähestymistapaa käyttäen, "kenttämuistiinpanot" data-analyysin perustana	Esteitä tunnistettiin koskien niin itse käyntejä, yksikön käytäntöjä, kuin koko laajempaa terveydenhuoltojärjestelmää sekä yhteisöäkin. Mini-interventioiden toteutusta vähentäviksi tekijöiksi tunnistettiin: Australian juomanormit, epäjohdonmukainen kansanterveydellinen viestintä alkoholihaittojen ympärillä, perusterveydenhuoltoa ei tunnisteta avunhaku paikaksi, yhteisön stigma alkoholin käyttöä kohtaan, toimintayksikön tiimin ennaltaehkäisevän työn kulttuurin puuttuminen tai sen vähäisyys.

Hei!

Olen tekemässä YAMK-opinnäytetyöhöni liittyen kyselytutkimusta päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiotosta perusterveydenhuollossa. Kysely on suunnattu Kymenlaakson hyvinvointialueen perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen ja suun terveydenhuollossa hoitajana työskenteleville. Kyselylle on saatu tutkimuslupa työnantajaltasi.

Vastaamalla kyselyyn tuotat arvokasta tietoa siitä, kuinka päihteiden ja rahapelaamisen puheeksiottoa tällä hetkellä tapahtuu perusterveydenhuollon avopalveluissa, ja mikä sitä mahdollisesti estää tai edistää. Kyselystä saatua tietoa tullaan hyödyntämään organisaatiossasi suunniteltaessa puheeksioton ja mini-intervention toimintamallin jatkokehittämistä ja henkilöstön osaamisen edistämistä. Lopullinen opinnäytetyö on luettavissa Theseuksen tietokannasta julkaisemisen jälkeen syksyllä 2024.

Kyselyyn vastaaminen kestää 10–15 minuuttia ja vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja keskeytettävissä koska tahansa. Yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa eikä erotella vastausten perusteella. Kyselyssä kerätään henkilötietoja (epäsuoria tunnisteita), kuten ammattinimike, ikä, ja työpaikka, joiden käsitteystä pääset lukemaan tietosuojailmoituksesta, joka on tämän sähköpostin liitteenä. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksen henkilötietojesi tallettamiseen ja käyttöön.

Linkki kyselyyn löytyy tämän sähköpostin lopusta ja kysely on auki neljä viikkoa aikavälillä 14.5.2024 – 16.6.2024. Kaikkia vastaajia muistutetaan vastaamisesta kerran. Tarkemmat vastausohjeet löydät kyselyn alusta.

Lisätietoja opinnäytetyöstä ja tutkimuksesta saat ottamalla yhteyttä:

Sairaanhoitaja Anni Amberg
XAMK Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
eanam002@edu.xamk.fi
puhelinnumero

Kiitokset yhteistyöstä!

Vastaa alla oleviin väittämiin valitsemalla mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos jokin vastausvaihtoehdoista ei sovi sinuun, voit jättää kohdan tyhjäksi. Huomaathan, että osassa kysymyksistä on useampi vastausvaihtoehto.

TAUSTATIEDOT

1. Ammattinimikkeesi?

- sairaanhoitaja
- lähihoitaja
- perushoitaja
- hammashoitaja
- suuhygienisti
- muu

2. Ikäsi?

- alle 18 vuotta
- 18-30 vuotta
- 31-45 vuotta
- 46- 60 vuotta
- yli 60 vuotta

3. Työkokemuksesi hoitoalalta?

- 0-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- yli 20 vuotta

4. Kauanko olet ollut nykyisessä työssäsi?

- 0-6 kuukautta
- 7-12 kuukautta
- 1-5 vuotta
- 6-15 vuotta
- yli 15 vuotta

5. Onko sinulla kokemusta riippuvuussairauksien parissa työskentelystä?

- Kyllä
- Ei

6. Oletko tietoinen organisaatiossasi käytettävistä Puheeksioton korteista?

- Kyllä, käytän niitä aktiivisesti työssäni.
- Kyllä, olen tietoinen, ja käytän niitä satunnaisesti työssäni.
- Kyllä, olen tietoinen, mutta en käytä niitä työssäni.
- En ole tietoinen.

**7. Oletko tietoinen ”Päihteet ja rahapelaaminen puheeksi”- koulutuksesta Pin-
jaoppimisympäristössä?**

- Kyllä, olen käynyt koulutuksen tai aloittanut sitä.
- Kyllä, olen tietoinen, ja aion käydä koulutuksen.
- Kyllä, olen tietoinen, mutta en koe koulutusta tarpeelliseksi.
- En ole tietoinen.

