

Hanna Huusko

**”ME EI VOIDA SILLÄ TAVALLA OHITTA A SITÄ ETTÄ NIINKÖ SITÄ
EI OLIS OLEM ASSA” – Mini-intervention käyttö psykiatrian
poliklinikalla**

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2013**

TIIVISTELMÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Joulukuu 2013	Tekijä/tekijät Hanna Huusko
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi "ME EI VOIDA SILLÄ TAVALLA OHITTAA SITÄ ETTÄ NIINKÖ SITÄ EI OLIS OLEMASSA" - Mini-intervention käyttö psykiatrian poliklinikalla		
Työn ohjaaja Arja-Liisa Ahvenkoski		Sivumäärä 49+6
Työelämäohjaaja Saara Lång		
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan mini-intervention käyttöä, valmiuksia ja asenteita psykiatrian poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietoa mini-interventiosta työmenetelmänä. Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa kokonaisuutta, jonka muita osa-alueita ovat mini-intervention käyttö lastensuojelussa, äitiysneuvolassa sekä työterveyshuollossa.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimus toteutettiin yksilohaastatteluin ja siihen osallistui viisi psykiatrian poliklinikan työntekijää. Haastattelut olivat teemahaastatteluja, joissa oli kolme teemaa: mini-intervention käyttö, valmiudet sekä asenteet.</p> <p>Tutkimuksesta ilmeni, että tiedonantajat käyttävät mini-interventiota monipuolisesti ja sillä on vaikutusta hoitoon liittyviin tekijöihin, kuten missä hoito toteutetaan. Mini-interventiota käytetään kartoittamaan uusien asiakkaiden päihteiden käyttöä. Yleisimmät menetelmät olivat AUDIT-kysely ja haastattelu. Mini-intervention käyttöä edistää sen hyödyn oivaltaminen ja siitä syntynyt motivaatio. Henkilökunnalla on hyvät valmiudet mini-intervention käyttöön, vaikka mini-interventiolle on myös haasteita. Haasteena pidetään alkoholinkäytön puheeksiottamisen ajankohtaa. Hoitajien tulee olla hienotunteisia, etteivät he loukkaa kysymyksillään. Pääsääntöisesti mini-interventiosta on saatu tietoa koulutuksen ja työn kautta. Henkilökunta psykiatrian poliklinikalla asennoituu positiivisesti mini-intervention käyttöön. Sen ajatellaan olevan selkeä, toimiva, helppo ja vaikuttava työmenetelmä. Psykiatrian poliklinikalla alkoholiongelmia ei voi ohittaa, joten mini-intervention käytölle ei ole estäviä tekijöitä.</p>		
Asiasanat Alkoholin käyttö, mini-interventio, psykiatrian poliklinikka		

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Kokkola – Pietarsaari unit	Date December 2013	Author Hanna Huusko
Degree programme Degree programme in nursing		
Name of thesis “WE CAN’T KIND OF IGNORE AS IF IT DOESN’T EXIST.” - Use of brief intervention at psychiatric outpatient department		
Instructor Arja-Liisa Ahvenkoski	Pages 49+6	
Supervisor Saara Lång		
<p>The purpose of this thesis was to describe the use, know-how and attitudes toward brief intervention at psychiatric outpatient department. The goal of this thesis was to increase the knowledge of brief intervention as a method among employees in social- and healthcare. This thesis is part of a bigger study. Other sections in the study are the use of brief intervention in child welfare, maternity clinics and occupational health care.</p> <p>Thesis was made by qualitative research method. The study was implemented as individual interview study and there were five participants from psychiatric outpatient department. Interviews were theme interviews that had three different themes: use of brief intervention, ability to use brief intervention and attitudes toward brief intervention.</p> <p>According to the present study employees used brief intervention at psychiatric outpatient department in versatile ways. It affects factors that are related to treatment, like where the treatment is being implemented. Personnel used brief intervention to find out the new patients’ use of alcohol. Most common methods of brief intervention were AUDIT inquiry and interview. It promotes to use brief intervention when the personnel realizes its benefits and gets motivation from that. Personnel had good preparedness to use brief intervention but it has also some challenges. One challenge was when they should talk about the use of alcohol. Nurses have to be discrete that they do not insult anyone with their questions. Mainly the information concerning brief intervention has been received from education or work. Personnel at psychiatric outpatient department had good attitudes towards brief intervention. They thought it was clear, functional, easy and effective method. They can not ignore drinking problem at the psychiatric outpatient department so there were no obstacles for the use of brief intervention.</p>		
Keywords use of alcohol , brief intervention, psychiatric outpatient department		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1	JOHDANTO	1
2	ALKOHOLIN RISKIKÄYTTÖ	3
2.1	Alkoholin käytön riskiraja.....	4
2.2	Alkoholihaitat.....	5
2.3	Ehkäisevä päihdetyö	7
3	ALKOHOLI JA MIELENTERVEYS	9
3.1	Kaksoisdiagnoosi.....	9
3.2	Alkoholi ja masennus.....	11
3.3	Alkoholi ja ahdistus	12
4	MINI-INTERVENTIO	14
4.1	Mini-intervention sisältö	15
4.2	Mini-intervention menetelmät.....	17
4.3	Motivoiva haastattelu	19
4.4	Mini-intervention haasteet ja kehittäminen	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET	24
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	25
6.2	Aineiston keruu	26
6.3	Aineiston analysointi	27
7	TUTKIMUSTULOKSET	29
7.1	Toimintaympäristön kuvaus ja tiedonantajien taustatiedot	29
7.2	Henkilökunnan mini-intervention käyttö	30
7.3	Henkilökunnan mini-interventiovalmiudet	33
7.4	Henkilökunnan asennoituminen mini-intervention käyttöön	35
8	POHDINTA	36
8.1	Henkilökunnan mini-intervention käyttö	36
8.2	Henkilökunnan mini-interventiovalmiudet	37
8.3	Henkilökunnan asennoituminen mini-intervention käyttöön	38
8.4	Tutkimuksen eettisyys	39
8.5	Tutkimuksen luotettavuus	41
8.6	Johtopäätökset.....	42
8.7	Prosessin kuvaus	43
8.8	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Alkoholi on suuri terveysuhka ja yksi suurimmista työikäisten kuolinsyistä. Alkoholin suurkulutuksen haitat eivät kohdistu pelkästään alkoholin käyttäjään itseensä, vaan niistä kärsivät myös läheiset, ympäristö ja yhteiskunta. Mini-intervention avulla voidaan tunnistaa potilaan runsas alkoholin käyttö ja antaa lyhytneuvontaa silloin, kun henkilöllä ei ole vielä merkittäviä haittoja alkoholin käytöstä. Alkoholiongelma voi tuoda mukanaan myös mielenterveysongelmia ja niiden yhteisesiintyvyyttä onkin yleistä. Jan Holmbergin (2012) mukaan päihderiippuvuutta sairastavista nuorista ja aikuisista vähintään joka toisella on oheissairauksina mielenterveyden sairauksia. Vastaavasti päihteiden ongelmakäyttäjistä on mielenterveyspotilaisista 40–80 %. (Holmberg 2012, 22–24.)

Opinnäytetyö käsittelee mini-intervention käyttöä psykiatrian poliklinikalla Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymässä (Kiuru). Kiinnostuin aiheesta, sillä ajattelen sen olevan ajankohtainen alkoholin käytön yleisyyden vuoksi. Koen, että tästä opinnäytetyöstä on minulle jatkossa hyötyä työelämässä, sillä alkoholin aiheuttamista terveyshaitoista kärsiviä potilaita voi kohdata millä terveydenhuollon osa-alueella hyvänsä. Opinnäytetyön tietoperustassa kerrotaan alkoholin riskikäytöstä, alkoholiongelmasta mielenterveystyössä sekä mini-interventiosta. Lisäksi tietoperustassa kerrotaan tutkimusmenetelmästä. Työn lopussa esitellään tutkimustulokset, tutkimuksen etiikka ja luotettavuus, johtopäätökset sekä pohditaan opinnäytetyön tekoprosessia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata henkilökunnan mini-intervention käyttöä, valmiuksia ja asenteita psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietoa mini-interventiosta työmenetelmänä. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, ja opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Kokkolan kaupungin kanssa. Työelämän ohjaajana on Saara Lång. Hän on kehittämissuunnittelijana Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskuksessa. Työ on rajattu koskemaan alkoholia ja alkoholinkäyttöä, ja sanalla päihde viitataan alkoholiin. Muu päihteidenkäyttö, esimerkiksi huumeiden käyttö tai lääkkeiden väärinkäyttö, on jätetty tästä työstä pois. Työssä käytetään sekä käsitettä potilas että asiakas erilaisista lähteistä johtuen.

Opinnäytetyöni on osa laajempaa tutkimusta, jossa muita osa-alueita ovat mini-intervention käyttö lastensuojelussa, äitiysneuvolassa sekä työterveyshuollossa. Tutkimuksen kaikkien osa-alueiden tuloksia esitellään Päihde- ja mielenterveyspäivillä Kokkolassa marraskuussa 2013. Aihe on ajankohtainen, sillä päihde- ja mielenterveysongelmat kosketa vain syrjäytyneitä vaan yli 90 % aikuisista käyttää alkoholia. Varhaisen puuttumisen avulla voidaan lisätä tietoutta alkoholin terveyshaitoista niiden potilaiden kohdalla, joille ei ole vielä ehtinyt kehittyä alkoholiriippuvuutta. Mini-interventio onkin erittäin kustannustehokas menetelmä, joka havahduttaa toiset jo muutaman minuutin keskustelun perusteella.

2 ALKOHOLIN RISKIKÄYTTÖ

Viimeisten vuosikymmenten aikana alkoholinkäyttö on Suomessa lisääntynyt. Verrattuna 60-luvun alkuvuosiin, alkoholinkulutus on nyt nelinkertaista. Lisäksi vuodesta 2004 alkoholin käyttö on noussut 10 %. (Aalto & Seppä 2009, 14.) Alkoholiongelma onkin yksi merkittävimpiä terveysuhkia suomalaisessa yhteiskunnassa. Aikuisista yli 90 % käyttää alkoholia, ja vähintään kerran viikossa alkoholia juovien osuus on miehistä 27 % ja naisista 17 %. Suomalaisten alkoholinkulutuksen keskeisin ongelma on runsas kertakulutus, vaikka kulutus muuten on eurooppalaista keskitasoa. Alkoholien käyttöön liittyvät haitat aiheuttavat paljon sekä välillisiä että välittömiä kustannuksia. Kustannuksia aiheuttavat esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö, työpanoksen menettäminen, lähiympäristön hyvinvoinnin heikentyminen sekä järjestyksenvalvonta ja rikollisuus. (Käypä hoito 2011; Aalto 2010a, 11–13.)

Kun alkoholin juomiseen liittyy jokin haitta tai huomattava riski saada alkoholin aiheuttama haitta, on kyse ongelmakäytöstä. Alkoholien käyttö voi olla liiallista, vaikka siihen ei liittyisikään riippuvuutta. Ongelmakäyttö jaetaan kolmeen luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (TAULUKKO 1). Luokkien väliset rajat ovat osittain liukuvia eivätkä aina yksiselitteisiä. Vaikein näistä kolmesta on alkoholiriippuvuus. Silloin henkilö ei yrityksistä huolimatta pysty hallitsemaan juomistaan. (Aalto 2010a, 8.)

TAULUKKO 1. Alkoholien ongelmakäytön luokat (Aalto 2010a, 8.)

Luokka	Määritelmä
Riskikäyttö	Riskikäytön rajat ylittyvät, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta
Haitallinen käyttö	Selviä alkoholien käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, ei riippuvuutta
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka piirteitä ovat juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin kasvu sekä juomisen jatkaminen haitoista huolimatta

Alkoholin kohtuukäytön aiheuttamien haittojen riski on vähäinen. Riskikäyttö puolestaan aiheuttaa jo huomattavan vaaran saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Silloin riskikulutuksen rajat ylittyvät, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei vielä esiinny. Riskikäyttäjä siis juo liikaa, mutta hänellä ei ole vielä riippuvuutta. Näin ollen halutessaan riskikäyttäjä pystyy vähentämään alkoholin juomistaan. Riskikäyttö itsessään ei ole sairaus, mutta se altistaa riippuvuudelle, alkoholin terveys- haittoille sekä sosiaalisille haitoille. Kyseessä on siis terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä valinta. (Aalto 2010a, 8.)

Halonen ja Paasivaara (2008) kuvaavat tutkimuksessaan asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Tutkimuksesta nousi esille, että asiakkaat toivovat päihdeongelmaan puututtavan jo varhaisessa vaiheessa. Ongelman puheeksi ottaminen ja tiedon saaminen päihderiippuvuudesta olisi tarpeen jo riippuvuuden kehitymisvaiheessa. Yleensä ongelmaan puututaan kuitenkin vasta, kun se on jo pitkälle kehittynyt. Asiakkaiden mielestä tietoa riippuvuudesta tai sen hoidosta ei ole saatavilla. Hoitoa ei myöskään tarjota, vaan se täytyy itse hakea. Informaatio alueella toimivista päihdepalveluista on yksi haaste päihdepalvelutarjonnan kehittämisessä. Asiakkaiden mielestä palvelutarjontaa voisi kehittää kokeilemalla uudenlaisia menetelmiä, esimerkiksi tukihenkilöverkoston kehittämistä, vertaistukiryhmätoimintaa, päihdeongelmaisten kahvilaa tai työpajatoimintaa. Muita tutkimuksessa esille tulleita kehittämishaasteita ovat palveluiden oikea-aikaisuus sekä ympärivuorokautisuus. Olisi tärkeää, että kunnilla olisi valmiuksia ottaa päihtyneitä hoitoon myös virka-ajan ulkopuolella. Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö eri hoitopaikkojen välillä on tärkeää, sillä se luo turvallisuutta ja lisää motivaatiota pysyä raittiina. (Halonen & Paasivaara 2008, 267–277.)

2.1 Alkoholin käytön riskiraja

Alkoholinkäytön riskiraja on se määrä alkoholia, joka todennäköisesti merkittävästi lisää terveyshaittoja. Suomessa riskikäytön raja on miehillä 24 alkoholiannosta viikossa tai 7 annosta kerralla. Naisille vastaavat luvut ovat 16 annosta viikossa tai 5 annosta kerralla. Yksi alkoholiannos on 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Erot miesten ja naisten välillä johtuvat siitä, että miesten paino ja kehon vesitilavuus ovat keskimäärin suurempia kuin naisten. Riskikäytön rajat sopivat

aikuisille useimmiten, mutta ne ovat keskimääräisiä arvoja ja niiden määrittäminen on vaikeaa. Monesti tutkittavat ilmoittavat todellista pienemmän käyttömäärän, ja näin ollen niistä johdetut raja-arvot voivat olla aliarvioituja. Lisäksi eräät terveyshaitat suurenevät suhteessa alkoholin kulutukseen ilman turvallista kynnyksiarvoa. Riskirajat eivät sovellu raskaana oleville eivätkä potilaille, joiden sairaus pahenee tai lääkitys vaarantuu alkoholinkäytön johdosta. Riskirajat eivät ole turvallisen juomisen rajoja, ja alkoholin aiheuttamia haittoja saattaa esiintyä, vaikka kokonaiskulutus jäisikin rajojen alapuolelle. Riskirajoja voidaan kuitenkin käyttää yhtenä apuvälineenä arvioitaessa kuinka paljon yksittäinen henkilö pystyy käyttämään alkoholia suhteellisen turvallisesti. (Käypä hoito 2011; Aalto. 2010a, 10–11.)

