

# PÄIHDEHOITAJATOIMINNAN KÄYNNISTYMINEN JYVÄSKYLÄN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN TERVEYSASEMILLA

Suvi Björkqvist

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2013

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Björkqvist, Suvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 25.11.2013
	Sivumäärä 79	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi Päihdehoitajatoiminnan käynnistyminen Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemilla		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (ylempi AMK)		
Työn ohjaaja(t) Heikkilä, Johanna Kuhanen, Carita		
Toimeksiantaja(t) Priha, Hannu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä Päihteiden käytön varhaista tunnistamista ja hoitoa perusterveydenhuollossa tulee tehostaa. Tähän tavoitteeseen tähtää myös päihdehoitajien jalkauttaminen terveysasemille. Jyväskylässä päihdehoitajatoiminta alkoi syksyllä 2012. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia kuinka toiminta toteutuu lääkäreiden, sairaanhoitajien ja päihdehoitajien kokemana, ja kuinka sitä tulee kehittää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Tutkimus toteutettiin laadullisena. Teemahaastattelut tehtiin toukokuussa 2013 kirjallisuuteen ja päihdehoitajatoiminnan toimintamalliin perehtymisen jälkeen. Ryhmähaastatteluita toteutui neljä ja yksilöhaastatteluita yksi. Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.  Tutkimuksen mukaan alkoholiongelman tunnistaminen tapahtuu päivystys- ja vastaanottokäyntien yhteydessä yleisimmin kysymällä asiakkaalta alkoholin käytöstä. Alkoholi mini-intervention sisältö vaihtelee työntekijöiden välillä. Asiakas ohjautuu päihdehoitajalle silloin kun työntekijä tai asiakas itse arvio sen tarpeelliseksi. Päihdehoitajalle ohjautuu alkoholin riskikäyttäjien lisäksi päihde-riippuvaisia ja sekakäyttäjiä. Lääkärit ja sairaanhoitajat toivovat että päihdehoitaja on terveysasemalla läsnä, helposti ja nopeasti hyödynnettävissä, ja että hänen asiantuntemuksensa on laaja-alaisesti käytössä kaikkien päihteiden käyttäjien hoidossa. Päihdehoitajat toivovat työnsä selkiyttämistä, esimiestyön kehittämistä ja työntekijöiden päihdetyön osaamisen lisäämistä.  Opinnäytetyön johtopäätöksenä esitetään, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien osaamista alkoholin käytöstä kysymisessä, mini-intervention toteuttamisessa ja päihdehoitajalle ohjaamisessa tulee yhdenmukaistaa. Tärkeää on myös päihdehoitajien työn selkiyttäminen. Työn selkiyttämiseksi tarvitaan esimiehiltä toiminnan vahvaa haltuunottoa. Päihdehoitajatoiminnan tulee olla matalan kynnyksen toimintaa. Jatkossa tarvitaan tutkimustuloksia myös asiakkaiden näkökulmasta. Tärkeää olisi saada käyttöön luotettavia mittareita vaikuttavuuden ja laadun arviointiin.		
Avainsanat (asiasanat) Alkoholi, mini-interventio, perusterveydenhuolto, päihdehoitaja, päihdehoitajatoiminta, päihteet		
Muut tiedot		



Author(s) Björkqvist, Suvi	Type of publication Master's Thesis	Date 25.11.2013
	Pages 79	Language Finnish
		Permission for web publication ( X )
Title Starting of substance abuse nursing in the health centres of the Jyväskylä Cooperation Area		
Degree Programme Master's Degree Program in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Heikkilä, Johanna Kuhanen, Carita		
Assigned by Priha, Hannu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Central Finland Hospital District		
<p>Abstract</p> <p>The early identification and treatment of substance abuse should be enhanced. In order to reach this goal substance abuse nurses have been assigned to health centres. In Jyväskylä substance abuse nursing started in autumn 2012. The purpose of the thesis was to investigate physicians', nurses' and substance abuse nurses' experiences of this form of nursing care and how it should be developed. The results of the thesis can be used in the development of substance abuse nursing. The study had a qualitative research approach. Theme interviews were conducted in May 2013 after a literature review and orientation into the operational models of substance abuse nursing. Four group interviews and one individual interview were conducted. The method of analysis was an inductive, data-driven content analysis.</p> <p>According to the study, the identification of an alcohol problem happens during out-patient visits, most commonly by asking the patients about their use of alcohol. The content of an alcohol mini-intervention varies between employees. The patient is directed to a substance abuse nurse when either the patient or an employee finds it necessary. Drug addicts and multiple substance abusers are also directed to a substance abuse nurse in addition to the risk users of alcohol. The doctors and nurses want substance abuse nurses to be always available in a health centre and their expertise to be widely used in the treatment of any substance abuser. Substance abuse nurses want clarifications in their job description, the development of the work of their superiors and an increase in the employees' understanding of substance abuse work.</p> <p>In the conclusion of the thesis it is suggested that the practices related to doctors' and nurses' questions about alcohol use, the implementation of the mini-intervention and directing the patient to a substance abuse nurse should be standardized. It is also important to clarify the job description of substance abuse nurses. Clarification of the job description requires a strong commitment by the superiors. Substance abuse nursing should be a low-threshold service. In addition, research from the patients' perspective will be needed in future. It would be important to find reliable indicators for evaluating effectiveness and quality.</p>		
Keywords Alcohol, brief intervention, primary health care, substance abuse nurse, substance abuse nursing action, substances, drugs		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>3</b>
<b>2 PÄIHDEONGELMAN VARHAINEN TUNNISTAMINEN JA HOITO</b>	
<b>PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Palvelujen tavoitteet päihdeongelman varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa .....	5
2.2 Alkoholi-ongelman varhainen tunnistaminen .....	6
2.3 Alkoholi mini-interventio .....	8
2.4 Huumaavien aineiden käyttö .....	10
2.5 Päihdeongelman hoitoon ohjautuminen .....	11
<b>3 PÄIHDEHOITAJATOIMINTA</b> .....	<b>13</b>
3.1 Yleistä päihdehoitajatoiminnasta ja sen tavoitteista .....	13
3.2 Päihdehoitajatoiminnalla saatuja etuja .....	15
3.3 Päihdehoitajatoiminnassa esiin nousseita haasteita .....	16
3.4 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen päihdehoitajatoiminta .....	17
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>20</b>
<b>6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT</b> .....	<b>21</b>
6.1 Laadullinen tutkimus .....	21
6.2 Teemahaastattelu .....	21
6.3 Tutkimuksen toteutus .....	22
6.4 Aineiston analyysi .....	23
6.4 Luotettavuus ja eettisyys .....	26
<b>7 TULOKSET</b> .....	<b>29</b>
7.1 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana .....	29
7.1.1 Alkoholi-ongelman tunnistaminen vastaanotoilla .....	29
7.1.2 Alkoholi mini-interventio toteutuminen vastaanotoilla .....	30
7.1.3 Asiakkaiden ohjautuminen päihdehoitajalle .....	32
7.2 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana .....	33
7.2.1 Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät .....	34
7.2.2 Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät .....	36
7.3.1 Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet .....	39
7.3 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen päihdehoitajien kokemana .....	40
7.3.1 Päihdehoitajalle ohjautuminen .....	41
7.3.2 Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili .....	42
7.3.3 Päihdehoitajan työn sisältö .....	44
7.4 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana .....	46
7.4.1 Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät .....	46
7.4.2 Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät .....	48

7.4.3 Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet .....	50
<b>8 POHDINTA .....</b>	<b>52</b>
8.1 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen toimintamalliin peilaten .....	52
8.2 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen haastattelujen valossa .....	56
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet .....	59
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>61</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>69</b>
Liite 1. Saatekirje .....	69
Liite 2. Suostumuslomake .....	70
Liite 3. Teemahaastattelurunko .....	71
Liite 4. Teemahaastattelurunko .....	72
Liite 5. Aineiston luokittelu: Lääkärit ja sairaanhoitajat .....	73
Liite 6. Aineiston luokittelu: Päihdehoitajat .....	76

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä .....	25
TAULUKKO 2. Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana .....	29
TAULUKKO 3. Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana .....	34
TAULUKKO 4. Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen päihdehoitajien kokemana .....	41
TAULUKKO 5. Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana .....	46

# 1 Johdanto

Päihdeongelmat, varsinkin alkoholin suurkulutus, ovat huomionarvoisia ihmisten elämänlaatua heikentäviä ja terveydenhuoltoa kuormittavia tekijöitä (Helamo 2008, 239). Suomessa on arviolta 300 000 – 500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Terveydenhuollon miespotilaista lähes 20 % ja naispotilaista noin 10 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011.) Suomalaisista miehistä alkoholiriippuvaisia on 8 % ja naisista 2 %. Alkoholin aiheuttamat haitat voivat olla sekä terveydellisiä, sosiaalisia että taloudellisia. Haitat voivat kohdistua yksilöön itseensä, hänen lähiympäristöönsä tai laajemmin yhteiskuntaan. (Aalto 2010, 7-12.) Kansanterveyden kannalta alkoholiriippuvuus on merkittävimpiä pitkäaikaisia sairauksia (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2011, 431).

Liian usein päihdehaittoihin puututaan vasta kun riippuvuus on jo kehittynyt. Päihdeiden käyttöön on mahdollista ja tulee puuttua hoitotyön jokaisessa toimintaympäristössä. Puuttumisen tulee olla tietoon perustuvaa, ammatillista ja harjoiteltua. Eritään tärkeää on, että terveydenhuollon henkilökunta osaa kohdata päihteitä käyttäviä potilaita, sekä ohjata heitä päihdehoitoihin. Puuttuminen mahdollisimman aikaisin vaikuttaa positiivisesti potilaan terveyteen, hänen sosiaalisiin suhteisiinsa sekä taloudellisiin asioihinsa. (Helamo 2008, 240.) Alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa terveydenhuollolla on keskeinen asema. Varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys. Mini-interventio on tehokas tapa vaikuttaa alkoholin käyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kasteen (2012-2015, 20-21) yhtenä tavoitteena on mielenterveys- ja päihdeongelmien vähentäminen. Tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluja, joihin on helppo hakeutua, sekä vakiinnuttaa Alkoholiohjelman mukainen alueellinen koordinaatiomalli paikallisen päihdepolitiikan tukemiseksi ja päihdehaittojen ehkäisemiseksi. Mieli 2009 - työryhmän mukaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009, 31) sosiaali- ja terveystieteiden keskuksissa tulee tunnistaa mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat, antaa varhaista tukea ja hoitaa pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä ja päihdeongel-

mista. Jotta peruspalveluissa kyetään ottamaan hoitovastuu mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden kasvavasta määrästä, tulee psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja päihdehuollon erityispalveluissa antaa peruspalveluihin jalkautuvaa monipuolista ja riittävää konsultaatio-, koulutus- ja työohjaustukea, ja terveyskeskuksissa tulee olla käytössä depressio- ja päihdehoitajan työmalli.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemilla alkoi syksyllä 2012 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin käynnistämänä päihdehoitajatoiminta. Vuoden 2013 alkuun mennessä terveysasemille jalkautui yhteensä kuusi työntekijää, joiden ammattinimike on päihdehoitaja. Vaikka hallinnollisesti päihdehoitajat kuuluvat sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoitoon, on toiminta perusterveydenhuollon toimintaa. Päihdehoitajatoiminnan tavoitteena on potilaiden päihdeongelman varhaisen havaitsemisen ja varhaisen puuttumisen kehittäminen ja edistäminen perusterveydenhuollossa. Toiminnan pääasiallinen kohderyhmä on alkoholin riskikäyttäjät, jotka tunnistetaan terveysaseman potilaista, ja joille suunnataan interventio, jonka tarkoitus on vaikuttaa alkoholin käyttöön siten että vältetään riskikäyttöön liittyviltä terveydellisiltä, sosiaalisilta ja taloudellisilta ongelmilta ja voidaan ehkäistä mielenterveyshäiriöitä. Lääkkeitä väärinkäyttävillä ja huumausaineita yhtäaikaaisesti käyttäville tehdään päihdehoitajan johdolla hoidon tarpeen arviointi sekä motivointi ja ohjaus tarpeenmukaiseen hoitoon. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan, kuinka päihdehoitajatoiminta toteutui Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen vastaanotoilla lääkäreiden, sairaanhoitajien ja päihdehoitajien kokemana toukokuussa 2013, ja kuinka sitä tulee tulevaisuudessa kehittää. Tästä opinnäytetyöstä saatavia tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää päihdehoitajatoiminnan kehittämisessä.

## **2 Päihdeongelman varhainen tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollossa**

### ***2.1 Palvelujen tavoitteet päihdeongelman varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa***

Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Terveystieteiden tutkimuskeskus (30.12.2010/1326) puolestaan velvoittaa, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Erityisesti perusterveydenhuollon on katsottu soveltuvan hyvin alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen, lyhyeen neuvontaan ja siten alkoholisairauksien ehkäisyyn (Kuokkanen & Korpilähde 2008, 21). Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002, 29) nimeää terveysasemat yhdeksi keskeisistä paikoista varhaisvaiheen päihdeongelmien tunnistamisessa, avun tarjoamisessa ja hoitamisessa.

Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011 – raportin (Strand, 39) mukaan on aina inhimillisempää ja taloudellisempää ehkäistä päihdeongelmia kuin korjata vaurioita. Työn painopiste tulisikin suunnata selkeästi ehkäisevään työhön. Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden tulisi edistää päihteettömiä elintapoja, parantaa päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa sekä edistää päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä oikeuksia. Päihdehaittojen väheneminen edistäisi merkittävästi kansalaisten terveyttä. Alkoholiohjelman 2008-2011 yhtenä tavoitteena oli alkoholiuomien riskikäytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentäminen. Alkoholiohjelman mukaan haittoja voidaan ehkäistä pitkäaikaisen riskikäytön ja yksittäisiin alkoholin käyttökertoihin kohdistuvilla toimilla. Riskikäytön haittoja voidaan vähentää kehittämällä alkoholinkäytön riskien arviointi osaksi yleistä terveydentilan arviointia, kohdentamalla neuvontaa ja varhaista puuttamista riskiryhmiin, varmistamalla päihdehoidon saatavuus, kattavuus ja laatu, sekä tiedottamalla alkoholinkäytön riskeistä ja alkoholinkäytön itsehallinnan keinoista.



(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, riskikäytön haitat vähenemään 2013.) Warsell (2010, 27) toteaa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015, että yksilötasolla kansalaisilla on oikeus saada totuudenmukaista tietoa päihteistä ja niiden käytön vaikutuksista sekä omaan että läheistensä terveyteen ja hyvinvointiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelma Kasteen (2012-2015, 18-21) tavoitteena on, että painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Koko väestölle suunnatun työn lisäksi huomio on suunnattava erityisesti riskiryhmiin. Yhtenä tavoitteena on mielenterveys- ja päihdeongelmien vähentäminen. Tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluja, joihin on helppo hakeutua, kansallisen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman (Mieli) mukaisesti, sekä vaikuttaa Alkoholiohjelman mukainen alueellinen koordinaatiomalli paikallisen päihdepolitiikan tukemiseksi ja päihdehaittojen ehkäisemiseksi.

Mieli 2009 - työryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009, 31) todetaan, että mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien yleisyyden vuoksi on välttämätöntä, että jokainen terveyskeskuslääkäri ja -hoitaja tunnistaa ja hoitaa näitä häiriöitä samassa määrin kuin muita kansanterveysongelmia. Suosituksen mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja päihdehuollon erityispalveluissa tulee antaa peruspalveluihin jalkautuvaa monipuolista ja riittävää konsultaatio-, koulutus- ja työhjaustukea, ja terveyskeskuksissa tulee olla käytössä depressio- ja päihdehoitajan työmalli.

## ***2.2 Alkoholiongelman varhainen tunnistaminen***

Aallon (2009) mukaan keskeinen haaste päihdehoidossa on hahmottaa alkoholin suurkulutuksen koko kirjo ja ottaa mukaan myös lievempiä muotoja. Aalto toteaa että tähän asti palvelujärjestelmässä on painotettu kohtuuttoman paljon erityistason päihdehoitoja. Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011 onkin asettanut tavoitteeksi että alkoholin ongelmakäyttö havaittaisiin varhain, jo ennen kuin fyysisiä,

psykkisiä ja sosiaalisia haittoja on aiheutunut. Käypä hoito suosituksen mukaan varhaisen toteamisen välineitä ovat haastattelu, strukturoidut kyselyt, kliininen tutkimus ja laboratoriokokeet.

Alkoholin riskikäytön havaitsemiseksi ilmeisesti toimivin strukturoitu lomake on kymmenen kysymyksen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011). AUDIT-kysely tunnistaa kahdeksan alkoholin suurkuluttajaa kymmenestä (Seppä & Aalto 2007). AUDITista on johdettu myös lyhyt, kolmen ensimmäisen kysymyksen sarja (AUDIT-C), joka lienee myös tehokas alkoholin riskikäytön tunnistaja. Kiireisissä tilanteissa jo pelkkä humalajuomista mittaava AUDITin kolmas kysymys toimii kohtalaisesti. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Taitava ja empaattinen haastattelija tunnistaa suurkuluttajan hyvin myös kysymällä potilaalta suoraan hänen käyttämistään alkoholimääristä ja mahdollisista alkoholihaitoista (Seppä & Aalto 2007). Haastattelussa on tärkeää avoin ja kannustava ilmapiiri. Haastattelun lisänä ja tukena – ei kuitenkaan sen korvikkeena – voidaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa käyttää eräitä laboratoriokokeita; veren tai hengitysilman alkoholipitoisuus, seerumin glutamyyli transferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukkahiilihydraattinen transferrini (CDT). Alkoholin ongelmakäytön diagnostiikan ei tule perustua koskaan pelkkään laboratorioarvoon vaan myös taustatietoihin ja kyselytesteihin. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011).

Haastatteluiden ja kyselyiden ohella viitteitä mahdollisesta alkoholin ongelmakäytöstä antaa kliininen tutkimus. Alkoholin riskikäyttöön liittyviä kliinisiä löydöksiä ovat esimerkiksi; nopea ja epäsäännöllinen syke, eteisvärinä (etenkin loman ja viikonlopun jälkeen), kohonnut verenpaine, ahdistus, levottomuus, hyperkinesia, hikoilu, luunmurtumat, naarmut, palovammat, huonosti hoidettu ihottuma, turpeat korvasylkirauhaset ja rikkinäiset hampaat tai huono suuhygienia. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011).

### **2.3 Alkoholi mini-interventio**

Mini-interventiolla tarkoitetaan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa lyhyttä terveysterveystietoa. Yleensä mini-interventioon käytetään aikaa 10 - 15 minuuttia, mutta jopa viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää tutkimusten mukaan suurkulutusta. Suositeltavaa on järjestää ainakin yksi lyhempi seurantakäynti. Seuranta voidaan sovittaa niille käynneille mitä vastaanotolle alkujaan tuoneen oireen hoito vaatii. Mini-interventiossa korostetaan potilaan omaa vastuuta ja annetaan ohjeita, esimerkiksi Vähennä vähäsen – opas. Ilmapiirin luomisessa tärkeää on empaattinen suhtautuminen, rohkaisu ja kannustus. Potilaalle annetaan tietoa, mutta hän tekee päätöksensä itse. Potilasta autetaan motivoimalla häntä punnitsemaan juomisensa hyviä ja huonoja puolia. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 18.) Keskeisintä on keskustella alkoholin käyttömäärästä ja niiden mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, sairautteen tai näiden hoitoon (Aalto & Seppä 2009, 20).

Kohderyhmänä mini-interventiolle ovat riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät potilaat. Se voidaan antaa myös alkoholiriippuvaiselle, jos hänellä ei ole vielä halukkuutta muuhun hoitoon, sekä niissä tilanteissa joissa liikakäytön muoto ei ole vielä tiedossa. Yleensä neuvonta ei yksinään ole kuitenkaan riittävä toimenpide riippuvuudessa. (Aalto & Seppä 2009, 20.) Mini-interventio näyttää olevan yhtä tehokas sekä naisille että miehille, vanhoille ja nuorille. Teho on paras silloin, kun ongelmat ovat vielä lieviä. Teho säilyy ainakin vuoden ja mahdollisesti jopa neljä vuotta. (Seppä 2006, 9.)