PUHEEKSIOTTO ja MINI-INTERVENTIO

8. Seuraavassa on lueteltu väittämiä liittyen alkoholin käytön, huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön, tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön, sekä rahapelaamisen kartoittamiseen.

Valitse kunkin sarakkeen kohdalta ne väittämät, jotka vastaavat toimintaasi.
Loput kohdat voit jättää tyhjiksi.

	Alkoholi	Huumeet ja lääkkeet	Tupakka- ja nikotiinituotteet	Rahapelaaminen
Käytöstä/toiminnasta kysytään joka potilaan käynnillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytöstä/toiminnasta kysytään potilaalta kerran vuodessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytöstä/toiminnasta kysytään, jos on siihen viittaavia oireita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytöstä/toiminnasta kysytään, mikäli työntekijällä herää huoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kysymisen jälkeen tarvittaessa käyttöä/toimintaa kartoitetaan lisäkysymyksillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyttöä/toimintaa kartoitetaan, kun potilas ottaa sen puheeksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoitukseen käytetään erillistä mittaria (esim. AUDIT, DUDIT, HSI, BBGS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyttöä/toimintaa ei oteta puheeksi vastaanottokäynneillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Seuraavassa osiossa on väittämiä koskien tilanteita, joissa alkoholin riskikäyttö, huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttö, tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö ja/tai haitallinen rahapelaaminen on tullut vastaanotolla esille.

Valitse kunkin sarakkeen kohdalta ne väittämät, jotka vastaavat toimintaasi. Loput kohdat voit jättää tyhjiksi.

	Huumeiden tai Tupakka- ja			
	Alkoholin riskikäyttö	lääkkeiden väärinkäyttö	nikotiinituotteiden käyttö	Haitallinen rahapelaaminen
Potilaalta kysytään tämän ajatuksista omasta käytöstään/toiminnastaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaalta kysytään vähentämistä tai lopettamishalukkuudesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaalle annetaan tietoa käytön/toiminnan haitoista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaalle annetaan tietoa hoito- ja tukimuodoista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan kanssa sovitaan seurannasta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilas ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puheeksiotto kirjataan LIFECARE-järjestelmään.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tehty mini-interventio kirjataan LIFECARE-järjestelmään.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUHEEKSIOTON JA MINI-INTERVENTION ESTEET JA EDISTÄVÄT TEKIJÄT

10. Seuraavaksi on listattu syitä, jotka saattavat estää tai haitata päihteiden käytön tai rahapelaamisen puheeksiottoa.

Valitse kaikki sellaiset väittämät, jotka mielestäsi tällä hetkellä estävät puheeksiottoa omassa työssäsi. Loput kohdat voit jättää tyhjiksi.

	Huumeiden tai		Tupakka- ja	Haitall
	Alkoholin riskikäyttö	lääkkeiden väärinkäyttö	nikotiinituotteiden käyttö	rahapelaa
Ajan puute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teoriatiedon puute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osaamisen puute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoituskyselyt vieraita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epävarmuus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeus kysyä, epä mukava tunne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelko potilaan reaktiosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En koe olevan osa työtä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koen, että ongelma on itse aiheutettu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En näe esteitä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu syy, mikä...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Kuinka suuri merkitys puheeksiottojen toteutumiselle on mielestäsi seuraavilla asioilla? Jos et osaa sanoa, voit jättää kohdan tyhjäksi.

	1 Erittäin suuri merkitys	2 Jokseenkin suuri merkitys	3 Ei juurikaan merkitystä	4 Ei lainkaan merkitystä
Resurssien parantuminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon lisääntyminen alkoholin riskikäytöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon lisääntyminen huumeiden haitoista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon lisääntyminen tupakka- ja nikotiinituotteiden haitoista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon lisääntyminen rahapelaamisen haitoista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuorovaikutustilanteiden harjoittelu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asenteiden muuttuminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisevän päihdetyön omaksuminen osaksi työtä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikön toimintakulttuurin muuttuminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaiden itsenäisesti täytettävät kartoitukset ennen vastaanottokäyntejä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mikä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Lopuksi, mitä muuta haluaisit tuoda vielä esille:

Painamalla Lähetä-painiketta hyväksyn tietosuojalain mukaisesti, että tietojani talletetaan ja käsitellään tutkimuksen tekemistä varten.