Liiallisesta juomisesta voi kertoa esimerkiksi tavallinen aamukrapula, väsymys, vapina ja tärinä. Kulutuksen liiallisuutta voi olla vaikea huomata, jos alkoholitoleranssi on kasvanut. Kuitenkin mittauksilla voidaan usein osoittaa riskikäyttäjällä verenpaineen nousua, maksa-arvojen kohoamista sekä muita muutoksia elimistössä. Alkoholitoleranssin katsotaan kohonneen, mikäli henkilön veren alkoholipitoisuus on yli 1,5 promillea ilman selvästi havaittavaa humalatilaa. Alkoholin riskikäyttöön voivat viitata myös vatsavaivat, unihäiriöt, aivovammat, tapaturmat, erilaiset psyykkiset oireet, alkoholin haju hengityksessä, vieroitusoireet, alkoholimyrkytykset sekä rattijuopumus. Jo muutama annos alkoholia lisää riskiä liikenteessä. Tämä tulee huomioida myös aamulla, vaikka olo tuntuisikin hyvälle edellisen illan juomisen jälkeen. (Saarto 2009; Kylmänen 2012.)

2.2 Alkoholihaitat

Tilastojen mukaan alkoholihaitat muodostuvat muun muassa alkoholikuolleisuudesta, alkoholisairauksista, sairaus- ja tapaturmakustannuksista ja työpoissaoloista tai työpanoksen heikkoudesta (Havio, Inkinen & Partanen. 2008, 97). Alkoholi voidaan liittää yli 60 erilaiseen terveysongelmaan. Pelkästään yksittäinen voimakas humala ja raju kertajuominen voivat olla haitaksi terveydelle. Tällöin esimerkiksi tapaturmavaara kasvaa huomattavasti, ja jo ensimmäisillä käyttökertoilla se voi aiheuttaa alkoholimyrkytyksen. Päivittäinen ja säännöllinen alkoholin juominen puolestaan voi altistaa alkoholiriippuvuudelle. Tällöin opitaan liittämään alkoholi arkielämän rutiineihin. Alkoholin sietokyvyn kasvaessa joudutaan juomaan yhä

enemmän saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. Se voi aiheuttaa vuosikautia kestävän laajalti eri elämän alueisiin vaikuttavan hyvinvoinnin heikkenemisen. (Saarto 2009; Aalto 2010a, 12.)

Alkoholin ongelmakäytön terveyshaittoja ovat muun muassa tapaturmat, mielen-terveysongelmat, unihäiriöt, hermostoon liittyvät häiriöt, vatsan sairaudet, ripuli, syöpä, aivoverenvuoto, maksasairaudet, hormonihäiriöt, hedelmättömyys sekä verenpainetauti. Lisäksi alkoholin liikakäyttö lisää kuolemanvaaraa, ja se onkin merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Suomessa kuolee vuosittain noin 2 200 henkilöä alkoholin suoranaisiin seurauksiin, joista vajaa 600 kuolee alkoholimyrkytykseen. Alkoholihaitat lisääntyvät annosriippuvaisesti sen mukaan mitä suurempaa alkoholin kulutus on, sitä suurempi on riski. (Kylmänen 2012; Käypä hoito 2011; Aalto 2010a, 11–13.)

Terveydellisten haittojen lisäksi alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa haittoja myös työpaikoilla. Tällöin päihdehaitat ilmenevät poissaoloina, myöhästymisinä, sairastumisina, onnettomuuksina, tapaturmina tai henkilöstön vaihtuvuutena. Työntekijän päihdeongelma voi vaikuttaa myös henkilösuhteisiin ja yhteistoimintaan. Toisaalta päihdeongelman syntymistä voi myös edesauttaa työpaikan huonot ihmissuhteet, kireä ilmapiiri tai liian kiireinen työtahti. (Havio ym. 2008, 97.)

Alkoholin käyttö ei ole henkilökohtainen asia ja sitä on aina pysähdyttävä miettimään, jos läheiset huomauttelevat asiasta tai itsellä herää pienikin huoli. Alkoholin ongelmakäyttö voi aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia sekä suurkuluttajalle itselleen että hänen läheisilleen. Näitä ovat esimerkiksi toimeentulovaikeudet tai perheväkivalta. Perheen sisällä voi helposti syntyä ristiriitoja, sillä naisten ja miesten juomatavat eroavat toisistaan. Lisäksi lapsen näkökulmasta kotuullinenkin alkoholinkäyttö voi olla liiallista. (Saarto 2009.)

Alkoholin kulutus on kasvanut vuoden 2004 alkoholiveron laskemisen jälkeen. Samalla ovat lisääntyneet myös alkoholikuolemat ja alkoholisairastavuus. Vuonna 2005 alkoholikuolema oli yksi yleisimmistä kuolinsyistä työikäisillä miehillä. Vastaavasti työikäisillä naisilla se oli toiseksi yleisin kuolinsyy. Myös lastensuojelun piirissä olevien lasten määrä on kasvanut. Alkoholia pidetään merkittävänä taustatekijänä huostaanotoissa, vaikka ei ole olemassa tilastoja siitä, miten alkoholi liittyy

lastensuojelun tukitoimien kasvuun. Päihdehaitoilla on yhteyttä myös rikollisyyteen, sillä humalatila vähentää kontrollia ja ihmisistä tulee helpommin aggressiivisempia. Tämä voi johtaa tappeluihin ja saada ihmiset tekemään sellaisia tekoja, joita he eivät selvänä tekisi. Valtaosa tapoista tehdäänkin päihtyneenä. (Havio ym. 2008, 97–99.) Liikenteessä alkoholi on osallisena noin joka neljännessä kuolemaan johtaneessa onnettomuudessa sekä noin joka yhdeksännessä loukkaantumistapauksessa (Liikenne- ja viestintäministeriö 2012).

2.3 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on vähentää päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa sekä päihdehaittoja. Siinä pyritään edistämään päihteettömiä elintapoja sekä lisäämään päihteisiin liittyvää tietoutta. Näillä keinoilla halutaan edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia vaikuttamalla päihteiden käyttöön ja sen seurauksiin. Lisäksi halutaan toteuttaa perus- ja ihmisoikeuksia päihteisiin liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä kouluissa, nuorisotoiminnassa, vapaa-aikatoiminnassa sekä osana kunnan sosiaali- ja terveystalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Vaikuttamiskohteina voivat olla esimerkiksi päihteitä koskevat tiedot, taidot, asenteet ja oikeudet, päihdehaitoilta suojaavat tekijät sekä riskitekijät ja päihteiden käyttö ja käyttötavat. Ehkäisevän päihdetyön toiminnan piirteitä ovat monialaisuus, moniammatillisuus sekä verkostomaiset toimintaympäristöt. (Havio ym. 2008, 109.)

Ehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa yleiseen ehkäisyyn ja riskiehkäisyyn. Yleinen ehkäisy kohdistetaan koko väestöön tai tiettyyn väestöryhmään, jonka valintaperusteena ei ole päihteiden käyttö. Yleisellä ehkäisyllä pyritään joko ehkäisemään kokonaan tai myöhentämään päihteiden käytön aloittamista. Riskiehkäisyssä puolestaan puututaan sellaiseen päihteiden käyttöön, joka ennakoii haittoja tai ongelmakäyttöä. Riskiehkäisyyn kuuluu myös varhainen puuttuminen myöhemmin syntyvää ongelmakäyttöä ennakoiviin tekijöihin. (Havio ym. 2008, 109.)

Minna-Maria Behn (2005) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tekemää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tunnisti-

vat alkoholin suurkuluttajan sanallisen vuorovaikutuksen, havainnoinnin, tutkimusten sekä yhteistyön kautta. Kuitenkin hoitajat tunnistavat suurkulutusta pitkälti ulkoisen merkkien kautta, jolloin alkoholihaitat näkyvät jo päällepäin. Suurkulutuksen tunnistamisen jälkeen hoitajien työmenetelminä olivat puheeksi ottaminen, tietoisuuden lisääminen, kokonaistilanteen tarkempi arvioiminen, muutoksen suunnittelu sekä jatkohoidon järjestäminen. (Behn 2005, 85–86, 90.)

Varhaisvaiheen päihdehoitotyötä edistää hoitajan toiminta, työmenetelmät sekä työnkuva. Hoitajan toiminnassa tärkeää ovat rohkeus, aktiivisuus, kuunteleminen sekä neutraali suhtautuminen. Muita edistäviä tekijöitä ovat puheeksiotto, alkoholin käytön pohtiminen sekä muutoksen tukeminen. Myös seurannan mahdollisuus edistää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä. Estäviä tekijöitä puolestaan ovat esimerkiksi asiakkaan huono hoitomotiivatio sekä vaikea elämäntilanne tai se että asiakas peittelee alkoholiongelmia tai kieltää sen olemassaolon kokonaan. Muita estäviä tekijöitä voivat olla lyhyet hoitosuhteet, yhteisten toimintatapojen puute tai puutteet osaamisessa, työvälineissä tai uskalluksessa. Lisäksi esteenä saattavat olla asenteet, koulutuksen puute tai erilaiset näkemykset asiakkaan tilanteesta. Palvelujärjestelmään liittyviin estäviin tekijöihin sisältyvät sijaispula, suuret asiakasmäärät, pirstaleinen työnkuva sekä huonosti toimiva moniammatillinen yhteistyö. (Behn 2005, 94–95.)

3 ALKOHOLI JA MIELENTERVEYS

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on yleistä. Päihderiippuvuutta sairastavista nuorista ja aikuisista 50–80 prosentilla on oheissairauksina mielen-terveydensairauksia. Mielenterveyspotilaista puolestaan 40–80 prosenttia on päih- teiden ongelmakäyttäjiä. Yhteisesiintyvyyttä ilmenee enemmän miehillä kuin naisil- la. Toisaalta naiset hakeutuvat tai heidät ohjataan hoitoon harvemmin, ja he ovat akuuttihoitoon tullessaan miehiä huonokuntoisempia. Yleensä potilasryhmän muodostavat nuoret tai keski-iän ylittäneet naimattomat miehet, jotka saattavat olla vailla vakituista asuntoa. Potilaan lähisuvussa voi olla mielenterveys- ja päihdeon- gelmia. Usein potilaiden työ- ja koulutushistoria on jäänyt kesken, tai se voi puut- tua kokonaan. Heidän taloudellinen tilanteensa voi myös olla heikko. (Holmberg 2012.)

Mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistämässä painopisteenä on alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen sekä ylisukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistaminen ja vähentäminen. Tavoit- teena on voimavarojen ja muilta ongelmilta suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä riskitekijöiden vähentäminen. Alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen ehkäisee ja vähentää sekä mielenterveydellisiä ja somaattisia että sosiaalisia hait- toja. Yli sukupolven, vanhemmilta lapsille, siirtyvien mielenterveys- ja päihdeon- gelmien tunnistamisella voidaan riskiryhmässä olevia lapsia ja nuoria tukea ja tällä tavoin vähentää heidän sairastumisriskiään. Aina hoidettaessa mielenterveys- tai päihdeongelmaista aikuista on huomioitava myös mahdollinen lasten hoidon ja tuen tarve. Tämä edesauttaa vähentämään lasten ja nuorten riskiä ajautua päih- teiden ongelmakäyttöön tai sairastua psyykkisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

3.1 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan sitä, kun potilaalla on alkoholiriippuvuuden tai alkoholin ongelmakäytön lisäksi alkoholin vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö, esimerkiksi ahdistus, masennus, persoonallisuushäiriö, skitsofrenia tai kak-

sisuuntainen mielialahäiriö. Psykkiset oireet eivät välttämättä häviä, vaikka potilas olisi pitkään raittiina. Potilaan tulee kuitenkin olla raittiina riittävän pitkä jakso, jotta voidaan varmistua itsenäisen psykiatrisen häiriön olemassa olosta. Alkoholin ongelmakäyttäjistä 40–50 %:lla on jokin alkoholista riippumaton psykiatrinen häiriö jossakin elämän vaiheessa. Alkoholiriippuvuuden hoito on välttämätöntä kaksoisdiagnoosipotilailla, sillä alkoholi yleensä ylläpitää tai pahentaa psyykkistä oireilua. Myöskään psykiatristen häiriöiden hoito ei onnistu kunnolla mikäli alkoholin käyttö ei ole riittävästi hallinnassa tai loppunut. (Aalto 2010b, 184.) Toimintojen pirstaleisuus haittaa päihde- ja moniongelmaisten hoitoa, sillä monesta kunnasta puuttuu kokonaissuunnitelma. Tästä johtuen apua tarvitsevat eivät välttämättä tiedä kenen puoleen kääntyä vaikeassa elämäntilanteessa. ”Ensiapu” yksinään ei riitä, vaan ihmisillä tulisi olla mahdollisuus hyödyntää omia voimavaroja ja osaamista. (Miettinen 2004.)

Kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaan jaksottaisen tai rinnakkaisen hoidon mallin mukaan. Molemmissa on kaksi hoitotahoa. Jaksottaisessa mallissa ensin hoidetaan toista ongelmaa. Kun hoidossa on päästy tarpeeksi hyvään hoitotulokseen, aloitetaan toisen ongelman hoito. Rinnakkaisen hoidon mallissa hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta molemmille häiriöille on oma erillinen hoitotahonsa. Näiden hoitomallien ongelmana on ollut yhteisten toimintatapojen löytäminen, kuten yhteinen näkemys siitä kumpaa häiriötä pitäisi hoitaa ensin. Lisäksi jaksottaisen hoitomallin ongelmana on se, että hoito ei välttämättä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä. Uudempi hoitomalli on integroitu hoito, jossa sama hoitotaho hoitaa molempia ongelmia. (Aalto 2010b, 184.) Sitä on pidetty hoitovaihtoehdoista parhaimpana, vaikkakaan sen tehokkuudesta muihin hoitomalleihin verrattuna ei ole vielä riittävää näyttöä (Holmberg 2012).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden kartoittamiseen ei ole testilomaketta suomeksi. Tilanteen kartoitus perustuu haastatteluun ja havainnointiin. Haastattelun avulla kartoitetaan perusongelmien lisäksi potilaan pääongelmat ja oireet sekä niiden intensiteetti. Tietoa tarvitaan esimerkiksi henkilö-, perhe-, hoito-, lääkitys- ja päihdehistoriasta. Erityisesti akuuttihoitoon suunnittelussa on tärkeää tietää viime tuntien ja päivien päihteiden käyttö, käyttömäärät ja käyttötavat. Myös psyykkinen vointi, käyttäytyminen ja vuorokausirytmien muutokset kartoitetaan.

Oireiden osalta tarkastellaan niiden luonnetta, alkamisaikoja sekä -järjestystä. Huolellisella tilannekartoituksella, kirjaamisella ja hoitoarvion avulla voidaan vähentää palvelujen päällekkäisyyttä. (Holmberg 2012.)