Mini-interventio on todettu kustannustehokkaaksi menetelmäksi. Sen alkoholin käyttöä vähentävillä vaikutuksilla on todettu olevan sekä lääketieteellisiin että yhteiskunnallisiin kustannuksiin merkitystä. (Marlon & Mundt 2006.) Jos EU:n alueella yleislääkäri tekisi mini-intervention 1000 potilaalle, tämä aiheuttaisi keskimäärin arviolta 2200 euron vuosikustannuksen. On arvioitu että kaikista haitallisen alkoholinkäytön vähentämiseen tarkoitetuista keinoista mini-interventio on yksi edullisimmista lääketieteellisistä, terveyden ylläpitämiseen tähtäävistä toimista. Mini-intervention käyttöönotosta perusterveydenhuollossa saadaan paras hyöty kohdeväestölle, verrataanpa

sitä miltei mihin tahansa muuhun noin kymmenen minuuttia kestävään toimintaan. (Seppä 2006, 9.)

Seppä (2006, 9) kirjoittaa alkoholi ja perusterveydenhuolto – hoitosuosituksen yhteenvedossaan, että ei ole olemassa näyttöä siitä, että mini-interventio johtaisi ei-toivottuihin seuraamuksiin kuten potilaiden kiusaantumiseen tai tyytymättömyyteen. Terveyden edistämisen keskus selvitti suomalaisten alkoholiasenteita vuonna 2010. Selvityksessä kysyttiin onko suomalaisten mielestä sopivaa, että terveydenhuollon henkilöstö kysyy heiltä vastaanotolla rutiininomaisesti alkoholin käytöstä ja antaa tarvittaessa neuvontaa. 92 % mukaan alkoholin käytöstä oli sopivaa kysyä, 1 % ei osannut sanoa ja 7 % mielestä kysyminen ei ollut sopivaa. Suomalaisista erittäin suuren osan mielestä alkoholiasioista kysyminen vastaanotolla on siis hyväksyttävää. (Järvinen & Varamäki 2010, 25)

Perusterveydenhuollossa tehty mini-interventio on todettu useissa kansainvälisissä systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyysissä tehokkaaksi keinoksi vähentää alkoholin haitallista käyttöä. Ballesteros, Duffy, Querejeta, Arino & Gonzalez-Pinton (2004) meta-analyysissä mini-interventio osoittautui rutiinitoimintaa paremmaksi keinoksi vähentää potilaiden alkoholin käyttöä. Bertholet, Daepfen, Wietlisbach, Fleming ja Burnand (2005) totesivat, että mini-interventio vähentää potilaiden alkoholin kulutusta keskimäärin - 38 grammaa viikossa 6 – 12 kuukauden seurannan aikana kontrolliryhmään verrattuna. Kaner, Beyer, Dickinson, Pienaar, Campbell, Schlesinger, Heather, Saunders & Burnand (2007) saivat vastaavaksi luvuksi – 41 gramman viikkokulutuksen vähenemisen kontrolliryhmään verrattuna. Heidän tuloksissaan alkoholin käytön väheneminen näkyi erityisesti miehillä. Ballesteros, Gonzalez-Pinto, Querejeta ja Arino (2004) meta-analyysissä eroa sukupuolten välillä ei löytynyt, vaan mini-interventio todettiin yhtä tehokkaaksi sekä miehillä että naisilla.

Sepän (2004) mukaan mini-intervention tehokkuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on vahva tieteellinen näyttö. Perusterveydenhuollossa toteutettu mini-interventio on tehokkaampi kuin tavanomainen hoito; joka kymmenes potilas hyötyy mini-interventiosta ja juomisen määrä vähenee hoitoryhmässä 13-34% enemmän kuin kontrolliryh-

mässä. Edellä kuvattu tarkoittaa, että Suomessa 60 000 ihmistä hyötyisi mini-interventiosta. Tulos on siis kansanterveydellisesti erittäin merkittävä.

Alkoholin suurkulutuksen ehkäisyyn tähtäävällä tutkimus- ja kehittämistyöllä on maassamme pitkät perinteet. Tieteellisestä näytöstä huolimatta toiminta on juurtunut terveydenhuoltoon toivottua hitaammin. (Seppä 2008, 3.) Hankkeen alkukartoitus paljasti muun muassa, että mini-intervention oikean kohderyhmän tunnisti noin joka neljäs vastaajista (Hyvönen & Kainulainen 2008, 36). Suomessa mini-interventioita on toteutettu yli 20 vuotta, mutta huolimatta tästä pitkästä historiasta ja monista hankkeista mini-interventio ei ole vielä juurtunut terveydenhuollon pysyväksi arkirutiiniksi (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 8). Aalto (2001) totesi väitöskirjassaan, että mini-interventiohoidon käynnistäminen on haastava tehtävä terveydenhuollossa. Ei ole itsestään selvyyttä, että tehokkaaksi todettu mini-interventio otetaan osaksi terveydenhuollon toimintaa.

Ammatillinen jatkokoulutus ja tuen tarjoaminen ovat välttämättömiä perusterveydenhuollon työntekijöiden työskennellessä alkoholiongelmaisten kanssa. Vastaanotolle suuntautuneen koulutuskäynnin ja puhelimitse tapahtuvan tuen on todettu lisäävän tunnistamis- ja mini-interventioaktiiviteettiä miltei puolella, kun taas pelkällä hoitosuosituksen lähettämällä ei ole juurikaan todettu olevan tehoa. Tarvitaan koulutusta, käytännön harjoittelua sekä tukea antava työympäristö lisäämään sitoutumista ja luottamusta omiin taitoihin. (Seppä 2006, 10.) Myös Sutinen (2010, 128) toteaa väitöskirjansa johtopäätöksissä, että työntekijät tarvitsevat tutkimuksellista tietoa, käytännön harjoitusmahdollisuuksia ja johtajien tukea, jotta mini-interventiosta tulisi pysyvä työmenetelmä. Hänen mukaansa työntekijöille tulisi mahdollistaa pitkäkestoiset moniammatilliset prosessikoulutukset ja työnohjaukset, jotta yhteinen työkieli, työtavat ja työkuulttuuri rakentuisivat.

## **2.4 Huumaavien aineiden käyttö**

Alkoholin lisäksi Suomessa tavallisimmin käytetyt päihdyttävät aineet ovat keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit

(Poikolainen 2003, 42). Paras hoitotulos saavutetaan kun kehittyvään huumeongelmaan päästään puuttumaan sen alkuvaiheessa. Huumeongelmaa tulisi etsiä aktiivisesti potilaita kohdatessa, erityisesti riskiryhmään kuuluvista potilaista. Perusterveydenhuollossa potilaskontakteja on runsaasti, ja potilaan esittämän oireiston taustalle voi kätkeytyä päihde- ja huumeongelma. Potilaan voivat tuoda hoitoon esimerkiksi infektiot, tapaturmat, vatsavaivat, mielialaoireet, verenkierron ongelmat sekä myrkytys- tai vieroitusoireet. Ongelman esille saaminen vaatii ongelman muistamista, tietoa sen oireista ja ilmenemismuodoista, hienotunteisuutta ja päättäväisyyttä. Hyvän mahdollisuuden päihdeiden käytöstä keskusteluun tarjoaa terveydenhuollon runsaat terveystarkastukset. Yhteydet päihdehuollon erityishoitoon tulee tuntea. Jotta hoitovastuu potilaasta ei pirstoudu, tulee somaattisen terveydenhuollon, psykiatrisen tietämyksen ja päihdehuollon erityisyksikön yhteistyön olla saumatonta. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2012).

## ***2.5 Päihdeongelmaisen hoitoon ohjautuminen***

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa, että kunnan on järjestettävä erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) puolestaan velvoittaa, että potilaalle on annettava selvitys eri hoitovaihtoehdoista. Halonen (2005, 34-35) tutki päihdepalvelujen saatavuutta, vaikuttavuutta ja palveluihin ohjautumista asiakkaiden kuvaamina. Hänen tutkimuksessaan nousi esille, että haastateltavat olisivat toivoneet päihdeongelmaan puuttumista jo varhaisemmassa vaiheessa. Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhoidon henkilöstölle tarvitaan lisää koulutusta päihdeongelman puheeksiottoon, arviointimenetelmiin ja hoitoonohjaukseen. Väestölle tulisi antaa informaatiota alueella toimivista päihdepalveluista ja niihin hakeutumisesta. Päihdepalvelurakenteen selkiyttäminen ja siitä tiedottaminen olisi lähtökohta sille, että henkilöstö tietää minne asiakkaita ohjataan. Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011 toteaa, että hoitojärjestelmän tulisi olla niin selkeä, että sekä ammattiauttajat että autettavat pystyvät käyttämään sitä joustavasti. Suuri osa päihdeongelmaisista hakeutuu ainakin aluksi terveyskeskukseen ja somaattiseen sairaalaan, joten yhteydet päihdehuollon erityishoitoon tulisi näissäkin tuntea. Somaattisen terveydenhuollon, psykiatrisen tietämyksen ja

päihdehuollon erityisyksikön yhteistyön tulisi olla niin saumatonta, että hoitovastuu potilaasta ei pirstoutuisi. Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41) velvoittaa että päihdehuollon palvelut on järjestettävä niin, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Halosen (2005, 30-33) mukaan päihdepalveluihin ohjaututaan kolmella eri tavalla; omaehtoisesti joko perusterveydenhuollon kautta tai suoraan ottamalla yhteyttä päihdehoitoyksikköön, fyysisen huonokuntoisuuden vuoksi menemällä esimerkiksi katkaisuhoidon, tai jonkin toisen ihmisen hoitoon ohjaamina. Omaehtoisen hakeutumisen taustatekijöitä ovat motivaation herääminen, psyykinen hätä ja huoli omasta hyvinvoinnista, sekä retkahdukset takaisin päihteiden käyttöön avokuntoutuksen aikana. Usein hoitoon hakeutumisen syynä on kuitenkin fyysinen huonokuntoisuus. Tällöin motivaatiota raitistumiseen ei useinkaan ole, vaan terveyskeskuksen vuodeosastolle tai sairaalaan joudutaan pakollisen katkaisuhoidon vuoksi. Tällöin tavoitteena on yleensä vain hoitaa kunto kohdalleen. Ulkoapäin tapahtuva palveluihin ohjautuminen tapahtuu tavallisimmin viranomaisten ohjaamina, sukulaisten ohjaaminen tai tuttavien ohjaamina. Usein päihteidenkäyttäjä ei kykene itse vähentämään tai lopettamaan päihteiden käyttöönsä omin voimin, vaan tarvitsee toisen ihmisen apua hoitoonohjaukseen.

Aina potilas ei kuitenkaan hyvästykään ohjauksesta huolimatta ole halukas hoitoon. Potilaalla onkin hoitonsa suhteen itsemääräämisoikeus. Valviran (2013) mukaan potilaan keskeisimpiin oikeuksiin kuuluu, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä, ja että hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta. Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) mukaan hoitoon tahdostaan huolimatta voidaan määrätä henkilö, joka 1) ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asiamukaista hoitoa on hänellä olevan tai hänelle päihteiden käytöstä välittömästi aiheutumassa olevan sairauden tai vamman johdosta välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion, tai joka 2) päihteiden käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä (väkivaltaisuus).

## 3 Päihdehoitajatoiminta

### 3.1 Yleistä päihdehoitajatoiminnasta ja sen tavoitteista

Suomessa käytössä olevaa käsitettä päihdehoitaja käytetään ammattinimikkeenä sairaanhoitajalle, jolla on erityisasiantuntemusta päihdepotilaan hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon. Päihdehoitajatoiminnan malleissa hoitotiimien kokoonpano vaihtelee. Yhteistä malleille on se, että päihdehoitaja on niissä osa moniammatillista tiimiä, jonka tavoitteena on ennaltaehkäistä ja hoitaa terveydenhuollon potilaiden päihdeongelmaa. Päihdehoitajatoiminnan malleissa päihdehoitajien asiantuntemusta käytetään mallista riippuen niin sairaaloiden päivystyksissä kuin perusterveydenhuollon vastaanottoillakin. Erityyppistä päihdehoitajatoimintaa on terveydenhuollossa käytössä sekä Suomessa että ulkomailla. Seuraavissa kappaleissa esitetään esimerkkejä erityyppisistä toimintamalleista ja niiden tavoitteista.

Englannista löytyy kuvauksia ”alcohol specialist nurse” ja ”alcohol nurse specialist” nimikkeisistä hoitajista, jotka työskentelevät hoitotiimien jäseninä päivystyksissä. Esimerkiksi Royal Liverpool Hospitalissa ”alcohol specialist nurse” nimikkeiset hoitajat ovat mukana tekemässä hoidon tarpeen arviointia ja jatko-ohjaamassa potilaita eteenpäin. St Mary’s Paddingtonissa puolestaan lääkärin ja hoitajien kuvattiin seulo- van ja ohjaavan ”alcohol nurse specialist” nimikkeiselle hoitajalle ohjaukseen potilaita joiden päivystykseen tulosityy, kuten kaatuminen tai päävamma, liittyvät usein alkoholin runsaaseen käyttöön. ”Alcohol nurse specialist” arvioi ja pohtii yhdessä seulottujen potilaiden kanssa heidän alkoholin käyttöönsä ja antaa tarvittaessa tietoa ja kannustaa vähentämään alkoholin kulutusta (Department of Health 2009, 29-32).

Suomesta löytyy kuvauksia päihdehoitajatoiminnasta, jossa päihdehoitajat toimivat terveysasemilla osana vastaanottojen moniammatillisia hoitotiimejä. Esimerkiksi Vantaalaisen hyvä mieli – hankkeessa 2010-2012 terveysasemille muotoutui malli, jossa päihdehoitaja työskentelee yhteistyössä depressiohoitajan, terveyskeskuslääkärin ja muun yhteistyöverkoston, kuten päihdepalvelujen kanssa. Päihdehoitajien ensisijaiseksi kohderyhmäksi mallissa määriteltiin alkoholin riskikäyttäjät ja suurkuluttajat, ja viitekehyyksi motivoivan haastattelun menetelmä. Tavoitteeksi mallille asetettiin, että alkoholinkäytöstä kysymisestä ja lyhytneuvonnasta tulisi osa terveyden-



huollon henkilöstön arkitoimintaa, ja että terveysaseman henkilökunnan asenteet muuttuisivat positiivisemmaksi päihde- ja mielenterveysasiakkaita kohtaan. Päihdehoitajan työn tavoitteiksi asetettiin asiakkaan kokonaisvaltainen arviointi, tuki, motiivointi muutokseen, seuranta ja jatkohoidon suunnittelu, sekä yhteistyö muiden päihdetyötä tekevien tahojen, kuten A-klinikan kanssa. (Tapola 2012, 41-44).

Joissakin malleissa päihdehoitaja nimikkeen sijaan käytetään nimikettä päihdetyöntekijä. Helsingissä terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä – hankkeessa Helsingin jokaiselle terveysasemalle saatiin omahoitaja-lääkäri-työparien tueksi päihdetyöntekijän, sosiaalineuvojan ja psykiatrisen sairaanhoitajan asiantuntemus. Hankkeen tavoitteena oli parantaa perusterveydenhuollossa toteutettavan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten aikuisiän tutkimuksen, hoidon ja psykososiaalisen kuntoutuksen saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta (Lyly & Karppinen 2012). Hankkeen tuella terveysasemien omahoitaja – omalääkäri työparimallille oli tavoitteena luoda monialainen ja -ammattillinen yhteistyötiimi mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden asianmukaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoitamiseksi (Lyly 2012, 7). Hankkeessa lähdettiin siitä, että päihdetyöntekijöiden työnkuvassa painottui asiakkaan muutokseen motivoiminen ja siihen sitouttaminen, sekä hoitokokonaisuutta ja hoidon jatkuvuutta turvaavat konsultaatioväylät erityispalveluihin (Lyly 2012, 8, 59).

Esimerkki erilaisesta päihdetyön toimintamallista löytyy myös perusturvaliikelaitos Saarikasta, joka on vuodesta 2009 alkaen tuottanut Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kuntien sekä Saarijärven kaupungin sosiaali- ja terveystalvet (Heikkilä 2011). Saarikan yhteistoiminta-alueelle on luotu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palvelut kattava yhtenäinen varhaiseen puuttumiseen painottuva päihdetyön toimintamalli (Heikkilä 2011). Mallissa yhtenä osana toimii päihdetyötiimi, johon kuuluu sekä päihdesairaanhoitaja että sosiaalityöntekijä ([www.saarikka.fi](http://www.saarikka.fi)). Toimintamalli luotiin Selvillä Saarikassa –hankkeessa 2009-2011. Toimintamallin tavoitteena on, että organisaatiossa sitoudutaan ja kannetaan vastuuta päihdeasioista osana perustehtävää, vahvistetaan moniasiantuntijaosaamista päihdetyössä ja organisaatioiden yhteistyötä, osataan asiakkaita kohdatessa tunnistaa päihdeongelma ja uskalletaan ottaa asia puheeksi, löydetään ja luodaan yhteiset työtavat ja

työkalut päihdetyöhön, määritellään päihdepalvelutuotteet ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen alueelta laitoshoitoon asti, ja mallinetaan asiakaspalveluprosessi päihdeasiakkaan palveluverkostona. (Heikkilä 2011.)

### **3.2 Päihdehoitajatoiminnalla saatuja etuja**

Päihdehoitajatoiminnalla on kuvattu olevan edullisia vaikutuksia kustannussäästöihin, asiakastyytyväisyyteen, potilaiden/asiakkaiden alkoholin käytön vähenemiseen, sekä henkilökunnan päihdetyön osaamiseen. Liverpoolilaisessa sairaalassa havaittiin, että käyttämällä ”alcohol specialist nurse” nimikkeistä hoitajaa ensiavussa potilaiden tilan arvioinnissa, pystyttiin estämään turhien/tarpeettomien potilaiden ottamista sairaalaan, ja parantamaan potilaiden ohjausta ja yhteyksiä muihin palveluihin. Tämä palvelu säästi vuodessa arviolta 150 potilaan ottamisen sairaalaan, tuoden huomattavia kustannussäästöjä. Estämällä 30 turhan potilaan ottaminen sairaalaan, voitiin kattaa yhden vuoden palkka ”alcohol specialist nurse” nimikkeiselle hoitajalle. Järjestelmä osoitti myös, että sillä parannettiin kliinisiä käytäntöjä ja potilaiden tyytyväisyyttä, ja kasvatettiin taitoja ja luottamusta hoitaa potilaita. Merkittävää alkoholin kulutuksen vähenemistä havaittiin myös kasvavan riskin ja korkean riskin alkoholin käyttäjillä. (Department of Health 2009, 29.)

Sateenvarjo-projektin (Vuorilehto, Kuosmanen & Pajula 2005-2009, 5) päihdehoitajakokeilussa Vantaan terveysasemilla puolestaan havaittiin hyväksi seuraavanlaisia asioita; suurkuluttajien tunnistamiseen oli hyvä mahdollisuus lääkäreiden ja erityisesti sairaanhoitajien vastaanotoilla, AUDIT-seulonnoista tai muuten tunnistettujen riskikuluttajien ohjaaminen räätälöidyn mini-intervention jatkoon päihdehoitajalle oli joustavaa ja se säästi lääkäreiden aikaa ja tarvetta kouluttaa kaikkia motivoivaan haastatteluun, työntekijät suhtautuivat positiivisesti päihdehoitajan rooliin, oma-aloitteisia kävijöitä matalakynnys suosi, ja ajokorttitarkastuksiin liittyvää ohjantaa ja seurantaa sekä avokatkaisua voitiin hoitaa kustannustehokkaasti. Päihdehoitajalla kävijöistä moni raitistui tai siirtyi kohtuukäyttäjäksi.

Helsingissä terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä - hankkeen aikana yli 60 %

päihdetyöntekijöiden asiakkaista ohjautui lääkäreiltä tai terveydenhoitajilta, lukuun pohjaten päihdehoitajien integroitumista terveysasemille pidettiin onnistuneena. Ohjautuneista asiakkaista noin 40 % ei ollut aikaisemmin ollut päihde- ja/tai psykiatrisessa hoidossa, toiminnalla tavoiteltiin uusia asiakkaita, joten hoitoon hakeutumisen kynnyksen arvioitiin madaltuneen toimintamallin asioista. (Lyly 2012, 2.)