Voin peruuttaa suostumukseni tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa.

Henkilötietoja käsitellään noudattaen tietosuojalainsäädäntöä.

Lue lisää opinnäytetyön tietosuojailmoituksesta, joka liitteenä sähköpostissa.

Tietosuojailmoitus

(Tietosuojalaki 2018/1050, EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679)

Pyydämme sinua osallistumaan Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun (Xamk) opintoihin sisältyvään opinnäytetyöhön liittyvään kyselytutkimukseen.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää osallistumisesi koska tahansa. Mikäli keskeytät tutkimuksen tai peruutat suostumuksen, keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tässä tietosuojaselosteessa kuvataan, miten henkilötietojasi käsitellään opinnäytetyössä, mitä oikeuksia sinulla on ja miten voit vaikuttaa tietojesi käsittelyyn.

1. Opinnäytetyön rekisterinpitäjä

Tämän opinnäytetyön rekisterinpitäjä on

Anni Amberg

eanam002@edu.xamk.fi

puhelinnumero

2. Opinnäytetyön suorittajat

Opinnäytetyön tekijä Anni Amberg

3. Mihin tarkoitukseen henkilötietojani kerätään ja käsitellään?

Henkilötietoja kerätään ja käsitellään, jotta tutkimuskysymysten kannalta oleelliset tiedot saadaan kerättyä ja tutkimustulokset olisivat mahdollisimman kattavia.

4. Millä perusteella henkilötietojani käsitellään opinnäytetyössä?

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla yleisen tietosuoja-asetuksen (EU 679/2016 6.1 a) mukaisella perusteella:

- tutkittavan suostumus
- rekisterinpitäjän lakisääteisen veloitteen noudattaminen
- yleistä etua koskevan tehtävän suorittaminen (tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi tai aineiston arkistointi) rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttäminen
- rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettujen etujen toteuttaminen.

5. Opinnäytetyön aihe ja kesto

Opinnäytetyön aihe: Päähteiden ja rahapelaamisen puheeksiotto

Opinnäytetyön kesto: 22.2.-30.11.2024. Henkilötietojen käsittelyn kesto: 22.4.-31.12.2024.

6. Mitä tietoja minusta käsitellään?

A. Ammattinimike, ikä, työpaikka

B. Kerätäänkö ja käsitelläänkö opinnäytetyössä arkaluonteisia tietoja?

Opinnäytetyössä ei kerätä ja käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja.

7. Mistä lähteistä tietoni kerätään?

Kyselylomakkeen vastauksista.

8. Luovutetaanko henkilötietojani kolmansille osapuolille?

Rekisteristä ei luovuteta tietoja kolmansille osapuolille.

9. Käsitelläänkö tietojani EU:n tai ETA:n ulkopuolella?

Ei käsitellä.

Xamkissa käytetään tallennustilana pilvipalveluita (Teams ja OneDrive). Microsoft saattaa siirtää näihin palveluihin tallennettua tietoa tai niiden varmuuskopioita EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle. Microsoftin tietosuojalauseke on luettavissa osoitteesta: <https://privacy.microsoft.com/fi-FI/privacystatement>

10. Kuinka kauan henkilötietojani säilytetään?

Henkilötietoja säilytetään opinnäytetyön julkaisemisesta yhden kuukauden verran eteenpäin. Tämän jälkeen henkilötiedot hävitetään.

11. Miten henkilötietoni säilytetään ja suojataan?

Henkilötiedot ovat suojassa käyttäjätunnuksen/salasanan takana Webropol-järjestelmässä.

12. Miten voin käyttää tietosuojasetuksen mukaisia oikeuksiani?

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa, johon voi ottaa yhteyttä on:

Anni Amberg
eanam002@edu.xamk.fi
puhelinnumero

a) Suostumuksen peruuttaminen (tietosuojasetuksen 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritetun käsittelyn lainmukaisuuteen.

b) Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietojasi ja mitä henkilötietojasi käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

c) Oikeus tietojen oikaisemiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

d) Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetuksen 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista tietyissä tapauksissa.

e) Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen tietyissä tilanteissa kuten, jos kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden.

f) Vastustamisoikeus (tietosuoja-asetuksen 21 artikla)

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin ammattikorkeakoulu ei voi käsitellä henkilötietojasi, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää oikeutesi.

Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla siltä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Valitusoikeus

Sinulla on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkasi sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, mikäli katsot, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

13. Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Xamkin tietosuojavastaava on Markus Häkkinen. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@xamk.fi