Hölttä (2008) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteita. Hän on tutkimuksessaan kuvaillut kaksoisdiagnoosipotilaiden, heidän omaistensa sekä kolmannen ja julkisen sektorin työntekijöiden kokemuksia hoidon ja avun saannin esteistä. Höltän tutkimuksesta ilmeni, että päihdehäiriöiden ennaltaehkäisevät toimet ovat epätarkoituksenmukaisia. Tarkempi riskiryhmiin kohdistuva valistustyö voisi tuoda parempia tuloksia päihdehäiriöiden ehkäisyssä. Ennaltaehkäiseviä toimia tulisikin kohdentaa entistä enemmän mielenterveyshäiriöistä kärsiville. Ennaltaehkäisevää työtä pitäisi suunnata entistä enemmän myös käytöshäiriöisiin ja psyykkisesti oireileviin lapsiin ja nuoriin, sillä tutkimuksen mukaan oireilu alkaa usein jo lapsuudessa. Hoidon tavoitteita tulisi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tarkastaa. Potilaalla itsellään ei välttämättä ole halua elää ilman päihteitä. Näin ollen myöskään hoidon ainoana tai tärkeimpänä tavoitteena ei voi olla päihteettömyys. Eikä päihteettömyys voi olla hoidon saamisen edellytys. (Hölttä 2006, 57–59.)

3.2 Alkoholi ja masennus

Masennus on normaaliin tunne-elämään kuuluva asia, jos se on lyhytkestoista ja lievästi haittaavaa. Kuitenkin noin 15 prosenttia väestöstä sairastaa jossakin elämänsä vaiheessa niin kutsuttua vaikeata masennustilaa, jolloin oireet jatkuvat yli kaksi viikkoa. Masennuksen tunteen lisäksi vaikeaan masennustilaan liittyy muita elämää haittaavia oireita. Näitä oireita ovat esimerkiksi maassa oleva mieli suurimman osan aikaa, kiinnostuksen tai mielihyvän katoaminen niistä asioista, jotka ovat tuottaneet eniten iloa, poikkeuksellinen väsymys, itseluottamuksen ja omanarvontunnon vähentyminen, kohtuuttomat itsesyytökset, toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt tai ruokahalun muutos. Myös alkoholin ongelmakäyttö voi aiheuttaa masennuksen oireita. (Aalto 2010b, 185.) Päihteiden käyttäjillä masennuksen esiintyminen on kaksi kertaa yleisempää kuin normaalisti. Masentuneiden alkoholiriippuvuus onkin yleisempää kuin muilla. (Huttunen 2008.) Tästä syystä on tärkeää selvittää, johtuvatko masen-

nuksen oireet alkoholin käytöstä. Tällä tavoin voidaan suunnata hoitotoimenpiteitä oikein. (Aalto 2010b, 185.)

Mikäli alkoholia käyttävällä henkilöllä on masennukseen sopivat oireet, voi alkoholin käyttö liittyä siihen kolmella eri tavalla. Alkoholin käyttö voi pahentaa masennusta, se voi aiheuttaa masennusta tai voi olla, etteivät ne ole yhteydessä toisiinsa ollenkaan. Alkoholin käyttö pahentaa masennusta, mikäli oireet jatkuvat tarpeeksi vaikeina, vaikkakin lievempinä, kun henkilö on ollut yli kuukauden ilman alkoholia. Tällaisessa tilanteessa olisi tärkeää, että alkoholin käyttöä vähennettäisiin tai siitä pidättäydyttäisiin kokonaan. Runsas alkoholin käyttö voi myös haitata masennuksen lääkehoitoa. Jos alkoholin käyttö aiheuttaa masennuksen, masennuksen oireet häviävät kokonaan, kun alkoholia ollaan käyttämättä yli kuukauden. Tässä tapauksessa masennus on seurausta alkoholin ongelmakäytöstä. Kyseinen tila on yleinen ja usein podetaan ensisijaisesti masennusta, vaikka masennus onkin alkoholin aiheuttama. Tällaisessa tapauksessa ensisijaisena hoitona on alkoholista pidättäytyminen kokonaan. Jos henkilö ei pysty riippuvuuden takia olemaan juomatta, täytyy hoitotoimenpiteet kohdistaa alkoholiriippuvuuden hoitoon. Mikäli masennuksen oireet pysyvät ennallaan, vaikka henkilö ei olisi juonut alkoholia yli kuukauteen, alkoholilla ei ole syytä masennukseen. Tässä tapauksessa hoidossa keskitytään ensisijaisesti masennuksen oireiden lievittämiseen. Kuitenkin on muistettava, että vaikka alkoholilla ei ole vaikutusta masennuksen oireisiin, sen käyttö voi silti olla liiallista. (Aalto 2010b, 186–187.)

3.3 Alkoholi ja ahdistus

Ahdistuneisuus kuuluu elämään, mikäli se on reaktio uhkaan ja pelon aiheuttajaan. Lisäksi lievä ahdistus on normaaliin tunne-elämään kuuluva asia. Toisaalta ahdistuneisuus voi liittyä myös psykiatriseen häiriöön, esimerkiksi masennukseen. Keskeisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäinen stressireaktio. Näissä tilanteissa ahdistuneisuus ja pelot ovat pitkäaikaisia tai useasti toistuvia. Lisäksi ne voivat olla suhteettomia uhkaan nähden. Normaali ahdistuneisuus puolestaan ei johda elämää ja toimintakykyä haittaavaan toimintaan. (Aalto 2010 b, 187.)

Alkoholi vaikuttaa ahdistus- ja pelko-oireisiin kahdella tavalla. Lyhytaikaisesti se voi parantaa ahdistuneisuushäiriön oireita lievittämällä pelkoja ja ahdistusta. Näin ollen henkilö voi mennä rohkeammin pelottaviin tilanteisiin. Tämä saattaa johtaa alkoholin säännölliseen ja runsaaseen käyttöön. Ajan mittaan alkoholin lievittävä teho kuitenkin heikkenee. Alkoholi voi myös olla ahdistuneisuusoireiden aiheuttaja tai pahentaa niitä. Alkoholin käyttö on yksi elimistön rasisitustekijöistä, jonka vaikutuksesta elimistö herkistyy ja alkaa tuottaa liian voimakkaita ahdistus- ja pelkotunteuksia. Varsinkin paniikkikohtausten takana on usein pitkään jatkunut alkoholin käyttö ja siitä seurannut krapula- ja vieroitus-tila. Paniikkioireita onkin joskus vaikea erottaa vieroitusoireista. Alkoholista käyttävän henkilön tulisi kokeilla olla päihteettömänä muutaman kuukauden ajan vapautuakseen ahdistus- ja pelko-oireistaan. Jos oireita esiintyy tästä huolimatta, ovat hoidon mahdollisuudet paremmat, jos henkilö ei käytä päihteitä. Alkoholin käytöstä aiheutuneita ahdistuneisuushäiriön oireita voi esiintyä vielä viikkojen ajan juomisen lopettamisesta. (Aalto 2010b, 188; Mäkelä 2010.)

4 MINI-INTERVENTIO

Mini-interventio, lyhytneuvonta, tarkoittaa lyhyttä, tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa terveysneuvontaa. Aluksi mini-interventioon voidaan käyttää 10–15 minuuttia. Kuitenkin jo 5 minuutin mittainen neuvonta vähentää alkoholin suurkulutusta. Mini-interventio voidaan sisällyttää niihin käyntikertoihin, jotka ovat alun perin tuoneet henkilön vastaanotolle ja alkoholiin liittyvät kysymykset voidaan liittää vastaanotolla käsiteltävään asiaan. Näin ollen ylimääräisiä käyntikertoja ei välttämättä tarvita lainkaan. Asiakkaan alkoholin käytön selvittäminen vaatii taitoa, joka tarvitsee harjoitusta kehittyäkseen. Jotta alkoholin käytön määrää voidaan arvioida, tarvitaan tieto alkoholiannoksen määritelmästä. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 18; Aalto & Seppä 2009, 15.)

Mini-intervention tavoitteena on löytää alkoholin riskikäyttäjät ja aloittaa heidän hoitonsa varhaisessa vaiheessa. Sen avulla voidaan myös auttaa potilaita tiedostamaan heidän alkoholin käyttöönsä ja siihen liittyviä riskejä. Lisäksi tavoitteena on motivoida ja tukea potilasta alkoholin kohtuukäyttöön tai tarvittaessa pidättäytymään siitä kokonaan. Mini-interventio on vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikulutuksen hoidossa ennen kuin riippuvuutta on vielä kehittynyt. Se on tarkoitettu etupäässä varhaisvaiheen suurkuluttajille ja ongelmakäyttäjille, joille alkoholin käyttö aiheuttaa terveydellisiä haittoja. Mikäli potilaalla on jo vakava alkoholiriippuvuus, ei mini-interventio yleensä ole riittävä hoitokeino. Suppeassa lyhytneuvonnassa tunnistetaan alkoholin riskikäyttö ja keskustellaan alkoholin käytöstä, riskirajoista, alkoholin vaikutuksista terveyteen sekä potilaan omista huolista ja havainnoista. Laajempi lyhytneuvonta puolestaan sisältää muutoshalukkuuden selvittämisen ja tukemisen, alkoholin käytön vähentämiseen liittyvän ohjauksen sekä henkilökohtaisen tavoitteen asettamisen. (Kylmänen 2012.)

Mini-interventio tulee suhteuttaa potilaan tilanteeseen, sillä terveysriskin rajat yleensä ovat matalammalla, jos potilaalla on perussairauksia tai säännöllinen lääkitys. Lisäksi ikääntyminen madaltaa terveysriskin rajoja. Naisille mini-interventio on aiheellinen, mikäli päivittäiskäytössä alkoholia juodaan vähintään kaksi ravintola-annosta tai humalahakuinen juominen toistuu viikoittain. Miehillä

vastaavasti neljä päivittäistä ravintola-annosta tai seitsemän annoksen kertakäyttö viikoittain antaa aiheen lyhytneuvonnalle. (Kylmänen 2012.)

Mini-interventiossa tärkeintä on motivoiva asenne, kuuntelu ja rakentava kommentointi (Kylmänen 2012). Alkoholineuvontaa annettaessa on tärkeää empaattinen suhtautuminen, rohkaiseminen ja kannustaminen. Hoidossa korostuu potilaan oma vastuu ja keskustelussa toimitaan hänen ehdoillaan. Potilaalle annetaan tietoa, mutta hänen on tehtävä itse päätös. Häntä voidaan motivoida auttamalla punnitsemaan alkoholinkäytön hyviä ja huonoja puolia. (Aalto ym. 2008, 18.)

4.1 Mini-intervention sisältö

Mini-interventioon kuuluu riskikäytön tunnistaminen, motivoiva neuvonta, muutoksen suunnittelu sekä muutoksen tuki. Riskikäytön tunnistamisen lähtökohta on päihteiden käytöstä kysyminen. Päihteiden käytöstä kysytään aina osana muiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä, esimerkiksi tulohaastattelun yhteydessä. Alkoholin viikoittainen kulutus tulisi selvittää noin kahden kuukauden ajalta. (Havio ym. 2008, 122.) Avoimet kysymykset ovat tähän suljettuja kysymyksiä parempi vaihtoehto. Esimerkiksi kysymys ”käytättekö mielestänne liikaa alkoholia?” antaa mahdollisuuden vastata kieltävästi, jonka jälkeen on vaikea jatkaa. Avoimet kysymykset, kuten ”milloin joitte viimeksi alkoholia?” eivät tarjoa mahdollisuutta myöntämiseen tai kieltämiseen. (Seppä 2003, 58.) Havainnointi ja potilaasta saatujen tietojen yhdistäminen on kysymisen ohella osa tunnistamista. Pitkäaikaiseen alkoholin suurkulutukseen liittyy erilaisia oireita ja erityisen merkityksellisiä ovat psyykkiset oireet, kuten masennus, ahdistus, uupumus ja unihäiriöt. Keskustelussa on hyvä lähteä liikkeelle niistä oireista ja vaivoista, jotka potilas itse on tuonut esille. (Havio ym. 2008, 122.)

Motivoivaan neuvontaan kuuluu alkoholin käytön ja yksilöllisen tilanteen tarkempi tutkiminen. Tämän lisäksi siihen kuuluu tarvittavan tiedon antamista sekä pohdinnan ja päätöksen teon tukemista. Alkoholin käyttöön kiinnitetään tarkempaa huomiota, esimerkiksi käytön määrään, tiheyteen ja laatuun. Myös juomistilanteista voidaan keskustella sekä siitä, millaisia ajatuksia liittyy juomiseen. Muutokseen tarvitaan motivoitumista ja päätöksentekoa. (Havio ym. 2008, 124.) Juomisen vä-

hentämisen vaikutus terveyteen ei ole kuitenkaan aina yksiselitteistä. Joskus voi olla tarpeen tehdä kokeilu, jolloin juomista vähennetään tai se lopetetaan kokonaan koeajaksi. Tämän jälkeen arvioidaan, ovatko oireet helpottaneet. (Aalto & Seppä 2009, 20.) Potilaan motivaatiota alkoholin käytön vähentämiseen voidaan edistää keskustelemalla hänen muutoshalukkuudesta ja -valmiudesta, toiveista sekä muutoksen haitoista ja hyödyistä (Kylmänen 2012).

Muutoksen suunnittelun tavoitteena on löytää yksilöllinen ja sopiva tavoite ja keinot tavoitteeseen pääsemiseksi. Toiselle sopii aluksi juomisen seuranta, joku toinen haluaa vähentää juomista ja kolmas voi päättää lopettaa kokonaan. Potilaalle voidaan myös asettaa esimerkiksi viikkotavoite. Potilaan kanssa käydään läpi juomisen hallintakeinoja, kuten juomistilanteiden tunnistamista, alkoholista kieltäytymistä, siirtymistä laimeampiin juomiin, juomista hitaammin tai ylärajan asettamista. Potilaan harkintaa ja päätöksentekoa tuetaan ja häntä voidaan ohjata täyttämään juomapäiväkirjaa. Suullisten ohjeiden lisäksi on potilaalle hyvä antaa myös kirjallisia ohjeita. Kun suunnitelmat ovat muotoutuneet, sovitaan tarvittavasta tuesta ja seurannasta. (Havio ym. 2008, 124; Kylmänen 2012.)

Muutoksen tuki voi löytyä esimerkiksi potilaan lähipiiristä. Sitä varten voidaan kuitenkin sopia myös seurannasta, esimerkiksi lääkärin, terveydenhoitajan tai A-klinikan työntekijän kanssa. Seurantakäynnillä keskustellaan esimerkiksi muutoksen etenemisestä, tavoitteiden sopivuudesta sekä muista muutokseen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteita ja keinoja tulee arvioida ja tarvittaessa tehdä uusi suunnitelma. (Havio ym. 2008, 124.) Potilaan perhe ja läheiset on myös otettava huomioon sekä vertaisryhmien tarjoamat palvelut, kuten AA-ryhmä. Tarvittaessa arvioidaan potilaan psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. (Kylmänen 2012.)

Mini-interventiota voidaan luonnehtia myös lyhenteellä FRAMES. Lyhenne tulee englannin kielen sanoista feedback, responsibility, advice, menu, empathy ja self-efficacy. Suomeksi käytetään sanaa RAAMIT (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2. RAAMIT, Mini-intervention sisältö (Seppä 2003, 65–66.)