### ***3.3 Päihdehoitajatoiminnassa esiin nousseita haasteita***

Päihdehoitajatoiminnassa esiin nousseet haasteet ovat liittyneet terveydenhuollon henkilöstön asenteisiin, sekä kykyyn ottaa alkoholiasiat puheeksi varhaisessa vaiheessa. Keväällä 2011 (N=202) Vantaan terveysaseman asiakkaille tehtiin kysely, joka toi esiin puutteita alkoholinkäytön varhaisen puheeksi oton teossa. Vastanoitoilla käyneistä reilusta 200 asiakkaasta noin 10 prosentin kanssa oli keskusteltu päihteistä. Vastanneista 88 prosenttia koki että terveydenhuoltohenkilöstön tulee kysyä päihteiden käytöstä vastaanottokäynnillä. Myös sosiaalisessa mediassa (facebook) toteutettiin kysely (N=132). Kysely toi esiin negatiivisia asenteita, joita terveydenhuollon henkilökunnalla on päihdeasiakkaita kohtaan. Vastaajat kokivat, että päihdeasiakkaiden mielipiteitä ei arvosteta hoitoa suunniteltaessa, heitä ei kohdella yhdenvertaisesti muiden kanssa, eikä terveysasemilta saa uutta ja monipuolista tietoa päihteiden vaikutuksesta terveydelle. Vastaajat kokivat myös, etteivät päihdeasiakkaat saa muihinkaan sairauksiinsa asianmukaista hoitoa, eivätkä he tule kuulluksi eikä ymmärretyksi terveysasemalla. (Tapola 2012, 42-43.)

Sateenvarjoprojektin päihdehoitajakokeilussa Vantaalla esiin nousseita haasteita olivat; Päihdehoitaja ei yksinään kyennyt muokkaamaan muun henkilökunnan asenteita riittävästi alkoholinkäyttöön puuttumisen tärkeydestä, terveysasemien omat ohjeet AUDITin käyttöön (riskikäytön tunnistamiseen) koskivat melko suppeaa potilasryhmää eikä ohjeita noudatettu riittävästi, ja henkilökuntavajeita korjattiin vähentämällä päihdetyötä. (Vuorilehto, Kuosmanen & Pajula 2005-2009, 5).

Helsingissä terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä - hankkeessa tehdyissä kyselyissä nousi esille, että päihdetyöntekijät kokivat että varhainen puuttuminen ei toteu-

tunut heidän työssään ainakaan sen ajatellussa laajuudessa. Ongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto tulisi tehdä heidän mukaansa jo varhaisemmassa vaiheessa. Päihde-työntekijöiden mukaan päihdetyötä terveysasemilla estivät henkilökunnan negatiiviset asenteet päihdeongelmaisia tai heidän hoitoaan kohtaan, tietämättömyys päihdeasioissa, sekä se ettei päihteitä oteta huomioon eikä puheeksi. Estäväksi tekijäksi nähtiin myös päihdetyöntekijän irrallisuus muusta henkilökunnasta sekä terveysaseman muiden työntekijöiden kiire. Päihdehoidon toteutumista vaikeuttaviksi tekijöiksi kuvattiin yhteistyön vähäisyyttä lääkärin tai hoitajan kanssa. (Lyly 2012, 2. 36-38.) Terveysasemien työntekijöiden kyselyistä puolestaan ilmeni, ettei päihdetyöntekijöiden toivottiin olevan enemmän läsnä vastaajien omilla terveysasemilla (Lyly 2012, 2).

### **3.4 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen päihdehoitajatoiminta**

Vuonna 2012 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintana käynnistettiin päihdehoitajatoiminta Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella. Toiminnan tavoitteeksi kirjattiin potilaiden päihdeongelman varhaisen havaitsemisen ja varhaisen puuttumisen kehittäminen ja edistäminen. Kuusi päihdehoitajaa jakautuvat toiminnallisiin alueisiin seuraavasti; Keskustan terveysasema, Kyllön terveysasema, Huhtasuon- ja Kuokkalan terveysasema, Vaajakosken- ja Hankasalmen terveysasema, Palkan- ja Tikkakosken- ja Uuraisten terveysasema, sekä Säynätsalon- ja Muuramen- ja Korpilahden terveysasema. Päihdehoitajat toimivat kiinteässä yhteistyössä alue-sairaanhoitajien, aluelääkäreiden ja depressiohoitajien kanssa. Päihdehoitajatoiminta on perusterveydenhuollon toimintaa, vaikka hallinnollisesti päihdehoitajat kuuluvat sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoitoon. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

Toiminnan lähtökohdaksi esitettiin toimintamalli, jonka lähtöajatuksena oli että toiminnan kuvaus syventyy ja hioutuu vielä käytännön työssä saatavien kokemusten pohjalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Toiminnan tuella luodaan päihdeongelmaisen potilaan varhaisen tunnistamisen, varhaisen puuttumisen ja hoidon sekä erikoispalveluihin hoitoon ohjauksen malli terveysasemalle. Mallin juurtumiselle tärkeää on, että koko terveysaseman henkilökunta on motivoitunut ja aktivoitunut toiminnan ke-

hittämiseksi. Toiminnan puitteissa kehitetään myös potilaan mielenterveys- ja päihdeongelman integroitua selvittelyä ja hoitoa terveysasemalla. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

Lähtökohdaksi kirjattiin, että toiminnan puitteissa hoidetaan pääasiassa alkoholin riskikäyttäjryhmiin kuuluvia potilaita. Riskikäyttäjät tunnistetaan terveysasemien potilaista ja heille suunnataan interventio, jonka tarkoitus on vaikuttaa alkoholin käyttöön siten, että vältetään riskikäyttöön liittyviltä terveydellisiltä, sosiaalisilta ja taloudellisilta ongelmilta ja voidaan ehkäistä mielenterveyshäiriöitä. Jos alkoholin riskikäyttöön liittyy myös lääkkeiden väärinkäyttöä ja huumausaineiden yhtäaikaista käyttöä, tehdään päihdehoitajan johdolla selvitys potilaan tilanteesta, arvio hoidon tarpeesta sekä motivointi ja ohjaus tarpeenmukaiseen hoitoon. Alkuvaiheessa opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoito ei sisälly päihdehoitaja toimintaan. Toiminnan vakiinnuttua asiaa arvioidaan uudelleen. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

Päihdehoitajan toiminnalla ja hoidolla pyritään siihen, että potilas motivoituu alkoholin käytön tarkasteluun ja muutokseen, sekä sitoutuu päihdeongelman selvittelyyn ja hoitoon. Päihdehoitajatoiminnan periaatteita ovat seuraavat; päihdeongelman tunnistamisen jälkeen siihen puututaan välittömästi, potilaan perhe ja lapset huomioidaan hoidossa, hoito on määräaikainen, potilaan hoidon jatkuvuuden suunnittelusta huolehditaan yhdessä potilaan ja hänen läheisten kanssa. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

Päihdehoitajatoiminnan tavoitteena on, että jokaisella terveysasemalla alkoholin riskikäyttäjät seulotaan Audit – kyselyin. Audit - kysely tehdään seuraavien sairauksien ja tilojen diagnoosivaiheessa, ja tarvittaessa myös kontrollikäynnillä; verenpainetauti, diabetes, heittelevä INR – tasapaino, depressio ja muut psykiatriset häiriöt, unettomuus, muistihäiriö, kiputilat ja yli 18-vuotiaan potilaan tapaturman hoito. Näiden lisäksi silloin kun potilaalla on toistuvia päivystysluonteisia käyntejä terveyskeskuksessa, toistuvia sairauslomia, perhesuunnitteluneuvonnan ensikäynti ja terveystarkastusten yhteydessä. 6-14 pistettä saaneille naisille ja 8-14 pistettä saaneille miehille tehdään aluesairaanhoitajan ja aluelääkärin toimesta mini-interventio. Yli 14 pistettä saaneille potilaille tehdään mini-interventio ja heille varataan aika päihdehoitajalle. Päih-

dehoitaja tekee selvityksen ja arvion potilaan tilasta, ja toteuttaa tarpeita vastaavan neuvonnan ja hoidon, sekä ohjaa potilaan tarvittaessa jatkohoitoon. Päihdehoitajan tehtävänä on myös huolehtia AUDIT-kyselyn ja mini-intervention opettamisesta terveysasemien henkilökunnalle. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön **tarkoituksena** on selvittää, kuinka päihdehoitajatoiminta toteutuu Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen vastaanotoilla lääkäreiden, sairaanhoitajien ja päihdehoitajien kokemana, ja kuinka sitä heidän mielestään tulisi tulevaisuudessa kehittää. **Tavoitteena** on, että opinnäytetyöstä saatavia tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää päihdehoitajatoiminnan kehittämisessä.

### **Tutkimuskysymykset:**

Kuinka päihdehoitajatoiminta toteutuu Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana?

Miten päihdehoitajatoimintaa tulee kehittää Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana?

Kuinka päihdehoitajatoiminta toteutuu Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla päihdehoitajien kokemana?

Miten päihdehoitajatoimintaa tulee kehittää Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla päihdehoitajien kokemana?

## 6 Opinnäytetyön menetelmät

### 6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadulliseen tutkimukseen opinnäytetyön tekijä päätyi, koska halusi selvittää tutkimiensa henkilöiden kokemuksia päihdehoitajatoiminnasta syvällisesti, monipuolisesti ja uusia näkökulmia mahdollisesti löytäen. Opinnäytetyön tekijä uskoi saavansa haastattelemalla tutkittavia henkilöitä tutkimuskysymyksiinsä laajemmin ja monipuolisemmin vastauksia, kuin mitä uskoi niitä esimerkiksi strukturoiduilla, sähköpostin kautta lähetetyillä kyselyillä saavansa. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2007, 157) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus)väittämiä. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 58-59) mukaan kvalitatiivisesti suuntautuneessa tutkimuksessa tilastollisten yleistysten sijasta pyritään ymmärtämään jotakin tapahtumaa syvällisemmin, saamaan tietoa jostakin paikallisesta ilmiöstä tai etsimään uusia teoreettisia näkökulmia tapahtumiin ja ilmiöihin.

### 6.2 Teemahaastattelu

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina. Opinnäytetyön tekijä laati etukäteen haastatteluja varten kaksi erillistä teemahaastattelurunkoa, lääkäreille ja sairaanhoitajille omansa (ks. liite 3) ja päihdehoitajille omansa (ks. liite 4). Haastattelurungot opinnäytetyön tekijä laati tutustuttuaan ensin huolellisesti päihdehoitajatoiminnan toimintamalliin sekä perehdyttyään teoriapohjan kautta aiheeseen. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (2006) määrittelevät teemahaastattelun keskustelunomaiseksi tilanteeksi, joka etenee kohdentuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelussa ei esitetä pikkutarkkoja kysymyksiä tarkassa järjestyksessä paperilta lukien, vaan teemoista tulisi pyrkiä keskustelemaan varsin vapaasti. Jotta teemahaastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin, edellyttää se huolellista aihepiiriin perehtymistä ja haastateltavien tilanteen tuntemista. Tärkeää on sisältö- ja tilanneanalyysi.



Ryhmähaastattelumenetelmään opinnäytetyön tekijä päätyi, koska halusi saada samalla kertaa usean haastateltavan kokemuksia monipuolisesti esille ja säästäväänsä aikaa. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 61-63) mukaan ryhmähaastattelun etu on, että sen avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Haastateltavat kommentoivat asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolisesti tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

### **6.3 Tutkimuksen toteutus**

Tutkimusluvut opinnäytetyön tekijä sai maaliskuussa 2013 sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä että Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksesta. Opinnäytetyön tekijä oli kevään aikana yhteydessä haastateltavien esimiehiin. Käytännön järjestelyt toteutuivat tutkimuksessa mukana olleiden terveysasemien osastonhoitajien kanssa, kuten ajankohta, tiloista sopiminen, saatekirjeen eteenpäin lähettäminen ja haastateltavien tutkimukseen mukaan saaminen. Saatekirjeellä (ks. liite 1) opinnäytetyön tekijä haki mukaan yhteensä 6-8 lääkäriä ja sairaanhoitajaa kultakin terveysasemalta. Päihdehoitajien osalta käytännön järjestelyt toteutuvat suoraan yhden tutkimuksessa mukana olleen päihdehoitajan kanssa. Päihdehoitajista mukaan kutsuttiin viisi. Kuudes päihdehoitaja rajattiin haastattelun ulkopuolelle syystä, että hän toimi opinnäytetyön työelämäohjaajana.

Ennen varsinaisia haastatteluja opinnäytetyön tekijä teki esitestaushaastattelun Huh-tasuon terveysasemalla kolmelle aluesairaanhoitajalle. Haastattelu nauhoitettiin, jotta tutkija pystyi arvioimaan nauhurilla saatavan äänen laadun, sekä kuuntelemaan ilmeisikö omassa haastattelutavassa jotain, joka tulisi tehdä toisin varsinaisissa haastatteluiluissa. Heti haastattelun jälkeen opinnäytetyön tekijä keskusteli haastattelemiensa hoitajien kanssa esittämiensä kysymysten selkeydestä ja loogisuudesta, ja päätyi tämän pohjalta pitämään alkuperäisesti lääkäreille ja sairaanhoitajille laatimansa haastattelurungon. Opinnäytetyön tekijä kuunteli nauhoituksen jälkikäteen samana päivänä, ja tuhosi tämän vielä myöhemmin saman päivän aikaan. Nauhoitetussa keskustelussa ei ilmennyt tulevia haastatteluja ajatellen tarvetta muutoksille.

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin ryhmä- ja yksilöhaastatteluoin toukokuussa 2013 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen Keskustan -, Palokan - ja Vaajakosken terveysasemilla. Ennen haastattelujen alkua haastateltavat saivat allekirjoitettavakseen suostumuslomakkeet (ks. liite 2). Ryhmähaastatteluja toteutui yhteensä neljä. Ryhmähaastattelujen lisäksi opinnäytetyön tekijä teki myös yhden yksilöhaastattelun, koska yksi haastateltavista ei päässyt mukaan ryhmähaastattelutilanteeseen. Haastatteluja toteutui siis yhteensä viisi. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut numeroitiin 1-5. Haastattelut kestivät 18-50 minuuttia. Yksilöhaastattelu oli lyhin. Suurin osa haastatteluista kesti noin 30 minuuttia. Yksi haastattelu kesti 50 minuuttia. Haastattelujen kohderyhmänä olivat vastaanottojen päihdehoitajat, lääkärit ja sairaanhoitajat. Lisäksi mukana haastatteluissa oli yksi osastonhoitaja ja yksi lähihoitaja. Raportissa käytetään tästä eteenpäin kaikista hoitajista sanaa sairaanhoitaja, anonymiteetin turvaamiseksi, ja tekstin napakammaksi tekemiseksi. Kaiken kaikkiaan osallistujia haastatteluihin oli 18 henkilöä.

Vastaanotoilla toimivien päihdehoitajien, lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluun opinnäytetyön tekijä päätyi, koska nämä ryhmät ovat oleellisia päihdehoitajatoiminnan onnistuneen toteutumisen kannalta. Tuomi & Sarajärvi (2009, 85-86) toteavatkin, että laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien valinnan pitää olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. On tärkeää, että henkilöt joita tutkitaan, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on asiasta kokemusta.

Opinnäytetyön tekijä ei selvittänyt tutkittavilta tarkkoja taustatietoja, kuten ikää, pohjakoulutusta eikä työkokemuksen pituutta, koska arvioi että näillä tekijöillä ei ollut merkitystä tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoitus ei ollut arvioida yksittäisen työntekijän taitoja eikä tietoja, vaan sitä kuinka päihdehoitajamalli vastaanotoilla toteutuu yleisenä ilmiönä ja kuinka sitä tulisi jatkossa kehittää eteenpäin.

## **6.4 Aineiston analyysi**

Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuskysymykset ohjasivat analyysia. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 136) mukaan ana-

lyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa, jossa tutkija voi haastatteleessaan tehdä havaintoja ilmiöistä niiden useuden, toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Haastattelujen jälkeen analyysi eteni sisällönanalyysin mukaisesti alkaen haastattelujen kuuntelemisella, auki kirjoituksella sanasta sanaan, haastattelujen lukemisella ja sisältöön perehtymisellä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Nauhoitettu materiaali puhtaaksikirjoitettiin eli litteroitiin käyttäen Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmaa. Haastattelut litteroitiin haastateltavien osalta sanasanalta tiiviiseen kirjalliseen muotoon niin, että jokaisen haastateltavan lausetta tai lauseita ei kirjoitettu omalle rivilleen, vaan lauseet jatkuivat samoilla riveillä vaikka henkilö vaihtuikin. Haastateltavien lauseet erotettiin toisistaan nimikirjaimen avulla. Litterointi tehtiin kirjaskoolla 12, rivivälillä 1,5, fontilla Calibri. Tekstiä tuli yhteensä 40 sivua. Perehtyminen tekstiin tapahtui lukemalla se useaan kertaan läpi. Haastatteluaineistosta pyrittiin löytämään asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) mukaan analyysi etenee tästä pelkistettyjen ilmausten etsimiseen ja alleviivaamiseen, pelkistettyjen ilmausten listaamiseen, samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsimiseen pelkistetyistä ilmauksista, ja pelkistettyjen ilmausten yhdistämiseen ja alaluokkien muodostamiseen. Opinnäytetyön tekijä käyttää tässä tutkimuksessa luokkien sijaan sanaa kategoria. Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 26) mukaan pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, ja ”aineiston vastaukset” eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Tässä tutkimuksessa pelkistetyt alkuperäisilmaukset koodattiin yliviivaamalla ne eri väreillä paperille tulostetuista teksteistä. Analyysiyksikkönä käytettiin lausetta tai lauseen osaa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25). Tätä seurasi pelkistettyjen alkuperäisilmausten listaaminen, yhdistäminen ja alakategorioiden muodostaminen ja yhdistäminen erilliselle Word-dokumentille. Näiden seurauksena päädyttiin yläkategorioiden muodostamiseen niistä, yläkategorioiden yhdistämiseen ja pääkategorian muodostamiseen. Pääkategorioita muodostui yhteensä 12. Pääkategorioista muodostui lopulta neljä yhdistävää kategoriaa. Seuraavalla sivulla taulukossa 1 on esitetty esimerkki aineiston analyysistä yhdistävän kategorian Pähdehoitajatoiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana alla.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäisilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p><i>"ihan tuo normaali kysely, jokaiselle on varmaan muodostunut sellainen oma tapa kysyä, en määhän sellaista kaa-vaketta kenelläkään täytyä rutiniinisti, kyselen ja arvioin sitä kautta sitä alkoholin käyttöä"</i></p> <p><i>"..siis jo pelkästään se että sää kysyt siitä"</i></p>	Kysyminen		
<p><i>"meillähän tulee tuossa työttömän terveystarkastuksia kun tehdään niin silloin täytetään potilaalla se AUDIT-kysely.."</i></p> <p><i>"työttömän terveystarkastuspotilaille tulee lähetettyä se, siinä kirjeen mukana kotiin.."</i></p>	Strukturoidut kyselyt	Tunnistamisen välineet	Alkoholiongelman tunnistaminen
<p><i>"..tai on verenpaine koholla tai on unettomuutta esimerkiksi, jos on tämmösiä oireita mitkä vois johtua alkoholista.."</i></p> <p><i>"..unettomuus esimerkiksi voi olla tämmösiä, tai masennus.."</i></p>	Kliiniset löydökset		
<p><i>"että on laboratorioarvoissa että on maksa-arvot esimerkiksi koholla.."</i></p> <p><i>"..tai labralöydöksissä tai muissa on tämmösiä tuloksia, niin otetaan puheeksi.."</i></p>	Laboratoriotulokset		

## 6.4 Luotettavuus ja eettisyys

### Luotettavuus

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 185) mukaan haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Jos haastateltavista on haastateltu vain osa tai tallenteiden kuuluvuus on huono tai litterointi ei noudata samoja sääntöjä alussa ja lopussa tai luokittelu on satumanvaraista, ei haastatteluaineistoa voida pitää luotettavana. Opinnäytetyön tekijä pohti ryhmähaastattelun keinoin saatujen tuloksien luotettavuutta monessa eri tutkimuksen vaiheessa. Tuloksiin saattaa vaikuttaa, että ryhmähaastatteluihin eivät ehkä saapuneet henkilöt, jotka erityisesti kokivat epävarmuutta aiheen suhteen tai kokivat aiheen itselleen vieraaksi. Tuloksiin saattaa vaikuttaa myös, että ehkä ryhmähaastattelutilanteissa vastasivat ensimmäisenä henkilöt, jotka olivat aiheeseen eniten perehtyneitä ja muut yhtyivät tämän jälkeen heidän näkemyksiinsä ja jättivät ilmaisematta, jos eivät näin itse toimi. Hirsjärvi & Hurme (2008, 63) kuvaavatkin ryhmähaastattelujen haittoiksi, että kaikki jotka on kutsuttu haastatteluun, eivät välttämättä tulekaan paikalle. Haittaa voi ryhmähaastattelussa olla myös siitä jos yksi tai kaksi henkilöä dominoi ryhmää. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (2006) puolestaan toteavat että tutkittaessa on hyvä huomioida, etteivät vastaajat tai haastateltavat välttämättä kerro heidän todellista tilannettaan, vaan pyrkivät vastaamaan sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Tallenteiden kuuluvuuden opinnäytetyön tekijä varmisti nauhoittamalla esitestaukshaastattelun Huhtasuon terveystasemalla, ja kuuntelemalla nauhoituksen esitestauksen jälkeen. Tallenteiden kuuluvuus oli hyvä sekä esitestauksessa, että tutkimuksen haastatteluissa.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 189) mukaan tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päättänyt luokittamaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa. Tähän opinnäytetyön tekijä pyrki kirjoittamalla raporttiin aineiston analyysin vaiheet kohta kohdalta ja laittamalla liitteeksi taulukot aineiston luokittelusta (ks. liite 5 ja liite 6). Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 189) mukaan tutkimuksen on pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Opinnäytetyön tekijä näkee, että raporttiin kirjoitetut suorat lainaukset haastateltavien lauseista ovat lisäämässä haastateltavien käsitysten paljastumisen luotettavuutta ja anta-

vat lukijalle mahdollisuuden tarkastella mihin opinnäytetyön tekijä päätelmänsä perustaa. Hirsjärvi, Hurme & Sajavaara (2007, 228) toteavatkin, että tutkijan olisi kerrottava millä perusteella hän esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Lukijaa tässä auttaa, jos tutkimuselosteita rikastutetaan esimerkiksi suorilla haastatteluteksteillä.