Rohkeus	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja optimismia onnistumisen suhteen
Alkoholitietous	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholista suhteessa potilaan vaivoihin ja löydöksiin
Apu	Autetaan päätöksessä vähentää tai lopettaa juominen
Myötätunto	Lämmin, refleктоiva, empaattinen, ymmärtäväinen lähestymistapa
Itsemääräämisvastuu	Potilaan itse päätettävä vähentää juomista
Toimintaohjeet	Luodaan vaihtoehtoisia tapoja vähentää juomista

4.2 Mini-intervention menetelmät

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -kysely on tehokas menetelmä mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa (LIITE 1). Kyselyssä on 10 kysymystä, ja niihin vastaaminen kestää muutaman minuutin. Ensimmäisellä kysymyksellä selvitetään juomisen tiheyttä, toisella tyypillistä käyttömäärää ja kolmannella humalajuomisen toistumista. Kysymyksillä 4–6 selvitetään riippuvuusoireita, joita voi ilmaantua ennen varsinaisen riippuvuuden kehittymistä. Kysymykset 7–10 selvittävät alkoholista johtuvia haittoja. Kysymykset pisteytetään nollassa neljään ja kyselyn maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen raja on yleensä 8 pistettä. Keskimäärin AUDIT tunnistaa kahdeksan suurkuluttajaa kymmenestä, ja se on työikäisten suurkulutuksen tunnistajana erittäin tehokas. Ikääntyneillä AUDIT ei toimi yhtä hyvin ja alaikäisten osalta sen toimivuudesta ei ole tietoa. (Aalto ym. 2008.) AUDIT-kyselystä on kehitetty myös lyhyempiä versioita, joista tunnetuin on AUDIT-C. Siinä on alkuperäisen kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä, jotka selvittävät alkoholin käyttömäärää ja -tapaa. AUDIT-C on lähes yhtä toimiva kuin alkuperäinen AUDIT. AUDIT-C:ssä ei kuitenkaan saada keskusteluun mukaan tietoa

alkoholin haitoista. Tästä syystä on suositeltavaa käyttää ensisijaisesti alkuperäistä AUDIT-kyselyä. (Aalto & Seppä 2009, 17.)

AUDIT-kyselyn tilalla tai sen rinnalla voidaan haastattelemalla kysyä suoraan potilaan käyttämistä alkoholimääristä ja mahdollisista alkoholihaitoista. Tällöin AUDIT-kysely voi olla keskustelun avaaja. Haastattelemalla taitava ja empaattinen hoitaja voi tunnistaa alkoholin liikkäytön hyvin. Mikäli alkoholinkäyttö on säännöllistä, voidaan potilaan alkoholinkäytön määrää ja siitä aiheutuvia haittoja kartoittaa määrä-tiheys-kysymyksillä, kuten kuinka paljon yleensä juotte tai kuinka usein yleensä juotte. Kysymyksen tarkkuutta voidaan lisätä kysymällä käyttömääriä erikseen eri juomista (olut, siideri, viini, väkevät). Mikäli potilas ei pysty vastaamaan määrä-tiheys-kyselyyn, selvitetään alkoholinkäyttö jollakin muulla tapaa, esimerkiksi käymällä läpi viimeisten 2–4 viikon alkoholinkäyttö. Alkuun voidaan kysyä, milloin viimeksi potilas on juonut alkoholia ja kuinka paljon. Lisäksi tulee kysyä humalaha-kuisesta juomisesta. Potilas voi alkaa myös täyttää juomapäiväkirjaa, johon hän merkitsee käyttämänsä alkoholin seuraavilta 2–4 viikolta. (Aalto ym. 2008, 17–18; Aalto & Seppä 2009, 15.)

SADD-alkoholiriippuvuustesti on kehitetty 1980-luvun alussa. Se on seulontatesti, jonka avulla voidaan tunnistaa juomisongelmien vuoksi apua hakevia asiakkaita, mitata riippuvuuden tasoa ja astetta sekä havaita, muuttuuko taso tai aste ajan myötä. Testissä on asteikko, joka ulottuu lievästä vaikeaan, vähäisistä ongelmista vakavaan alkoholiriippuvuuteen. Testissä painottuu lisäksi alkoholiriippuvuuden subjektiiviset ja käyttäytymiseen liittyvät piirteet. Testiä voidaan käyttää aikuisväestön seulonnoissa ja tutkimuskäytössä. Testin tulos vaikuttaa hoidon tarpeellisuuden arviointiin, omatoimiseen muutokseen kannustamiseen tai mietittäessä, onko avo- tai laitoshoidon tarpeen. Lisäksi testin tuloksella on merkitystä hoidon tavoitteita mietittäessä, suositellaanko juomisen lopettamista kokonaan vai kohtuukäyttöön pyrkimistä. (Päihdelinkki 2011.)

Laboratoriokokeet eivät yksiselitteisesti tunnista alkoholin liikkäyttoa, sillä kokeiden arvot eivät välttämättä kohoa liikkäyttoa seurauksena tai arvot voivat olla koholla muusta syystä. Laboratoriokokeita voidaan kuitenkin käyttää yhdessä kyselylomakkeiden tai haastattelun kanssa. Tämä voi kannustaa asiakasta hoitoon ja niistä voi olla myös hyötyä seurannassa. (Aalto & Seppä 2009, 17.)

Monesti epäillään, että terveyskeskuksissa työntekijät eivät ehdi käyttää AUDIT-kyselyä kiireen vuoksi. Kuitenkin Kuokkasen ja Sepän tutkimus (2010) osoittaa, että täyspitkän AUDITin käyttö terveyskeskuksissa onnistuu. He tutkivat vuosina 2006-2008 kaikilla Helsingin terveysasemilla mini-intervention käyttöä, joka sisälsi myös AUDIT-kyselyn. Tutkimuksen mukaan kyselyyn oli vastattu odotettua useammin ja alkoholin käytöstä kysyminen oli yleistä. AUDIT-kyselyn lisäksi työntekijät olivat antaneet suullista neuvontaa sekä kirjallisia ohjeita. Suurimpaan osaan potilaita kohdistettiin yhden käyntikerran mini-interventio. (Kuokkanen & Seppä 2010.)

4.3 Motivoiva haastattelu

Asiakkaan alkoholinkäytön vähentämisen tai lopettamisen tukemisessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Asiakkaan motivaatiota muutokseen voidaan heitellä taitavalla kommunikaatiolla, mutta toisaalta taitamattomalla toiminnalla se voidaan myös estää. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Motivoivan haastattelun menetelmä on käytössä sosiaali- ja terveyspalveluissa laajalti. Se vahvistaa asiakkaan muutosmotivaatiota ja kehittää itsereflektiota koko hoito- ja kuntoutusprosessin ajan. Erityisesti tämä lähestymistapa toimii vihaisten ja vastustavien asiakkaiden kanssa, sillä se tarjoaa näihin tilanteisiin asiakkaan vastustusta rakentavasti ja muutosta edistävästi käsittelevän työtavan. Mini-interventio perustuukin hyvin pitkälti asiakkaan motivointiin. (Salo-Chydenius 2011; Havio ym. 2008, 128.)

Motivoiva haastattelu on kokonaisvaltainen ihmisen voimavaroja ja toimijuutta korostava ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli. Siksi on kuvaavampaa käyttää siitä termiä motivoiva toimintatapa. Se on asiakaskeskeinen, ihmisen omista tarpeista ja arvomaailmasta lähtevä ohjausmenetelmä. Tavoitteena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota sekä muuttaa haitallista ja riippuvuutta aiheuttavaa toimintaa. Asiakkaan kohtaamisessa tärkeää on aito kunnioitus, välittäminen ja myötätunto. (Salo-Chydenius 2011.)

Motivoivassa vuorovaikutuksessa tunnistetaan ja nimetään asiakkaan vahvuuksia. Häntä pyydetään antamaan esimerkkejä ja tarkennuksia ja hänen kanssaan poh-

ditaan arvoja, tavoitteita sekä tulevaisuutta. Häneltä kysellään ja harkiten kyseenalaistetaan asioita. Avoimilla kysymyksillä saadaan asiakas kertomaan enemmän tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Työntekijä reagoi siihen, mitä asiakas on kertonut, esimerkiksi toistamalla, arvailemalla mitä hän tarkoittaa sekä tarkistamalla, onko ymmärtänyt asian oikein. Tiivistämällä ja yhteenvetoja tekemällä asiakas saa varmistuksen, että häntä kuunnellaan ja samalla hänellä on tilaisuus korjata väärinkäsityksiä. Valmiiden ratkaisujen ja neuvojen antamista, syyllistämistä, syyttämistä, pelottelua, uhkailua, anelua ja analysointia on vältettävä. (Salo-Chydenius 2011.)

Motivoivan toimintatavan perusta on asiakkaan ja työntekijän luottamus ja kumpuutus. Siinä molemmat osapuolet tutkivat ja rakentavat uutta ymmärrystä, ratkaisevat ongelmia ja tarkastelevat ristiriitoja. Asiakas tuo esiin ristiriitoja, joita pyritään muuttamaan avoimien kysymysten, yhteenvetojen sekä voimaannuttavan palautteen avulla. Keskustelussa pyritään välttämään väittelyä. Perusajatuksena on, että voimat muutokseen löytyvät ihmisestä itsestään. Asiakkaalla itsellään ei kuitenkaan välttämättä ole keinoja muutokseen. Tällöin työntekijän tehtävänä on antaa hänelle välineitä ja tukea ja tällä tavoin mahdollistaa muutos. Muutosmotivaatiota rakennetaan yhteistyössä. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakasta autetaan tulemaan valmiiksi, halukkaaksi ja kykeneväksi. Työntekijän on oltava aito, kunnioittava, lämmin, ystävällinen sekä myötätuntoinen. Se vahvistaa muutosmotivaatiota. Mahdollinen juomaan retkahtaminen on oppimistilanne, jossa tutkitaan hallinnan ja selviytymisen keinoja ennakoimalla riskitilanteita. (Salo-Chydenius 2011.)

4.4 Mini-intervention haasteet ja kehittäminen

Mini-intervention haasteena on se, että sen keskeisintä kohderyhmää ei ole mielletty oikein. Eniten siitä hyötyvät suurkuluttajat, joiden alkoholin runsasta kulutusta ei voida tunnistaa ulkoisista tekijöistä. Heillä ei ole vielä alkoholiriippuvuutta tai alkoholista johtuvia elinvaurioita. Näin ollen riskikäyttö saadaan esille pelkästään kysymällä. Toisena haasteena on se, että mini-intervention luonnetta terveysneuvontana ja terveyden edistämiseksi ei ole ymmärretty. Päihdetyössä on merkityksellistä myös työntekijöiden omat asenteet päihteidenkäyttöä kohtaan. Työyksiköissä ja organisaatioissa on sovittava yhteisistä toimintamalleista ja työnjaosta,

jotta menetelmä voidaan ottaa käyttöön. (Havio ym. 2008, 121.) Lisäksi hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus muuttaa toimintoja hyvin hitaasti (Seppä 2008, 63).

Mini-intervention tuloksellisuutta voidaan parantaa laajentamalla toimintaa muutamien yksittäisten projektien sijaan valtakunnalliseksi. Lisäksi tulisi kehittää sen sisältöä sekä henkilökunnan valmiuksia ja taitoja. Tuloksia heikentää myös se, että vain osa potilaista on halukkaita vähentämään alkoholin kulutustaan. Hankkimalla valmiuksia vaikuttaa potilaiden motivaatioon, voisi terveydenhuollon henkilökunta saada mini-interventiolla aikaan entistä parempia tuloksia. (Seppä 2003, 67–68.)

Mini-intervention käyttäminen työmenetelmänä on lisääntynyt ja asenteet sitä kohtaan ovat parantuneet valtakunnallisesti. Toimintaa on kuitenkin tuettava jatkuvasti pysyvyyden takaamiseksi. Pyrkimyksenä voisi olla esimerkiksi, että jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella olisi tarvittavat perustaidot mini-intervention käyttöön ja jokainen käyttäisi sitä ainakin silloin tällöin. Tavoitteena olisi kuitenkin, että kaikista pitkäaikaisessa hoitosuhteessa olevista asiakkaista olisi tiedot alkoholin käytöstä ja että tietyissä tilanteissa alkoholinkäyttöä kysyttäisiin säännöllisesti. (Seppä 2008, 61.)

Scandinavian Journal of Primary Health Care -lehdessä olleessa artikkelissa oli yhteenveto 11 kansainvälisen tutkimuksen tuloksista, joissa käsiteltiin mini-intervention käyttöönottoa perusterveydenhuollossa. Siinä selvitettiin, mitkä ovat tehokkaimpia tapoja mini-intervention käyttöönotolle perusterveydenhuollossa vertaamalla erilaisia tapoja toisiinsa. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 1319 lääkärinä ja hoitajana Australiasta, Englannista, Ruotsista, Suomesta, Tanskasta sekä Yhdysvalloista. Kaikissa 11 tutkimuksessa tutkittavat saivat materiaalia mini-interventiosta, ja osa tutkittavista sai tämän lisäksi koulutusta joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti. Tutkimukset osoittavat, että mini-intervention käyttöaktiivisuus on yhteydessä koulutusten ja tarjotun tuen määrään. Yleisesti ottaen kaikkien tutkittavien mini-intervention käyttöaktiivisuus lisääntyi jonkun verran, mutta koulutusta saaneilla enemmän verrattuna pelkän materiaalin saaneisiin. Lääkäreiden mini-intervention käyttöaktiivisuus lisääntyi hoitajia enemmän. Kuitenkin kaiken kaikkiaan mini-intervention käyttäminen oli vaatimatonta. Tutkijoiden mielestä mini-interventio vaatii parempaa sopeuttamista perusterveydenhuoltoon, jotta sitä käytettäisiin laajemmin. (Nilsen, Aalto, Bendtsen & Seppä 2006, 5–15.)

Kääriäinen (2010) on tutkinut Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä henkilöstön tietoja, taitoja ja asenteita alkoholiin liittyviä potilaskontakteja kohtaan. Tämän tutkimuksen pohjalta tehtiin toimintatutkimus, jonka tavoitteena oli parantaa mini-intervention käyttöä terveydenhuollon eri osa-alueilla. Ensiksi johtajia motivoitiin antamalla heille tietoa mini-intervention tehokkuudesta ja kustannustehokkuudesta. Tämän jälkeen pidettiin tietyille avainhenkilöille luentoja alkoholin kulutuksesta sekä mini-interventiosta ja sen hyödyistä. Roolipelien avulla toimintatutkimuksessa harjoiteltiin käytännön taitoja. Avainhenkilöt puolestaan jakoivat tietoa eteenpäin omilla työpaikoillaan. Näin mini-interventiota saatiin tutummaksi ja monet työntekijöistä huomasivat jo käyttäneensä sitä tietämättään. Puolen vuoden kuluttua kerätyn palautteen mukaan erityisesti roolipelit olivat olleet hyvä tapa opetella taitoja. Joillakin työpaikoilla oli hyödynnetty sitä myös henkilöstön koulutuksessa. (Kääriäinen 2010, 8, 51, 53, 54.)

Kääriäisen tutkimuksen mukaan henkilökunta perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä työterveyshuollossa ajattelee varhaisen tunnistamisen sekä alkoholin suurkuluttajien hoitamisen olevan olennainen osa heidän työtään. He ajattelevat myös potilaiden suhtautuvan positiivisesti alkoholista kysymistä kohtaan. Kuitenkin tarvetta on edelleen lisätä tietämystä mini-interventiosta, sillä vain viidesosa tutkimukseen osallistuneista koki omaavansa hyvät motivointitaidot tai pystyvänsä vaikuttamaan potilaan alkoholinkäyttöön. Tarvitaankin paljon lisää perustietoa mini-intervention laajempaa käyttöönottoa ajatellen. (Kääriäinen 2010, 53–54.)