Opinnäytetyön tekijä pohti tutkimuksen luotettavuutta myös omalta osaltaan. Opinnäytetyön tekijä työskentelee itsekin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemalla sairaanhoitajana eikä näin ollen ollut puhtaasti tilanteen ulkopuolinen tarkastelija eikä täysin vieras haastattelija tutkimukseen osallistujille. Opinnäytetyön tekijä pyrki lisäämään tutkimuksen luotettavuutta sillä, että ei haastatellut tutkimuksessa henkilökuntaa siltä terveysasemalta jossa itse oli töissä ja pyrki näin madaltamaan haastateltavien kynnystä vastata rehellisesti näkemyksistään päihdehoitajatoiminnasta. Opinnäytetyön tekijä pitää mahdollisena, joskin epätodennäköisenä, että joku olisi jättänyt tulematta haastatteluun sen vuoksi että tietää opinnäytetyön tekijän työskentelevän itsekin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemalla. Jos näin olisi käynyt, syy voisi olla, että henkilö ei haluaisi opinnäytetyön tekijän tietävän osaamisen tasoaan eikä asennettaan päihdeasioihin.

Opinnäytetyön tekijällä on paljon omia näkemyksiä ja ajatuksia alkoholinongelman varhaisesta tunnistamisesta ja hoidosta terveysasemilla. Tämä saattaa olla vaikuttamassa esimerkiksi opinnäytetyön pohdinnassa niin, että opinnäytetyön tekijä nostaa esiin ajatuksia joita hän itse on pohtinut päihdehoitajatoiminnasta ja joita hän itse pitää tärkeinä. Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt kuitenkin perustelemaan pohdintansa luotettavasti. Opinnäytetyön tekijä uskoo etteivät hänen ajatuksensa ja mielipiteensä ohjanneet kuitenkaan merkittävästi itse tutkimustuloksia. Haastattelurungot ja kysymykset muotoiltiin päihdehoitajatoiminnan toimintamalliin sekä kirjallisuuteen perehtymisen jälkeen ja vastauksia aineistosta haettiin tutkimuskysymyksiin, joihin raamit oli saatu työn toimeksiantajalta.

Luotettavuutta lisääviksi tekijöiksi opinnäytetyön tekijä näkee vastausten saturoitumisen. Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa, joita toteutui yhteensä neljä eril-

listä, nousi esille useat samat kokemukset ja näkökulmat. Päihdehoitajien osalta asiaa ei voitu tarkastella samasta näkökulmasta, koska haastatteluja oli päihdehoitajien vähäisestä määrästä johtuen vain yksi. Päihdehoitajien haastattelun tuloksien luotettavuutta opinnäytetyön tekijä pyrki lisäämään niin, että tehtyään aineiston analyysiä alakategorioiden luomiseen asti, tutkija kävi alakategoriat läpi vielä yhden haastattelun päihdehoitajan kanssa. Hirsjärvi & Hurme (2008, 186) tuovatkin esille sellaisen reliaabeliuden määrittämistavan, jossa kaksi arvioijaa keskustelemalla päätyy luokituksesta konsensukseen ja parhaassa tapauksessa tutkittava voisi osallistua tämän konsensuksen tuottamiseen.

### **Eettisyys**

Tutkimuksen eettisyyttä opinnäytetyön tekijä tarkasteli peilaten tutkimustaan Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 20) mukaan Kvalen (1996) kuvaamiin eettisiin kysymyksiin tutkimuksen eri vaiheissa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää päihdehoitajatoimintaa Jyväskylässä ja parantaa näin päihdeongelmien varhaista tunnistamista ja päihdeongelmaisten hoitoa. Näin tutkimus edistää tutkittavana olevaa inhimillistä tilannetta. Tutkimuksen kirjallinen litterointi noudatti haastateltavien suullisia lausumia, ja tutkija pyrki esittämään tietoa, joka on niin varmaa ja todennettua kuin mahdollista.

Tutkija haki henkilöitä tutkimukseensa etukäteen jakamallaan saatekirjeellä (ks. liite 1). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, toteutustapa ja luottamuksellisuus sekä ilmaistiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin vaan. Haastateltavien suostumuksen haastatteluun opinnäytetyön tekijä varmisti vielä ennen haastatteluja allekirjoitettavalla suostumuslomakkeella (ks. liite 2). Opinnäytetyön tekijä harkitsi luottamuksellisuutta ja mahdollisia tutkimuksesta aiheutuvia seurauksia kohdehenkilöille eikä nähnyt mitään realistisia aiheita vakaaviin seuraamuksiin. Haastateltavien nimet eivät paljastu raportissa eivätkä haastattelujen ulkopuoliset henkilöt voi tietää keitä haastatteluihin on osallistunut tai kuka haastateltavista on kunkin kokemuksen ilmaissut.

## 7 Tulokset

### 7.1 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana

Tutkimuksen tulokseksi Päihdehoitajatoiminnan toteutumisesta lääkärien ja sairaanhoitajien kokemana muodostui kolme pääkategoriaa; Alkoholiongelman tunnistaminen, Alkoholi mini-interventio ja Päihdehoitajalle ohjaaminen (ks. taulukko 2). Aineiston luokittelu on esitetty opinnäytetyön lopussa (ks. liite 5).

TAULUKKO 2. Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana

Pääkategoria	Yläkategoria
Alkoholiongelman tunnistaminen	Tunnistamistilanteet
	Tunnistamisen välineet
Alkoholi mini-interventio	Mini-intervention yksityiskohtainen hallinta
	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen
Päihdehoitajalle ohjaaminen	Kohderyhmään kuuluvaksi tunnistettu asiakas
	Ohjaamisen toteutus

#### 7.1.1 Alkoholiongelman tunnistaminen vastaanotoilla

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Alkoholiongelman tunnistaminen muodostui yläkategorioista; Tunnistamistilanteet ja Tunnistamisen välineet.

##### **Tunnistamistilanteet**

Alkoholiongelman tunnistamistilanteiksi vastaanotoilla kuvattiin terveystarkastukset, vastaanottokäynnit sekä päivystyskäynnit. Verenpaine- ja diabetespotilaiden vastaanottokäynneillä, sekä erilaisissa terveystarkastuksissa kuten kutsuntatarkastuksissa ja työttömän terveystarkastuksissa alkoholin käyttöä kuvattiin kysyttävän säännöllisesti. Päivystyskäynneillä ajatus alkoholin käytön selvittämisestä puolestaan perustui tilan-



nekohtaiseen intuitioon tai käyntisyyhyn, kuten tapaturmaan, unettomuuteen, masennukseen, rytmihäiriöön tai usein haettuihin sairauslomiin.

*”..jos on esimerkiksi pitkään jatkunut unettomuus, niin siinä voi aika usein olla syynä se alkoholi, samaten masennuspotilailla siinä voi olla syynä alkoholi, että yleensä kyllä näiltä ainakin, ja sitten jos on vaikka vaikee verenpainetauti..”(4)*

*”tosiaan näitten elintapa-asioitten kartoitusten lisäksi niin ainakin koen että silleen jos tulee sellainen intuitio itelle että oliskohan tässä nyt jotain tällaista taustalla, olkoon se tapaturmaa, tai liian usein haettuja sairauslomiam, maha-tauteja, tai jotain tämmöstä, niin silloin tulee kysästyä, puututtua tai selviteltyä..”(1)*

*”..ainakin mää oon ottanut yleensä näissä diabeetikkojen kenties hoidon ohjauksen aloituksessa ja vuosikontrollien yhteydessä, et siellä kysyn, ja luonnollisesti sitten noiden kutsuntapoikien kanssa..”(2)*

### **Tunnistamisen välineet**

Alkoholiongelman tunnistamisen välineiksi vastaanotoilla kuvattiin kysyminen, strukturoidut kyselyt, kliiniset löydökset ja laboratoriotulokset. Luontevimmaksi ja ehdottomasti käytetyimmäksi välineeksi haastatteluissa nostettiin kysyminen, mutta myös muita keinoja kuvattiin käytettävän vaihtelevasti.

*”Ihan tuo normaali kysely, jokaiselle on varmaan muodostunut sellainen oma tapa kysyä, en mää sellaista kaavaketta kenelläkään täytä rutiinisti, kyselen ja arvioin sitä kautta sitä alkoholin käyttöä..”(1)*

*”puheeksiottaminen, siis jo pelkästään se että sää kysyt siitä..”(3)*

*”..että on laboratorioarvoissa että on maksa-arvot esimerkiksi koholla..”(4)*

*”meillähän tulee tuossa työttömän terveystarkastuksia kun tehdään niin silloin täytetään potilaalla se AUDIT-kysely..”(1)*

## **7.1.2 Alkoholi mini-intervention toteutuminen vastaanotoilla**

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Alkoholi mini-interventio muodostui yläkategorioista; Mini-intervention yksityiskohtainen hallinta ja Hoidon jatkuvuuden varmistaminen.

### **Mini-intervention yksityiskohtainen hallinta**

Mini-intervention yksityiskohtainen hallinta sisälsi kohderyhmän määrittelyn, mini-intervention sisällön ja mukaan annettavan materiaalin käytön. Suurin osa haastateltavista koki että mini-intervention kohderyhmää ovat kaikki alkoholia runsaasti käyttävät potilaat, ainoastaan yhdestä vastauksesta nousi esille mini-intervention käyttäminen pääasiassa ennaltaehkäisevänä menetelmänä alkoholin riski- ja haitta-ikääjille, eli potilaille joilla ei vielä ole varsinaista alkoholiriippuvuutta.

*”No kaikille keillä on alkoholin liiallista käyttöä, tai on jo jotain ongelmia syntynyt alkoholin käytöstä..”(1)*

*”No yleensä se on tätä ennaltaehkäisevää, ennen kuin on kehittynyt tämän riippuvuus, mut kuitenkin että siitä tulee tällöisiä oireita, haittoja, esimerkiksi verenpaine nousee, rupee olemaan jo unettomuutta, siinä vaiheessa..”(4)*

Alkoholi mini-intervention sisällöstä nousi haastatteluissa esiin monenlaisia näkemyksiä. Osa koki, että jo pelkkä alkoholin käytöstä kysyminen oli mini-interventiota, ja osa että heidän toteuttamansa mini-interventiot olivat vaatimattomia, osa puolestaan kuvasi mini-intervention sisältöään hyvinkin laajaksi.

*”No varmaan niinku ne alkoholin käytön hyväksyttävät rajat tavallaan ja terveysvaikutukset, eli tietopuolta aluksi, ja ehkä mihin se niinku yleensä johtaa, sairauksiin ja sosiaalisiin ongelmiin, ja mitä muuta siihen liittyy, eli niinku tämmöstä tietopuolta, ja motivoida sitten miettimään sitä omaa alkoholin käyttöään”(1)*

*”..että juoko itensä humalaan ja miten sitten käyttäytyy ja miten se vaikuttaa siihen arkielämään ja miten se sujuu ja että onko se tehnyt vaikeutta siihen selviämiseen, pärjäämiseen, ja tietysti sitten se että haluaisiko siitä keskustella jonkun kanssa tai haluaisiko siihen apua..”(2)*

*”.. että jos ajatellaan mini-interventioksi ihan sitä että ottaa puheeksi ja kysyy paljonko käytät alkoholia ja että onko esimerkiksi kohtuukäyttöä, niin jos se on jo mini-interventiota, niin jos semmosella termillä puhutaan että mini-interventio, niin kyllä sitä nyt ehkä viikoittain kuitenkin tulee..”(2)*

Mini-intervention yhteydessä osa kuvasi antavansa potilaille terveysasemalta löytyvää kirjallista materiaalia kotiin mukaan, ja osa ei. Päihdehoitaja nostettiin tärkeäksi henkilöksi oikean materiaalin järjestelijänä ja antajana, ja osa kokikin että materiaalin anto oli lähinnä päihdehoitajan luona tapahtuvaa.

*”..joskus on tullut jotain annettua, en kyllä muista nyt mitä, kyllähän niitä löytyy, nythän se on tulossa se Vähennä vähäsen ainakin..”(3)*

*”no mulla ei .. oo mitään kirjallisia ohjeita, että päihdehoitajalta löytyy sitten..”(4)*

### **Hoidon jatkuvuuden varmistaminen**

Selkeästi yleisimmäksi työntekijäksi, jolle mini-interventiosta mahdollisesti seuraava jatkokäyntiaika vastaanotoilta varattiin, kuvattiin päihdehoitaja. Myös lääkärille tai sairaanhoitajalle kuvattiin kontrolliaika sovittavan joskus, jos esimerkiksi potilas ei ollut halukas menemään päihdehoitajalle, tai jos asiakas oli tulossa lääkärille joka tapauksessa uudelleen muissa asioissa.

*”Mää oon jotenkin nähnyt ton päihdehoitajan semmosena hyvänä linkkinä ja tukiverkkona ja ammattilaisena näissä asioissa, on kyllä otettu häneen yhteyttä jos jonkun kanssa on tullut semmonen tilanne että aattelee että nyt tää potilas ensinnäkin on motivoitunut hakemaan lisää apua..”(1)*

*”..jos katotaan muitakin asioita.. verenpaine ja diabetesasioita, niin tulee usein laboratoriokokeita ja siltä pohjalta tulee sitten tavallaan kontrollikäynti, ja jos näyttää että se alkoholi on iso ongelma niin sitten ohjaa tietysti päihdehoitajalle vielä jatkoille, tai joskus ne on omahoitajallekin, jos ei oo vielä ihan valmis lähtemään päihdehoitajalle.”(1)*

### **7.1.3 Asiakkaiden ohjautuminen päihdehoitajalle**

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Päihdehoitajalle ohjaaminen muodostui yläkategorioista; Kohderyhmään kuuluvaksi tunnistettu asiakas ja Ohjaamisen toteutus.

#### **Kohderyhmään kuuluvaksi tunnistettu asiakas**

Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat kohderyhmään kuuluvaksi tunnistetun asiakkaan sellaiseksi, joka heidän mielestään hyötyisi päihdehoitajalla käynnistä, tai joka itse koki tarvitsevansa apua alkoholin käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. Myös päihdeongelmaisen läheisiä kuvattiin ohjattavan päihdehoitajalle.

*”..mitä mää oon ohjannut, niin kyllä ne on ollut ihan että alkoholin kanssa on tullut ongelmia, että on ihan itekin esittänyt että on semmosessa tilanteessa että ei niinku tiä että mistä lähtee hakemaan apua, niin mää oon sitten ottanut päihdehoitajaan (alkuperäisilmaisussa päihdehoitajan etunimi) yhteyttä..”(3)*

*”..esimerkiksi tämmönen alkoholistin omainen jolla on masennusta, niin oon laittanut effica-viestin päihdehoitajalle, ja hän on ottanut yhteyttä.”(4)*

### **Ohjaamisen toteutus**

Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat ohjaamisen toteutuksen päihdehoitajalle tapahtuvan joko niin että he itse soittavat tai laittavat effica-viestin päihdehoitajalle, jolloin päihdehoitaja ottaa asiakkaaseen yhteyttä, tai vaihtoehtoisesti niin, että he antavat päihdehoitajan yhteystiedot asiakkaalle, ja asiakas itse ottaa jatkossa yhteyttä päihdehoitajaan.

*”mää oon ainakin antanut sen lapun (=päihdehoitajan yhteystiedot)”(2)*

*”hirveen hyvin sujuu yhteistyö myöskin niin että otan puhelimesta tuota .. että ilmoitan päihdehoitajalle (alkuperäisilmaisussa päihdehoitajan etunimi) yhteystiedot, että otatko yhteyttä tähän, aina yleensä niin että ilmoitan sen niin että päihdehoitaja ottaa yhteyden..”(3)*

## **7.2 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana**

Tutkimuksen tulokseksi Päihdehoitajatoiminnan kehittämisestä lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana muodostui kolme pääkategoriaa; Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät, Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät ja Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet (ks. taulukko 3). Aineiston luokittelu on esitetty opinnäytetyön lopussa (ks. liite 5).

TAULUKKO 3. Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana

Pääkategoria	Yläkategoria
Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät	Päihdehoitajan kuuluminen työyhteisöön
	Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen
	Alkoholin käytöstä kysymisen luontevuus
	Päihdehoitajan ominaisuudet
	Henkilöstölle tutut asiakkaat
Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät	Päihdehoitajatoiminnan liian tiukat kriteerit
	Alkoholin käytöstä kysymisen haastavuus
	Epäselvät käytännöt
	Päihdeongelman käsittelyn vaikeus asiakkaalle
	Henkilöstön ajanpuute
Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet	Päihdeiden käyttäjien laaja-alaisempi hoito
	Päihdehoitajan helppo ja nopea hyödyntäminen
	Työntekijöiden osaamisen vahvistaminen

### 7.2.1 Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät muodostui yläkategorioista; Päihdehoitajan kuuluminen työyhteisöön, Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen, Alkoholin käytöstä kysymisen luontevuus, Päihdehoitajan ominaisuudet sekä Henkilöstölle tutut asiakkaat.

#### **Päihdehoitajan kuuluminen työyhteisöön**

Päihdehoitajan kuuluminen työyhteisöön nähtiin oleellisena toimintaa edistävänä tekijänä. Tärkeänä nähtiin että päihdehoitaja on fyysisesti läsnä terveysasemalla, ja että hän osallistuu henkilöstön kokouksiin, ja käy samassa paikassa syömässä ja kahvilla kuin muukin henkilökunta.

*”ja on osa tätä meidän työyhteisöä, ettei oo ulkopuolinen, sillälaila.. varmaan mä luulisin että se kaikkein suurin tekijä, että on läsnä tässä ja käy samassa paikassa syömässä ja kahvilla ja sillälaila, osa työyhteisöä..”(2)*

*”kyllä just se että hän on täällä paikan päällä, konsultoinnin helppous.”(2)*

*”..on osa tätä mejän työyhteisöä, että kyllähän se helpottaa että hän on aika paljon läsnä tässä..”(3)*

### **Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen**

Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen nostettiin myös päihdehoitajamallia edistäneeksi tekijäksi. Tunnettavuutta olivat lisänneet lääkäreiden ja sairaanhoitajien mukaan päihdehoitajan esittäytyminen ja päihdehoitajatoiminnasta tiedottaminen sekä henkilökunnan perehdyttäminen päihdehoitajan työhön.

*”..syksyllä kävi päihdehoitaja täällä esittäytymässä, kertoi siitä toiminnasta ja että minkälaisia potilaita ohjataan ja siitä mini-interventiosta oli puhetta, ja on sitten käytännössä ihan yhteystiedot mitkä annetaan mukaan”(4)*

*”..hoitajat on käynyt tuolla päihdehoitajan vastaanotolla niinku .. keskustelemassa, vähän niinku kattomassa että minkälaisia potilaita .. tai niinku tämmönessä perehdytyksessä.”(3)*

### **Alkoholin käytöstä kysymisen luontevuus**

Ainakin osan kohdalla henkilöstöstä edistäväksi tekijäksi oli löydettävissä alkoholin käytöstä kysymisen luontevuus. Osa koki pystyvänsä rohkeasti kysymään asiakkaiden alkoholin käytöstä, ja että kysyminen oli luonteva osa työtä.

*”..hyvin matalalla kynnyksellä mää myöskin kysyn, se ei oo enää nykyaikana semmonen tabu etteikö sitä voi kysyä..”(3)*

*”..no kyllä mää koen kanssa että kyllä se on ollut jo vuosia semmonen asia mihin on uskaltanut puuttua ja kysästä, jos semmosta aistii tai tulee esille siinä potilaan kanssa..”(1)*

### **Päihdehoitajan ominaisuudet**

Myös päihdehoitajan positiivisilla ominaisuuksilla kuvattiin olevan päihdehoitajatoimintaa edistänyttä vaikutusta. Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat toimintaa edistäneiksi ominaisuuksiksi muun muassa päihdehoitajien aktiivisuutta ja persoonallisia tekijöitä, kuten helposti lähestyttävyyttä ja halua avun antamiseen.

*”päihdehoitaja on itsekin todella aktiivinen pitämään yhteyksiä tänne meihin päin.”(3)*

*”..ja kyllä varmaan tää ihan hänen persoonakin, että hän on helposti lähestytävä ja hän mielellään tulee.”(2)*

### **Henkilöstölle tutut asiakkaat**

Osa pidempään lääkärin ja sairaanhoitajan työtä tehneistä kuvasivat edistäväksi tekijäksi lisäksi sen, että monet asiakkaat olivat ehtineet ajansaatossa muodostua jo tutuiksi, ja näin ollen alkoholin käytön puheeksiotto ja alkoholin käytön suurkulutuksen tunnistaminen oli helpompaa kuin täysin vieraiden asiakkaiden kohdalla.

*”niin ehkä ne on sit sellaisia jotka on mulle vanhoja tuttuja, jotka on käyneet monta kertaa ja määhän niinku tunnen sen ja määhän tavallaan pystyn sen jotenkin silleen niinkun luontevasti kysymään, tai niinku että, jostain määhän niinkun nään että sitä kuuluu sitä alkoholia..”(3)*

*”tämmönen väestövastuumalli, että jos oppii tuntemaan sen ihmisen ja perheen ja nämä asiat..”(1)*

### **7.2.2 Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät**

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät muodostui yläkategorioista; Päihdehoitajatoiminnan liian tiukat kriteerit, Alkoholin käytöstä kysymisen haastavuus, Epäselvät käytännöt, Päihdeongelman käsittelyn vaikeus asiakkaalle, Henkilöstön ajanpuute.

#### **Päihdehoitajatoiminnan liian tiukat kriteerit**

Päihdehoitajatoiminnalle alussa luodut liian tiukat kriteerit nousivat esille lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa toimintaa estäneenä tekijänä. Haastatteluista kuvastui että etukäteen päihdehoitajien kohderyhmäksi määriteltyjä alkoholin riskikäyttäjiä ei pystytty löytämään ja ohjaamaan päihdehoitajille niin paljon, että heidän ajat voisivat kohderyhmän mukaisista asiakkaista täyttyä. Haastatteluissa nousi esille, että osassa terveysasemia koettiin että sekakäyttö oli pelkkää alkoholin käyttöä yleisempää, osassa puolestaan, että päihdeiden käyttäjät yleensäkin olivat pieni asiakasryhmä terveysaseman asiakkaista.

*”..se meinas olla yks iso este, siis se että on liian tiukat ne kriteerit, minkälaisia potilaita sinne voi ohjata..”(3)*

*”mää luulen että se on liian rajoitettua..”(4)*

*”..nykyään harvoilla se pelkkä alkoholin käyttö on se pelkkä ongelma, vaan siinä on lääkkeiden väärinkäyttö, huumeaineiden käyttö, ja sitten nää seka-käyttäjät on tyypillinen niinku..”(1)*

*”..alue on niin semmosta vanhusvoittoista että siinä korostuu niin erilaiset asiat, en sano etteikö vanhusväestössä olis alkoholi-ongelmaa, mutta tuota..”(2)*

### **Alkoholin käytöstä kysymisen haastavuus**

Päihdehoitajatoimintaa estäväksi tekijäksi oli haastatteluista löydettävissä osalla henkilökuntaa haastavuus kysyä alkoholin käytöstä vastaanotoilla. Vastauksista kuvastui, että haastavuutta aiheutti erityisesti huoli siitä, että asiakkaat loukkaantuvat jos heiltä kysytään alkoholin käyttöön liittyviä kysymyksiä.

*”..mutta vieläkin on välillä sellainen kynnys että miettii kauheesti että kuinka tän nyt aloittais..”(3)*

*”mutta jostain syystä tää alkoholin käyttö on semmonen, ei se oo yhtä helppo ottaa puheeksi kuin jostain ravinnosta tai..”(2)*

*”..lääkäri on kysynyt suoraan potilaalta alkoholin käyttöä.. niin ne on kauheen loukkaantuneita..”(2)*

*”ehkä joidenkin kohalla on se että miettii että jos sää aistit siitä ihmisestä selkeesti että hän kieltää sen niin voimakkaasti, niin että sää tälle hyvin hienotunteisesti osaat esittää sen asian, ettei hän loukkaannu..”(3)*

*”..ja ehkä semmonen pelko että jos se ihminen.. että jos ei todellakaan oo niinku siitä kyse, niin tavallaan se kokee että hänestä kuvitellaan kaikenlaista..”(2)*

*”..joo ja jos joku maksa-arvo on ollut koholla ja MCV on ollut pienessä verenkuvassa koholla niin lääkäri meni kysymään minulta että käytätkö alkoholia, niin minähän en ikinä, ikinä käyttänyt, miten se sellaisen kysymyksen kysyi`.. että kyllä siinä joku sellainen arkuus on..”(2)*

### **Epäselvät käytännöt**

Päihdehoitajatoiminnan epäselvät käytännöt koettiin myös toimintaa estäneeksi tekijäksi. Haastatteluissa nousi esille, että edelleenkin oli ainakin osittain epäselvää millaisia asiakkaita päihdehoitajalle voi ohjata, ja vaikutelma siitä etteivät päihdehoitajat itsekään olisi aivan täysin selvillä työn kuvastaan.



*”..en tiää onko edelleenkaan kaikilla päihdehoitajillakaan selvillä että tekeekö ne nyt ihan samanlaista työtä, että vähän siinä oli että ketä sinne nyt oikein ohjataan..”(2)*

*”..tätä epäselvyyttä kun nyt mietin, että oliko näin että päihdehoitaja (alkuperäisilmaisussa päihdehoitajan etunimi) kuitenkin tekee ne rattiseurannat?”(2)*

### **Päihdeongelman käsittelyn vaikeus asiakkaalle**

Lisäksi estäneeksi tekijäksi kuvattiin että päihdeongelma on usein asiakkaille vaikea asia myöntää ja käsitellä, ja että vaikka heitä ohjattiin ottamaan yhteyttä päihdehoitajaan, niin yhteydenotto jäi kuitenkin usein tekemättä. Yhdeksi yhteydenottoa estäväksi tekijäksi nähtiin myös päihdehoitaja-nimike.

*”..kyllähän ne niinku aika pitkälle sitä haluaa niinku peitellä, ei ne sitä ala puhumaan, paljonko sitä menee sitä alkoholia..”(2)*

*”..että ihmiset ei kaikki nää sitä ongelmana, ja vaikka näkisikin, niin ei oo helppoa muuttaa niitä tapoja”(4)*

*”..vaikka annetaan yhteystiedot niin harva sitten kuitenkaan ottaa itse yhteyttä sinne päihdehoitajaan.”(4)*

*”..sitten jää kyllä miettimään että kuinka moni niistä potilaista sitten oikeesti ottaa siihen päihdehoitajaan yhteyttä, kun sää annat ne yhteystiedot ja puhelinnumerot ja muut..”(2)*

*”..en muista että kukaan ois kuitenkaan ottanut yhteyttä sinne päihdehoitajaan, se ei sitten kuitenkaan aina toteudu vaikka se otetaan esille.”(4)*

*”..siitä on ollut keskustelua täällä terveyskeskuksessakin että se jo pelkästään se nimi, että päihdehoitaja..”(4)*

### **Henkilöstön ajanpuute**

Myös ajanpuute nousi lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa toimintaa estäneeksi tekijäksi. Haastateltavat kokivat, että työ on niin kiireistä ja päivystysluontoista, ettei alkoholiasioiden puheeksiotolle ja niistä keskustelemiselle potilaiden kanssa jää tarpeeksi aikaa. Myös sijaisten ottamisen kieltä hoitajien poistumiin nostettiin esille.

*”..vastaanotolla on aika rajallisesti sitä aikaa tämmöseen haastatteluun ja tän päihdeasian kartoitukseen..”(4)*

*”..kieltämättähän se on vähän niin että kun on kiirettä niin on vähän aikaa, niin hoidetaan vaan se minkä takia tulee, ja ei hirveesti lähdetä tekemään niitä kysymyksiä, mistään oikeestaan, koska sitten tahtoo muutenkin jo lähteä rön-syilemään ne vastaanotot..”(2)*

*”..niin kyllähän se näkyy kun hoitajia puuttuu, sijaistuskielto on päällä, ettei oo niinku aikaa eikä mahdollisuuksia niihinkään asioihin niinku puuttua..”(1)*

### 7.3.1 Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet

Lääkärien ja sairaanhoitajien haastatteluissa pääkategoria Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet muodostui yläkategorioista; Päihdeteiden käyttäjien laaja-alaisempi hoito, Päihdehoitajan helppo ja nopea hyödyntäminen ja Työntekijöiden osaamisen vahvistaminen.

#### **Päihdeiden käyttäjien laaja-alaisempi hoito**

Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat jatkossa tarvitsevansa apua erityisesti haastavampien päihdeiden käyttäjien hoidossa, ja esittivät toiveensa siitä, että päihdehoitajalle voisi jatkossa ohjata vapaasti kaikenlaisia päihdeiden käyttäjiä, eikä työ olisi painottunut pelkästään ennaltaehkäisevään otteeseen.

*”niin, no kyllä mää kannattaisin sitä että se laajenis.. että se ois muutakin kuin tätä ennaltaehkäisevää.. sitä vois kyllä laajentaa näihin käyttäjiin joilla on jo se ongelma..”(4)*

*”no nimenomaan siihen suuntaan ettei mitään rajoja laiteta..”(1)*

*”..mielellään ohjattais niitä hankalampia potilaita..”(1)*

#### **Päihdehoitajan helppo ja nopea hyödyntäminen**

Tärkeäksi nähtiin myös, että päihdehoitaja on fyysisesti läsnä terveysasemalla, ja että toiminta on joustavaa ja matala kynnyksistä. Tärkeäksi kuvattiin että päihdehoitaja on helposti konsultoitavissa ja tarvittaessa nopeastikin hyödynnettävissä. Päihdeiden käyttäjät koettiin ryhmäksi joka sitoutuu huonosti pitkälle meneviin aikatauluihin ja eri hoitopaikkoihin ohjaukseen, ja että helppo ja nopea päihdehoitajalle pääsy olisi ratkaisu näihin ongelmiin.

*”..pitäis olla siinä niinku mahdollisimman lähellä ja nopeesti hyödynnettävissä, paikalla silloin kun on mahdollista niihin asioihin puuttua..”(1)*

*”..sekin että se on samassa talossa, se on tärkeä, että se on helposti sitten niinku saatavilla, sitten se että pystyy vaikka heti tarttumaan..”(3)*

*”..niihin ei mitkään ajat päde, ne tulee milloin huvittaa, niin silloin pitäis olla sitä joustavuutta sitten, että sais hoidon piiriin..”(1)*

### **Työntekijöiden osaamisen vahvistaminen**

Laajoja koulutustoiveita lääkärit ja sairaanhoitajat eivät haastatteluissa esille nostaneet, mutta lyhyttä koulutusta puheeksiotosta, sekä osaamisen vahvistamista päihdehoitajalle ohjaamisessa esitettiin tarvittavan.

*”..ehkä vähän vahvistusta niihin keinoihin, millä tavalla sitä voi omassa työssä tunnistaa ja antaa sitä alkuapua vaikka..”(3)*

*”..no ehkä silleen ihan lyhyesti ne käytännön keinot että minkälaisin sanoin voidaan ohjata sinne päihdehoitajalle.. kun potilaat monesti vaivautuu kun kuuleekin sanan päihdehoitaja, että miten sitten luontevasti kävis se että ne suostuis..”(4)*

### **7.3 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen päihdehoitajien kokemana**

Tutkimuksen tulokseksi Päihdehoitajatoiminnan toteutumisesta päihdehoitajien kokemana muodostui kolme pääkategoriaa; Päihdehoitajalle ohjautuminen, Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili ja Päihdehoitajan työn sisältö (ks. taulukko 4). Aineiston luokittelu on esitetty opinnäytetyön lopussa (ks. liite 6).

TAULUKKO 4. Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen päihdehoitajien kokemana

Pääkategoria	Yläkategoria
Päihdehoitajalle ohjautuminen	Itse ohjautuva asiakas
	Työntekijän ohjaama asiakas
	Ohjaamisen aktiivisuuden erot
Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili	Päihteiden käyttöprofiili
	Muutokseen motivoituneisuus
	Aiempi päihdepalveluiden käyttö
Päihdehoitajan työn sisältö	Asiakastyö
	Asiakkaan asioiden hoito
	Päihdehoitajatoiminnan edistäminen
	Päihdehoitajatyötä tukeva ja kehittävä toiminta
	Asiantuntija-apu henkilöstölle

### 7.3.1 Päihdehoitajalle ohjautuminen

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajalle ohjautuminen muodostui yläkategorioista; Itseohjautuva asiakas, Työntekijän ohjaama asiakas ja Ohjaamisen aktiivisuuden erot.

#### **Itse ohjautuva asiakas**

Päihdehoitajat kuvasivat haastattelussaan, että asiakkaita heidän vastaanotoilleen oli tullut itse ohjautuvasti, ilman että kukaan työntekijä olisi heitä ohjannut tulemaan. Itseohjautuvia asiakkaita kuvattiin tulleen erityisesti sellaisten lehtijuttujen jälkeen, joissa oli kerrottu päihdehoitajatoiminnasta.

*”..sitten on myös niitä keitä kukaan ei oo ikään kuin ohjeistanut, ne on vaan ite ottanut yhteyttä, joku oli lehtijutun perusteella soittanut..”(5)*

*”..ja sit on näitä jotka on ite ollut aktiivisia, että on ite hakenut tietoa..”(5)*

*”..itseohjautuvia asiakkaita on tullut niiden lehtijuttujen jälkeen”(5)*

### **Työntekijän ohjaama asiakas**

Itse ohjautuvien asiakkaiden lisäksi asiakkaita päihdehoitajille ohjautuu runsaasti erilaisien työntekijöiden ohjaamina. Avosairaanhoidon vastaanottojen työntekijöiden lisäksi asiakkaita päihdehoitajille ohjaavat niin sairaanhoitopiirin -, terveyskeskussairaalan -, sosiaalipalveluiden -, työterveyshuollon -, kuin seurankunnan työntekijätkin. Myös poliiseilta ohjautuu asiakkaita rattiseurantoihin.

*”..depressiohoitajat.. tota kyllä aluelääkäritkin ohjaa, sitten psypästä on tullut mulle, kangasvuoren sairaalasta..”(5)*

*”..lääkärit ja hoitajat, päiväkeskus, psykiatrian poliklinikka, ja osastot, ja samoin kuin täällä on nää sairaalan osastot sitten, tuolta psykiatrisesta päivystyksestä, ja ne poliisin ohjaamat ratit..”(5)*

### **Ohjaamisen aktiivisuuden erot**

Päihdehoitajat kuvasivat haastattelussaan, että ohjaamisessa on ilmennyt suuria työntekijä ja työyksikkö kohtaisia ohjaamisen aktiivisuuden eroja. Niin että osa työntekijöistä ja työyksiköistä ohjaa paljon asiakkaita ja osa vähän tai ei ollenkaan asiakkaita.

*”..että se on varmaan merkittävä asia, että se tavallaan on niin yksilökohtaista..”(5)*

*”Selkeesti on vielä niin että lääkäreistäkin on ne tietyt lääkärit jotka ohjaa, että varmaan jos lukumääräisesti.. niin osa on selkeesti aktiivisempia..”(5)*

*”..mutta se on ollut vähän terveyskeskus kohtaista, että ei välttämättä joka terveysasemalta, vähän niinku vaihtelevasti..”(5)*

### **7.3.2 Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili**

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili muodostui yläkategorioista; Päihteiden käyttöprofiili, Muutokseen motivoituneisuus, Aiempi päihdepalveluiden käyttö.

#### **Päihteiden käyttöprofiili**

Haastattelussa pyrittiin selvittämään, ovatko päihdehoitajalle ohjautuvat asiakkaat

alkuperäisen suunnitelman mukaista pääkohderyhmää, eli alkoholin riski- ja haittakäyttäjii, vai ohjautuuko asiakkaiksi pääasiassa kohderyhmän ulkopuolelle jääviä, kuten päihderiippuvaisia ja sekakäyttäjii. Haastattelussa päihdeiden käyttöprofiilista nousi esille, että alkoholin riskikäyttäjien lisäksi päihdehoitajien vastaanotoille ohjautuu runsaasti erilaisten päihderiippuvuuksien kanssa kamppailevia asiakkaita.

*”No kyllä varmaan suurin osa on muuta kuin riskikäyttäjii, varmaan aika moni on jo siellä riippuvuudessa, tai sitten sekakäyttäjii.”(5)*

*”..ehkä pienempi osa on tosiaan sitä varsinaista kohderyhmää eli riskikäyttäjii, että sitä muuta porukkaa on sitten enempi.”(5)*

*”..riippuvuusongelmissa olevia, että riskikäyttäjii on vähemmän, mutta niitäkin löytyy.”(5)*

### **Muutokseen motivoituneisuus**

Haastattelussa päihdehoitajien kokemuksista ilmeni, että alkoholiriippuvuuden erottaminen riski- ja haittakäytöstä ei ole aina yksinkertaista, eikä joka tapauksessa edes välttämätöntäkään, vaan tärkein asia on muutokseen motivoituneisuus.

*”..ehkä joku sellainen sitten määrittää sen että kuinka motivoituneita ne ihmiset on, että heti semmonen vaikka ei oo mikään suurkuluttaja mutta jos ei oo yhtään muutosmotivaatiota.. tuntuu että se ihminen on jo tosi riippuvainen koska se ei halua muutosta..”(5)*

*”Se on se motivaatio se tärkeä sana, ihan sama missä ne ongelmat on menossa, jos se oma motivaatio sieltä löytyy.”(5)*

### **Aiempi päihdepalveluiden käyttö**

Päihdehoitajien haastattelussa nostettiin myös esille asiakkaiden kahtia jakautuminen aiempien päihdepalveluiden käytön suhteen. Osa asiakkaista hakeutuu ensimmäistä kertaa päihdepalvelujen piiriin tullessaan päihdehoitajalle, osalla puolestaan on runsaasti aiempia hoitokontakteja päihdepalveluissa.

*”On selkeesti niitä keillä on pitkä se hoitopolku, paljon päihdepalveluita tai psykiatrisen puolen hoitokontakteja, mutta sitten aika moni on myös tällainen joka ensimmäistä kertaa tulee puhumaan niistä asioista.”(5)*

### 7.3.3 Päihdehoitajan työn sisältö

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajien työn sisältö muodostui yläkategorioista; Asiakastyö, Asiakkaan asioiden hoito, Päihdehoitajamallin edistäminen, Päihdehoitajatyötä tukeva ja kehittävä toiminta ja Asiantuntija-apu henkilöstölle.

#### **Asiakastyö**

Päihdehoitajien asiakastyö sisältää sekä yksilötapaamisia asiakkaiden kanssa, että erilaisia verkostopalavereja joissa asiakkaan ja päihdehoitajan lisäksi on myös muita työntekijöitä mukana.