Mini-intervention käyttöön voitaisiin kannustaa esimerkiksi antamalla peruskoulutusta henkilökunnalle. Peruskoulutukseen sisältyy työntekijän omien asenteiden ja alkoholin käytön tiedostaminen, alkoholin kulutuksen epidemiologia, varhaisen riskikulutuksen terveyshaitat, alkoholisairaudet, riskikulutuksen tunnistaminen, taidot motivoitiin, mini-interventiohoito, päihdelainsäädäntö sekä yhteistyötahot. Peruskoulutuksen jälkeen jokaisella työntekijällä terveydenhuollossa tulisi olla motivaatiota, valmiuksia sekä tietoa mini-intervention toteuttamisesta. Tämän lisäksi henkilökunnalle on tarjottava jatko- ja täydennyskoulutusta. Eri organisaatioiden tulisi kehittää myös systemaattisesti omaa toimintaansa. Tähän kuuluu esimerkiksi sisäiseen työnjakoon liittyvät asiat, kyseiseen toimintaympäristöön soveltuvat toi-

mintaohjeet, ehkäisevän päihdetyön tukihenkilöverkosto, ehkäisevän toiminnan huomioiminen palkitsemisessa sekä sähköisen potilasrekisterin kehittäminen käyttäjäystävällisemmäksi. Eri toimipisteet voivat sopia hoitajien ja lääkäreiden kesken työnjaosta mini-intervention toteuttamisen suhteen. Peruseriaatteena kuitenkin on, että se, jonka luokse potilas tulee ensin, tekee mini-intervention. Väestölle olisi tärkeää välittää tietoa siitä, että henkilö voi olla huolissaan omasta päihteiden käytöstään ilman, että se vaikuttaa hänen muuhun hoitoonsa kielteisesti. (Seppä 2008, 62–64.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata henkilökunnan mini-intervention käyttöä, valmiuksia ja asenteita psykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietoa mini-interventiosta työmenetelmänä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Miten henkilökunta käyttää mini-interventiota?
2. Millaiset valmiudet henkilökunnalla on käyttää mini-interventiota?
3. Miten henkilökunta asennoituu mini-intervention käyttöön?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen menetelmä. Kvalitatiiviseen tutkimukseen päädyttiin, sillä siten on mahdollista saada syvällisempää tutkimustietoa aiheeseen liittyen. Pienen työyhteisön vuoksi ei olisi ollut mahdollista saada tarpeeksi suurta otosta määrälliseen tutkimukseen.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on tutkimus, jossa ei käytetä tilastollisia menetelmiä tai muita määrällisiä keinoja. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita, kun taas määrällinen tutkimus perustuu lukuihin. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, vaan siinä pyritään ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen. Siinä tutkitaan yksittäistä tapausta ja pyritään saamaan yhdestä havaintoyksiköstä mahdollisimman paljon irti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailman. Laadullinen tutkimusmenetelmä on joustava, ja se antaa tutkijalle erilaisia mahdollisuuksia. Umpikujan vaara on pieni, sillä siinä voidaan toimia ja edetä tilanteen mukaan. Tutkijalla ei välttämättä ole etukäteen tietoa tutkittavasta ilmiöstä, vaan hän olettaa tiedon olevan tutkittavilla. (Kananen 2008, 24–25, 27, 29.)

Opinnäytetyön tutkimus suoritettiin teemahaastatteluna psykiatrian poliklinikan henkilökunnalle. Haastattelu on joustava menetelmä, ja se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Se antaa mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse haastattelutilanteessa. Sen avulla on mahdollista saada esiin vastausten takana olevia motiiveja. Haastattelun etuna on, että siinä voidaan selventää vastauksia sekä syventää saatavia tietoja. Lisäksi perustelujen pyytäminen on mahdollista. Toisaalta haastattelijalta vaaditaan kokemusta ja taitoa ja haastattelu on aikaa vievää. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–35.) Yleisin tutkimushaastattelumuodoista on teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu. Siinä tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet eli teema-alueet sen mukaan, mitä tutkimushaastattelussa tulee tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä. Eri teemojen käsittelyjärjestyk-

sellä ei ole merkitystä haastattelun aikana, vaan tavoitteena on, että kaikista teema-alueista vastaaja antaa oman kuvauksensa. Tutkijan tehtävänä on huolehtia siitä, että haastateltava henkilö pysyy asetetuissa teemoissa. (Vilkkä 2005, 101–103.)

Tämän tutkimuksen teemahaastattelussa oli kolme teemaa. Teemat olivat mini-intervention käyttö, valmiudet ja asenne. Kyseisiin teemoihin päädyttiin, sillä niihin kiteytyivät ne asiat, joita työelämänohjaaja halusi tutkimuksella selvitetävän. Yhteensä haastattelukysymyksiä oli 12 (LIITE 2). Opinnäytetyön ohjaajat sekä työelämänohjaaja hyväksyivät haastattelukysymykset ennen haastattelujen tekemistä.

6.2 Aineiston keruu

Psykiatrian poliklinikan esimies valitsi hoitohenkilökunnasta tiedonantajat tutkimukseen annettujen kriteerien perusteella, eikä tutkija itse vaikuttanut otokseen. Haastatteluihin valittiin viisi tiedonantajaa, siten että heidän työhistoriansa ja työnkuvansa poikkeaisi hieman toisistaan. Alun perin tiedonantajia oli neljä. Näiden haastattelujen jälkeen oli kuitenkin tarvetta saada lisää aineistoa, jotta tutkimuksesta tulisi kattavampi. Kahteen poliklinikan työntekijään otettiin yhteyttä, ja toinen heistä oli vapaaehtoinen osallistumaan tutkimukseen. Saturaatio täyttyi näiden viiden haastattelun perusteella. Saturaatiolla tarkoitetaan tiedon kokoamista niin kauan että uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ei enää saada (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84).

Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Yksilöhaastatteluun päädyttiin, sillä silloin tiedonantajat mahdollisesti uskaltaisivat kertoa omista kokemuksistaan ja ajatuksistaan rohkeammin kuin ryhmähaastattelussa. Lisäksi ryhmähaastattelussa keskustelu on vaikeampi pitää käsiteltävässä asiassa. Kaikki haastattelut tehtiin psykiatrian poliklinikalla haastateltavien omissa työhuoneissa. Haastatteluiden kesto vaihteli 6–9 minuutin välillä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja häiriöttömiä, ja haastattelijan ja tiedonantajien suhde oli hyvä. Haastattelun alussa tiedonantajille annettiin vielä sama kooste mini-intervention esittelystä, joka oli lähetetty sähköpostissa aikaisemmin. Lisäksi vielä käytiin läpi opinnäytetyön aihe, tarkoitus ja ta-

voitteet sekä milloin työn olisi tarkoitus olla valmis. Tiedonantajille kerrottiin vielä, että vaikka haastattelut nauhoitetaan, niin kaikki aineistot tuhoetaan analysoinnin jälkeen. Haastatteluiden aikana tiedonantajilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä, mikäli he eivät ymmärtäneet jotain kysymystä. Haastattelun lopuksi luvattiin tiedonantajille lähettää linkki valmiiseen opinnäytetyöhön, kun se on luetavissa sähköisesti.

6.3 Aineiston analysointi

Nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Tämän jälkeen aloitettiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysissä dokumenttien sisältö kuvataan sanallisesti. Siinä pyritään saamaan kuva tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa niin, että sen sisältämä informaatio ei katoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Sisällönanalyysi voi olla deduktiivista eli teorialähtöistä tai induktiivista eli aineistolähtöistä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä lähtökohtana on teoria tai teoreettiset käsitteet ja niiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Induktiivisessä eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivista lähtökohtaa käytetään silloin, kun tutkittavasta asiasta ei tiedetä paljoakaan etukäteen tai aikaisempi tieto on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään karsimalla tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Tämä voi tapahtua esimerkiksi etsimällä tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään niin, että alkuperäisilmaisut käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin, joten aineisto tiivistyy. Ryhmittelyn jälkeen luodaan alkuperäisilmauksista teoreettiset käsitteet ja johtopäätökset. Sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä ja se perustuu tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105, 108–113.)

Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla litteroidut tekstit läpi. Tekstistä etsittiin tutkimustehtävien kannalta tärkeitä alkuperäisilmaisuja. Alkuperäisilmauksien pituudet

vaihtelivat yhdestä sanasta pitempiin lauseisiin. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston pelkistäminen, jolloin alkuperäisilmaisut yksinkertaistettiin pelkistettyyn muotoon. Ilmaisujen pelkistämisen jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin sen mukaan, mitkä asiat liittyivät toisiinsa. Näille ryhmille nimettiin yhdistävä alaluokka ja alaluokat yhdistettiin pääluokiksi (LIITE 3).

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä luku käsittelee opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia. Tulokset esitetään tutkimusteemojen avulla. Teemat ovat mini-intervention käyttö, valmiudet ja asenteet. Tutkimustuloksia esitellään tiedonantajilta saatujen suorien lainausten avulla.

Tutkimus tehtiin psykiatrian poliklinikalla tammi-helmikuun 2013 aikana. Tutkimukseen osallistui viisi vapaaehtoista työntekijää. Psykiatrian poliklinikan yhteyshenkilönä toimi poliklinikan esimies. Häneltä saatiin tiedonantajien yhteystiedot. Tiedonantajiin otettiin yhteyttä sähköpostitse haastatteluajan sopimiseksi. Sähköpostiin liitettiin kooste mini-intervention esittelystä (LIITE 4).

7.1 Toimintaympäristön kuvaus ja tiedonantajien taustatiedot

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurun psykiatrian poliklinikalla alueen aikuisväestö saa psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuuluvaa tutkimusta, avohoitoa ja kuntoutusta. Poliklinikalle hakeutumisen taustalla voi olla esimerkiksi vaikea psyykinen kriisitilanne, psykoottinen oireilu, depressio, itsetuhoisuus tai osastohoidon jälkeinen jatkoahoito. Poliklinikalla on kolme tiimiä. Akuutti arviointitiimi päivystää virka-aikana. Siihen kuuluvat aikuispsykiatrian avohoitoon tulevien läheteiden käsittely, uusien asiakkaiden tutkimus ja hoidontarpeenarviointi sekä akuutti kriisihoito. Hoitotiimit 1 ja 2 vastaavat aikuispsykiatrian avohoidon toteutuksesta. Näiden moniammatillisten tiimien kokoonpanoon kuuluvat lääkäri, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, kuntoutusohjaaja, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi psykiatrian poliklinikalla on kaksi osastosihteeriä. (Kiuru n.d.) Tutkimukseen osallistui ainoastaan hoitohenkilökuntaa.

Tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat ovat työskennelleet ammatissaan 15–30 vuotta. Psykiatrian poliklinikalla tiedonantajat ovat työskennelleet keskimäärin 4-13 vuotta. Mini-interventio on ollut kaikilla tiedonantajilla käytössään vähintään sen ajan, kun he ovat olleet töissä psykiatrian poliklinikalla. Useimmat tiedonantajat ovat käyttäneet sitä myös aikaisemmissa työpaikoissa.

7.2 Henkilökunnan mini-intervention käyttö

Tiedonantajat käyttävät mini-interventiota monipuolisesti, ja sillä on vaikutusta hoitoon liittyviin tekijöihin, kuten missä hoito toteutetaan. Suurin osa arvioi käyttävänsä mini-interventiota työnkuvasta riippuen päivittäin tai jokaisen uuden potilaan kohdalla. Yksi tiedonantaja arvioi käyttävänsä sitä kuukausittain, mutta hänkin kartoittaa alkoholin käytön aina uusilta potilailta. Työntekijät kysyvät päihteistä muiden asioiden ohella ja tekevät AUDIT-kyselyn, jos asiakas myöntää päihdeongelman. Siinä tapauksessa arviointijaksolla käydään alkoholin käyttöä tarkemmin vielä läpi. AUDIT-kysely tehdään myös epäselvissä tapauksissa, mikäli asiakas antaa epä-määräisiä vastauksia alkoholin käytöstään.

...siihen arviointiprotokollaan kuuluu, se että ... kaikilta asiakkailta kysytään päihteiden käytöstä.

...mää oon oppinu, että mää joudun kyllä kyselemään myöskin semmosilta potilailta jotka ei välttämättä...ite sano, että niillä on ongelma päihteitten kanssa tai niin, että ulkoinen olemus ei viittaa siihen...

Etupäässä ne on uusia joitten tilannetta mää kartotan että missä mennään.

...jos se jää niinkö epäselväks että ku ihmiset puhuu aika paljon semmosista määristä että mää käytän muutaman oluen tai mää käytän silloin tällöin niin silloin se on musta aika selkee se AUDIT-kysely että siinä joutuu konkreettisesti vastaamaan ne annokset ja muut määrät.

AUDITin lisäksi psykiatrian poliklinikalla mini-intervention menetelmistä käytetään haastattelua. Haastattelu voi olla motivoiva haastattelu tai psykiatrinen anamnestinen haastattelu. Alkoholin käyttöä voidaan selvittää konkreettisilla kysymyksillä, kuten kuinka monta kaljaa joit ja niin edelleen. Muita käytössä olevia kyselyitä ovat alkoholiriippuvuus testi (SADD) sekä strukturoidun diagnostisen haastattelun päihdeosio (SCID). Lisäksi verikokeiden avulla voidaan selvittää alkoholin käyttöä.

Tehdään tämmöstä psykiatrista anamnestista haastattelua mihin kuuluu, että siitä kysytään päihteiden käytöstä.

Ikään kuin vähän sen motivaatiohaastattelun menetelmiä sitte tuota hyödynnän.

Mini-intervention käyttöä työmenetelmänä edistää sen hyödyn oivaltaminen. Motivaatiota lisää, kun työntekijänä oivaltaa mini-intervention hyödyn asiakkaalle. Jo lyhyt arvio päihteiden käytöstä voi havahduttaa asiakkaan. Asiakkaat ovat antaneet positiivista palautetta suoraan puhumisesta. Mini-intervention käyttöä edistäväksi tekijäksi nousi asiakkaan kuntoutuminen ja se, kun asiakas itse ymmärtää, mikä merkitys päihteiden käytöllä on kuntoutumiseen.

On jotenkin niinkun itte oivaltanu sen hyödyn mikä siinä on niin se on myös motivoiva työntekijälle itselleen.

Asiakas ymmärtää itse oman kuntoutumisen ja sen merkityksen mitä päihde vaikuttaa siihen kuntoutukseen.

Keskustelu alkoholin käytöstä lähtee yleensä liikkeelle AUDIT-kyselyn pohjalta. Asiakkaalle kerrotaan mitä kyselyn tulokset merkitsevät ja varmistetaan että hän ymmärtää miten päihteet vaikuttavat hänen hyvinvointiinsa. Lisäksi hänelle kerrotaan alkoholin vaaroista. Myös hoitoneuvottelussa alkoholiongelma otetaan esille ja lääkärikin voi tehostaa valistusta. Asiakasta tuetaan kohtuukäyttöön ja tilannetta seurataan. Tarvittaessa AUDIT-kysely tehdään myöhemmin uudestaan.

AUDITin pohjalta sitte lähtee sitä keskustelua...

Alkoholinkäytön selvittämisen kautta pystytään päättämään missä asiakasta hoidetaan ja mitä hoidetaan ensisijaisesti, mielenterveysongelmaa vai päihdeongelmaa. A-klinikan kanssa tehdään yhteistyötä esimerkiksi pitämällä yhteisiä palaveriteita asiakkaan ja A-klinikan työntekijän kanssa. Psykiatrian poliklinikalta voidaan myös ohjata asiakasta varaamaan aika A-klinikalle. Yksi tiedonantaja kertoi, että hän on varannut joskus ajan sinne asiakkaan puolesta. Asiakkaan täytyy kuitenkin itse tehdä päätös A-klinikalle menosta.