*”..sitten on tää päivystys, aamuvastaanottojen aikaan, jonkun verran niitä avokatkaisuja, ja muutenkin sellaisia päivystysluonteisia käyntejä, lyhyempiä, jotka sitten voi olla mitä tahansa asiaa koskien..”(5)*

*”..sitten on nää osastokäynnit.. niin siellä käyn sitten asiakkaita kattomassa ja sopimassa suunnitelmia, sitten on nää tämmöset tosiaan erilaiset verkostokäynnit missä on sosiaalihoito ja mitä siihen aina kulloinkin.. päiväkeskus ja muita työntekijöitä..”(5)*

#### **Asiakkaan asioiden hoito**

Asiakastyön lisäksi asioiden hoitoa tapahtuu myös varsinaisten tapaamisten ulkopuolella. Päihdehoitajat kuvasivat puheluita tulevan pitkin päivää. Myös kirjaaminen kuvattiin aikaa vieväksi osaksi työnkuvaa. Lisäksi laituskuntoutus- ja maksusitoumus asiat olivat vielä haastattelujen aikaan toukokuussa osa päihdehoitajien työn sisältöä.

*”Kirjaaminen on aika iso osa.. että aika paljon tulee kirjoitettavaa varsinkin ensimmäisellä käynnillä ja seurannoissa”(5)*

*”..ja sitten on mennyt näihin, mitkä ei varsinaisesti meidän työnkuvaan kuulu, näihin laituskuntoutus ja maksusitoumusasioihin, menee ajoittain aikaa aika paljonkin”(5)*

*”ja puhelut on kanssa tietysti yks semmonen, niitä tulee pitkin päivää”(5)*

## **Päihdehoitajanmallin edistäminen**

Päihdehoitajanmallin edistäminen on myös kuulunut kiinteänä osana päihdehoitajien työhön uuden toimintamallin käynnistyessä. Päihdehoitajat ovat käyneet esittelemässä toimintaansa erilaisissa työyksiköissä, ja osa on perehdyttänyt henkilöstöä ja opiskelijoita myös kahdenkeskisten keskustelujen ja päihdehoitajan vastaanotolla tapahtuvan mukana olon keinoin.

*”..sitten on ollut tällöisiä koulutustilaisuuksia, sairaanhoitopiirin, missä on oltu puhumassa tai sitten opiskelijaterveydenhuollosta on pyydetty puhumaan, että on niinku kierretty esittelemässä meidän toimintaa, ja psykiatrian avopuolen yksiköitten kanssa, niissä on kierretty ja semmosta niinku näkyväks teke- mistä tai semmosta tiedotusta, semmosta on paljon liittynyt”(5)*

*”..on muutama hoitajakin käynyt sillä tavalla että on niinku juteltu ja mietitty yhdessä mitä.. tai oon niinku lähinnä esiteltyt että mitä se on se työ ja mietitty niitä perusasioita alkoholiin liittyen..”(5)*

*”..niin kyllä on mennyt aikaa siihen kun on tehty paljon kaikkea kirjallista.. siitä lähtötilanteesta on paljon pyritty dokumentoimaan”(5)*

## **Päihdehoitajatyötä tukeva ja kehittävä toiminta**

Päihdehoitajien työtä tukeviin ja kehittäviin kokouksiin, tiimitapaamisiin, johtoryhmiin ja työnohjauksiin osallistuminen kuvattiin myös kuuluvan päihdehoitajien työn- sisältöön.

*”..onhan meillä näitä yhteisiä tiimejä ja työnohjausta, ja hallintotiimejä, ja psykiatrian johtoryhmiä ja kokouksia niin sanotusti..”(5)*

## **Asiantuntija-apu henkilöstölle**

Asiantuntija-apun antaminen henkilöstölle kuvattiin myös osaksi työnsisältöä. Asiantuntija-apun antaminen on päihdehoitajien mukaan pitänyt sisällään sekä kouluttamista että konsultaatioita henkilöstöstä nousseiden tarpeiden mukaan.

*”..esimerkiksi ensi viikolla mä meen puhumaan alkoholin haittavaikutuksista, ne halus hoitajat..”(5)*

*”..joku on kysynyt kahvipöydässä, että semmosta vähän niinkuin ikään kuin opastusta, tai konsultointia, tai mitä se sitten on..”(5)*



## 7.4 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana

Tutkimuksen tulokseksi Päihdehoitajatoiminnan kehittämisestä päihdehoitajien kokemana muodostui kolme pääkategoriaa; Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät, Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät ja Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet (ks. taulukko 5). Aineiston luokittelu on esitetty opinnäytetyön lopussa (ks. liite 6).

TAULUKKO 5. Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana

Pääkategoria	Yläkategoria
Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät	Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen
	Päihdehoitajan ominaisuudet
	Työntekijöille annettu tuki
	Henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen
Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät	Esimiestyön riittämättömyys
	Henkilöstön negatiiviset asenteet ja muutosvastarinta
	Päihdetyön organisoimattomuus
	Organisaatio
Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet	Päihdehoitajan tehtävän selkiyttäminen
	Esimiestyön kehittäminen
	Henkilöstön päihdetyön osaamisen lisääminen
	Tulevaisuuden työntekijöiden päihdeosaamiseen vaikuttaminen

### 7.4.1 Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät muodostui yläkategorioista; Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen, Päihde-

hoitajan ominaisuudet, Työyhteisölle annettu tuki ja Henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen.

### **Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen**

Kaikenlainen tiedottaminen päihdehoitajatoiminnasta nousi haastattelussa päihdehoitajamallia edistäneeksi tekijäksi. Tiedottamista päihdehoitajat kuvasivat tehneensä kiertämällä työyksiköissä toimintaansa esittelemässä, sekä tekemällä ja jakamalla esitteitä, tiedotteita ja yhteystietojaan. Tehokkaaksi tiedottamisväyläksi olivat osoittautuneet myös lehtijutut.

*”no varmaan ainakin kaikkien näiden tiedotteiden ja materiaalien tekeminen, esitteiden ja yhteystietojen laittaminen eteenpäin..”(5)*

*”..lehtijututhan on edistänyt, tiedotus..”(5)*

### **Päihdehoitajan ominaisuudet**

Päihdehoitajamallia edistäneiksi tekijöiksi haastattelusta nousivat myös päihdehoitajan ominaisuudet. Toimintaa edistäneiksi ominaisuuksiksi kuvattiin päihdehoitajien aktiivisuutta, uskoa ja innostusta omaan työhönsä, sekä taustalta löytyvää päihdetyön kokemusta.

*”..usko tähän omaan työhön on tosi vahva, ja innostus, että kyllä me nyt varmaan kaikki ollaan innostuneita työstä ja uskotaan siihen.”(5)*

*”musta on tärkeä se että meillä kaikilla on päihdetyön kokemus..”(5)*

*”..ollaan niinku hakeuduttu sinne avosairaanhoidon henkilöstön piiriin, ja niihin henkilöstökokouksiin..”(5)*

### **Työntekijöille annettu tuki**

Työntekijöille annettu tuki nousi haastattelussa esille sekä niin että päihdehoitajat kuvasivat olleensa tukena oman työyhteisönsä työntekijöille, sekä niin, että päihdehoitajat kuvasivat olleensa tukena toisilleen.

*”ja varmaan on oltu sellaisia niinku palvelualttiita, että mitä vaan on kysytty*

*niin on kyllä pyritty auttamaan ja vastaamaan niihin tarpeisiin”(5)*

*”..että me on oltu niinku tavallaan tiiminä, koska niin yksin ollaan täällä, niin tavallaan toisiltamme ollaan saatu tuki sitten”(5)*

### **Henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen**

Henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen nähtiin päihdehoitajamallia edistäneenä tekijänä. Positiivista vaikutusta koko henkilöstöön nähtiin olevan sillä, jos terveysasemalla toimiva päihdeyhdyshenkilö oli aktiivinen. Aktiivinen päihdeyhdyshenkilö nähtiin väylänä terveysasemalle ja asioiden eteenpäin menon edistäjänä. Myönteistä vaikutusta asenteisiin uskottiin olevan myös asiakkaiden antamalla myönteisillä palauteilla henkilökunnalle päihdehoitajalla käynnistään.

*”sitten mulla ainakin tulee tällainen ajatus että jos se päihdeyhdyshenkilö on aktiivinen, niin sillä on aika iso merkitys ainakin..”(5)*

*”mää ajattelen että se ainakin edistää se potilaiden antama palaute siellä lääkäreille, että jos asiakkaat sanoo vaikka että on vähentäneet alkoholin käyttöä..”(5)*

### **7.4.2 Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät**

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät muodostui yläkategorioista; Esimiestyön riittämättömyys, Henkilöstön negatiiviset asenteet ja muutosvastarinta, Päihdetyön organisoimattomuus, Organisaatio.

#### **Esimiestyön riittämättömyys**

Päihdehoitajien haastattelussa nousi esille kokemus esimiestason tuen puuttumisesta, esimiestason aktiivisuuden puuttumisesta, sekä esimiestason antamien selkeiden ohjeiden puuttumisesta. Esimiestyö koettiin riittämättömäksi sekä päihdehoitajien oman esimiestahon eli erikoissairaanhoidon osalta, että myös perusterveydenhuollon osalta, eli siellä missä työ käytännössä toteutuu.

*”kyllä mää ainakin ajattelen että semmonen niinku esimiestason tuen puuttuminen, ja esimiestason aktiivisuuden puuttuminen..”(5)*

*”meillä ei oo ollut tässä niinku sellasta esimiestasoa joka ois ymmärtänyt päihdeongelmasta..”(5)*

*”..ei oo ollut sitä esimiestahoa, joka ois niinku tuonut ne asiat, että tässä menään nyt näin ja näin..”(5)*

### **Henkilöstön negatiiviset asenteet ja muutosvastarinta**

Päihdehoitajat nostivat haastattelussaan esille myös perusterveydenhuollon työntekijöistä kokemukseen johtuvat päihdehoitajamallia estäneet tekijät. Päihdehoitajat kuvasivat, että työntekijöistä valtaosan asennoituminen päihdeasioita kohtaan ei ollut kovin positiivista eikä innostunutta. Myös muutosvastarinta uutta toimintamallia kohtaan nostettiin esille.

*”..semmoset niinku henkilökohtaiset asenteet päihdeasiaa kohtaan ylipäättänsä perusterveydenhuollon työntekijöillä, ei tietenkään kaikkiin voi yleistää, että kaikilla, että kaikilla olis semmonen asennoituminen, mutta varmaan valtaosalla vois ajatella, että se asennoituminen ei oo semmonen kauheen positiivinen ja innostunut tähän asiaan..”(5)*

*”että välillä tulee semmonenkin olo, että onko jo menetetty nää semmoset pitkänlinjan konkarit, jotka ei oo enää valmiita omaksumaan uudenlaista työtettä”(5)*

*”ja ettei oo tavallaan henkilökuntakaan ollut silleen valmiskaan ottamaan vastaan kauheesti uutta..”(5)*

### **Päihdetyön organisoimattomuus**

Päihdehoitajat nostivat estäneiksi tekijöiksi sekä laajemmin koko päihdepalveluiden, että myös päihdehoitajatoiminnan organisoimattomuuden. Kuntien erilaiset käytännöt, päihdestrategian puute ja palveluiden hajautuneisuus koettiin toimintaa hankaloittavana tekijänä. Päihdehoitajatoiminnalle ei päihdehoitajien mielestä oltu tehty riittävää pohjatyötä heidän aloittaessa työtään, ja toiminnan koettiin käynnistyneen epätasaisesti.

*”..erilaiset käytännöt, niin se on kyllä semmonen mikä on estänyt ja ihan hirveesti hämmentänyt, tuntuu että kukaan ei ihan tarkkaan tiedä mitä missäkin kunnassa tapahtuu..”(5)*

*”..toinen mikä puuttuu niin on tämmönen niinku päihdestrategia, sitä ei oo, ja sitten, palvelut on tosi niinku hajautettu..”(5)*

*”ja varmaan semmonenkin, tai ite aattelin että se että tää on käynnistynyt*

*niin voisko sanoa epätasaisesti”(5)*

*”..tai ei oo ainakaan tullut eteen että täällä ois tehty pohjatyötä sille että oltais niinku tulossa, tai mitä se tarkoittaa käytännössä kun päihdehoitaja tulee tänne työskentelemään..”(5)*

## **Organisaatio**

Organisaatiosta lähtöisin oleviksi estäneiksi tekijöiksi päihdehoitajat kuvasivat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen samanaikaiset muut omat suuret muutokset ja epävarmuuden. Toimintaa estäneeksi tekijöiksi nostettiin myös se, että päihdehoitajat ovat hallinnollisesti eri organisaation työntekijöitä kuin valtaosa muusta henkilöstöstä terveysasemilla.

*”..nääh jyten omat suuret muutokset ja mylläkät, ja semmonen epävarmuus siitä omasta”(5)*

*”ja kyllä sekin on jonkunlainen este että me ollaan sairaanhoitopiirin työntekijöitä, ollaan eri hallinnollista organisaatiota”(5)*

### **7.4.3 Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet**

Päihdehoitajien haastattelussa pääkategoria Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet muodostui yläkategorioista; Päihdehoitajan tehtävän selkiyttäminen, Esimiestyön kehittäminen, Henkilöstön päihdetyön osaamisen lisääminen ja Tulevaisuuden työntekijöiden päihdeosaamisen vaikuttaminen.

#### **Päihdehoitajan tehtävän selkiyttäminen**

Päihdehoitajien työn selkiyttämiseksi työlle kuvattiin tarvittavan yhteisiä raameja ja käytänteitä, työn koordinoitua, sekä yhteisiä foorumeja käytänteiden luomiselle.

*”että varmaan silleen niinku semmosia raameja ja tavallaan niitä käytänteitä pitäis luoda että miten.. että yhteisiä foorumeja”(5)*

*”..koulutuksesta, niin tietäis että mitä milläkin terveysasemalla niinku tarvitaan, ja jotenkin niinku semmosta koordinoitua että mitä tehhään niinku missäkin vaiheessa..”(5)*

### **Esimiestyön kehittäminen**

Päihdehoitajien haastatteluissa kehittämistarpeista nousi selkeästi esille toive esimiestyön kehittämisestä. Esimiestasolta toivotaan jatkossa enemmän aktiivisuutta ja tukea päihdehoitajatoiminnalle.

*”..esimiehet ottaa hoitaakseen ne omat tehtävät, ja me pystyttäis keskittymään siihen omaan työhön..”(5)*

*”..sekä meidän oman organisaation että jytien esimiesten niinku tavallaan se tuki ja lähteminen mukaan tähän..”(5)*

### **Henkilöstön päihdetyön osaamisen lisääminen**

Päihdehoitajat näkivät myös henkilöstön päihdetyön osaamisen lisäämisen yhdeksi kehittämistarpeeksi. Henkilöstölle esitettiin jatkossa tarvittavan koulutusta ja motiivointia päihdetyöhön, sekä osaamisen varmistamista. Hyvänä nähtiin myös ajatus siitä, että jokainen henkilöstöstä tekisi itse AUDIT-testin, ja voisi näin havahtua kyselyn toimivuudesta ja siitä kuinka herkästi pisteet siinä nousevat riskikäytön tasolle.

*”..koulutus nimenomaan just ois se yks väylä vaikuttaa niihin asenteisiin..”(5)*

*”..että voitais varmentaa sitä osaamista, jos sitä pidetään tärkeenä..”(5)*

*”..nähdä miten se toimii herätteenä, se auditin tekeminen..”(5)*

*”että jokainen joka sen tekee itse niin huomaa, jos yhtään käyttää alkoholia, niin huomaa että kyllähän ne pisteet sitten aika äkkiä nousee..”(5)*

### **Tulevaisuuden työntekijöiden päihdeosaamiseen vaikuttaminen**

Lisäksi kehittämisideaksi nostettiin tulevaisuuden työntekijöiden päihdeosaamiseen vaikuttaminen. Tähän nähtiin yhtenä keinona oppilaitoksiin opettamaan meneminen.

*”..että pitäiskö meidän niinku mennä tonne oppilaitoksiin, sairaanhoidon ja terveydenhuollon oppilaitoksiin, sosiaalialan oppilaitoksiin, ja opettaa siellä niinku sitä puheeksiottoa, ja ehkä seuraava sukupolvi ois viisaampi..”(5)*

## 8 Pohdinta

### **8.1 Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen toimintamalliin peilaten**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kuinka Jyväskylän päihdehoitajatoiminta toteutuu ja kuinka sitä tulisi jatkossa kehittää. Toiminnan toteutumisesta tarkasteltiin suhteessa lähtökohdaksi esitettyyn toimintamalliin. Toimintamallin lähtöajatuksena oli että toiminnan tuella luodaan päihdeongelmaisen potilaan varhaisen tunnistamisen, varhaisen puuttumisen ja hoidon sekä erikoispalveluihin hoitoon ohjauksen malli terveysasemalle.

Päihdehoitajatoiminnan toimintamallissa määriteltiin, että toiminnan puitteissa hoidetaan pääasiassa alkoholin riskikäyttäjryhmiin kuuluvia potilaita, ja heidät tunnustetaan terveysasemien potilaista. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan todeta, ettei tämä tavoite ole toteutunut. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemukset alkoholin riskikäyttäjien tunnistamisen ja päihdehoitajalle ohjaamisen haastavuudesta. Osassa terveysasemia päihteiden sekakäyttäjää kerrottiin olevan alkoholin riskikäyttäjää enemmän, ja osassa terveysasemia alkoholin käyttäjiä ei koettu isoksi asiakasryhmäksi. Koska terveydenhuollon naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjää (Alkoholi-ongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2011), voidaan olettaa, että alkoholin riskikäyttäjää jää vastaanotoilla tunnistamatta paljon. Myös päihdehoitajien vastaukset tukivat näkemystä lähtökohtaisen tavoitteen toteutumattomuudesta. Päihdehoitajat kuvasivat haastattelussaan, etteivät alkoholin riskikäyttäjät olleet pääasiallinen heille ohjautunut asiakasryhmä, vaan alkoholin riskikäyttäjien lisäksi vastaanotolle ohjautui runsaasti päihderiippuvaisia ja sekakäyttäjää.

Lääkärit ja sairaanhoitajat nostivat myös esiin, että vaikka alkoholin riskikäyttäjää vastaanotolla tunnistettaisiinkin, ei hän useinkaan halunnut ohjautua päihdehoitajalle jatkohoitoon. Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat, että päihdeongelman myöntäminen ja käsittely on usein vaikea asia asiakkaalle, ja esimerkiksi päihdehoitaja-nimike nähtiin

esteenä asiakkaan päihdehoitajalle hakeutumisessa. Väyrynen (2011) toteaa Pro gradu -työnsä tiivistelmässä, että alkoholiongelmaisen naisen pelko näyttäytyy pelkona päihdeongelman paljastumisesta ja sitä kautta leimautumisesta, ja häpeän tunteella on juomista lisäävä vaikutus. Häpeän tunteen laajamittaiset vaikutukset yksilön elämään ja hyvinvointiin tulisi ottaa huomioon enemmän päihdetyötä kehitettäessä (Väyrynen 2011, 112).

Lähtökohdaksi toimintamallille asetettiin myös tavoite, että jokaisella terveysasemalla alkoholin riskikäyttäjät seulotaan AUDIT-kyselyin. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa nousi esille, ettei AUDIT-kyselyä käytetty yksinomaan seulonnan menetelmänä, vaan alkoholin käytöstä kysyminen ja keskusteleminen kuvattiin käytetyimmäksi ja luonnollisimmaksi tavaksi seuloa asiakkaiden alkoholin riskikäyttöä. Opinnäytetyön tekijä jäikin pohtimaan AUDIT-kyselyn korostettua roolia ja kysymisen ja keskustelun puuttumista toimintamallin tavoitteissa. Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan tärkein alkoholiongelman diagnosointikeino on keskustelu potilaan kanssa, mutta apuna voidaan käyttää myös kyselylomakkeita ja laboratorio-mittareita.

Tavoitteissa etukäteen määritellyt seulottavat asiakasryhmät nousivat lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa selvästi esille. Alkoholin käyttöä kuvattiin kysyttävän, kun asiakas tulee vastaanotolle verenpainetaudin, diabeteksen, heittelevän INR – tasapainon, depression, unettomuuden tai tapaturman vuoksi. Lisäksi alkoholin käytöstä kerrottiin kysyttävän silloin, kun asiakkaalla toistuvia sairauslomia, sekä erilaisten terveystarkastusten yhteydessä. Opinnäytetyön tekijä pitää erittäin todennäköisenä, että kaikki lääkärit ja sairaanhoitajat eivät ota aina alkoholin käyttöä puheeksi kyseisten asiakasryhmien kohdalla, vaikka nämä ryhmät tulivatkin kuvatuiksi hyvin haastatteluissa. Ajatusta siitä, etteivät kaikki ota aina alkoholin käyttöä puheeksi kyseisten asiakasryhmien kohdalla, tukee myös haastatteluissa esiin nousseet eroavaisuudet alkoholin käytön kysymisen haastavuudesta. Tulosten mukaan osa lääkäreistä ja sairaanhoitajista kokee alkoholin käytöstä kysymisen haastavana, kun osa puolestaan kuvasi toteuttavansa sitä rohkeasti ja luonnollisesti. Myös päihdehoitajien haastattelusta kuvastui erot työntekijöiden välillä niin, että osa työntekijöistä ohjasi paljon asiakkaita päihdehoitajille ja osa ei. Myös Helsingissä Terveysasema kuntalaisen käyttö-



liittymänä –hankkeessa nousivat esille erot terveysasemien työntekijöiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä niin, että jokaisella terveysasemalla on lääkäreitä ja hoitajia, joiden kanssa yhteistyötä tehdään vähemmän kuin toisten kanssa (Lyly 2012, 42). Jyväskylän päihdehoitajatoiminnan toimintamallin tavoitteissa asiakasryhmiksi määritellyt muistihäiriö- ja kiputila-asiakkaat eivät nousseet missään haastattelussa esille ryhminä joilta alkoholin käytöstä kysyttäisiin.

Toimintamallin tavoitteeksi asetettiin alussa, että AUDIT-kyselystä 6-14 pistettä saaneille naisille ja 8-14 pistettä saaneille miehille tehtäisiin aluesairaanhoitajan ja alue-lääkärin toimesta mini-interventio sekä yli 14 pistettä saaneille tehtäisiin mini-interventio ja heille varattaisiin aika päihdehoitajalle (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa ei ilmennyt, että mini-interventio ja päihdehoitajalle ohjaus olisivat perustuneet AUDIT-kyselystä saatuun pistemäärään. Mini-interventio kerrottiin tehtäväksi, kun asiakkaalla havaittiin olevan alkoholin liiallista käyttöä ja päihdehoitajalle ohjaaminen tapahtui, kun joko työntekijä tai asiakas itse koki sen tarpeelliseksi.

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa mini-intervention kohderyhmäksi lähes kaikki haasteltavat kertoivat kaikki alkoholia liikaa käyttävät asiakkaat. Ainoastaan yhdessä vastauksessa nousi esille mini-intervention käyttö ennaltaehkäisevänä hoitomuotona. Mini-intervention kohderyhminä ovat riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät potilaat. Se voidaan antaa myös alkoholiriippuvaiselle, jos hänellä ei ole vielä halukkuutta muuhun hoitoon sekä niissä tilanteissa, joissa liikakäytön muoto ei ole vielä tiedossa. Yleensä neuvonta ei yksinään ole kuitenkaan riittävä toimenpide riippuvuudessa. (Aalto & Seppä 2009, 20.) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä Teoriasta toimivaksi käytännöksi hankkeen alkukartoitus paljasti muun muassa, että mini-intervention oikean kohderyhmän tunnisti vain noin joka neljäs vastaajista (Hyvönen & Kainulainen 2008, 36). Opinnäytetyön tekijä pohti haastattelujen jälkeen, että jatkossa vastaanotoilla voisi olla hyödyllistä käydä läpi eroja alkoholin riskikäyttäjien, alkoholia haitallisesti käyttävien ja alkoholiriippuvaisten välillä. Myös erilaiset hoitolinjaukset ryhmien välillä olisi hyvä käydä läpi.

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa mini-intervention sisältöä kuvattiin vaihtelevaksi. Osa haastateltavista kuvasi mini-interventiotaan laajaksi ja monipuoli-

seksi, kun taas osa näki, että mini-interventio toteutuu kun asiakkaalta kysytään alkoholin käytöstä. Opinnäytetyön tekijä jäikin haastattelujen jälkeen pohtimaan, että jatkossa mini-intervention toteutukseen tulisi saada yhtenäisemmät käytännöt toiminnan tasalaatuistamiseksi vastaanotoilla. Toiminnan tasalaatuistamiseksi tarvitaan koulutusta ja tukea. Sutinen (2010, 128) toteaaakin väitöskirjassaan, että työntekijät tarvitsevat tutkimuksellista tietoa, käytännön harjoitusmahdollisuuksia ja johtajien tukea, jotta mini-interventiosta tulisi pysyvä työmenetelmä. Myös Seppä (2006, 10) toteaa että alkoholiongelmaisten kanssa työskentelevät perusterveydenhuollon työntekijät tarvitsevat koulutusta, käytännön harjoittelua sekä tukea antavan työympäristön lisäämään sitoutumista ja luottamusta omiin taitoihin.

Toimintamallin lähtökohdaksi asetettiin, että päihdehoitaja arvioi hänelle ohjautuvan asiakkaan tilan, toteuttaa tarpeita vastaavan neuvonnan ja hoidon, sekä ohjaa asiakkaan tarvittaessa jatkohoitoon. Lisäksi päihdehoitaja opettaa terveysasemien henkilökunnalle AUDIT-kyselyn ja mini-intervention tekoa, hoitaa alkoholin käytön katkaisuhoidon avohoidossa ja rattijuopumuksen seurauksena ajokortin menettäneiden alkoholiongelmaisten käynnit, sekä järjestää päihdeongelmaisille ryhmätoimintaa. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Päihdehoitajien haastattelussa kuvastui, että päihdeasiakkaiden tilan arviointi, neuvonta ja hoito toteutuivat heidän vastaanotoillaan hyvin. Myös avokatkaisuja ja rattiseurantoja kerrottiin tehtävän. Päihdeongelmaisten ryhmätoiminta ei ollut vielä käynnistynyt. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluista yhdessä todettiin että päihdehoitaja oli käynyt terveysasemalla opettamassa mini-intervention tekoa. AUDIT-kyselyn opettaminen ei noussut missään haastattelussa esille. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen tuloksia tarkastellessa voi todeta, ettei päihdehoitajan tehtäväksi asetettu AUDIT-kyselyn ja mini-intervention opettaminen terveysasemien henkilökunnalle ole toteutunut riittävän hyvin. Tämän tutkimuksen valossa päihdehoitajilta tarvitaan lisää opastusta ja tukea AUDIT-kyselyn ja mini-intervention opettamisen lisäksi alkoholin riskikäyttäjien tunnistamiseen, puheeksiottoon ja päihdehoitajalle ohjaamiseen.

Päihdehoitajatoiminnan toimintamallin periaatteiden lähtökohdissa määriteltiin, että potilaan perhe ja lapset huomioidaan hoidossa ja että potilaan hoidon jatkuvuuden suunnittelusta huolehditaan yhdessä potilaan ja hänen läheisten kanssa. (Päihdehoi-

tajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Päihdeongelmaisen asiakkaan perheen ja lapsien huomioinen hoidossa nousi esille niin, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa kuvattiin päihdehoitajien vastaanotolle ohjattavan päihdeongelmaisen läheisiä. Myös alkoholi mini-intervention yhteydessä lapset ja lapsenlapset kuvattiin otettavan puheeksi silloin, kun haluttiin motivoida asiakasta heidän vuokseen vähentämään alkoholin käyttöään. Päihdehoitajien haastattelussa asiaa sivuttiin kertomalla, että asiakkaita heille on ohjautunut lastensuojelun kautta. Muutoin perheen ja lapsien huomioiminen hoidossa ei noussut haastatteluissa lainkaan ilmi. Itäpuisto (2005) toteaa väitöskirjassaan että vain harvat alkoholiongelmaisten vanhempien lapset ovat saaneet lapsuudessaan kaipaamaansa apua. Jatkossa olisikin varmasti tärkeää tuoda tätä näkökulmaa enemmän esille.

## **8.2 Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen haastattelujen valossa**

Päihdehoitajatoiminnan lähtöajatuksena oli että toiminnan kuvaus syventyy ja hioutuu vielä käytännön työssä saatavien kokemusten pohjalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Toiminnan vakiinnuttua asiaa arvioidaan uudelleen. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena onkin, että tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää päihdehoitajatoiminnan kehittämisessä. Lääkäreiltä, sairaanhoitajilta ja päihdehoitajilta kysyttiin tutkimuksessa mitkä asiat ovat edistäneet ja mitkä estäneet päihdehoitajatoiminnan toteutumista, näillä kysymyksillä haluttiin selvittää mitkä ovat niitä tekijöitä mitä kannattaa jatkossakin vaalia, ja mitkä puolestaan niitä mitä pyrkii parantamaan. Lisäksi esitettiin myös suora kysymys kehittämisehdotuksista.

Haastatteluissa sekä lääkärit, sairaanhoitajat että päihdehoitajat kuvasivat toimintaa edistäneiksi tekijöiksi päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekemisen, päihdehoitajan positiiviset ominaisuudet, päihdehoitajan kuulumisen työyhteisöön ja hänen muulle henkilöstölle antamansa tuen. Lisäksi päihdehoitajat kokivat että edistävää vaikutusta oli ollut henkilökunnan asenteisiin vaikuttamisella. Lääkärit ja sairaanhoitajat kuvasivat lisäksi edistäviksi tekijöiksi tutuksi tulleet asiakkaat, ja osa myös sen että alkoholin käytöstä kysyminen oli luonteva osa työtä.

Päihdehoitajat kuvasivat haastattelussaan toimintaa estäneeksi tekijäksi henkilöstön negatiiviset asenteet päihdeasioita kohtaan ja muutosvastarinnan uudelle toimintatavalle. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa opinnäytetyön tekijä ei suoraanaisesti negatiivisia asenteita havainnut, mutta esille nousi kyllä alkoholin käytöstä kysymisen haastavuuden kokemukset. Erityisesti haastatteluista kuvastui, että asiakkaiden loukkaantumisen pelko oli estämässä alkoholin käytöstä kysymistä. Terveyden edistämisen keskuksen selvityksessä (2010) suomalaisista 92 % mukaan alkoholin käytöstä oli sopivaa kysyä, 1 % ei osannut sanoa ja 7 % mielestä kysyminen ei ollut sopivaa (Järvinen & Varamäki 2010, 25). Halosen (2005, 34-35) tutkimuksen mukaan päihdeasiakkaat olisivat toivoneet päihdeongelmaan puuttumista jo varhaisemmassa vaiheessa. Päihdehoitajatoimintaa kehitettäessä on tärkeää, että lääkäreille ja sairaanhoitajille tuodaan tutkimustietoa potilaiden suhtautumisesta alkoholin käytöstä kysymiseen. Lisäksi tarvitaan koulutusta siitä kuinka suhtautua siihen pieneen osaan asiakkaita, joiden mielestä alkoholin käytöstä kysyminen vastaanotoilla ei ole sopivaa, ja jotka loukkaantuvat alkoholin käytöstä kysymisestä.

Lääkärit ja sairaanhoitajat kertoivat haastatteluissaan, että päihdehoitajatoiminnalle alussa määritellyt kriteerit olivat olleet heidän mielestään liian tiukat. Lääkärit ja sairaanhoitajat kokivat, ettei terveysasemien asiakkaista löydy riittävästi sellaisia alkoholin riskikäyttäjiä jotka haluaisivat päihdehoitajalle ohjautua, ja näin ollen päihdehoitajien vastaanottoajat eivät voi heistä täytyä. Lisäksi ongelmaksi koettiin, että kun päihteiden sekakäyttäjiä ei voitu ohjata päihdehoitajalle, he eivät saaneet välttämättä mistään apua. Haastatteluissa kerrottiin, että päihteiden sekakäyttäjät sitoutuvat huonosti erityispäihdepalveluihin hoitoon ohjautumiseen, ja että nämä palvelut eivät ole niin sanottuja matalan kynnyksen päihdepalveluja. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluissa päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeeksi nostettiin päihdeteiden käyttäjien laaja-alaisempi hoito, sekä päihdehoitajan helppo ja nopea hyödyntäminen, eli niin sanotut matalan kynnyksen palvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kasteen (2012-2015, 21) yhtenä tavoitteena on sellaisten mielenterveys- ja päihdepalveluja kehittäminen, joihin on helppo hakeutua. Mieli 2009 -työryhmä ehdottaa (2009, 19) mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi päästä joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskuk-

sen kautta. Terveyskeskuksessa hoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla tehtävän arvion ja alustavan suunnitelman perusteella asiakas ohjataan hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin, joihin hänen tulee päästä joustavasti. Päihdehoitajatoiminnan toimintamallissa määriteltiin, että jos alkoholin riskikäyttöön liittyy myös lääkkeiden väärinkäyttöä ja huumausaineiden yhtäaikaista käyttöä, tehdään päihdehoitajan johdolla selvitys potilaan tilanteesta, arvio hoidon tarpeesta sekä motivointi ja ohjaus tarpeenmukaiseen hoitoon. (Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Opinnäytetyön tekijä jäikin pohtimaan haastatteluja tehdessään päihdehoitajatoiminnan epäselviksi jääneitä käytäntöjä. Osa haastateltavista kuvasi, ettei päihdehoitajalle ollut voinut kriteerien mukaan ohjata muuta kuin pääkohderyhmää, eli alkoholin riskikäyttäjää, kuitenkin toiminnan lähtökohtiin oli kirjattu myös päihdehoitajien tekemät arviot hoidon tarpeesta lääkkeiden väärinkäyttäjille ja huumausaineiden käyttäjille, sekä heidän motivointinsa ja ohjauksensa tarpeenmukaiseen hoitoon.

Haastatteluissa nousi muutoinkin esille epäselvät käytännöt niin päihdehoitajatoiminnan, kuin yleensä päihdepalveluiden suhteen. Kuntien erilaiset käytännöt, päihdestrategian puute ja palveluiden hajautuneisuus koettiin toimintaa hankaloittavana tekijänä. Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suosituksessa, 2011 todetaankin, että hoitojärjestelmän tulisi olla niin selkeä, että sekä ammattiauttajat että autettavat pystyvät käyttämään sitä joustavasti. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, ettei tämä tavoite toistaiseksi toteudu.

Päihdehoitajat nimesivät haastattelussa tulevaisuuden kehittämistarpeeksi päihdehoitajan tehtävän selkiyttämisen ja esimiestyön kehittämisen. Päihdehoitajien työn selkiyttämiseksi työlle kuvattiin tarvittavan yhteisiä raameja ja käytänteitä, työn kordinointia, sekä yhteisiä foorumeja käytänteiden luomiselle. Esimiestasolta päihdehoitajat toivovat jatkossa enemmän aktiivisuutta ja tukea päihdehoitajatoiminnalle, sekä selkeiden ohjeiden antamista. Onnistuneessa muutoksessa on edellytyksenä vahva johtajuus (Surakka 2008, 42). Esimerkiksi se, miten osastonhoitaja suhtautuu ja sitoutuu muutokseen sekä vie asioita eteenpäin, määrittää pitkälti sen miten työntekijät suhtautuvat ja sitoutuvat uuteen tilanteeseen (Lahti 2008, 94). Huuhka (2010, 160) toteaa, että muutoksella on ehdottomasti oltava johdon jatkuva tuki: ”*Muutos ilman johdon tukea on harjoitus.*”, jota kukaan ei ota vakavasti.

### **8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Seuraavaan luetteloon tutkija on koonnut mielestään keskeisimmät johtopäätökset Jyväskylän päihdehoitajatoiminnan kehittämiseksi jatkossa.

1. Terveysasemien lääkäreiden ja sairaanhoitajien osaaminen alkoholin käytöstä kysymisessä, mini-intervention toteuttamisessa ja päihdehoitajalle ohjaamisessa tulee yhdenmukaistaa. Alkoholin käytön kysymisen haastavaksi kokevien tulee saada lisää koulutusta. Erityisesti asiakkaiden loukkaantumisen pelon aiheuttamaa kynnystä alkoholioasioista kysyttäessä tulisi koulutuksen avulla madaltaa. Mini-intervention oikeasta kohderyhmästä ja sisällöstä, sekä päihdehoitajalle ohjaamisesta tarvitaan myös koulutusta.
2. Päihdehoitajan työtä tulee selkiyttää. Työntekijöiden tulee saada selkeät ohjeet siitä millaisia asiakkaita päihdehoitajille voi ohjata, ja mikä on päihdehoitajien työn sisältö.
3. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien esimiehet tulee sitouttaa päihdehoitajatoiminnan johtamiseen. Päihdehoitajien työn selkiyttämiseksi ja toiminnan toteutumiseksi tarvitaan esimiehiltä toiminnan vahvaa haltuunottoa.
4. Päihdehoitajatoiminnan tulee olla matalan kynnyksen toimintaa. Päihdehoitajan on oltava fyysisesti terveysasemalla läsnä aina kuin se on mahdollista, ja hänelle on voitava ohjata alkoholin riskikäyttäjien lisäksi asiakkaita, joilla on muitakin päihdeongelmia. Päihdehoitajan arvion mukaan asiakas ohjautuu tarkoituksenmukaisempaan hoitopaikkaan jatkossa.

#### **Jatkotutkimushaasteet**

Jyväskylän päihdehoitajatoiminnan toimintamalli on vasta muotoaan hakeva, jatkuvasti elävä ja kehittyvä toimintamalli. Toiminnan arviointia tarvitaan jatkossakin. Työntekijöille tehtävän tutkimuksen lisäksi olisi jatkossa hyödyllistä tutkia päihdehoitajatoiminnan toteutumista ja kehittämistarpeita myös asiakkaiden näkökulmasta. Hyödyllistä olisi saada näkemystä niin alkoholin riskikäyttäjiltä kuin vaikeampienkin päihderiippuvuuksien kanssa kamppailevilta sekä heidän läheisiltään. Tärkeää olisi

saada käyttöön luotettavia mittareita toiminnan toteutumisen, laadun ja vaikuttavuuden arviointiin.

## LÄHTEET

Aalto, M. 2001. Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary care: Lahti project study. Tiivistelmä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 15.12.2012. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67100>

Aalto, M. 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 8, 891-896. Viitattu 15.12.2012. <http://www.duodecimlehti.fi/>

Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7-15.

Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Toim. M. Aalto, H. Bäckmand, H. Haravuori, J. Lönnqvist, M. Marttunen, T. Melartin, A. Partanen, T. Partonen, K. Seppä, L. Suomalainen, J. Suokas, J. Suvisaari, S. Viertiö ja M. Vuorilehto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 11-21.

Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K-L. 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Toim. Seppä K-L. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 16-20. Viitattu 6.6.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf)

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. Viitattu 6.6.2012. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).



Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. 2004. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 1, 103-108. Viitattu 15.5.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Pubmed.

Ballesteros, J., Duffy, J.C., Querejeta, I., Arino, J & Gonzalez-Pinto, A. 2004. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 4, 608-618. Viitattu 6.6.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Pubmed.

Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care – systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 9, 986-995. Viitattu 15.5.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Pubmed.

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Toim. M. Aalto, H. Bäckmand, H. Haravuori, J. Lönnqvist, M. Marttunen, T. Melartin, A. Partanen, T. Partonen, K. Seppä, L. Suomalainen, J. Suokas, J. Suvisaari, S. Viertiö ja M. Vuorilehto. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 7-10.

Department of Health. 2009. Signs for improvement – commissioning interventions to reduce alcohol-related harm. Viitattu 6.5.2013. [http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc\\_view/129-ad-commissioning-guidelines.html](http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc_view/129-ad-commissioning-guidelines.html)

Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Viitattu 28.2.2013. <http://projektit.a->

[klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen\\_0.pdf](http://klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen_0.pdf)

Heikkilä, J. 2011. Dia esityksessä: Palola, M. Saarikka perusturvaliikelaitos. Selvillä Saarikassa – projekti. Viitattu 20.6.2013. <http://videonet.fi/thl/20111124/2/palola.pdf>.

Heikkilä, J. 2011. Selvillä saarikassa. Tiivistelmä. Viitattu 14.8.2013.

<http://www.jamk.fi/projektit/1078>

Helamo, I. 2008. Hoidollinen interventio – puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Toim. J. Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 239-269.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki university press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.

Huuhka, M. 2010. Luovan asiantuntija organisaation johtaminen. Helsinki: Talentum Media Oy.

Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Viitattu 21.9.2013. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Hyvönen, S. & Kainulainen, P. 2008. Mini-interventiokoulutuksen sisältö. Teoksessa Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Toim. Seppä K-L. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä,

36-38. Viitattu 6.6.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf)

Itäpuisto, M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos. Viitattu 14.9.2013. [http://www.lastenseurassa.fi/pub/files/maritta\\_itapuisto.pdf](http://www.lastenseurassa.fi/pub/files/maritta_itapuisto.pdf)

Järvinen, A. & Varamäki, R. 2010. Suomalaisten alkoholiasenteet 2010. Terveysten edistämisen keskus. Viitattu 20.5.2012. [www.tekry.fi](http://www.tekry.fi).