Joskus oon jollekki varannu tässä käynnillä yhdessä hänen kans mutta sehän on semmonen asia mikä ihmisen pitää ite päättää.

Tiedonantajat kertovat kirjaavansa alkoholinkäytön ja eri mittareiden tulokset potilaan papereihin. Tulokset välitetään myös hoitavalle lääkärille. Mikäli asiakas on arviointijaksolla, niin jaksosta tehdään yhteenveto johon kokonaiskuvan lisäksi kirjataan myös alkoholiin liittyvät asiat.

...käytetään näitä mittareita niin ne aina kirjataan potilaskertomukseen.

Tulee myös sitten AUDITin tulokset ja niinkun päihteiden käyttöön liittyvät asiat kirjattua.

Kyllä mä kirjaa, että alkoholia on käyttänyt silloin ja silloin....

Tutkimuksessa korostui asiakkaan kohtaaminen. Tiedonantajien mukaan asioita tulee tarkastella asiakaslähtöisesti, ei saarnaamalla tai syyllistämällä. Asiakas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti, sekä psyyken, kehon että mielen osalta, mutta myös päihteiden osalta.

Enemmän lähetään niinku asiakaslähtöisesti tarkastelemaan sitä asiaa ja pyritään pois siitä semmosesta saarnaamisesta ja syyllistämisestä.

Siinä niinku aina on se, että tuetaan kohtuu käyttöön, mutta jos asiakkaalla on eri mielipiteet asiasta niin se on aika semmonen tärkeä asia kuitenkin.

Hoidon onnistumisen kannalta on huomioitava kaikki hoitoon liittyvät asiat, myös alkoholin vaikutus. Näin ollen päihteiden käytön arvio tulee tehdä psykiatrisessa hoidossa. Koko hoito voi mitätöityä, mikäli alkoholiongelma ei ole hoidossa. Hoitoon sitoutuminen on päihdeongelmalliselle vaikeaa, sillä alkoholi vaikuttaa muuhun elämään sekä arjen hallintaan yleisesti. Yleensä asiakas ei puhu alkoholiongelmastaan ennen kuin hoitaja ottaa sen esille. Luottamuksellinen hoitosuhde edesauttaa sitä, että asiakas uskaltaa kertoa ongelmasta.

...asiakas ei kykene puhumaan siitä asiasta ennen kuin se otetaan...

Ei he voi hoitoonka sitoutua jos se alkoholiongelma on.

Alkoholinkäyttö on tänä päivänä yks semmonen niin kun hyvin yleinen hoitoon vaikuttava tekijä

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että niinkö se päihteiden käytön arvio tehdään.

Jos ei puhuta siitä, niin me saatetaan ihan turhaan... hoitaa jotain muita asioita, jotka selkeesti johtuu siitä päihdeongelmasta.

Kokonaisvaltaisen hoidon kannalta on tärkeää, että asiakas ymmärtää alkoholin käytön vaikutuksen hoitoon. Runsas alkoholinkäyttö vaikuttaa muuhun elämään ja

arjen hallintaan. Lisäksi kuntoutumisen sekä kuntoutustuen saannin kannalta alkoholin käytöllä on merkitystä. Tiedot alkoholin käytöstä merkitään potilaan papereihin, vaikka se vaikuttaakin tuen saantiin.

Siellä näkyy sitte, että asiakkaalla on päihdeongelma, alkoholismi, niin kyllähän se vaikuttaa myös sitte hänen kuntoutustuen saantiin...Meidän täytyy kuitenkin olla realistisia siltä kohdalta...

7.3 Henkilökunnan mini-interventiovalmiudet

Henkilökunta on saanut tietoa mini-interventiosta enimmäkseen erilaisten koulutusten kautta. Osalla tiedonantajista koulutus on liittynyt tutkintoon ja osa on saanut koulutusta työpaikan kautta. Tiedonantajista kaksi mainitsi käyneensä motivoivan haastattelun koulutuksen. Osa tiedonantajista kertoi saaneensa tietoa mini-interventiosta myös työhön perehtymisen yhteydessä tai työn lomassa työkavereilta. A-klinikan kanssa tehtävän yhteistyön kautta on myös tullut tietoa mini-interventiosta. Muita tietolähteitä ovat olleet Internet ja entiset työpaikat. Yksi tiedonantajista kaipasi enemmän opastusta tai tietoa mini-interventiosta.

Perehdytyksessä puhutaan siitä jonkin verran.

Koulutuksen kautta ja sitte myös tämän yhteistyön kautta mitä A-klinikan kanssa tehään.

Se on tullu ihan tässä työn lomassa.

Tiedonantajat ajattelivat, että vaikka omia taitoja on vaikea arvioida objektiivisesti, niin omasta mielestään heillä on valmiuksia mini-intervention käyttöön. Tiedonantajat kokivat, että he pystyvät tuomaan alkoholinkäytön esille helpolla tavalla. Heillä on myös valmiuksia puhua suoraan sekä alkoholista että ongelmista yleisesti. Tärkeäksi hoitajan ominaisuudeksi nousi rohkeus. Rohkeus liitettiin alkoholista puhumiseen, alkoholin haitoista kertomiseen sekä asiakkaan ohjaamiseen A-klinikalle. Tiedonantajien mukaan mini-intervention käyttöä helpotti sen soveltaminen omassa työskentelytavassa. Valmiuksien arvioitiin kasvavan työkokemuksen myötä.

Mulla on rohkeutta puhua...

Osaan niinku helpolla tavalla tuoda sen esille.

Koen, että siinä on löytänyt semmosen oman työskentelytavan miten sitä soveltaa sitte omassa työssä.

Mini-intervention haasteena tiedonantajat pitivät alkoholinkäytön puheeksi ottamisen ajankohtaa. Ihmiset ovat yksilöllisiä, joten on harkittava, miten ja milloin se otetaan puheeksi. Hoitajien tulee olla hienotunteisia, etteivät he loukkaa kysymyksillään. Lisäksi joidenkin asiakkaiden kanssa alkoholin käyttö voi olla hankala ottaa esille.

Ihmiset on yksilöllisiä ja erilaisia että se vaan pitää jotenki harkita aina se tilanne millon kysyy ja miten.

...semmonen, että ulkoisesti tosiaan näyttää siltä, että ei mitään niin että se varovaisuus sitte siinä että ei loukkaa.

Ylipäättään ottaa puheeks tietyille ihmisille se voi olla hankalaa.

Mini-intervention haasteena voi olla myös asiakkaan päihdeongelman kieltäminen. Alkoholinkäyttöä salataan tai sitä vähätellään. Asiakkaat eivät välttämättä anna suoria vastauksia tai kieltävät käytön kokonaan, eikä näin ollen kaikkia päihdeiden käyttäjiä tavoiteta. Asiakkaat voivat olla haluttomia tekemään AUDIT-kyselyn tai eivät halua keskustella päihteidenkäytöstä ollenkaan.

Tietenki on jotain ihmisiä, joista niinkö vain voi aavistaa, mutta he kieltää ja ei anna suoria vastauksia.

Läheskään ainahan asiakkaat ei kerro omasta alkoholinkäytöstään.

Tiedonantajat kokivat hoitajina olevansa avuttomia, mikäli asiakkaalla on eriävä mielipide alkoholin käytöstä eikä tämä itse myönnä alkoholiongelmaa. Asiakkaan oma näkemys alkoholiongelman suhteen on huomioitava. Hoitaja ei voi laittaa hoidon tavoitteeksi raittiutta tai kohtuukäyttöä, mikäli asiakas itse ei ajattele ongelmaa olevan alkoholin käytön suhteen.

...en koe, että mää voin laittaa sitte niinku pääasialliseksi tavoitteeksi jonku näkösen raittiuden tai kohtuukäytön, jos asiakas ite ei oo sitä mieltä.

7.4 Henkilökunnan asennoituminen mini-intervention käyttöön

Tiedonantajien mukaan mini-interventio on helppo ja selkeä menetelmä. Lisäksi se on vaikuttava ja realistinen, mutta ei kuitenkaan pakota asiakasta raitistumaan. Mini-interventio on asiakkaan kanssa yhdessä pohdiskeleva, eikä niin sanotusti ylhäältä päin tuleva. Sen avulla voidaan löytää yhdessä asiakkaan kanssa yhtäläisyyksiä päihdeongelman ja arjen selviytymisen ongelmien välille. Tiedonantajat arvioivat mini-intervention olevan tehokas ja toimiva.

Mini-intervention hyödyistä nousi esille keskustelun aloittaminen, sillä sen avulla on helpompi päästä alkuun keskustelussa. AUDIT-kyselyn tekemällä on mahdollista käydä läpi palaute asiakkaan kanssa saman tien. Tiedonantajien mielestä psyykkistä häiriötä on vaikea hoitaa tai sen hoitaminen on kokonaan poissuljettu, mikäli asiakkaalla on alkoholiongelma.

...Samalla pystyy sitten niinkun asiakkaan kanssa yhdessä käymään läpi sen palautteen.

Jos ajatellaan niinku psyykkistäkin häiriötä niin sitä on aika vaikea hoitaa jos alkoholinkäyttö on niinkö reilua.

Mini-intervention ajatellaan olevan erinomainen työmenetelmä. Se on sisäistetty tapa, ja työntekijöiden on vaikea ajatella tilalle mitään toista tapaa. Psykiatrian poliklinikalla alkoholiongelmaa ei voi ohittaa, joten tiedonantajien mielestä mini-intervention käytölle ei ole estäviä tekijöitä eikä sitä saa olla käyttämättä. Kaikilta potilailta kysytään alkoholin käytöstä, vaikka päihdeongelma ei näkyisikään ulkoisesti. Alkoholin käytön puheeksi ottamista pidetään tärkeänä, itsestään selvänä sekä asiakkaan edun mukaisena.

Erinomainen. Muuta ei voi sanoa.

Tää on tavallaan jo niin sisäistetty että mä en voi ajatella että mikä ois erilainen tapa.

Me ei voida sillä tavalla ohittaa sitä että niinkö sitä ei olis olemassa

8 POHDINTA

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia, etiikkaa ja luotettavuutta sekä johtopäätöksiä. Tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin. Enimmäkseen aikaisempia tutkimuksia löytyi koskien perusterveydenhuoltoa. Lopussa pohditaan vielä opinnäytetyön tekoprosessia sekä tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimushaasteita.

8.1 Henkilökunnan mini-intervention käyttö

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymässä (Kiuru) psykiatrian poliklinikalla henkilökunta käyttää mini-interventiota monipuolisesti ja sillä on vaikutusta hoitoon liittyviin tekijöihin, esimerkiksi siihen, missä hoito toteutetaan. Mini-interventiota käytetään pääasiassa kartoitettaessa uusien asiakkaiden alkoholinkäyttöä ja päihteidenkäytöstä kysytäänkin muiden asioiden ohella. Yleisin mini-intervention käyttötapa on AUDIT-kysely. Kysely tehdään epäselvissä tilanteissa, kun asiakas ei osaa vastata alkoholinkäyttöä koskeviin kysymyksiin konkreettisesti tai hän vastaa ympäröivästä. AUDIT-kyselyn lisäksi haastattelu on yleinen käytössä oleva mini-intervention menetelmä.

Mini-intervention käyttöä edistää sen hyödyn oivaltaminen ja tätä kautta syntynyt motivaatio. Motivaatiota lisää asiakkailta saatu positiivinen palaute alkoholinkäytön esille ottamisesta. Myös Halosen ja Paasivaaran (2008) tutkimuksen mukaan päihdeasiakkaat toivovat päihdeongelmaan puututtavan aikaisessa vaiheessa (Halonen & Paasivaara 2008). Mini-intervention käyttöä edistäväksi tekijäksi nousi myös asiakkaan kuntoutuminen ja se, että asiakas itse ymmärtää alkoholinkäytön merkityksen kuntoutumiseen.

Mini-intervention käyttö mielletään tärkeäksi osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidon onnistumisen kannalta päihteidenkäytön arvio on tehtävä, sillä ilman sitä psykiatrinen hoito voi mitätöityä kokonaan. Luottamuksellinen hoitosuhde edesauttaa sitä, että asiakas uskaltaa kertoa mahdollisesta ongelmastaan. Vaikka päihdeon-

gelma voi vaikuttaa kuntoutustuen saantiin, on asiakkaan edun mukaista, että asia otetaan esille.

Psykiatristen potilaiden kohdalla alkoholinkäytön selvittäminen on tärkeää, sillä se vaikuttaa siihen, mitä lähdetään ensisijaisesti hoitamaan ja missä hoito toteutetaan. Asiakasta tuetaan kohtuukäyttöön ja varmistetaan, että hän ymmärtää, millaisia vaikutuksia alkoholilla on hänen hyvinvointinsa kannalta. Asiakkaan tilannetta seurataan ja tarvittaessa tehdään AUDIT-kysely uudestaan. Tutkimuksesta nousi esille yhteistyö A-klinikan kanssa. Yhteistyöhön kuuluu yhteiset tapaamiset A-klinikan työntekijän sekä asiakkaan kanssa. Lisäksi poliklinikalta voidaan ohjata asiakasta varaamaan aika A-klinikalle. Alkoholinkäyttö kirjataan systemaattisesti potilaspapereihin ja tulokset välitetään hoitavalle lääkärille. Mikäli asiakas on arviointijaksolla, niin jakson lopussa tehdään vielä yhteenveto, johon kirjataan myös päihteiden käyttöön liittyvät asiat. Kääriäisen (2010) tutkimuksessa puolestaan ilmeni päinvastaisia tutkimustuloksia, ettei alkoholin käyttöä kirjattaisi niin usein kuin tarpeen olisi (Kääriäinen 2010, 47–48).

8.2 Henkilökunnan mini-interventiovalmiudet

Tietoa mini-interventiosta on saatu koulutusten kautta sekä työhön perehtymisen yhteydessä. Kääriäisen tutkimuksen mukaan myös roolipelejä hyödyntämällä, on saatu hyviä tuloksia mini-intervention menetelmiä opeteltaessa (Kääriäinen 2010, 54). Yksi tiedonantajista koki, ettei ollut saanut tarpeeksi koulutusta, ja hän kaipasi sitä lisää. Myös useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan mini-intervention käyttöaktiivisuus on yhteydessä saadun koulutuksen ja tuen määrään (Nilsen, Aalto, Bendtsen & Seppä 2006, 5–15). Työntekijöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista nousi esille rohkeus puhua alkoholista, kokemus sekä asian esittäminen helpolla tavalla. Myös Behmin (2005) tutkimuksessa nousi esille hoitajan rohkeus varhaisvaiheen päihdehoitotyössä (Behm 2005, 94). Lisäksi positiivisena asiana koettiin mini-intervention soveltaminen omaan työskentelytapaan. Valmiuksien arvioitiin kasvavan työkokemuksen myötä.

Mini-intervention käytön haasteena on alkoholinkäytön esiin nostaminen, sillä joidenkin asiakkaiden kohdalla on oltava hienotunteinen sen suhteen miten ja milloin

asian ottaa puheeksi. Kuitenkin alkoholinkäytön puheeksiottaminen on tärkeää, sillä päihdeasiakkaat saattavat myös itse olla huolissaan omasta alkoholinkäytöstään, vaikka he eivät sitä itse ottaisikaan puheeksi tai vähättelevät sitä (Sutinen 2010, 54). Mini-intervention haasteista nousi esille myös se, että asiakas kieltää päihdeongelman tai ei ole halukas keskustelemaan päihteiden käytöstä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että varhaisvaiheen päihdehoitotyön esteenä on asiakkaan alkoholiongelman peitteleminen (Behm 2005, 95).