Kaner, EF., Beyer, F., Dickinson, HO., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. & Burnand, B. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, 2, Art. No.:CD004148. Viitattu 15.5.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cochrane.

Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. 2008. Mini-interventio perusterveydenhuollon työvälineenä. Teoksessa Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Toim. Seppä K-L. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 21-22. Viitattu 20.5.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf)

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2011. Päihdehäiriöt. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. 9.p., uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 405-470.

Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa Osastonhoitaja ja johtaminen. Toim. T. Surakka, I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen ja T. Rantala. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 68-102.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Viitattu 24.2.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2., uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Lyly, A. 2012. Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä –hanke. Loppuraportti 1.1.2010-31.10.2012. Viitattu 14.8.2013.

<http://www.hel.fi/static/terke/julkaisut/raportit/loppuraportti+liitteet.pdf>

Lyly, A. & Karppinen, A. 2012. Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä. Sosiaali- ja terveysvirasto. Viitattu 3.2.2013. <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Tkk>

Marlon, P. & Mundt, M.S. 2006. Analyzing the costs and benefits of brief intervention. Alcohol Research & Health, 29, 1, 34-36. Viitattu 30.5.2012.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, Cinahl.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 16.1.2013.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Poikolainen, K. 2003. Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 42-46.

Päihdehoitajatoiminnan toimintamalli. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2.5.2012.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 4.1.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Viitattu 10.1.2013.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. 6.3.2 Teemahaastattelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu 15.12.2012.

[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html)

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. 3.3.2 Reliabiliteetti. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu 15.12.2012.

[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html)

Saarikan perusturvaliikelaitos. Tietoa palvelusta. Yhteystiedot. Viitattu 20.6.2013.

<http://www.saarikka.fi/Public/default.aspx?nodeid=35557>

Seppä, K. 2004. Valtakunnallinen mini-interventiohanke (VAMP). Alkoholitutkimus ja kansanterveys: 50-vuotta biolääketieteellistä alkoholitutkimusta – juhlasymposiumi 5.11.2004. Viitattu 6.6.2012.

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/pressihuone/kaija\\_seppa.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/pressihuone/kaija_seppa.pdf)

Seppä, K. 2006. Alkoholit ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelma. Viitattu 20.5.2012.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c7ddf1c5-58c2-4177-a205-c1aaff0b45e5>

Seppä, K. & Aalto, M. 2007. Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveys-lehti. Nro 3\_2007. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Viitattu 15.12.2012.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2007/nro\\_3\\_2007/mini-interventio\\_terveydenhuollon\\_keino\\_vahentaa\\_alkoholihaittoja](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/mini-interventio_terveydenhuollon_keino_vahentaa_alkoholihaittoja)

Seppä, K-L. 2008. Tiivistelmä. Teoksessa Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Toim. Seppä K-L. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 3. Viitattu 6.6.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 23.1.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf)

Strand, T. 2011. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne

haluamme? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1523a7da-a0c0-44ce-baa6-d66444a41658>

Surakka, T. 2008. Terveydenhuollon johtaminen. Teoksessa Osastonhoitaja ja johtaminen. Toim. T. Surakka, I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen ja T. Rantala. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 28-52.

Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. 6.6.2012. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0196-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0196-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0196-5/urn_isbn_978-952-61-0196-5.pdf)

Tapola, A. 2012. Terveysasemalla toteutettava päihdetyö. Vantaalaisen hyvä mieli – hankkeen loppuraportti. 1.1.2010-30.9.2012. Viitattu 28.11.2012.

[http://files.kotisivukone.com/mielenavain.kotisivukone.com/vhm\\_loppuraportti\\_netti](http://files.kotisivukone.com/mielenavain.kotisivukone.com/vhm_loppuraportti_netti).

[pdf](#)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Riskikäytön haitat vähenemään. Viitattu 4.1.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/tavoitteet/riskikaytto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/tavoitteet/riskikaytto)

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 20.5.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, hallituksen esitykset.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. p., uud.p. Helsinki: Tammi.

Valvira (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto). Potilaan keskeisimmät oikeudet. 2013. Viitattu 24.2.2013.

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilaan\\_oikeudet](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet)

Warsell, L. 2010. Ehkäisevä päihdetyö. Toim. Partanen, A., Moring, J., Nording, E. & Bergman, V. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 – Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Viitattu 10.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Vuorilehto, M., Kuosmanen, L. & Pajula, L. Sateenvarjo-projekti 2005-2009. Alkoholin riskikulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio terveysasemalla (päihdehoitajamalli). Loppuraportti.

Väyrynen, E. 2011. Häpeän tunne alkoholiongelmaisen naisen elämässä. Pro gradu – tutkielma. Sosiaalityön koulutusohjelma. Lapin yliopisto. Viitattu 11.10.2013. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72100/EijaV%C3%A4yrynen.gradu.pdf?sequence=2>

## LIITTEET

### **Liite 1. Saatekirje**

SAATEKIRJE 13.3.2013

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavissa opinnoissa, Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. Opiskeluni ovat edenneet vaiheeseen, jossa opinnäytetyön teko on käynnistynyt. Opinnäytetyöni nimi on: Päihdehoitajamallin arviointi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla. Tutkimus on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tilaama ja se on osa toiminnan arviointia ja kehittämistä. Ohjaavina opettajina toimivat Johanna Heikkilä ja Carita Kuhanen.

**Haen nyt toukokuussa 2013 järjestettäviin ryhmähaastatteluihin osallistujia teistä päihdehoitajista, aluelääkäreistä ja aluesairaanhoitajista.** Päihdehoitajia haastatellaan omana ryhmänään, ja aluelääkäreitä ja aluesairaanhoitajia omina ryhminään. Aluelääkäreiden ja aluesairaanhoitajien haastattelut toteutuvat sillä terveysasemalla missä he työskentelevät. Haastattelut kestävät 45-60 minuuttia. Haastattelun tarkka ajankohta ilmoitetaan viimeistään huhtikuussa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kuinka päihdehoitajamalli toteutuu Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla, ja miten sitä tulisi jatkossa kehittää henkilökunnan kokemana. Tutkimuksessa ei arvioida yksittäisten henkilöiden tietoja eikä taitoja. Tuloksia hyödynnetään jatkossa päihdehoitajamallin kehittämisessä. **Tutkimukseen osallistumalla olet mukana arvokkaassa kehittämistyössä.** Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin vain.

Tietojen oikeellisuuden takaamiseksi haastattelut nauhoitetaan, mutta nauhat jäävät ainoastaan haastattelijan käyttöön ja ne tuhoetaan analyysin jälkeen. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluissa saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäisen henkilön kokemukset eivät erotu raportista. Lupa tutkimuksen tekemiseen on saatu sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä että Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksesta. Tulokset esitellään syksyllä 2013 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin seminaarissa, ja raportti on valmistuttuaan julkisesti saatavilla theseuksesta.

**Voit ilmoittautua haastatteluun mukaan olemalla yhteydessä joko minuun tai osastonhoitajaasi. Yhteystietoni löytyvät lopusta.** Annan halutessasi mielelläni lisätietoja tutkimuksestani.

Suvi Björkqvist

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (Mielenterveys- ja päihdetyö).

Puh. 040-5724993. [g1617@student.jamk.fi](mailto:g1617@student.jamk.fi)



## **Liite 2. Suostumuslomake**

### HAASTATELTAVAN SUOSTUMUS

Annan suostumukseni haastatteluun ja siinä taltioidun materiaalin käyttämiseen opinnäytetyössä. Haastattelu nauhoitetaan ja se puretaan kirjalliseen muotoon. Saatua aineistoa tullaan käyttämään Suvi Björkqvistin ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen opinnäytetyössä, jonka nimi on; Päihdehoitajamallin arviointi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kuinka päihdehoitajamalli toteutuu Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysasemien vastaanotoilla ja miten sitä tulisi kehittää henkilökunnan kokemana. Haastattelun nauhat hävitetään kirjalliseen muotoon purkamisen jälkeen, ja kirjallinen haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön raportin valmistumisen jälkeen.

Olen saanut saatekirjeen edeltävästi ja minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyön tekijälle.

Tiedän että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja että tutkimuksen voi keskeyttää milloin vaan. Tiedän, että haastattelutilanteessa esiintyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti, ja ettei raportista ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä.

Paikkakunta ja päiväys

Osallistujan allekirjoitus

Nimenselvennys

### **Liite 3. Teemahaastattelurunko**

#### **TEEMAHAASTATTELURUNKO ALUESAIRAANHOITAJILLE JA ALUELÄÄKÄREILLE**

Miten alkoholin riskikäyttäjien tunnistaminen vastaanotoilla toteutuu?

- Millaisten potilaiden kohdalla alkoholin käyttö otetaan puheeksi?
- Millaisia menetelmiä tai välineitä tunnistamiseen käytetään?

Miten mini-interventio vastaanotoilla toteutuu?

- Millaisille potilaille mini-interventio tehdään?
- Millaista keskustelua mini-interventioon sisältyy?
- Millaista kirjallista materiaalia potilaille annetaan mukaan?
- Miten jatkohoito toteutuu?

Miten päihdehoitajalle ohjaaminen vastaanotoilla toteutuu?

- Millaisia potilaita päihdehoitajalle ohjataan?
- Kuinka päihdehoitajalle ohjataan (esimerkiksi effica-viesti, puhelu, yhteystietojen antaminen)?
- Miten potilaat suhtautuvat päihdehoitajalle ohjaamiseen (esimerkiksi ovat kiinnostuneita menemään tai kieltäytyvät )?

Millaiset tekijät edistävät päihdehoitajamallin toteutumista vastaanotoilla?

Millaiset tekijät estävät päihdehoitajamallin toteutumista vastaanotoilla?

Miten toiminta vastaanotoilla on muuttunut päihdehoitajamallin myötä?

Miten päihdehoitajamallia tulisi jatkossa kehittää?

## **Liite 4. Teemahaastattelurunko**

### **TEEMAHAASTATTELURUNKO PÄIHDEHOITAJILLE**

Millaisia potilaita päihdehoitajille ohjautuu?

- Alkoholin riskikäyttäjiä ja alkoholia haitallisesti käyttäviä?
- Alkoholiriippuvaisia?
- Sekakäyttäjiä?
- Huumeiden käyttäjiä?
- Muita?

Miten asiakkaat ovat vastaanotolle ohjautuneet?

- Aluesairaanhoidajan kautta?
- Aluelääkärin kautta?
- Depressiohoitajan kautta?
- Omatoimisesti?
- Muuten, miten?

Millaista työtä päihdehoitajat tekevät?

- Alkoholin riskikäyttäjille suunnattujen interventiodien toteutus?
- Sekakäyttäjien tilanteen selvitys, arvio hoidon tarpeesta sekä motivointi ja ohjaus tarpeenmukaiseen hoitoon?
- Audit-kyselyn käytön ja mini-intervention opettaminen terveysaseman henkilökunnalle?
- Rattijuopumuksen seurauksena ajokortin menettäneiden käynnit?
- Päihdeongelmaisten ryhmätoiminnan järjestäminen ja ryhmien ohjaaminen?
- Muuta, mitä?

Mitä tekijät edistävät päihdehoitajamallin toteutumista?

Mitä tekijät estävät päihdehoitajamallin toteutumista?

Miten päihdehoitajamallia tulee jatkossa kehittää?

### Liite 5. Aineiston luokittelu: Lääkärit ja sairaanhoitajat

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria	Yhdistävä kategoria
Tunnistaminen vastaanottokäynnillä	Tunnistamistilanteet	Alkoholiongelman tunnistaminen	Päihdehoitaja-toiminnan toteutuminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana
Tunnistaminen terveystarkastuksessa			
Tunnistaminen päivystyskäynnillä			
Kysyminen	Tunnistamisen välineet		
Strukturoidut kyselyt			
Kliiniset löydökset			
Laboratoriotulokset			
Mini-intervention kohderyhmä	Mini-intervention yksityiskohtainen hallinta	Alkoholi mini-interventio	
Mini-intervention sisältö			
Mukaan annettava kirjallinen materiaali			
Jatkokäynti päihdehoitajalle	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen		
Jatkokäynti lääkärille muiden sairauksien kontrollin yhteydessä			
Jatkokäynti oman alueen sairaanhoitajalle			
Itse apua haluava asiakas	Kohderyhmään kuuluvaksi tunnistettu asiakas	Päihdehoitajalle ohjaaminen	
Työntekijän mielestä päihdehoitajakäynnistä hyötyvä asiakas			
Asiakas jonka läheisellä on päihdeongelma			
Effica-viestin laittaminen	Ohjaamisen toteutus		
Soittaminen			
Yhteystietojen antaminen asiakkaalle			

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Käy samassa paikassa syömässä ja kahvilla	Päihdehoitajan kuuluminen työyhteisöön	Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät	Päihdehoitaja-toiminnan kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana
Osallistuu henkilöstön kokouksiin			
On läsnä terveysasemalla osana työyhteisöä			
Päihdehoitajatoiminnan esittely ja tiedotus	Päihdehoitaja-toiminnan tunnetuksi tekeminen		
Päihdehoitajatoimintaan perehtyminen päihdehoitajan luona			
Uskallus puuttua ja kysyä alkoholin käytöstä	Alkoholin käytöstä kysymisen luontevuus		
Alkoholin käytöstä kysyminen matalalla kynnyksellä			
Päihdehoitajan aktiivisuus	Päihdehoitajan ominaisuudet		
Päihdehoitajan persoona			
Työntekijälle tutut asiakkaat	Henkilöstölle tutut asiakkaat		
Väestövastuumalli			
Kohderyhmä liian rajoitettu	Päihdehoitaja-toiminnan liian tiukat kriteerit	Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät	
Alkoholin riskikäyttäjien koettu vähyys			
Sekakäyttö alkoholin käyttöä yleisempää			
Päihteiden käyttäjät pieni asiakasryhmä			
Pelko asiakkaan loukkaantumisesta alkoholin käytöstä kysyttäessä	Alkoholin käytöstä kysymisen haastavuus		
Kynnys kysyä asiakkaan alkoholin käytöstä			
Epätietoisuus siitä millaisia asiakkaita päihdehoitajalle voi ohjata	Epäselvät käytännöt		

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Asiakkaan vaikea myöntää alkoholiongelmaa	Päihdeongelman käsittelyn vaikeus asiakkaalle	Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät	Päihdehoitaja-toiminnan kehittämisen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemana
Asiakkaan vaikea muuttaa alkoholinkäyttöään			
Asiakas ei hakeudu päihdehoitajalle ohjauksesta huolimatta			
Päihdehoitaja-nimike kynnys asiakkaalle			
Kiire	Henkilöstön ajanpuute		
Työn päivystysluonteisuus			
Sijaisten ottaminen ei sallittua			
Päihdehoitajalle tulisi voida ohjata kaikenlaisia päihteiden käyttäjiä	Päihteiden käyttäjien laaja-alaisempi hoito		
Apua haastavampien päihteiden käyttäjien hoitoon			
Matala kynnys	Päihdehoitajan helppo ja nopea hyödyntäminen	Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet	
Joustava toiminta			
Päihdehoitaja nopeasti hyödynnettävissä			
Päihdehoitaja helposti konsultoitavissa			
Päihdehoitaja fyysisesti läsnä terveysasemalla	Työntekijöiden osaamisen vahvistaminen		
Vahvistusta tunnistamiseen ja alkuavun antoon			
Osaamisen vahvistamista päihdehoitajalle ohjaamisessa			

## Liite 6. Aineiston luokittelu: Päihdehoitajat

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria	Yhdistävä kategoria
Itse lehtijutun jälkeen yhteyttä ottanut asiakas	Itse ohjautuva asiakas	Päihdehoitajalle ohjautuminen	Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen päihdehoitajien kokemana
Itse aktiivinen ja tietoa hakenut asiakas			
Avosairaanhoidon vastaanoton työntekijä	Työntekijän ohjaama asiakas		
Sairaanhoidopiirin työntekijä			
Terveyskeskussairaalan työntekijä			
Sosiaalipalveluiden työntekijä			
Poliisi			
Työterveyshuollon työntekijä			
Seurakunnan työntekijä			
Osa työntekijöistä ohjaa paljon asiakkaita, osa vähän	Ohjaamisen aktiivisuuden erot		
Osa työyksiköistä ohjaa paljon asiakkaita, osa vähän			
Alkoholin riskikäyttäjät	Päihteiden käyttöprofiili	Päihdehoitajalle ohjautuvan asiakkaan profiili	
Päihderiippuvainen			
Sekakäyttäjät			
Motivoitunut asiakas	Muutokseen motivoituneisuus		
Lisämotivointia tarvitseva asiakas			
Ensimmäistä kertaa päihdeongelmaan apua hakeva asiakas	Aiempi päihdepalveluiden käyttö		
Paljon päihdepalveluita aiemmin käyttänyt asiakas			
Yksilötapaaminen asiakkaan kanssa	Asiakastyö		Päihdehoitajan työn sisältö
Ryhmätapaaminen verkostojen ja asiakkaan kanssa			

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Puhelu	Asiakkaan asioiden hoito	Päihdehoitajan työn sisältö	Päihdehoitajatoiminnan toteutuminen
Kirjaaminen			
Laitoskuntoutus ja maksusitoumusasia			
Päihdehoitajatoiminnan esittely	Päihdehoitajatoiminnan edistäminen		
Henkilökunnan perehdyttäminen päihdehoitajatoimintaan			
Kokous	Päihdehoitajatyötä tukeva ja kehittävä toiminta		
Tiimitapaaminen			
Oma työnohjaus			
Kouluttaminen	Asiantuntija-apu henkilöstölle		
Konsultaatio			

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Lehtijutut	Päihdehoitajatoiminnan tunnetuksi tekeminen	Päihdehoitajatoimintaa edistäneet tekijät	Päihdehoitajatoiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana
Tiedotteet ja esitteet			
Päihdehoitajan aktiivisuus työyhteisössä	Päihdehoitajan ominaisuudet		
Päihdehoitajan innostus ja usko omaan työhön			
Päihdehoitajan päihdetyön kokemus			
Päihdehoitajan antama tuki työyhteisölle	Työntekijöille annettu tuki		
Päihdehoitajien antama tuki toisilleen			
Aktiivinen päihdeyhdyshenkilö terveysasemalla	Henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen		
Asiakkaan antama myönteinen palaute päihdehoitajalla käynnistä			



<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Esimiestason tuen puuttuminen	Esimiestyön riittämättömyys	Päihdehoitajatoimintaa estäneet tekijät	Päihdehoitaja-toiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana
Esimiestason aktiivisuuden puuttuminen			
Esimiestason antamien selkeiden ohjeiden puuttuminen			
Esimiestason päihdetyön ymmärryksen puuttuminen			
Perusterveydenhuollon työntekijöiden negatiiviset asenteet päihdeasiaa kohtaan	Henkilöstön negatiiviset asenteet ja muutosvastarinta		
Vanhat työntekijät eivät ole valmiita omaksumaan uudenlaisia työotteita			
Päihdehoitajatoiminnan organisoimattomuus	Päihdetyön organisoimattomuus		
Päihdestrategian puute			
Jyväskylän päihdepalveluiden hajautuneisuus			
Kuntien erilaiset käytännöt			
Jyväskylän yhteistoiminta-alueen omat suuret muutokset	Organisaatio		
Päihdehoitajat hallinnollisesti eri organisaatiota kuin muu terveysaseman henkilökunta			
Yhteiset raamit ja käytänteet päihdehoitajatyölle	Päihdehoitajan tehtävän selkiyttäminen	Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet	
Työn koordinointi			
Yhteiset foorumit käytänteiden luomiselle			
Esimiesten tuki päihdehoitajatoiminnalle	Esimiestyön kehittäminen		
Esimiesten aktiivisuus hoitaa esimiestehtävät			

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Pääkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Työntekijöiden kouluttaminen	Henkilöstön päihdetyön osaamisen lisääminen	Päihdehoitajatoiminnan kehittämistarpeet	Päihdehoitaja-toiminnan kehittäminen päihdehoitajien kokemana
Työntekijöiden osaamisen varmentaminen			
Työntekijöiden henkilökohtainen AUDIT-kyselyn teko			
Oppilaitoksissa opettaminen	Tulevaisuuden työntekijöiden päihdeosaamiseen vaikuttaminen		