Tutkimuksessa korostui asiakkaan kohtaaminen sekä asiakkaan oma näkökulma. Hoitaja ei voi asettaa raitistumista tai alkoholinkäytön vähentämistä hoidon tavoitteeksi, mikäli asiakas itse ei ajattele tällä saralla ongelmaa olevan AUDITin korkeista pistemääristä huolimatta. Myöskään Höltän (2008) tutkimuksen mukaan päihteettömyys ei voi kaksoisdiagnoosipotilailla olla hoidon tärkein tai ainoa tavoite, sillä potilas itse ei välttämättä ole halukas elämään ilman päihteitä (Hölttä 2006, 58).

8.3 Henkilökunnan asennoituminen mini-intervention käyttöön

Mini-intervention hyödyistä nousi esille keskustelun aloittaminen, sillä sen avulla on helppo aloittaa keskustelu. AUDIT-kyselyn avulla on mahdollista käydä palaute läpi asiakkaan kanssa saman tien. Mini-interventio on asiakkaan kanssa yhdessä pohdiskeleva, eikä niin sanotusti ylhäältä päin tuleva. Sen avulla voidaan löytää yhdessä asiakkaan kanssa yhtäläisyyksiä päihdeongelman ja arjen selviytymisen ongelmien välille.

Mini-intervention koetaan olevan helppo, selkeä, tehokas ja vaikuttava. Psykiatrian poliklinikalla se on jo sisäistetty tapa ja itsestäänselvyys, eikä tilalle osata ajatella mitään muuta tapaa. Myös Kääriäisen tutkimuksessa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä työterveyshuollossa henkilökunta ajattelee varhaisen tunnistamisen sekä alkoholin suurkuluttajien hoitamisen olevan olennainen osa heidän työtään (Kääriäinen 2010, 53). Tiedonantajien mielestä mini-interventiolle ei ole esteitä tekijöitä ja kaikilta on kysyttävä päihteiden käytöstä, sillä se on asiakkaan edun mukaista.

8.4 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimus on suoritettava hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jotta se on eettisesti hyväksyttävä ja tulokset ovat uskottavia ja luotettavia. Tutkimusaiheen valinta jo itsessään on eettinen ratkaisu. Aiheen on oltava merkittävä yhteiskunnallisesti ja hyödyllinen. Tutkijan on myös mietittävä miten tutkimukseen osallistuminen vaikuttaa osallistujiin. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkijan tulee ottaa huomioon myös muiden tutkijoiden työt asianmukaisella tavalla. Lisäksi tutkijan tulee huolehtia siitä, ettei tutkimustietoa käytetä tutkittavia vastaan. Kaikessa tutkimustoiminnassa on turvattava osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkittavien mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavilla on oltava mahdollisuus kysymysten esittämiseen, kieltäytyä antamasta tietoaan sekä keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistumisesta ei saa palkita eikä osallistumattomuudesta rangaista. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään ulkopuoliselle. Tutkittaviksi valikoituvien on oltava tasa-arvoisessa asemassa. Otoksen ulkopuolelle ei myöskään saa sulkea mahdollisia ei-toivottuja tutkittavia. Tämä tulee muistaa erityisesti silloin, kun päätöksen tutkimukseen osallistumiseen kutsumisesta tekee joku muu henkilö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 177, 179; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 384.)

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa yhteiskunnalle paljon sekä välillisiä että välittömiä kustannuksia. Mini-intervention keinoin voidaan herättää riskikäyttäjät huomioimaan alkoholin kulutustaan ennen kuin riippuvuutta on ehtinyt vielä syntyä. Tässä opinnäytetyössä kaikki tiedonantajat ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heillä on ollut mahdollisuus kieltäytyä siitä. Tiedonantajille ei koidu tutkimukseen osallistumisesta haittaa eikä tutkimustietoa käytetä heitä vastaan. Ketään ei ole palkittu tutkimukseen osallistumisesta tai rangaistu osallistumatta jättämisestä. Tiedonantajat tutkimukseen on valinnut toinen henkilö annettujen kriteerien perusteella. Tutkijalla ei ole tiedossa, millä perusteella valinta on tehty, joten ei voida sanoa, onko kaikilla psykiatrian poliklinikan työntekijöillä ollut yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Psykiatrian poliklinikalla on pieni työyhteisö, joten tiedonantajia ei ole identifioitu tutkimustuloksia esiteltäessä. Tällä tavoin pystytään välttämään tiedonantajien

henkilöllisyyden paljastuminen. Oikeiden lähdemerkintöjen kautta voidaan varmistua, että muiden kirjoittajien teksteihin on viitattu oikein.

Tutkimuksen raportissa esitetään usein suoria lainauksia tutkimusaineistosta. Tällä tavoin voidaan varmistaa tutkimuksen luotettavuus ja lukija pystyy pohtimaan aineiston keruun polkua. Suoria lainauksia käytettäessä tutkijan on kuitenkin varmistettava, etteivät tiedonantajat ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. Tämä voidaan estää kuvaamalla alkuperäislainaukset yleiskielellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tutkimustuloksia esiteltäessä on käytetty suoria lainauksia elävöittämään tekstiä, mutta niitä ei ole muokattu yleiskielelle. Tiedonantajat käyttivät alueella yleisesti käytössä olevaa murretta, joten kenenkään henkilöllisyys ei paljastu puhettavan perusteella.

Tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Aineiston keruussa on kiinnitettävä huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun, ja heitä on kohdeltava rehellisesti ja kunnioittavasti. Tähän liittyy myös se, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavien tulee saada tietoa tutkimuksesta etukäteen mahdollisimman monipuolisesti ja heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan tulee kuvata mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavilla on myös mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkittavien henkilötietoja ei paljasteta missään vaiheessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290.)

Tutkimuksen tekeminen perustui tiedonantajien yhteistyöhaluun, ja heiltä on pyydetty suostumus ennen haastattelujen tekemistä. Kaikille tutkimukseen osallistuneille lähetettiin etukäteen sähköpostitse tietoa tutkimuksesta sekä lyhyt kooste mini-interventiosta. Sähköpostissa esiteltiin opinnäytetyön tavoitteet. Lisäksi kerrottiin, kuinka tämä kyseinen opinnäytetyö on osa isompaa kokonaisuutta, johon kuuluu myös tutkimukset mini-intervention käytöstä työterveyshuollossa, äitiysneuvolassa sekä lastensuojelussa. Tutkimukseen osallistuneiden henkilötietoja ei paljasteta, eikä tutkimustuloksia esiteltäessä käy ilmi kenen lausunnosta on kyse.

8.5 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan seuraavien kriteerien perusteella: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuteen kuuluu se, että tulokset kuvataan selkeästi, jotta lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Analyysi on kuvattava tarkasti ja apuna voi käyttää taulukointeja tai liitteitä, joissa aineistoa kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tämä varmistetaan tutkimusprosessin, aineiston keruun ja analyysin huolellisella kuvaamisella sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittämällä. Tällä tavoin joku toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Riippuvuus tarkoittaa sitä, että tutkimus toteutetaan tieteellistä, tutkimusta ohjaavien periaatteiden mukaisesti. Vahvistettavuuteen kuuluu, että tehdyt ratkaisut esitetään niin perusteellisesti, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toteuttamisen tarkka selostus kaikista tutkimuksen vaiheista. Tutkijan on annettava lukijoille riittävästi tietoa tutkimuksen vaiheista, jotta lukijat voivat arvioida tutkimustuloksia. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kertoa totuudenmukaisesti ja selkeästi. Tutkijan on raportissaan kerrottava vähintään tutkimuksen kohteesta ja tarkoituksesta, omista sitoumuksista tutkijana kyseisessä tutkimuksessa sekä miten aineiston keruu on tapahtunut. Aineiston keruusta kerrotaan menetelmä, tekniikka, erityispiirteet sekä mahdolliset ongelmat. Haastattelututkimuksen osalta kerrotaan myös olosuhteista ja paikasta, jossa haastattelut on tehty. Lisäksi tutkijan on kerrottava haastatteluihin käytetystä ajasta, mahdollisista häiriötekijöistä, virhetulkinnoista haastattelussa sekä tutkijan itsearviointista haastattelutilanteesta. Raportissa kerrotaan myös, millä perusteella tiedonantajat tutkimukseen on valittu ja montako heitä yhteensä on, miten tutkijan ja tiedonantajan suhde on toiminut, millainen on tutkimuksen aikataulu, miten aineisto on analysoitu sekä onko tutkimus eettisesti korkeatasoinen ja luotettava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 217; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Tässä opinnäytetyössä on kerrottu tutkimusprosessin vaiheista, aineiston keruusta ja tiedonantajien valinnasta, jotta sama tutkimus voitaisiin tarvittaessa toistaa myöhemmin. Tutkimuksen aineisto on pieni, joten sen siirtäminen toiseen tutkimusympäristöön on hankalaa. Lukija voi kuitenkin halutessaan itse pohtia tutkimuksen siirrettävyyttä. Tutkimuksen tulokset sekä analyysin vaiheet on kerrottu selkeästi. Analyysin osalta liitteeksi on laitettu esimerkit aineiston pelkistämisestä ja ala- ja pääluokkien muodostamisesta (LIITE 3). Tutkimus on toteutettu tieteellisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimuslupa on haettu Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän hallintoylihoitajalta Pirjo-Liisa Hautala-Jylhältä. Se myönnettiin marraskuussa 2012 (LIITE 5). Tehdyt ratkaisut esimerkiksi tutkimusmenetelmän tai aineiston keruu menetelmän osalta on perusteltu. Haastattelujen toteuttamisesta ja olosuhteista on kerrottu luvussa tutkimuksen toteuttaminen kappaleessa aineiston keruu.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tulee huomioida tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Siihen kuuluu esimerkiksi se, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään, eikä suodata tiedonantajan kertomusta oman kehyksensä läpi. Esimerkiksi tutkijan ikä, sukupuoli tai uskonto voi vaikuttaa siihen mitä hän kuulee. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 135–136.) Sulkeistaminen tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista ennakkokäsityksistään tutkittavaa ilmiötä kohtaan. Ennakkokäsitysten tunnistaminen ja niiden avoin kuvaaminen lisäävät tutkimuksen läpinäkyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165-166.) Tätä tutkimusta tehdessä tiedonantajien vastaukset pyrittiin kuuntelemaan ja tulokset analysoimaan puolueettomasti. Tutkijan omat mielipiteet tai näkökulmat eivät vaikuttaneet analyysiin tai tulosten esittämiseen. Tutkijalla ei ollut tutkittavasta ilmiöstä paljoakaan tietoa etukäteen, joten ennako-oletuksia ei ollut.

8.6 Johtopäätökset

Mini-interventiota käytetään psykiatrian poliklinikalla monipuolisesti ja sillä on vaikutusta hoitoon liittyviin tekijöihin, kuten missä hoito toteutetaan. Mini-interventiota käytetään uusien asiakkaiden päihteiden käytön kartoittamisessa. Menetelminä on pääsääntöisesti AUDIT-kysely tai haastattelu. Mini-intervention käyttöä edistää sen hyödyn oivaltaminen ja tästä syntynyt motivaatio. Alkoholinkäyttö kirjataan

potilaspapereihin ja välitetään hoitavalle lääkärille. Asiakkaalle kerrotaan alkoholin vaaroista ja sen vaikutuksista hyvinvointiin. Mini-interventio on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidon onnistumisen takia päihteidenkäytön arvio tulee tehdä, sillä psykiatrinen hoito voi mitätöityä kokonaan ilman sitä. Päihteidenkäytön arvio vaikuttaa myös siihen mitä hoidetaan ensisijaisesti ja missä hoito toteutetaan.

Mini-interventiosta on saatu tietoa pääsääntöisesti tietoa koulutuksen ja työn kautta. Yksi tiedonantajista kuitenkin kertoi, että olisi voinut saada enemmänkin koulutusta mini-intervention käyttöön. Mini-interventioon liittyvien koulutusten olisikin hyvä olla aktiivisessa käytössä työpaikoilla ja etenkin uusien työntekijöiden perehdytyksessä asia tulisi ottaa esille. Työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista tärkeitä ovat rohkeus puhua alkoholista, työkokemus sekä asian esittäminen helpolla tavalla.

Mini-intervention haasteena pidetään alkoholinkäytön puheeksi ottamisen ajankoh-
taa. Hoitajien tulee olla hienotunteisia, etteivät he loukkaa kysymyksillään ja harkit-
tava milloin ja miten asia otetaan esille. Haasteena voi olla myös se, että asiakas
kieltää päihdeongelman tai ei ole ollenkaan halukas keskustelemaan päihteiden
käytöstä.

Mini-intervention ajatellaan olevan selkeä, toimiva, helppo ja vaikuttava työmenetelmä. Sen avulla on helppo päästä keskustelussa alkuun. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että päihteidenkäytön arvio on tehty ja asiakas ymmärtää, miten päihteet vaikuttavat kuntoutumiseen. Psykiatrian poliklinikalla alkoholiongelmaa ei voi ohittaa, joten mini-intervention käytölle ei ole esteitä tekijöitä. Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on tärkeä ja itsestäänselvä asia.

8.7 Prosessin kuvaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan mini-intervention käyttöä, valmiuksia ja asenteita psykiatrian poliklinikalla Kokkolassa. Tavoitteena oli lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietoa mini-interventiosta työmenetelmänä. Tämä aihe nousi esille työelämästä ja työn toimeksiantajana oli Kokkolan kaupunki ja työelämän ohjaajana Saara Lång. Hän on kehittämissuunnittelijana Pohjanmaan

maakuntien päihdetyön kehittämiskeskuksessa. Tartuin aiheeseen, sillä minua kiinnostaa sekä mielenterveystyö että päihdeasiat ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy. Alkoholin liikkäyttöön voi törmätä millä terveydenhuollon osa-alueella tahansa, joten uskon, että kyseiseen aiheeseen perehtymisestä on minulle jatkossa paljon hyötyä sairaanhoitajan työssä. Opin paljon mini-interventiosta työmenetelmänä, sekä sen vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta. Uskonkin voivani hyödyntää tätä jatkossa omassa työssäni.

Opinnäytetyön teko lähti liikkeelle aiheen valinnalla keväällä 2012. Aiheen valinnan jälkeen aloitin opinnäytetyösuunnitelman tekemisen ja samalla aloin miettiä teoreettista viitekehystä tutkimukselle. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin keuhkuussa 2012. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen alkoi varsinaisen tutkimuksen ja sen toteutuksen suunnittelu. Tämä työ on osa laajempaa tutkimusta, jossa muita osa-alueita ovat mini-intervention käyttö lastensuojelussa, äitiysneuvolassa sekä työterveyshuollossa. Tutkimuksen suunnitteluun on osallistunut yhteensä viisi opiskelijaa sosiaalialan, terveydenhoitotyön sekä hoitotyön koulutusohjelmista. Jokainen on tehnyt kuitenkin oman työn liittyen valitsemaansa tutkimusympäristöön. Opiskelijoiden lisäksi tutkimuksen suunnitteluun ovat osallistuneet ohjaavat opettajat sekä työelämän ohjaaja.

Syksyllä 2012 aloimme miettiä tutkimusmenetelmää meidän moniammatillisessa tiimissämme. Lopulta päädyimme kvalitatiiviseen menetelmään. Alun perin tarkoituksena oli tehdä kvantitatiivinen tutkimus, mutta laadullisella menetelmällä oli mahdollista saada syvällisempää tietoa aiheeseen liittyen. Toisaalta meillä ei olisi myöskään ollut mahdollisuutta saada tarpeeksi kattavaa otosta kvantitatiiviseen tutkimukseen. Syksy 2012 kului tutkimustehtäviä mietittäessä sekä tutkimuslupaa odotellessa. Aineiston keruumenetelmäksi päätimme teemahaastattelun.

Yhteisissä palaverissa muiden opiskelijoiden, ohjaavien opettajien sekä työelämän ohjaajien kanssa tiimityötaidot pääsivät kehittymään ja moniammatillisessa ryhmässä sai erilaisia näkökulmia asioihin. Koin tällaisen työskentelytavan erittäin palkitsevaksi. Vaikka tein opinnäytetyön varsinaisesti yksin, niin minulla kuitenkin oli tietyissä asioissa ryhmän tuki ja kannustus takana. Ajattelen kuitenkin, että omalla kohdalla työn yksin tekeminen on ollut oikea vaihtoehto, vaikka harkitsin myös työn tekemistä parin kanssa. Vaikka prosessin aikana olen kaivannut usein

toista osapuolta jakamaan mielipiteitä, auttamaan eteenpäin sekä antamaan toisenlaista näkökulmaa asioihin, niin koen että yksin tekemisessä on omat hyvät puolensa. Lisäksi oma elämäntilanteeni on tämän prosessin aikana muuttunut, joten yksin on ollut helpompi työskennellä aikataulutuksen kannalta.

Mitään tiukkoja aikatauluja en ole työlle asettanut. Olin ajatellut suurin piirtein, mihin mennessä pitäisi tietyt osa-alueet olla tehtyinä. Mielestäni olen pysynyt hyvin näissä aikatauluissa. Keväällä 2013 kiirehdin työn tekemistä alkavan äitiysloman vuoksi. Tiesin, että lapsen synnyttyä ei olisi aikaa enää niin paljoa opinnäytetyön tekemiselle. Sainkin työn tällöin pääpiirteittäin valmiiksi. Seuraavana syksynä kuitenkin muokkasinkin työtä vielä paljon.

Opinnäytetyön kirjoittamisen loppumetreillä voin katsoa menneeseen ja miettiä mitä tekisin toisin, jos nyt lähtisin samaan projektiin uudelleen. Yhtenä tärkeänä asiana nousee mieleen aineiston keruu. Jälkeenpäin ajateltuna olisin voinut valmistautua haastatteluihin paremmin. Aikaisemmin en ole haastatteluja tehnyt, joten olin aika kokematon, ja mielestäni tämä vaikutti aineiston keruuseen. Mieltä jäi askarruttamaan, olisinko saanut aineistoa enemmän ja olisiko se ollut rikkaampaa, jos olisin osannut tehdä paremmin tarkentavia kysymyksiä haastattelujen aikana. Toisaalta nyt sain tutkimuskysymysten kannalta oleelliset asiat selville, ilman että aineistoa kertyi liikaa. Tämä puolestaan helpotti aineiston analysointia.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa, mutta toisaalta myös palkitsevaa. Oman haasteensa työn tekemiselle toi ohjaavan opettajan vaihtuminen. Ohjaaja vaihtui yhteensä kolme kertaa prosessin aikana. Viimeisimmän kerran ohjaaja vaihtui ihan loppu metreillä. Tässä yhteydessä olen vielä muokannut työtä paljon, sillä uudelta ohjaajalta sain paljon uusia ideoita ja ajatuksia. Työn tekeminen on ollut välillä melko puuduttavaa ja on tuntunut, että omien ajatustensa kanssa ei pääse eteenpäin. Tällöin olisi kaivannut sitä toista osapuolta, jonka kanssa voisi ajatuksia vaihtaa ja joka olisi voinut tuoda uutta näkökulmaa. Olen saanut kuitenkin paljon apua toisilta opiskelijoilta, ohjaavilta opettajilta sekä Centrian koulutuskirjaston henkilökunnalta.

8.8 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön aihe on mielestäni ajankohtainen, sillä alkoholin käyttö on Suomessa lisääntynyt. Alkoholi on merkittävä terveysuhka, ja varhaisen puuttumisen keinoilla voidaan lisätä tietoutta alkoholin haittavaikutuksista niiden potilaiden kohdalla, joille ei ole vielä ehtinyt kehittyä alkoholiriippuvuutta. Mini-interventio on kustannustehokas menetelmä, joka voi havahduttaa runsaasti alkoholia käyttävän henkilön jo viiden minuutin keskustelun perusteella. Tietoa mini-interventiosta ja sen käyttöaktiivisuutta voidaan lisätä erilaisten koulutusten avulla. Koulutuksia tulisi olla kuitenkin säännöllisesti, jotta käyttöaktiivisuus pysyisi yllä. Myös uusia työntekijöitä ja sijaisia tulisi perehdyttää mini-intervention käyttöön.

Tämän tutkimuksen tulosten avulla voidaan lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tietoa mini-interventiosta. Tutkimuksen tuloksia esitellään Päihde- ja mielenterveyspäivillä Kokkolassa marraskuussa 2013. Samassa yhteydessä esitellään myös tutkimustuloksia mini-intervention käytöstä työterveyshuollossa, äitiysneuvoloissa ja lastensuojelussa. Nämä opinnäytetyöt ovat valmistuttuaan luetavissa sähköisesti tai painettuna Centria ammattikorkeakoulun koulutuskirjastossa.

Aineistoa etsiessäni huomasin törmääväni enimmäkseen tutkimuksiin mini-intervention käytöstä perusterveydenhuollossa. Jatkotutkimusaiheena on mini-intervention käytön tutkiminen erikoissairaanhoidossa, erityisesti somaattisella puolella. Somaattisella puolella on tärkeää keskittyä sisätautien yksiköihin, sillä runsaalla alkoholinkäytöllä on yhteyttä moniin sisätauteihin. Lisäksi toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on mini-interventio työmenetelmänä asiakkaiden/potilaiden kokemana, sillä monesti potilaat itse voivat suhtautua alkoholista kysymiseen terveydenhuollon henkilökuntaa positiivisemmin.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa. K. Seppä, H. Alho & K. Kii-anmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7–16.
- Aalto, M. 2010b. Mielen terveys ja alkoholi. Teoksessa. K. Seppä, H. Alho & K. Kii-anmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 183–188.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa M. Aalto, H. Back-mand, H. Haravuori, J. Lönnqvist, M. Marttunen, T. Melartin, A. Partanen, T. Par-tonen, K. Seppä, L. Suomalainen, J. Suokas, J. Suvisaari, S. Viertiö & M. Vuorileh-to (toim.) Mielen terveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas en-naltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveystyön ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Yliopistopaino, 11–21.
- Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K. 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa K. Seppä (toim.) Mini-intervention jalkauttaminen ter-veyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 16–20.
- Behn, M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro gra-du -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede vol 20 no 5, 267–277.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, Jan. 2012. Vakavien mielen terveys- ja päihdeongelmien hoitotyö. Sai-raanhoitaja 4, 22-24.
- Huttunen, M. 2008. Alkoholien ongelmakäyttö ja eri psyykkisten häiriöiden lääkehoi-to. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00078#s1. Luet-tu 7.4.2013.
- Hölttä, J. 2006. ”Muiden silmissä vaan häirikkö.” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoi-don ja avun saannin haasteet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotie-teen laitos.
- Kananen, J. 2008. Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsin-ki: WSOY pro Oy.

Kiuru, N.d. Aikuispsykiatria. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=530&d=keski/sairaalapalvelut/aikuispsykiatria.htm#poliklinikka>. Luettu 10.4.2012.

Kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuosituksot käytäntöön? Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66021/soveltuvatko_mini-interventiosuosituksot_2010.pdf?sequence=1. Luettu 9.4.2013.

Kylmä, J. & Juvakka, T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmänen, P. 2012. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta (mini-interventio). Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://portal.cou.fi/terveysportti/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04020&p_haku=mini-interventio. Luettu 2.4.2013.

Käypä hoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksot/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakuana=p%C3%A4ihhteet#R1>. Luettu 4.4.2013.

Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care. Academic Dissertation. University of Tampere. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1569. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66675/978-951-44-8283-0.pdf?sequence=1>. Luettu 24.4.2013.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Liikenne- ja viestintäministeriö. 2012. Alkolukko ajo-oikeuden ehdoksi rattijuopumukseen syyllistyneelle. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 3/2012. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.lvm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1986562&name=DLFE-14136.pdf&title=Julkaisuja%203-2012. Luettu 6.4.2013.

Miettinen, M. 2004. Kaksoisdiagnoosi vaatii nopeaa apua ja pitkäjänteisyyttä. Sosiaaliturva 16, 14.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147. Luettu 3.4.2013.

Mäkelä, R. 2010. Ahdistuneisuus ja pelkotilat. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/142-ahdistuneisuus-ja-pelkotilat>. Luettu 7.4.2013.

Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P. & Seppä, K. 2006. Effectiveness of strategies to implement brief intervention in primary health care. Scandinavian Journal of Primary Health Care 24, 5–15.

- Päihdelinkki. 2011. Sadd – mikä se on? WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd_lisatieto.htm. Luettu 2.5.2013.
- Saarto, A. 2009. Liikakäytön tunnistaminen. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/231-liikakayton-tunnistaminen>. Luettu 4.4.2013.
- Salo-Chydenius, S. 2011. Motivoiva haastattelu / motivoiva toimintatapa. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>. Luettu 3.4.2013.
- Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Toim. Salaspuro, M., Kii-anmaa, K. & Seppä K. Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seppä, K. 2003. Mini-interventio. Toim. Salaspuro, M., Kii-anmaa, K. & Seppä K. Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seppä, K. 2008. Hankkeiden jälkeiset haasteet. Toim. Seppä, K. 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Ehkäisevä päihdetyö. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/ehkaiseva_paihdeyto. Luettu 6.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Luettu 9.4.2013.
- Sutinen, T. 2010. Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteet. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/ehkaisevan-paihdeyto-tavoitteet. Luettu 6.4.2013.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Kustanusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd, 384–394.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiosuutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

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

Yksi alkoholiannos on:

pullo (33cl) keskiosuutta tai siideriä
lasi (12cl) mietoa viiniä
pieni lasi (8cl) väkevää viiniä
ravintola-annos (4cl) väkeviä

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

Lähde: Maailman terveysjärjestö WHO (AUDIT-testi)

HAASTATTELUKYSYMYKSET

Taustatiedot

Mikä on syntymävuotesi?

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt ammatissasi?

Kuinka monta vuotta olet käyttänyt mini-interventiota?

Käyttö

Kuinka usein käytät mini-interventiota?

Miten käytät mini-interventiota?

Osaaminen

Mistä olet saanut tietoa mini-interventiosta?

Millaiset valmiudet sinulla on mini-intervention käyttöön?

Miten hyödynnät mini-interventiosta saatuja tuloksia?

Mitä tuloksille tehdään?

Asenne

Mitkä asiat edistävät mini-intervention käyttöä työssäsi?

Mitkä asiat estävät mini-intervention käyttöä työssäsi?

Mitä mieltä olet mini-interventiosta työmenetelmänä?

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Pääluokka
Pystyy alkoholista ja yleensäkin ongelmista suoraa puhumaan	Valmiudet puhua alkoholista/ongelmista	Työntekijän ominaisuudet	VALMIUKSIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT
Rohkeutta on siitä asiasta puhua ja kysyä ja ja kertoa näistä alkoholin haitoista	Rohkeus puhua alkoholista		
Rohkeutta on...niin sitte ohjata A-klinikalle	Rohkeus ohjata A-klinikalle		
Mää en kauheen syyllistävästi	Ei syyllistämistä		
Osaan niinku helpolla tavalla tuoda sen esille	Asian tuominen esille helposti		
Että tota niin kokemus	Kokemus		
Koen, että siinä on löytäny semmosen oman työskentelytavan miten sitä soveltaa omassa työssä	Oma työskentelytapa		
Pyritään pois siitä semmosesta saarnaamisesta	Ei saarnaamista		
Kyllä se varmaan on tullu koulutuksen kautta	Koulutus	Tiedon saantiväylät	
Tehään A-klinikan kans aika paljo yhteistyötä	Yhteistyö A-klinikan kanssa		
Sillon perehdytyksessä puhutaan siitä jonku verran	Työhön perehdytys		
Entisistä työpaikoista	Entiset työpaikat		
Mä oon tehny päihdetyöntutkimon	Päihdetutkiminto		
Netin kautta	Internet		
Täällä työkavereilta että tätä käytetään	Työkaverit/ Työn lomassa		
Se vaan pitää jotenki harkita aina se tilanne millon kysyy ja miten	Harkittava miten ja milloin ottaa puheeksi	Mini-intervention haasteet	
Se varovaisuus sitte siinä ettei ei loukkaa sitte kysymyksillä	Varovaisuus ettei loukkaa		
Joskushan se voi tuntua vähä hankalalta	Joidenkin kanssa hankala ottaa asia esille		
Pikkusen oon kädetön sitte että en koe että mä voin laittaa sitte niinku pääasialliseksi tavoitteeksi jonku näkösen raittiuden tai kohtuu käytön jos asiakas ite ei oo sitä mieltä	Hoitajan avuttomuus jos asiakas itse ei myönnä ongelmaa		
Jos asiakkaalla on eri mielipiteet asiasta niin se on aika semmonen tärkeä asia kuitenkin	Asiakkaan eriävä mielipide alkoholiongelmasta		
Läheskään ainahan asiakkaat ei kerro omasta alkoholin käytöstään	Alkoholin käytön salaaminen		
Usein ne sanoo sillaa pyöriästi	Alkoholin käytön vähättely		
Tietenki on jotain ihmisiä jotka joista niinkö vain voi aavistaa mutta he kieltää tai ei anna suoraa vastauksia	Asiakkaalta ei saa suoraa vastausta		
Jotkut ei halua sitä lähtiä tekemään	Asiakkaan haluttomuus tehdä AUDIT		
..tai ei halua keskustella siitä lainkaan	Asiakkaan haluttomuus keskustella päihteiden käytöstä		

MINI-INTERVENTION ESITTELY

MINI-INTERVENTION KÄYTTÖ SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA KOKKOLASSA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää henkilökunnan mini-intervention käyttöä ja kirjaamiskäytäntöjä.

Mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin riskikuluttajan lyhytneuvontaa. Siihen sisältyy alkoholin kulutuksen kartoittaminen, neuvonta, alkoholinkulutuksen yhteys vastaanotto/asiakaskäynnin syyhyn ja mahdollisesti muutama seurantakäynti. Alkoholinkulutuksen arvioinnissa apuna voi käyttää WHO:n lanseeraamaa AUDIT- lomaketta, jonka potilas/asiakas voi täyttää.

RAAMIT - Mini-intervention periaatteet:

Rohkeus puhua alkoholista

Alkoholitietous; käyttö, rajat, riskit

Apu; autetaan asiakasta hänen omilla ehdoillaan

Myötätunto; ei moralisointia eikä syyllistämistä

Itsemäärämisvastuu; asiakas päättää itse juomisen vähentämisestä

Toimintaohjeet; tukea ja käytännön välineitä juomisen vähentämiseen

LÄHTEET

Työterveyslaitos. 2012. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/mita/tehtavat/mini-interventio/Sivut/default.aspx>.

Luettu 5.10.2012.

Päihdelinkki. 2005. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>. Luettu

5.10.2012.

TUTKIMUSLUPA

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

02.11.2012

13 §

ASIA

Huusko Hanna, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu,
Mini-intervention käyttö psykiatrian poliklinikalla Kokkolassa.
02.11.2012

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja