



**AIKUISVÄESTÖN ALKOHOLIN KÄYTÖN VARHAINEN
TUNNISTAMINEN JA MINI-INTERVENTIO
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ**

”Tuntuu, että paljon jää huomaamatta, ketkä tartteis apua.”

Opinnäytetyö

Minna Jäntti
Pia Ollikainen

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoitaja	
Työn tekijä(t): Jäntti Minna, Ollikainen Pia	
Työn nimi: AIKUISVÄESTÖN ALKOHOLIN KÄYTÖN VARHAINEN TUNNISTAMINEN JA MINI-INTERVENTIO PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ	
Päiväys: 9.12.2009	Sivumäärä / liitteet: 46 / 3
Ohjaaja: Leena Harju, THM, lehtori	
Toimeksiantaja: Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto/Terveysten edistämisen suunnittelija Marjatta Pirskanen	
<p>Tiivistelmä: Alkoholiohjelman 2008–2011 tavoitteena on saada alkoholin kokonaiskulutus laskuun ja vähentää riskikäyttöä sekä alkoholin käytöstä lapsille ja perheille aiheutuvia haittoja. Alkoholiohjelman eräs tavoite on kehittää ja lisätä mini-intervention käyttöä. Mini-interventio tarkoittaa lyhytneuvontaa, jonka aikana lääkäri tai sairaanhoitaja keskustelee asiakkaan kanssa alkoholin käytöstä ja siihen liittyvistä riskeistä sekä antaa tukea ja neuvontaa. Mini-intervention tavoite on saada alkoholin käyttö kohtuulliselle tasolle.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata päihteidenkäytön varhaista tunnistamista ja arvioida mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollon arkityössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hyväksi kehitettäessä sairaanhoitajan taitoja tunnistaa ajoissa ja ottaa puheeksi päihteiden käyttö. Tämä tutkimus oli laadullinen puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tutkimusta varten haastateltiin neljää sairaanhoitajaa kesäkuussa 2009. Tutkimuksen toimeksiantajan yhteyshenkilö oli valinnut meille haastateltavat sillä perusteella, että he työskentelevät perusterveydenhuollossa ja heillä on kokemusta työskentelystä alkoholiongelmaisten kanssa.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan alkoholin varhainen tunnistaminen on vaikeaa ja sairaanhoitajien aikaa kuluu enemmänkin alkoholiongelmaisten hoitoon. Hoitajat kokevat, että mini-intervention toteuttamiseen ei jää aikaa. Hoitajat toivoisivat koulutusta mini-intervention käyttöön sekä selkeitä ohjeita, milloin ja miten mini-interventiota tulisi toteuttaa. Lisäksi hoitajat kokivat, että Audit-lomake tulisi uudistaa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä sairaanhoitajan taitoja tunnistaa ajoissa ja ottaa puheeksi päihteidenkäyttö.</p>	
Avainsanat: (kpl) Mini-interventio, varhainen puuttuminen, alkoholi, päihderiippuvuus, alkoholiriippuvaisen Käypä hoito -suositus, Audit-kysely	
Julkinen ____	Salainen ____

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Nursing	
Option: Nurse	
Authors: Jäntti Minna, Ollikainen Pia	
Title of Thesis: The recognition of early alcohol consumption among the adult population and the brief intervention in the nurse's work in healthcare.	
Date: 9.12.2009	Pages / appendices: 46 / 3
Supervisor: Senior Lecturer Leena Harju, THM	
Contact persons: Marjatta Pirskanen	
<p>Abstract</p> <p>The aim of Alcohol Programme 2008-2011 is to reduce the total alcohol consumption, lessen riskful drinking and also lessen the harmful effects to the well-being of children and families. One of the aims that Alcohol Programme has is to improve and increase the use of brief intervention. Brief intervention means a short guidance, during which physician or nurse discusses with the client about alcohol abuse, about the risks it has and also gives support and guidance. The aim of brief intervention is to lower alcohol use to a moderate level.</p> <p>The aim of this study was to describe the identification of early alcohol consumption and estimate the utilization of brief intervention in the public healthcare by a general nurse. The approach of the study was qualitative and the interviews were conducted according to half-structured theme interviews. Four nurses were interviewed for the study in June 2009. The contact person had chosen the interviewees for us on the condition that they all work at the basic healthcare and that they have experience of working with those who have a drinking problem.</p> <p>The conclusion of the research was that identifying the early alcohol consumption is difficult and nurses' time is more spent for the treatment of alcoholics. The nurses experience that they have no time to carry out the brief intervention. The nurses wish to have education on carrying out brief intervention and to have clear instructions on when and how they are supposed to carry out brief intervention. Also the nurses experienced that the Audit-questionnaire ought to be improved. The results of this aim could be taking use of improving nurses' skills in identification of early alcohol consumption and also when they need to bring up utilization of alcohol.</p>	
Keywords: Brief intervention, early intervention, alcohol abuse, Audit-questionnaire	
Public ____	Secure ____

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 AIKUISVÄESTÖN PÄIHTEIDENKÄYTTÖ JA SAIRAANHOITAJAN MENETELMIÄ SEN TUNNISTAMISEKSI.....	8
2.1 Aikuisväestön päihteidenkäyttö ja sen aiheuttamat haitat Suomessa.....	8
2.2 Päihteidenkäytön tunnistaminen ja siihen vaikuttaminen perusterveyden- huollossa.....	9
2.2.1 Alkoholiohjelma 2008–2011	9
2.2.2 Alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suositus, mini-interventio ja Audit-kysely.....	11
2.2.3 Päihderiippuvuus, suurkulutus ja kohtuukäyttö.....	15
2.3 Sairaanhoidaja varhaisvaiheen päihdehoitotyössä perusterveydenhuollossa.....	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	18
4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	19
4.1 Tutkimuksen aineisto	19
4.2 Tutkimuksen menetelmä	19
5 AINEISTON ANALYYSI.....	22
6 TULOKSET	24
6.1 Haastateltavien taustatiedot.....	24
6.2 Haastattelun teemat	24
6.2.1 Sairaanhoidajien kokemuksia asiakkaiden päihteidenkäytön tunnistamisesta ja alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksesta	25
6.2.2 Sairaanhoidajien kokemuksia päihteidenkäytöstä puhumisesta asiakkaan kanssa.....	28
6.2.3 Sairaanhoidajien kokemuksia mini-intervention käytöstä.....	32
6.2.4 Sairaanhoidajien osaaminen päihteidenkäytön tunnistamisessa ja mini-intervention toteuttamisessa	32
7 POHDINTA	34

7.1 Tutkimustulosten arviointi	34
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	36
7.3 Tutkimuksen sovellettavuus ja jatkotutkumusaiheet.....	38
7.5 Oman toiminnan pohdinta	38
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1. Haastattelulomake	44
Liite 2. Haastatteluun suostumuslomake	45
Liite 3. Teemahaastattelun kysymysrunko.....	46

1 JOHDANTO

Alkoholin käyttö on jatkuvassa kasvussa ja erityisesti riskikäyttäjien osuus kasvaa. Tapaturmaisesti kuolee vuosittain noin 1000 henkilöä alkoholin vaikutuksen alaisena (Hillbom 2005). Alkoholiohjelman 2008–2011 tavoitteena on saada alkoholin kokonaiskulutus laskuun, vähentää riskikäyttöä sekä alkoholin käytöstä lapsille ja perheille aiheutuvia haittoja. Alkoholiohjelman eräs tavoite on kehittää ja lisätä mini-intervention käyttöä. Valtakunnallisen mini-interventioprojektin (VAMP) avulla on yritetty jalkauttaa mini-intervention käyttöä osaksi terveydenhuollon työntekijöiden jokapäiväistä työtä. (THL 2009.) Alkoholin suurkulutus voidaan luokitella eri tavoin sen mukaan, millaisesta riippuvuuden asteesta on kyse. Suurkulutusta voidaan kuvata sanoilla riskijuominen, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (Aalto & Seppä 2009, 891) tai kohtuukäyttö, suurkulutus ja päihderiippuvuus (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 17, 53–57).

Tällä opinnäytetyöllä halusimme syventää omaa päihdetyön ammatillista osaamistamme sekä lisätä terveyden edistämistä työssämme. Lisäksi opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti molempien kiinnostus mielenterveys- ja päihdetyöhön. Tulevina sairaanhoitajina kohtaamme alkoholiolosuhteellaisia ihmisiä lähes kaikkialla, missä työskentelemme. Kiinnostustamme opinnäytetyön tekemiseen lisäsi projektin edetessä huomio siitä, kuinka vähän aiempia tutkimuksia löytyi sairaanhoitajien varhaisesta puuttumisesta alkoholinkäyttöön sekä mini-intervention käytöstä ennaltaehkäisyä apuvälineenä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata, kuinka Kuopion kaupungin perusterveydenhuollossa toimivat sairaanhoitajat tunnistavat aikuisväestön varhaisen alkoholin käytön sekä arvioida mini-intervention käyttöä sairaanhoitajan työssä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hyväksi kehitettäessä sairaanhoitajan taitoja tunnistaa ajoissa ja ottaa puheeksi päihteiden käyttö. Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimusmenetelmän periaatteita noudattaen. Tutkimuksen toimeksiantajana on Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus,

kehittämissyksikkö. Yhteyshenkilöinä olivat koulutuspäällikkö Pirjo Varjoranta ja terveyden edistämisen suunnittelija, TtT Marjatta Pirskanen.

2 AIKUISVÄESTÖN PÄIHTEIDENKÄYTTÖ JA SAIRAANHOITAJAN MENETELMIÄ SEN TUNNISTAMISEKSI

2.1 Aikuisväestön päihteidenkäyttö ja sen aiheuttamat haitat Suomessa

Alkoholi on osa suomalaista kulttuuria. Ihmiset tietävät, että alkoholi on terveydelle haitallista, mutta silti sitä käytetään runsaasti. Vain 12 prosenttia suomalaisista aikuisista on raittiita (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 53). Suomessa kuolee alkoholin vuoksi noin neljä kertaa enemmän ihmisiä kuin muualla maailmassa (Hillbom 2005, 703). Euroopan maihin verrattuna juuri Suomessa maksakirroosin aiheuttamat haitat ovat lisääntyneet kaikkein nopeimmin (Färkkilä 2009, 889). Alkoholi on yksi keskeisimmistä työikäisen väestön terveysongelmista. Suomalaisten alkoholin kulutus on kasvanut nelinkertaiseksi 40 vuoden kuluessa. Samalla tavoin kuin on pystytty vaikuttamaan suomalaisten terveyskäyttäytymiseen kolesterolitason alentamisessa tai tupakoinnin vähentämisessä, tulisi löytää keinot ihmisten juomakäyttäytymiseen. (Kuokkanen 2004, 502.)

Suomessa kuoli vuonna 2007 alkoholin käytön vuoksi 3 097 henkilöä. Vuodesta 2005 lähtien alkoholi on ollut yleisin kuolemansyyn aiheuttaja työikäisten keskuudessa. Alkoholi aiheuttaa pitkäaikaisesti käytettynä muun muassa maksasairauksia, jotka voivat johtaa kuolemaan. Välittömästi se voi aiheuttaa myrkytyskuoleman tai tapaturman. Vuoden 2007 aikana poliisin tietoon tuli 35 142 väkivaltarikosta. Alkoholilla ja väkivaltarikoksilla on vahva yhteys, 55–60 %:iin väkivaltarikoksista arvellaan liittyneen alkoholin käyttöä. Samana vuonna rattijuopumuksesta jäi kiinni 27 544 henkilöä ja alkoholiin yhdistetyissä auto-onnettomuuksissa kuoli 103 henkilöä. Alkoholisairauksien vuoksi vuoden 2007 aikana vuodeosastoilla oli hoidettavana 16 363 asiakasta ja hoitovuorokausia kertyi 220 846. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 19, 20, 96.) Alkoholi liittyy yli 25 %:iin poliklinikoilla tehtäviin päivystyskäynteihin (Kantonen ym. 2006, Färkkilän 2009, 889 mukaan). Alkoholin kulutuksen vähentämisessä paras keino olisi nostaa alkoholin hintaa sekä vähentää sen saatavuutta (Hillbom 2005, 702).

Vuonna 2007 suomalainen käytti rahaa alkoholijuomiin 773 euroa (tilastoitu alkoholi). Rahaa kului 29 euroa enemmän edelliseen vuoteen verrattuna. Vastaavasti valtion alkoholista saamat verotulot nousivat viisi prosenttia ja olivat näin ollen 1,8 miljardia euroa. Vuoden 2006 aikana alkoholista aiheutui 0,7 – 0,9 miljardin euron välittömät ja 3,1 – 5,8 miljardin euron välilliset kustannukset. Välittömiä kustannuksia olivat mm. terveydenhuolto, järjestyksen ylläpito sekä sosiaalihuolto. Välillisiä kustannuksia olivat mm. sairauspäivät. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 20.)

2.2 Päihteidenkäytön tunnistaminen ja siihen vaikuttaminen perusterveydenhuollossa

2.2.1 Alkoholiohjelma 2008–2011

Alkoholin aiheuttamat ongelmat ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä. Haittavaikutukset eivät kohdistu ainoastaan yksilöön, vaan myös hänen läheisiinsä ja yleisemmällä tasolla koko yhteiskuntaan. Alkoholi on vakava terveysuhka. On arvioitu, että Suomessa on alkoholin suurkuluttajia 300 000 – 500 000 (Alkoholiongelman hoito 2008). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut Suomen hallituksen laatiman Alkoholiohjelma 2008–2011 -ohjelman, joka on jatkoa edellisen hallituksen vuonna 2004 käynnistämälle alkoholiohjelmalle. Alkoholiohjelmaan osallistuvien kuntien, järjestöjen ja valtiovallan on tarkoitus tehdä yhteistyötä alkoholihaittojen vähentämiseksi. Keinoina nähdään alkoholipolitiikka, ehkäisevä päihdetyö sekä päihdepalvelujärjestelmä. Ohjelmassa on kolme strategista osatavoitetta, joiden kautta alkoholihaittoja on tarkoitus vähentää. Näitä ovat lasten ja perheiden kokemien alkoholihaittojen väheneminen, alkoholin riskikäytöstä aiheutuvien haittojen väheneminen sekä alkoholin kokonaiskulutuksen saaminen laskusuuntaiseksi. (THL 2009.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on kehittää paikallista päihdetyön osaamista ja alueellista verkostoa sekä kerätä ja välittää eteenpäin hyväksi havaittuja alan käytänteitä. Työvälineinä ja keinoina puuttua alkoholin varhaiseen kulutukseen kuntatasolla nähdään mini-intervention käytön lisääminen sekä

päihdeavainindikaattorit, jotka auttavat kunnan päättäjiä päihdepalveluiden ja ehkäisevän työn suunnittelussa sekä päihdetyön arvioinnissa ja sen strategisessa seurannassa. Myös työterveyslaitoksessa aloitettua Alkoholi ja terveys -hanketta jatketaan. (THL 2009.)

Päihdeavainindikaattorit on jaettu sekä päihdehaittoja ennakoiviin seikkoihin että päihteiden vaikutusta kuvaaviin seikkoihin. Indikaattoreista saadut tiedot auttavat kuntia suunnittelemaan ja kehittämään ennalta ehkäisevää päihdetyötä ja -palveluja. Kuntalaisten terveydentilan ja hyvinvoinnin suunta voidaan arvioida saatujen tietojen pohjalta. Siten kunnat tietävät, mihin voimavaroja on järkevintä suunnata. (THL 2008.) Päihdeavainindikaattoreiden avulla kunnat saavat tilastotietoa päihteiden käytön puheeksiottamiseen, suunnitteluun ja kehittämiseen. Indikaattoreiden avulla on mahdollisuus verrata tilannetta valtakunnalliseen, eri läänien tai kuntatasoiseen tietoon ja sen avulla kunta voi suhteuttaa omaa tilannettaan. (Kejonen 2008.)

Indikaattorina voi olla esim. alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa. Tietolähteinä käytetään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) alkoholijuomien toimitusmyyntirekisteriä ja alkoholijuomien kulutusta. Indikaattori ilmaisee koko vuoden aikana valitun kunnan alueella Alkon myymälöistä myydyn ja kunnan alueella sijaitseviin elintarvikeliikkeisiin, kioskeihin, huoltoasemille ja anniskeluravintoloille toimitettujen alkoholijuomien määrän 100 %:n alkoholina laskettuna litroina jokaista alueella asuvaa kohden. Kunnat saavat tietoa indikaattorin avulla siitä, kuinka tulisi tarkastaa anniskelulupien ja asiakaspaikkojen määrää asukasluvuun suhteutettuna. Alkoholiin liittyvät riskitilanteet ja haitat ovat todennäköisempiä, mitä enemmän alkoholia kulutetaan ja kuinka laajaa alkoholin tarjonta kunnassa on. (THL 2008.)

Indikaattoreina käytetään myös esimerkiksi alkoholikuolleisuutta eri ikäryhmissä, sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla päihteiden vuoksi hoidettujen potilaiden määrää (1000 asukasta kohti), päihdehuollon asumispalveluissa olevien asukkaiden määrää (1000 asukasta kohti) ja päihdehuollon nettokustannuksia euroina asukasta kohti. (THL 2008.)

2.2.2 Alkoholiongelman Käypä hoito -suositus, mini-interventio ja Audit-kysely

Terveydenhuollon henkilökunnalla on arkityössään mahdollisuus havaita alkoholin liikakäyttöä ja puuttua siihen. Alkoholiongelman Käypä hoito -suositus perustuu tutkittuun tietoon ja se on työväline hoitohenkilökunnalle. Käypä hoito -suositus sisältää tietoa muun muassa alkoholista ja siitä aiheutuvista terveyshaitoista sekä keinoista, joita voidaan käyttää autettaessa alkoholiongelmaisia. Terveydenhuollolla on merkittävä asema alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa. Erityisesti terveydenhuollon parissa työskentelevien olisi tärkeää muistaa alkoholin ongelmakäytön yleisyys ja siten seuloa liikakäyttäjiä aktiivisesti eri potilasryhmistä. Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on parantaa ja selkeyttää alkoholiongelman hoitoa lisäämällä tietoa ja vaikuttamalla asenteisiin. (Alkoholiongelman hoito 2008.)

Alkoholiongelman toteamiseksi tarvitaan usein haastattelua, strukturoituja kyselyjä, kliinistä tutkimusta sekä laboratoriokokeita. Tehokkain edellytys alkoholiongelman hoidolle on ongelman varhainen havaitseminen. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että alkoholiongelma havaittaisiin riittävän ajoissa. Terveydenhuollon henkilöstön tulisi aktiivisesti pyrkiä vaikuttamaan liikakulutukseen lyhytneuvonnalla eli mini-interventiolla. Tällä tarkoitetaan lyhyttä, yleensä 15 – 20 minuutin keskustelua potilaan kanssa alkoholin riskeistä, liikakäytöstä ja sen rajoista. Mini-interventio on tehokas silloin, kun alkoholiin ei ole vielä muodostunut riippuvuutta. (Alkoholiongelman hoito 2008.) Mini-intervention avulla vähintään 10 % alkoholiongelmaisista asiakkaista vähentää alkoholinkäyttöään (Aalto ja Seppä, 2007).

Käytännössä mini-interventio tarkoittaa lääkärin tai hoitajan kanssa käytävää keskustelua alkoholin käyttötavoista, sen mahdollisista haitoista ja alkoholin käytön hallinnan keinoista yhden - neljän normaalin vastaanottokäynnin yhteydessä (Alkoholihojelma 2004–2007). Mini-intervention avulla on tarkoitus tunnistaa

varhaisen vaiheen suurkuluttajat. Lyhytneuvonta sisältää tilanteen kartoituksen, asiakkaalle annettavan neuvonnan ja tuen. Tavoitteena on alkoholin kohtuukäyttö. Mini-interventiota voidaan kuvata sanalla RAAMIT. Jolloin R = rohkeus, A = alkoholitietous, A = apu, M = myötätunto, I = itsemääräämisoikeus ja T = toimintaohjeet. (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen 2006, 13).

Yhdysvalloissa, Tennesseeen yliopistolla tehdyn tutkimuksen mukaan, mini-interventioon osallistuneiden henkilöiden alkoholin kulutus pieneni; viikossa otettujen annosten määrä väheni sekä juomatottumukset pienenevät kohtuulliselle tai turvalliselle tasolle. Tutkimuksessa käytettyä mini-interventiota oli kolme ja ne olivat erityyppisiä. Ensimmäinen vaihtoehto sisälsi yhden tapaamiskerran, joka kesti alle 15 minuuttia, mutta lisäksi oli yksi seurantakäynti. Toinen vaihtoehto sisälsi yhden tapaamiskerran, joka kesti alle 5 minuuttia. Kolmas vaihtoehto sisälsi yhden tapaamiskerran, joka kesti alle 15 minuuttia. Parhaat tulokset saatiin mini-interventiolla, joka sisälsi lyhytneuvonnan lisäksi seurantakäynnin ja jossa käytettiin ainakin seuraavia elementtejä: asiakkaan antama palaute tapaamisista, ohjeiden antaminen ja tavoitteen asettaminen. (Whitlock, Polen & Green 2004.)

Toisen amerikkalaisen tutkimuksen tulokset olivat varsin samantyyppisiä kuin edellisessä kappaleessa on kuvattu. Massachusettsissa toteutetussa tutkimuksessa todetaan, että lääkärin tai sairaanhoitajan pitämä lyhytneuvonta vähensi alkoholin kulutusta suuren riskin asiakkailta. Mini-interventioon osallistuneet saivat lehtisen, jossa kerrotaan terveyteen liittyvistä asioista yleisesti sekä 5-10 minuuttia kestävä neuvonnan alkoholin käytöstä. Lisäksi heitä rohkaistiin kysymään lääkäriltä tai hoitajalta mitä tahansa, mikä askarrutti mieltä. Mini-interventio toteutettiin normaalin vastaanoton yhteydessä. (Ockene, Adams & Hurley 1999.) Englantilaisen tutkimuksen mukaan alkoholin kulutus väheni mini-interventiohankkeen myötä. Hanke toteutettiin vuodeosastolla, jossa potilaille annettiin joko lyhytneuvonta tai alkoholin käyttöön liittyvää kirjallisuutta tai molemmat. Tutkimuksen mukaan tulokset eivät olleet merkittäviä vuodeosaston kannalta. (Watson 1999, 425.)

Kuten Alkoholiohjelman 2008 – 2011 yhdeksi tärkeimmäksi osa-alueeksi on nostettu mini-interventio, myös työterveyshuollon mini-interventiohanke ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” sekä Valtakunnallinen mini-interventioprojekti (VAMP) ovat edesauttamassa mini-intervention tuomista osaksi terveydenhuollon ammattilaisen arkipäivää. VAMP on sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen mini-interventioprojekti, jonka tavoitteena on parantaa perusterveydenhuollon osaamista alkoholihaittojen ehkäisemisessä. VAMP:iin on sitoutunut 41 kuntaa, jotka käyttävät mini-interventiota terveyskeskuksissa työvälineenään. Hankkeen tarkoitus on saada mini-interventio jokapäiväiseksi työvälineeksi. VAMP-hanke sekä Alkoholiohjelma ovat yhdessä tuottaneet runsaasti aineistoa edesauttamaan mini-intervention tekemistä. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008.) Lapin VAMP-aluekoordinaattori ja yleislääketieteen erikoislääkäri Aimo Korpilähde on tehnyt selvitystä mini-intervention käytöstä terveydenhuollon ennaltaehkäisevän päihdetyön apuvälineenä. Hänen mielestään mini-intervention käyttö on riittämätöntä. Korpilähde on havainnut, että nykyisen terveydenhuollon tilanne sekä ajan ja tiedon riittämättömyys ovat esteenä mini-intervention käytölle. Työnjaon selkiinnyttäminen edesauttaisi mini-intervention käyttöä, koska lääkärit ja hoitajat vaihtuvat, potilaaseen ei perehdytä eikä näin ollen mini-interventiota tule otetuksi työvälineeksi. (Korpilähde 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) rahoittamien vuonna 2004 aloitettujen VAMP- ja ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” hankkeiden aikana terveydenhuollon henkilöstön asenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi. Vaikka toiminta on juurtunut työterveydenhuoltoon hitaammin kuin toivottiin, on työterveyshuollon henkilöstö lisännyt merkittävästi mini-intervention tekemistä hankkeiden aikana. (Seppä 2008, 3.) Hankkeiden tuloksista selvisi, että VAMP-hanke on otettu terveyskeskusten henkilökunnan keskuudessa pääosin myönteisesti vastaan. Vaikeuksia terveydenhuollon henkilökunnalla on edelleen riskirajojen muistamisessa, mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa sekä alkoholin kulutuksen laskemisessa. Myös henkilökunnan motiivointi mini-intervention tekemiseen sekä asenteiden muuttaminen myönteisempään suuntaan alkoholin käyttöön puuttumisessa tuovat haasteita tulevaisuuteen. Kohderyhmäkunnissa oli sekä niitä terveydenhoitajia, jotka tekevät säännöllisesti mini-interventiota, mutta myös niitä työntekijöitä, jotka eivät puutu lainkaan potilaidensa alkoholinkäyttöön. Hankkeiden

aikana terveystieteiden henkilökunnan tieto alkoholisairaudesta ja alkoholin käytöstä on lisääntynyt. Myös mini-intervention tekeminen on VAMP:n aluekoordinaattoreiden mukaan lisääntynyt. (Seppänen, Aalto & Seppä 2008, 56.)

Työterveyshuollon hankkeen tulokset osoittavat myös sen, että mini-interventiota toteutetaan edelleen liian suppeasti. Tutkimuksen alustavista tuloksista selvisi, että vain noin 15 % työterveyshuolloista tilastoi mini-interventiot, vaikka puolet työntekijöistä ilmoitti tehneensä mini-interventiota vuonna 2004. Työterveyshuollon henkilökunnan toiminta painottuu alkoholiongelmien hoitoon ennaltaehkäisevän työn sijasta. (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen, 2008, 57). Työterveyshuollon hanke on edelleen kesken ja tämän hankkeen lopulliset tulokset eivät vielä ole tiedossa.

Molempien hankkeiden toimintamallina on ollut motivoida henkilökunnan mini-intervention tekemistä ja siirtää tietoja ja taitoja perustyössä olevalle terveydenhuollon henkilökunnalle. Toimintamallin avulla on pyritty saamaan toimintaan pysyvyyttä hankkeiden loppumisen jälkeen. (Seppä & Kuokkanen 2008, 59.)

Hankkeiden aikana asenteet ja yleinen ilmapiiri ovat muuttuneet hyväksyvämmiksi. Edellytyksiä mini-interventiotoiminnan jatkumiselle ovat rahoitus hankkeisiin, joiden avulla pyritään lisäämään ja ylläpitämään mini-interventiotoimintaa, henkilökunnan koulutus asialliseen kysymiseen sekä neuvonnan antamiseen. Myös potilastietojärjestelmien hyödyntäminen toiminnan seuraamiseksi ja kehittämiseksi luo omia haasteita. Lisäksi tarvitaan terveydenhuollon johdon sitoutumista mini-interventiotoiminnan edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Potilaiden kannalta mini-interventiotoiminta on terveydenhuollon perustyössä huomioitava siten, että luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus säilyvät. Potilaalla on myös tärkeä osa mini-interventiotoiminnassa. Hänellä on oltava oikeus saada laadukasta tietoa alkoholinkäytöstään terveydenhuollon henkilökunnalta siten, että terveydenhuollon henkilökunta kohtelee häntä arvokkaasti syyllistämättä häntä runsaastakaan alkoholinkäytöstä. (Seppä 2008, 61–64.)

Usein mini-interventio-keskustelu aloitetaan Audit-kyselyllä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Audit-kysely on käytetyin seulontaväline, ja sen avulla on helppoa kartoittaa alkoholin riskikäyttöä. Testi on luotettava, ja se on nopea tehdä. Audit-testin kysymykset on laadittu siten, että vastauksesta saa monipuolisen kuvan vastaajan alkoholinkäytön riskeistä tai toisaalta siitä, että ongelmaa alkoholin käytössä ei ole. Testin tulos pisteytetään, ja sen avulla on tarkoitus löytää sellaiset henkilöt, joilla on riski alkoholisoitua. Tarkoitus on tunnistaa alkoholin mahdollinen tuleva riskikäyttö. Audit-lomakkeessa on 10 kysymystä, joihin vastataan ympyröimällä neljästä vaihtoehdosta itselle sopiva vastaus. (Päihdelinkki 2008.) Kymmenen pisteen Audit-kyselyn seulontaraja on kahdeksan pistettä, ja toissijaisesti voidaan Audit-kyselystä käyttää myös lyhyttä, kolmen ensimmäisen kysymyksen sarjaa, jolloin pisteraja on viisi. Suotuisin tulos kymmenen pisteen Audit-kyselyssä on nolla pistettä, jolloin lomakkeen täyttäjällä ei ole ongelmaa alkoholin käytössä. Huonoin tulos eli maksimipistemäärä on 40. (Alkoholiongelmaisen hoito 2008.)

2.2.3 Päihderiippuvuus, suurkulutus ja kohtuukäyttö

Alkoholin ongelmakäyttäjät hakeutuvat usein sairaalahoitoon vasta siinä vaiheessa, kun heidän sairautensa on pitkälle edennyt fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen sairauden yhdistelmä (Watson 1999, 425). Alkoholia käyttävä henkilö ei yleensä itse näe juomisesta aiheutuvaa ongelmaansa, eikä hän omasta mielestään juo liikaa. Henkilö, joka on päihderiippuvainen, ei yleensä kykene hallitsemaan alkoholin käyttöönsä; vaihtoehto on silloin vain joko täysraittius tai riippuvuusikäyttö. Alkoholin kohtuukäytöksi sanotaan sitä, jos mies juo alle 15 ja nainen alle 10 annosta (annos=1 pullo keskivolutta tai 12 cl lasi viiniä tai 4 cl viinaa) viikossa siten, että mainitut määrät jakautuvat usealle päivälle. Alkoholin suurkulutuksen varhaisvaiheesta puhutaan silloin, kun alkoholin käytöstä aiheutuu haittaa, vaikka käyttömäärät olisivat pienempiä kuin edellä mainitut rajat. Tällainen haitta on esimerkiksi silloin, kun henkilö ei kykene töihin seuraavana aamuna krapulan vuoksi tai jos alkoholinkäyttö aiheuttaa ongelmia perhesuhteissa. (Havio ym. 2008, 17, 53–57.)

Alkoholin suurkulutuksen raja miehillä on 24 annosta ja naisilla 16 annosta viikossa. Suurkulutuksen kerta-rajana on miehillä 7 annosta päivässä ja naisilla 5 annosta päivässä. Kun alkoholin suurkulutuksen rajat ovat ylittyneet, kehittyä henkilölle todennäköisesti

alkoholiriippuvuusoireyhtymä eli alkoholismi. (Salaspuro & Aho 2005.) Tärkeää on huomata, että kun puhutaan suurkulutuksen rajoista, sillä ei kuitenkaan ole tarkoitus määritellä niin sanottua turvallisen juomisen rajaa. Lisäksi tulee huomioida, että raja-arvot eivät muutenkaan sovellu kaikille, kuten ikääntyneille, raskaana oleville, alkoholiriippuvaisille, masentuneelle tai sellaisille, joilla on jokin tietty lääkitys. (Aalto 2009, 891.)

Alkoholismi aiheuttaa niin suurta riippuvuutta, että arkielämän toiminnoista ei voi enää suoriutua ilman alkoholia. Alkoholiriippuvuuden todennäköisyyttä lisäävät: omien vanhempien alkoholismi, lapsuudessa koetut epäedulliset ympäristöolosuhteet sekä nuorena aloitettu alkoholin, tupakan ja huumeiden kokeilu. (Havio ym. 2008, 53–57.) Alkoholin kohtuu- ja liikakäytön välistä rajaa on hankala määritellä. Alkoholinkäytön riskirajat ovat ohjeellisia sekä niiden aiheuttamat haitat ja suuruus vaihtelevat yksilöittäin. Alkoholin kohtuukäytöstä ei todennäköisesti ole haittaa, mutta runsaasti alkoholia käyttävällä tietyt terveysriskit kasvavat suhteessa juotuun alkoholimäärään. Vuorokaudessa 25 g alkoholia lisää tiettyjen sairauksien riskiä. Naisilla käytön riskiraja on miehiä matalampi. Riskirajan ylittymisen merkkejä ovat myös viikoittainen humalajuominen sekä alkoholinkäytöstä aiheutuvat ongelmat. (Salaspuro & Aho 2005.)

2.3 Sairaanhoidaja varhaisvaiheen päihdehoitotyössä perusterveydenhuollossa

Behmin tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat käyttivät alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa asiakkaan psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen voinnin sekä hänen kokonaistilanteensa havainnointia. Hoitajat olivat kuvanneet tunnistavansa alkoholin suurkulutusta havainnoimalla, erilaisten tapaturmien yhteydessä, asiakkaan voinnin perusteella sekä hoitajan ominaisuuksia hyödyntämällä. Tutkimuksessa hoitajat kuvasivat tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen. Tunnistamista vaikeuttivat tekijät, jotka liittyivät asiakkaaseen ja hänen kohtaamiseensa. Asiakas saattaa pitää julkisuuskuvaa yllä sekä vältellä puhumista alkoholinkäytöstään. Vaikeuttavia tekijöitä olivat myös lyhyet tapaamiset asiakkaiden kanssa, kohtaamistilanteen luonne, alkoholin suurkulutus-käsitteen sekä oman roolin epäselvyys. Lisäksi hoitajat olivat kuvanneet oman tieto-

taidon ja menetelmien puutteellisuutta sekä työvälineiden valikoiman vähyyttä tai niiden puuttumista. (Behm 2005, 85–89.)

Varhaisvaiheen päihdehoitotyötä estäväksi tekijäksi nousee koulutuksen puute, joka tulee tutkimuksen sairaanhoitajien haastatteluissa ilmi: ”Paljon ois suurkuluttajia, jos tunnistais.” Myös yhteisten toimintamallien puuttuminen nousee esille tutkimuksen tuloksissa. Behmin mukaan hoitajilla on vastuuta ja velvollisuuksia, mutta ei tiedetä millä tasolla päihdetyön osaaminen on. (Behm 2005, 75, 83.)

Behmin tutkimuksesta ilmenee, että hoitajat tunnistavat alkoholin suurkulutuksen usein ulkoisten tunnusmerkkien avulla. Hoitajat havainnoivat alkoholin suurkulutusta alkoholin hajun, asiakkaan ulkonäön ja olemuksen, hänen käytöksensä sekä toimintansa avulla. Behmin tutkimuksessa hoitajat kuvasivat käyttävänsä alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa Audit-testiä, sekä lisäksi vaihtelevasti Audit-testiin yhdistettynä myös muuta kirjallista materiaalia, alkometriin puhalluttamista sekä laboratoriokokeita. Tutkimuksen tuloksien mukaan osa hoitajista suhtautui Audit-kyselyyn kriittisesti, vaikka vuoden 2005 Käypä hoito -suosituksen mukaan Audit on paras ja toimivin alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa käytetty kyselylomake. Behmin tutkimuksen mukaan hoitajat kuvasivat, että alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen on yhteistyötä sekä asiakkaan että moniammatillisen tiimin kanssa. Lisäksi se vaatii potilas- ja asiakastietojen käyttöä työvälineenä, jolloin kirjaamisen tärkeys korostuu. (Behm 2005, 85–88.)

Samanlaisia tuloksia löytyy myös vuoden 2008 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Potilastiedon välittäminen eri yhteistyötahojen välillä on tärkeää. Mini-interventio toiminnassa korostuu kirjaamisen tärkeys. Hoidon jatkuvuus varmistetaan kirjaamalla kaikki huomioidut alkoholinkäytöstä sekä ennaltaehkäisevässä että korjaavassa työssä. Kirjaamisessa tulee huomioida potilaan käyttämät alkoholimäärät, laadut ja juomistiheydet. Nämä tiedot auttavat potilaan alkoholitottumusten seuraamisessa. Kattava kirjaaminen potilaan alkoholinkäytön tottumuksista auttaa myös mittaamaan hoidon laatua ja lisäksi saadaan tilastointitietoa. Myös Audit-lomakkeen helppo

saatavuus eri potilasjärjestelmistä edesauttaa sen käyttämistä vastaanottotilanteissa. Mini-intervention kirjaamisessa korostuu koulutuksen jatkuvuus, jotta myös uudet työntekijät kirjaavat mini-interventiot. (Korpilähde, Tarhala & Paanila 2008, 44.)

Hoitajien oma käsitys merkityksestään varhaisvaiheen päihdehoitotyössä herätti lisäkysymyksiä siihen, miten merkitystä voisi mitata tai mitä sillä lopulta tarkoitetaan. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat olivat kuvanneet, että heillä on monenlaisia eri rooleja varhaisvaiheen päihdehoitotyössä. Merkittäviä rooleja koettiin puheeksi ottajana, tunnistajana, ehkäisijänä, herättelijänä, tilaisuuden antajana, auttajana, tavoittajana, seulojana sekä kontrolloijana. Behmin mukaan ”Mielenkiintoista olisi pohtia enemmänkin sitä, mikä on hoitotyön rooli varhaisvaiheen päihdehoitotyössä?”. Tutkimuksessa on todettu, kuinka tärkeää olisi, että mini-interventiossa voisi olla ”oma” alue perusterveydenhuollon sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. (Behm 2005, 93–94.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päihteidenkäytön varhaista tunnistamista ja arvioida mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollon arkityössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimukselle asetettiin varsin kunnianhimoinen tavoite. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin käyttää hyväksi kehitettäessä sairaanhoitajan taitoja tunnistaa ajoissa ja ottaa puheeksi päihteiden käyttö. Tutkimustehtäviksi muodostuivat seuraavat neljä kysymystä:

1. Miten sairaanhoitajat tunnistavat asiakkaan päihteiden käytön?
2. Millaiseksi hoitajat kokevat päihteiden käytöstä puhumisen asiakkaan kanssa?
3. Millaiseksi hoitajat kokevat mini-intervention käytön?
4. Millaista tietoa hoitajat kokevat tarvitsevänsä tunnistaa päihteiden käytön sekä toteuttaakseen mini-interventiota?

4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen aineisto

Tämän laadullisen opinnäytetyön aineiston muodosti neljä haastattelua. Haastateltavat työskentelevät Kuopion kaupungin perusterveydenhuollossa sairaanhoitajina. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla perusterveydenhuollossa työskenteleviä sairaanhoitajia päihteiden käytön varhaisesta tunnistamisesta sekä mini-intervention käytöstä. Kohderyhmämme muodostui sairaanhoitajista, jotka tutkimuksen toimeksiantajan yhteyshenkilö oli meille etukäteen valinnut.

Yhteyshenkilömme oli valinnut haastateltavat sillä perusteella, että heillä on henkilökohtaista työkokemusta mini-intervention käytöstä sekä työskentelystä alkoholiongelmiaisten kanssa. Haastateltavia valittaessa on tärkeää, että haastateltavilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta temasta tai asiasta (Vilka 2005, 114). Laadullista tutkimusta tehtäessä on tärkeää valita haastateltavaksi ne henkilöt, joiden oletetaan tietävän parhaiten tutkittavasta ilmiöstä. Näin ollen haastateltavien valinta ei voi olla sattumanvarainen, vaan tutkimuksen tarkoitukseen sopiva sekä harkittu. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 87–88.)

4.2 Tutkimuksen menetelmä

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii opinnäytetyömme menetelmäksi, sillä tutkittua tietoa valitsemastamme aiheesta ei ole paljoa. Lisäksi perusteluna menetelmän valinnalle oli se, että tutkimuksessa pyritään kuvaamaan perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien kokemuksia. Tutkimuksen menetelmäksi olisi voinut valita myös määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, mutta koska halusimme

hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä, laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui paremmin opinnäytetyöhömmme.

Laadullisen tutkimuksen avulla selvitetään ihmisen käyttäytymisen syitä sekä tutkittavaan aiheeseen liittyviä merkityksiä. Merkitys voi olla kokemus, joka on aina haastateltavan omakohtainen. Se voi olla myös käsitys, joka kertoo tavasta, jolla yhteisössä ajatellaan. Laadullisen menetelmän tavoite ei ole ehdottoman totuuden löytäminen, vaan lähinnä kuvata kokemuksia tai käsityksiä. (Vilka 2005, 97–98.)

Aineistonhankinnan suoritimme tekemällä teemahaastatteluja. Valitsimme aineistonkeräysmenetelmäksi teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun, koska sen etuna on joustavuus. Haastattelun edetessä haastattelijalla on näin mahdollisuus toistaa kysymys, selventää ilmauksia, oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä sekä keskustella haastateltavan kanssa haastattelun aikana. Joustavuutta lisää myös se, että haastatteliija voi esittää kysymykset, missä järjestyksessä hän katsoo aiheellisimmaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 75.) Teemahaastattelun etu on myös se, että haastateltavalle voi esittää jatkokysymyksiä sen mukaisesti, mitä lisäkysymyksiä haastattelun aikana nousee esille.

Teemahaastattelun tarkoitus on pyrkiä löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen tai tutkimustehtävien mukaisesti. Teemahaastattelussa etukäteen valitut teemat pohjautuvat tutkittavasta aiheesta jo tiedettyyn tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 77–78.) Tutkimuksen haastattelu (liite 1) muokattiin opinnäytetyön viitekehyksen perusteella ja toimeksiantajan ehdottamien aihepiirien pohjalta. Haastattelun neljä teemaa ovat samat kuin tutkimuksen tehtävät.

Aluksi haastateltaviin otettiin yhteyttä sähköpostitse. Heille kerrottiin opinnäytetyöstä aiheen ja ehdotettiin alustavasti haastattelujen aikataulua. Haastatteluajat sovittiin puhelimitse haastateltavien kanssa heidän aikataulujensa mukaisesti. Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien omilla työpaikoilla, heidän omissa työhuoneissaan.

Haastattelut suoritettiin neljän päivän aikana kesäkuussa 2009. Haastattelut tapahtuivat sairaanhoitajien normaalien työvuorojen aikana.

Haastateltaville lähetettiin teemahaastattelun neljä kysymystä sähköpostitse ennen haastattelua, jotta he pystyivät tutustumaan aiheeseen. Haastattelussa on tärkeintä saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta ja siksi haastattelukysymykset tulisi antaa haastateltaville etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2006, 75). Haastattelun teemat (liite 3) oli esitetty muodossa: ”Millaiseksi hoitajat kokevat...” tai ”Millaista osaamista hoitajat kokevat tarvitsevansa...”, jolloin osa hoitajista oli käsittänyt, että heidän tulee vastata kysymyksiin usean hoitajan näkökulmasta. Tarkoitus oli siis vastata vain omasta näkökulmasta. Tämä selvennettiin haastattelun yhteydessä.

Haastateltaville kerrottiin haastattelun alussa opinnäytetyön aihe, tarkoitus ja tavoitteet. Haastateltavat allekirjoittivat haastatteluun suostumuslomakkeet (liite 2) kahtena kappaleena ja molemmille osapuolille jäi omat kappaleensa lomakkeista. Haastateltavat antoivat lomakkeella suostumuksensa haastattelun käyttämiseen opinnäytetyössä sekä haastattelun nauhoittamiseen. Heille myös kerrottiin, että nauhoitukset tuhotaan poistamalla ne sanelukoneesta haastattelujen litteroinnin eli aukikirjoittamisen jälkeen. Haastateltaville kerrottiin haastattelun luottamuksellisuudesta sekä heidän anonyymiydestään.

Haastattelujen avulla oli tarkoitus saada riittävän kattava aineisto, jolla saadaan vastaukset tutkimustehtäviin. Haastattelujen kestot olivat 30–60 min ja ne nauhoitettiin aineiston analysointia varten. Haastatteluja varten varattu aika oli riittävä kaikkien kysymysten esittämiseen.

Kaksi haastattelua teimme yhdessä siten, että toinen haastatteli ja toinen havainnoi. Havainnoitsijan tehtävänä oli kirjata paperille haastattelutilanteesta nousevat huomiot. Toiset kaksi haastattelua jouduimme tekemään ilman havainnoitsijaa aikataulujen yhteensopimattomuuden vuoksi.

Olimme rajanneet alun perin haastateltavat viiteen henkilöön, mutta neljän haastattelun jälkeen havaitsimme haastattelujen vastausten samankaltaisuuden. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on riittävä, kun sen saturaatio on täyttynyt. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään eikä tutkittavasta aiheesta nouse enää esiin mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 89.)

5 AINEISTON ANALYYSI

Opinnäytetyömme aineiston analyysi toteutettiin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Se on menetelmä, jota voidaan käyttää yksittäisenä metodina, mutta se antaa myös mahdollisuuden tehdä monenlaista tutkimusta. Sisällönanalyysiä voidaan pitää myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää monenlaisiin erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysin ensimmäisenä vaiheena on päättää, mikä aineistossa on kiinnostavaa. Tämän jälkeen aineisto käydään läpi ja merkitään ne asiat, jotka tukevat kiinnostusta. Seuraava vaihe analyysissä on rajata kaikki muu pois tutkimuksesta ja kerätä merkityt asiat yhteen ja erikseen aineistosta. Rajatusta aineistosta luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitellään aineisto. Teemoittelun avulla saadaan ryhmiteltyä aineistosta esille nousevia aihepiirejä. Analyysin viimeinen vaihe on kirjoittaa saaduista tiedoista yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93–94.)

Sisällönanalyysillä kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Näin pyritään luomaan tutkittavasta aiheesta selkeä ja tiivistetty kuvaus. Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa ensimmäiseksi aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistämisen tarkoitus on karsia aineistosta epäolennaiset asiat pois. Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnilla on tarkoitus käydä aineiston alkuperäisilmaukset tarkasti läpi ja näin saada aineistoa ryhmiteltyä siten että

aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. Kolmantena vaiheena on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–110.)

Aineisto voidaan analysoida myös deduktiivisen tutkimusmenetelmän periaatteita noudattaen. Tällöin analyysiä ohjaa teema, käsittekartta tai aikaisempaan tietoon perustuva malli. Analyysirungon muodostaa aikaisempi tieto, johon etsitään aineistosta sisällöllisesti sopivia asioita. Kuten induktiivisessa sisällönanalyysissä, samaan tapaan deduktiivisessa sisällönanalyysissä muodostetaan aineistosta kategorioita. Toisaalta analyysirunko voi olla jäsennelty, jolloin aineistosta poimitaan siihen sopivia asioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-8.)

Aloitimme opinnäytetyön analysoinnin aineistolähtöisesti. Kuuntelimme kaikki neljä haastattelua useaan kertaan. Jaoimme haastattelut siten, että kumpikin litteroimme eli aukikirjoitimme kaksi haastattelua sana sanalta, huomioiden tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden periaatteita jättämättä yhtään sanaa haastattelusta pois. Tämän jälkeen luimme aukikirjoitetut haastattelut ja perehdyimme niiden sisältöön. Haastattelujen litteroidusta aineistosta eroteltiin olennaiset asiaryhmät käyttämällä eri värejä alleviivaukseen. Näin aineistosta saatiin erotettua eri teemat. Värikynien käyttö mahdollisti myös sen, että tarvittaessa pystyttiin palaamaan tiettyihin aineiston teemoihin ja tarkentamaan esille nousseita asioita.

Alkuperäisilmaukset koottiin Excel-taulukoon (taulukko 1). Taulukon toiseen sarakkeeseen muodostettiin pelkistetyt ilmaukset ja kolmanteen sarakkeeseen alaluokat. Redusoinnin jälkeen totesimme, että aineisto typistyy liikaa ja haastattelujen ydin häviää. Tässä vaiheessa jatkoimme aineiston käsittelyä deduktiivisesti. Kokosimme alaluokat yhteen haastattelun neljän teeman mukaisesti siten, että kuhunkin teemaan ryhmiteltiin siihen kuuluvat vastaukset. Kun alaluokat oli ryhmitelty, aloimme muodostaa niistä tuloksia.

Taulukko 1. Esimerkki analysoinnista

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
-----------------	------------------	--------------------	-----------

3. Millaiseksi hoitajat kokevat mini-intervention käytön?	Diabetesohjauksen yhteydessä, jos siinä tulee esille, niin se on sitten jo eri asia.	Hoitaja puhuu alkoholinkäytöstä diabetesohjauksen yhteydessä, mikäli asia tulee esille.	Alkoholinkäytöstä puhutaan vain jos se sopii asiayhteyteen.
Miten valitset asiakkaat, joille puhut alkoholin käytöstä? Vaikuttaako potilaan ulkonäkö mini-intervention käyttöön? Arvioitko ulkonäön perusteella, kuka käyttää alkoholia?	En ulkonäön perusteella, jos se liittyy hänen sairauteensa ja tulee siinä esille. Niin silloin.	Hoitaja ei arvioi ulkonäön perusteella käyttääkö asiakas alkoholia, mikäli se ei liity tämän sairauteen ja tule sen myötä esille.	Hoitaja ei arvioi alkoholinkäyttöä ulkonäön perusteella.

6 TULOKSET

6.1 Haastateltavien taustatiedot

Haastattelimme neljää naispuolista sairaanhoitajaa, jotka toimivat Kuopion kaupungin perusterveydenhuollossa. Haastateltavilla on monipuolista työkokemusta useasta eri työyksiköstä. Haastateltavien ikä oli 33 – 57 vuotta, ja sairaanhoitajan ammatissa he olivat olleet 7 – 20 vuotta.

6.2 Haastattelun teemat

6.2.1 Sairaanhoidajien kokemuksia asiakkaiden päihteidenkäytön

tunnistamisesta ja alkoholiongelman Käypä hoito -suosituksesta

Sairaanhoidajilta kysyttiin, miten he tunnistavat asiakkaiden päihteidenkäytön. Vastauksista ilmeni, että päihteidenkäytön tunnistaminen on tapauskohtaista. Yleisimmin päihteidenkäytöstä kysyttiin diabeteksen neuvonnan ja muun hoidon yhteydessä, verenpaine- ja kolesterolitarkastuksissa, kolesterolineuvonnassa sekä laboratoriotarkastuksissa, esimerkiksi maksa-arvojen perusteella. Myös perussairauksien ja yleisen voinnin perusteella voidaan tunnistaa asiakkaan päihteidenkäytössä olevan ongelmaa. Sairaanhoidajat kertoivat, että päihteidenkäyttö otetaan puheeksi ajokorttitarkastusten yhteydessä, jos asiakkaan täyttämän Audit-testin pisteet ovat korkeat.

Vastausten mukaan päihteidenkäyttö otetaan puheeksi myös silloin, jos asiakkaalle on sattunut usein tapaturmia erityisesti viikonloppuna ja hänellä on paljon käyntejä päivystyksessä. Tapaturmista lueteltiin esimerkeiksi kaatumiset, nilkan murtumat, palovammat ja pään vammat. Päihteiden käyttöä voi epäillä myös, mikäli niin sanottu ”normaaliperheen isä tai äiti” alkaa käydä useammin vastaanotolla erilaisten tapaturmien vuoksi.

Vastauksista ilmeni myös, että päihteidenkäytön voi tunnistaa esimerkiksi sairaslomatarpeena tai muuna toistuvana tarpeena. Päihteidenkäyttöä tunnistettiin myös asiakkaan yleisvoinnin, yleisen habituksen, kuten pöhötyneisyyden, viinan hajun ja epäsiisteyden perusteella. Sairaanhoidajat kertoivat, että esimerkiksi maanantaiaamuna vastaanotolle tulevalta asiakkaalta, josta selvästi näkee päällepäin hänen olevan joko krapulassa tai humalassa tai hän haisee vanhalta viinalta, kysytään päihteidenkäytöstä. Nämä asiakkaat ovat yleensä sairaslomaa vailla. Yhdestä vastauksesta ilmenee, että sairaanhoitaja puhalluttaa nämä asiakkaat, mikäli hän epäilee asiakkaan olevan humalassa. Sairaanhoitaja kertoi myös kirjaavansa potilastietoihin nämä esille tulleet asiat asiakkaan päihtymyksestä ja puhalletuista promilleista.

Sairaanhoitajien vastauksista tuli esiin myös se, että heidän vastaanotollaan käy vähän työikäisiä tai nuoria asiakkaita, joskin nuoria käy nykyään entistä enemmän. Sairaanhoitajat kertoivat, että vastaanottokäynnit ovat usein satunnaisia ja lyhyitä. Päihteidenkäytön tunnistamista vaikeuttaa myös se, että suurin osa asiakkaista ei käy sairaanhoitajan vastaanotolla, vaan he menevät suoraan lääkärin vastaanotolle. Tällöin sairaanhoitaja ei välttämättä pysty havainnoimaan mahdollista asiakkaan päihteidenkäytön ongelmaa. Haastatteluista ilmenee, että päihteidenkäytöstä puhumista pidetään myös lääkärin asiana. Päihteidenkäytöstä puhumista pidettiin myös keskustelunaiheena, josta asiakkaat eivät varmastikaan haluaisi mielellään keskustella, joten vastauksista ilmenee myös, että sitä kysyttiin harvoin tai ei ollenkaan. Tässä pidettiin ongelmana ohjeistuksen puutetta siitä, kuinka tunnistaa asiakkaan päihteiden käyttö. Vastaajat haluaisivat kuitenkin kunnostautua päihteiden käytöstä puhumisessa.

Vastausten mukaan osa sairaanhoitajista kysyy suoraan päihteiden käytöstä: *”Kun ensimmäisen kerran uskaltaa kysyä, että käytätkö viinaa, niin sitten siihen kynnys on tosi matala”*. Vastauksista ilmenee, että sairaanhoitajan on uskallettava ottaa puheeksi alkoholinkäyttö ja esitettävä tarkkoja kysymyksiä päihteiden käytöstä, jos yhtään epäilee alkoholin liikakäyttöä. Asiakkaiden kerrottiin myös kieltävän alkoholinkäyttönsä sairaanhoitajan häneltä sitä kysyessä. Nämä asiakkaat kuitenkin kertoivat myöntävänsä lopulta päihdeongelmansa, kun sairaanhoitajan esittämät laboratoriotulokset kertovat suoraan asiakkaan alkoholinkäytöstä.

Sairaanhoitajilta kysyttiin, onko päihteidenkäytön tunnistamisessa sukupuolien välisiä eroja. Vastauksien mukaan naiset ovat ehkä vähän levottomampia ja vilkkaampia ja yrittävät peitellä humalaisuuttaan. Naiset myös loukkaantuvat herkemmin, mikäli heiltä kysytään päihteidenkäytöstä. Miesten kanssa päihteidenkäytöstä puhuminen koettiin helpommaksi.

Kaikkien haastateltavien vastauksista tuli päällimmäisenä esiin se, että päihteidenkäytön varhainen tunnistaminen on vaikeaa ja sen puheeksiottaminen on hankalaa. Haasteelliseksi koettiin ne asiakkaat, joista ei päällepäin näy päihteidenkäyttö. Eräs hoitaja ei arvioi ulkonäön perusteella, käyttääkö asiakas alkoholia, mikäli se ei liity

tämän sairauten ja tule sen myötä esille tai asiakkaan yleinen habitus ei tuo esille päihteidenkäytön mahdollista ongelmaa. Toinen hoitaja arvioi, että alkoholin käytön ongelmaa voi kuitenkin arvioida ulkoisesta olemuksesta: ”*Sivistynyttä juoppoo, joka on työssäoleva, mutta joka voi viikonloppuna ja illalla juopotella, sitä ei välttämättä tunnista muuta ku siitä pöhöttyneestä olemuksesta ja kasvojen turvotuksesta*”.

Helppoisimmaksi koettiin niiden asiakkaiden päihteidenkäytön tunnistaminen, joilla jo on riippuvuus alkoholiin, sekä sekakäyttäjien tunnistaminen. Niille asiakkaille, joilla tiedetään jo olevan päihteidenkäytön ongelmaa, oli vastaajien mielestä helpompi puhua suoraan alkoholinkäytöstä kuin vasta-alkajille ja nuorille. Esimerkiksi haavapotilaiden hoidon yhteydessä päihteidenkäytön tunnistaminen koettiin helpoksi asiakkaan huonon hygienian vuoksi. Sairaanhoitajat kertoivat haavapotilaiden olevan toisinaan alkoholisteja. Näille haavapotilaille sairaanhoitajat kertoivat pitävänsä ohjausta siitä, kuinka alkoholi hidastaa haavojen paranemista ja ohjeistavan asiakkaita olemaan päihteettömiä, jotta haava voi parantua.

Sairaanhoidajilta kysyttiin, tuntevatko he alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksen, kuinka he arvioivat sitä ja käyttävätkö he sitä työssään. Kaikki vastanneet sairaanhoitajat olivat jossain vaiheessa lukeneet alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksen. Osa vastanneista hoitajista ei ollut tarkkaan tutustunut Käypä hoito -suositukseen, osa tunsi pääpiirteittäin siitä peruslinjat ja pääpiirteet. Sairaanhoitajat tiesivät alkoholinkäytön riskirajat sekä varhaisen puuttumisen merkityksen, mutta puheeksiottaminen ja tunnistaminen oli kuitenkin suurimmaksi osaksi vähäistä, koska ohjeistus tähän heidän mielestään puuttuu. Eräs sairaanhoitaja kertoi alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksesta saavansa hyvää osviittaa, vaikka ei ollutkaan siihen tarkkaan tutustunut. Toinen sairaanhoitaja kertoi, että alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suositus antaa tarkat ohjeet, se on selkeä ja helppo käyttää ja siinä on paljon asiallista tietoa.

6.2.2 Sairaanhoitajien kokemuksia päihteidenkäytöstä puhumisesta asiakkaan kanssa

Hoitajilta kysyttiin, millaiseksi he kokevat päihteidenkäytöstä puhumisen asiakkaan kanssa. Päihteidenkäytöstä puhumiseen vaikuttaa hoitajan oma persoona. Toiselle hoitajalle alkoholista puhuminen on luontevampaa kuin toiselle, mutta aihe saatetaan kokea ikävänä. *”Se on persoonakysymys. Joku saattaa kysyä ronskisti ja jokkaiselta, mutta omalta kohaltani en niinku hirveesti, et ehkä koen sen silleen pikkusen ikävänä tai silleen”.*

Asiakas ei välttämättä halua puhua alkoholiongelmastaan. Eräs hoitaja sanoi, että ei halua loukata asiakasta ja siksi ei ota tämän alkoholinkäyttöä välttämättä puheeksi. Tuttujen, alkoholia kauan käyttäneiden kanssa on helpompaa keskustella alkoholinkäytöstä kuin sellaisten, jotka eivät ole käyttäneet alkoholia kovin kauan. Toisen hoitajan mielestä alkoholin puheeksiottaminen ei ole vaikeaa, alkoholista voi kysyä siinä missä muistakin asioista. Yleensä asiakkaat eivät itse ota alkoholinkäyttöä puheeksi, mikäli siitä ei kysytä. Eräs haastateltu hoitaja kertoi: *”Ei ihmiset hirmu vuolaasti siitä välttämättä alota kertoo, jos ei niinku kysy. Et kyllähän jos haluais saada tarkkaa tietoa, ni joutus varmaan niinku kysymään ihan pikkutarkasti ja niinku tarkentamaan niitä omia kysymyksiä”.*

Usein asiakas ei itse koe juomista ongelmana, vaan se voidaan kokea muun muassa rentoutumiskeinona. Toisinaan voi olla niin, että hoitaja yrittää saada asiakkaan näkemään tämän juomiseen liittyvän ongelman, mutta tuloksetta. Sairaanhoitaja voi kysyä alkoholinkäytöstä siinä missä ruokavaliosta tai tupakan käytöstä. Alkoholin käytöstä on helpompaa kysyä muun asian lomassa: *”Tää on mejän työtä ja alkoholi on yks osa sitä.”*

Hoitajilta kysyttiin, miten hoitajan oma asenne vaikuttaa alkoholin puheeksiottamiseen. Hoitajat kertoivat, että hoitajan omalla asenteella on merkitystä. Ei ole hyvä, jos hoitaja suhtautuu kovin kielteisesti alkoholinkäyttöön. Alkoholinkäyttäjiä ei ole tarkoitus syyllistää, mutta hoitajan tehtäviin kuuluu ehdottaa alkoholinkäytön vähentämistä.

Hoitaja ei saa paasata tai tuomita, mutta ei myöskään saa olla liian ymmärtäväinen. Ei ole myöskään hyötyä moralisoida alkoholinkäyttäjiä.

Hoitajilta kysyttiin asiakkaiden aggressiivisuudesta ja siitä, uskaltaako aggressiiviselta asiakkaalta kysyä alkoholin käytöstä. Toisinaan asiakas saattaa suuttua, jos häneltä kysytään alkoholinkäytöstä. Joskus on tilanteita, jolloin hoitajan pitää perustella asiakkaalle, miksi hoitaja kyselee alkoholinkäytöstä. Kuitenkin alkoholinkäytöstä puhuminen on yksi osa hoitajan työtä ja siitä kuuluu keskustella. *”Sitä voi kysyä, että entäs alkoholin käyttö? ja entäs tupakointi? ja mitenkä tulloo viittä-kuutta pulloa päivässä? Kyllä mä aika rohkeesti kyllä uskallan kysyä.”* Mikäli alkoholinkäytöstä puhuminen sopii asiayhteyteen, hoitaja mainitsee siitä.

Ajanvaraustilanteessa asiakas on joskus ollut juovuksissa ja aggressiivinen, hoitajan mukaan ei ole kuitenkaan milloinkaan ollut uhkaavia tilanteita. Hoitaja osaa yleensä lepytellä asiakkaat tarvittaessa. Eräs hoitaja kertoi, että hänellä on ollut vain yhden kerran hyvin aggressiivisesti käyttäytyvä alkoholiongelmainen asiakas, ja että päihdeongelmaiset asiakkaat eivät ole koskaan pelottaneet häntä. Hoitajan kertoman mukaan hän ei lähde mukaan riitelyyn, vaan pyrkii lepyttelemään asiakasta ja keskustelemaan tämän kanssa. Hoitaja kertoi, että juovuksissa oleva asiakas ei ole koskaan käynyt kiinni häneen. Välillä on ollut aggressiivisiä asiakkaita, mutta joissakin työyksiköissä on mahdollista saada tarvittaessa vartija paikalle.

Joskus asiakkaat nimittelevät hoitajaa, kuten esimerkiksi silloin, jos eivät saa haluamaansa reseptiä (bentsodiatsepiini). Tällöin hoitaja on pyytänyt asiakasta poistumaan, mikäli tämä nimittelee häntä. Hoitaja pyytää vartijan paikalle myös silloin, jos etukäteen tietää asiakkaan olevan väkivaltainen. Hoitaja saattaa myös kirotta potilaalle samalla mitalla takaisin: *”Jos ne kirroo, niin minä sanon saman tien, että perkele siinä istut ja että ollaan vähä niinku samalla tasolla sen potilaan kanssa.”* Eräs hoitaja arveli, että hänellä on auktoriteettia humalaisia kohtaan.

Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että alkoholiongelmaisista täytyy kohdella kuten muitakin asiakkaita. Vastaanottotilanteissa täytyy olla kohtelias ja ymmärtäväinen

asiakkaita kohtaan. Asiakkaita voi teititellä. Usein hoitajan käytöksen johdosta asiakas on voinut leppyä, mikäli hän on loukkaantunut hoitajalle, joka on kysynyt hänen päihteidenkäytöstään. *”Mä oon huomannu sen että kun heitä teitittelee, puhuu kohteliaasti, niin he ovat jotenkin lauhtuneet siinä. Et kun on ymmärtäväinen ja kohtelias siinä tilanteessa.”* Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että he ovat ottaneet alkoholinkäytön puheeksi myös asiakkaan epäsiisteyden ja ulkoisen habituksen perusteella. On ollut myös tilanteita, jolloin hoitaja on antanut asiakkaalle palautetta, jos tämä on ollut kovin epäsiisti tullessaan vastaanotolle. Asiakasta on tällöin kehoitettu kiinnittämään huomiota hygieniaansa ja seuraavalla kerralla vastaanotolle tullessaan hän on saattanut olla siististi pukeutunut.

Hoitajilta kysyttiin myös kuinka he toimivat mikäli asiakas on selvästi suurkuluttaja, mutta hänen täyttämänsä Audit-lomakkeen mukaan hän ei ole. Hoitajien mukaan asiakasta täytyy uskoa. *”Olettamus on se, että uskotaan mitä potilas puhuu, että ei epäillä sitä”.* Joskus on myös tilanteita, että asiakas haluaisi itse ottaa puheeksi, mutta ei pysty. Silloin hoitaja huomaa, että asiakas haluaisi kertoa jotain ennen kuin on lähdessä ja hoitaja huomaa, että vielä on asiaa. *”Se on ovenkahvasyndrooma että ne on pois lähössä tuossa ovenkahvassa kiinni että sitten sannoovat viime hetkillä, että no niin tulehan takasin niin katellaan.”*

Hoitajat kokivat, että humalaiselle on turha yrittää puhua alkoholin aiheuttamista terveyteen vaikuttavista asioista. Toisaalta hoitajan pitää suhtautua humalaiseen kuten keneen tahansa muuhun asiakkaaseen. Suurkuluttajatkin luottavat hoitajiin ja osaavat myös pyytää anteeksi humalaisuuttaan. Hoitaja arvelee olevansa alkoholiongelmalliselle lähiomainen tai viranomainen, jolta saa apua ja tukea.

Kaikkien haastateltavien vastauksista ilmeni, että päihteiden käytön puheeksi ottamisesta ei ole ollut kunnan koulutusta tai ohjeistusta. Erään hoitajan mielestä saadakse tarkkaa tietoa asiakkaan päihteiden käytöstä, joutuisi tekemään tarkentavia kysymyksiä alkoholinkäytöstä. *”En haluais loukata sitä asiakasta, niin ehkä se on sen takia vähän varovaisuutta. Minä en ole aktiivinen ihmisten herättelijä ollut tässä asiassa kyllä eikä meillä ole hirveesti ollut kyllä koulutustakaan eikä niinkun ohjeistustakaan tähän.”*

Päihteidenkäyttäjillä on usein jokin syy hoitajan vastaanotolle tuloon, kuten putkareissu tai vaimo on aikonut lähteä kotoa pois. Päihteiden käyttäjiä tulee paljon Audit-seurantaan lääkärin tai poliisin määräyksestä. Jos on ajanut humalassa, poliisi määrää automaattisesti Audit-seurantaan perusterveydenhuollon vastaanotolle. Myös ajokorttitarkastuksen yhteydessä täytetään asiakkailla Audit-kaavake. Tämän johdosta voidaan myös huomata asiakkaalla olevan päihteidenkäytön kanssa ongelmia. *”Jos joku tulee ajokorttitarkastukseen, siinä Audit-kyselyssä pamahtaa hirveet pisteet, sitten vaan kyselee, että onko nämä todellisia nämä pisteet vai mitenkäs näin.”*

Haastatteluista tuli esille se, että Audit-kaavake tulisi uudistaa. Audit-kaavakkeen avulla on helpompi keskustella alkoholinkäytöstä. Hoitaja, joka on pidempään työskennellyt saman alueen sairaanhoitajan vastaanotolla, tuntee oman alueensa päihteidenkäyttäjät ja tietää, jos asiakas valehtelee päihteidenkäytöstä kysyttäessä. Erään hoitajan mielestä Audit-kaavake pitäisi olla erilainen jokaisella käyntikerralla. Toinen hoitaja kertoi, ettei pidä Audit-kaavaketta luotettavana. *”Se ei oo ihan täysin luotettava minusta se kaavake eikä oo minun lääkäriinkin mielestä.”* Vastaja voi katsoa kaavake alaosasta, minkälaisilla pisteillä on suurkuluttaja ja vastaa sen mukaisesti kysymyksiin. Asiakas voi valehdella Audit-kaavaketta täyttäessään. Asiakas voi vastata kaavakkeeseen miten itse haluaa. *”No eihän se käy kaikille (audit), varsinkin kun se lukee siellä alhaalla että jos vastaat näin paljon pisteitä niin sehän merkitsee tai voi merkitä suurkulutusta, niin sitähan pystyy mitenkä paljon vaan vähemmän lasaamaan niitä pisteitä.”*

CDT eli desialotransferriini -arvosta voidaan todeta alkoholin suurkulutus. CDT-arvo nousee, kun nautitaan vähintään 5-6 ravintola-annosta tai keskiolutta ainakin kahden viikon ajan. (Huslab 2008.) CDT-arvo paljastaa alkoholinkäytön, vaikka Audit-kaavakkeen pisteiden mukaan alkoholinkäyttöä ei olisi. Hoitaja joutuu epäilemään potilaan rehellisyyttä, mikäli Audit-kaavakkeen pisteet eivät osoita alkoholinkäytön ongelmaa ja veriarvo osoittaa, että ongelma kuitenkin on olemassa. Toisinaan asiakkaat eivät välitä, vaikka jäisivät kiinni valehtelusta. Vastauksista ilmenee, että kun asiakas on täyttänyt Audit-kaavakkeen, on helpompi keskustella alkoholiongelmosta kaavaketta apuna käyttäen. Hoitajien mielestä Audit-kaavakkeesta saa tukea keskusteluun.

6.2.3 Sairaanhoidajien kokemuksia mini-intervention käytöstä

Kolmannessa teemassa kysyimme sairaanhoidajilta, millaiseksi hoitajat kokevat mini-intervention toteuttamisen. Vastauksista kävi ilmi, että kaikki hoitajat eivät käytä mini-interventiota työssään ja kaikki eivät täysin tiedä, mitä mini-interventio tarkoittaa. Hoitajat kertoivat muun muassa, että ovat maininneet asiakkaille alkoholin aiheuttamista terveysriskeistä, mutta eivät ole toteuttaneet mini-interventiota. Sairaanhoidajien mielestä mini-interventio on tärkeä ja he tietävät, että aiheesta on tehty tutkimuksia ja että mini-interventiolla saavutetaan tuloksia. Työterveyshuolto toteuttaa mini-interventiota, mutta ongelma on se, että läheskään kaikki alkoholiongelmaiset ihmiset eivät ole työssä käyviä ja jäävät siten työterveyshuollon ulottumattomiin. Erään vastanneen sairaanhoidajan arvio oli, että ehkä noin puolet Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon hoitajista tietää mitä mini-interventio tarkoittaa.

Kuten mini-interventioon kuuluu, hoitajat käyvät läpi Hallittua juomista -opasta asiakkaan kanssa. Asiakas voi täyttää oppaan takana olevaa juomapäiväkirjaa, jonka avulla voi asettaa itselleen tavoitteita. Jotkut asiakkaat pitävät opasta hyvänä, se tukee yrityksissä olla juomatta. Hallittua juomista -opas oli yleisesti tarjolla hoitajan vastaanotolla asiakkaita varten. Alkoholinkäytöstä kertovien oppaiden ja suositusten näkyvillä ja tarjolla pitäminen on yksi keino tuoda päihteidenkäytön ongelmaa esille. Vastaanottotilanteissa mini-interventiota ei oteta puheeksi niin sanottujen laitapuolen kulkijoiden ja juovuksissa olevien kanssa.

6.2.4 Sairaanhoidajien osaaminen päihteidenkäytön tunnistamisessa ja

mini-intervention toteuttamisessa

Neljännessä teemassa sairaanhoidajilta kysyttiin, millaista osaamista he kokevat tarvitsevansa tunnistaa päihteidenkäytön ja toteuttaa mini-interventiota. Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että työkokemus vaikuttaa päihteidenkäytön tunnistamisessa. Muun muassa päivystystyö katsottiin hyödylliseksi sekä se, mitä enemmän hoitaja on työssään kohdannut erilaisia ihmisiä, sitä paremmat

lähtökohdat on kohdata alkoholiongelmaisia. Luonnollisesti myös vuorovaikutustaitoja pidettiin merkityksellisinä sekä sitä, että työhön rutinoituu, jolloin sairaanhoitajalle karttuu ammattitaitoja puhua vaikeistakin asioista asiakkaiden kanssa.

Lisäksi haastateltavat olivat varsin yksimielisiä siitä, että hoitajille tulisi tarjota koulutusta mini-intervention toteuttamiseen. Koulutusta ei ole ollut tarjolla lähivuosina ja silloin kun koulutusta on ollut, kaikilla hoitajilla ei ole ollut mahdollisuutta osallistua siihen. Hoitajat myös arvioivat, että he eivät tiedä milloin ja minkälaisissa tilanteissa mini-interventiota tulisi toteuttaa. Mini-intervention käytöstä tulisi olla ohjeistus. Mini-interventiota sivutaan useassa yhteydessä hoitajien arkityössä, mutta mini-interventio on asia, joka jää muiden asioiden varjoon.

Sairaanhoitajan osaamisessa katsottiin myös olevan hyötyä tietystä iästä. Vuorovaikutustaidot eivät välttämättä ole riittävästi kehittyneet vasta valmistuneilla hoitajilla. Myös siitä katsottiin olevan hyötyä, että hoitaja on pitkään samassa toimipisteessä eli että oman alueen asiakkaat tulevat tutuiksi. Tämän myötä työhön tulee tiettyä pitkäjänteisyyttä pidemmän hoitosuhteen kautta. Myös hoitajan olemus katsottiin tietyllä tavalla osaamiseen liittyväksi asiaksi päihdeongelmaisia kohdatessa. Liian hyökkäävä olemus voi tuntua asiakkaasta ahdistavalta. Osaamiseen laskettiin myös se, millä tavoin sairaanhoitaja ottaa alkoholinkäytön puheeksi. Asiakas ei halua leimautua alkoholistiksi.

Vaikka mini-interventio ei ole sinänsä uusi asia, se mielletään sellaiseksi. Korvaushoitopotilaat vievät paljon sairaanhoitajien ajasta ja näin ollen uusille asioille, kuten mini-interventiolle, ei jää riittävästi aikaa. Sairaanhoitajat kokevat, että he tarvitsisivat valmiin sapluunan, jonka mukaan alkoholinkäytöstä tulisi keskustella ja minkälaisissa tilanteissa mini-interventiota tulisi toteuttaa. Varsinainen ohjeistus alkoholinkäyttöön puuttumisesta uupuu. Haastatteluissa nousi selkeästi esille se, että alkoholinkäytön ennaltaehkäisyyn pitäisi panostaa terveydenhuollossa.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten arviointi

Tulosten perusteella näyttää siltä, että päihteidenkäytön varhainen tunnistaminen on vaikeaa, ja kuten tutkimustulokset osoittavat, hoitajien työ keskittyy alkoholiongelmiaisten hoitoon, ei niinkään varhaisvaiheen tunnistamiseen. Kaikki hoitajat osaavat kuvata alkoholiriippuvaisen tunnistamista, mutta varhainen tunnistaminen on hankalampaa. Yksi syy epäillä varhaista alkoholinkäyttöä on silloin, kun asiakas alkaa käydä lääkärin tai hoitajan vastaanotolla erilaisten tapaturmien tai muiden syiden johdosta, jotka eivät aluksi näyttäisi liittyvän alkoholinkäyttöön. Samankaltaisia tutkimustuloksia on saanut myös Behm pro gradu -tutkimuksessaan, josta ilmenee, että sairaanhoitajat tunnistavat päihteidenkäytön tapaturmien, yleisen voinnin sekä ulkoisen habituksen perusteella (Behm 2005, 85–89).

Sairaanhoitajan asennoitumista pidettiin tärkeänä alkoholiongelmiaisiin suhtautumisessa. On oleellisen tärkeää, että hoitaja osaa suhtautua alkoholin käyttäjiin kunnioittaen, mutta kuitenkin olematta liian lempeä. Todettiin myös, että tietystä iästä on hyötyä alkoholiongelmiaisia kohdatessa; kovin nuori tai toisaalta lähellä eläkeikää oleva hoitaja ei ole soveltuva alkoholiongelmiaisten kanssa työskentelyyn. Behmin tutkimus tuki oman opinnäytetyömme aiheen tärkeyttä kuvata perusterveydenhuollossa työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta päihteiden käytön varhaista tunnistamista ja erilaisten menetelmien, kuten mini-intervention ja Käypä hoito -suosituksen käyttöä arkityössään perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi sama, minkä Behm (2005) on tutkimuksessaan kuvannut, että päihteidenkäytön varhaista tunnistamista vaikeuttavia asioita ovat sairaanhoitajien omien tietojen, taitojen sekä työyksikkökohtaisen ohjeistuksen puuttuminen. Samoin Behm on todennut, että päihteidenkäyttäjät vähätelivät tai piilottelivat alkoholiongelmiaansa, mikä vaikeuttaa sairaanhoitajan mahdollisuuksia tunnistaa asiakkaan päihteidenkäyttöä.

Tutkimuksessamme tuli selvästi esille, että sairaanhoitajat eivät yleisesti toteuta mini-interventiota. Sairaanhoitajat tietävät, että mini-interventio on terveydenhuollon

ammattilaiselle merkityksellinen apuväline, jonka avulla voi ottaa päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa. Haastatelluista eräs hoitaja totesi, että vain pieni osa alkoholinkäyttäjistä on työterveyshuollon piirissä. Hoitajan mukaan mini-interventiota toteutetaan enemmän juuri työterveyshuollossa. Mini-intervention avulla on tarkoitus saada asiakas vähentämään alkoholin kulutustaan. Aallon ja Sepän (2007) mukaan joka kymmenes vähentää tai lopettaa kokonaan alkoholinkäytön.

Tulostemme mukaan sairaanhoitajat mieltävät mini-intervention uudeksi asiaksi. Meille jäi epäselväksi, tiesivätkö kaikki haastatellut sairaanhoitajat, mitä mini-interventio tarkoittaa. Eräs vastanneista hoitajista tuntui käsittävän, että mini-interventio on sama asia kuin Audit. Kaikki vastanneet hoitajat olivat tutustuneet alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suositukseen, mutta kaikki eivät hyödyntäneet sitä työssään.

Mini-intervention toteuttamiseen kaivattiin koulutusta sekä selkeää toimintakaaviota, jonka mukaan voitaisiin toteuttaa päihteidenkäytön varhaista tunnistamista. Tuloksiemme mukaan koulutusta on ollut, mutta kaikki sairaanhoitajat eivät olleet päässeet osallistumaan koulutukseen. Haastateltavat toivoivat työnsä avuksi valmista ohjeistusta, jonka mukaan edetä, mikäli vastaanotolle tulee asiakas, jolla hoitaja havainnoi olevan mahdollisesti päihteidenkäytön ongelmaa.

Aikataulujen vuoksi emme voineet havainnoida kaikkia haastatteluja. Vaikka havainnot eivät sinänsä olleet erityisen merkityksellisiä tulosten tarkastelun kannalta, analysointivaiheessa huomasimme havainnoinnin merkityksen. Havainnoija pystyi tarkkailemaan, millä tavoin haastateltava puhui ja eläytyi: Oliko hän iloinen, positiivinen, innokas haastatteluun vai kokiko hän haastattelun epämiellyttäväksi tai oli muuten passiivinen. Haastattelun tunnelma ei välity litteroidusta aineistosta. Haastattelu, jossa ei ollut mukana havainnoitsijana, jäi ikään kuin etäiseksi. Havainnointi auttoi analysointivaiheessa muodostamaan mielikuvia haastattelutilanteesta.

Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hyväksi kehitettäessä sairaanhoitajan taitoja tunnistaa ajoissa ja ottaa puheeksi päihteidenkäyttö. Tutkimuksen

tuloksia voidaan käyttää hyväksi Kuopion perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan työssä. Kuitenkaan emme ole onnistuneet tuottamaan tietoa, jolla sairaanhoitaja voisi tunnistaa ajoissa päihteidenkäytön ongelmaa. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää herättelijänä keskustelulle siitä, että päihteidenkäytön ongelmiin ja mini-intervention käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota perusterveydenhuollossa toimivan sairaanhoitajan työssä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtäessä eettinen näkökulma on erittäin tärkeä. Tutkimuksen uskottavuus perustuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvään eettiseen tutkimukseen kuuluu noudattaa rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta niin tutkimuksen tekemisessä kuin tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Hyvä tutkimus on hyvin suunniteltu, toteutettu ja raportoitu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää päihteiden käytön varhaista tunnistamista sekä mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien työssä. Opinnäytetyötä tehtiin siten, että hyvän tutkimuksen eettiset käytännöt toteutuivat. Tutkimusten tulokset käsiteltiin rehellisesti muuttamatta saatua aineistoa. Tutkimuksessa käytettävät lähdeaineistot ilmoitetaan lähdeluettelossa, eikä lainattua tietoa esitetä omana.

Haastateltavien ja tutkimuksessa käsiteltävien asioiden intymiteettiä kunnioitettiin mainitsematta haastateltavien nimiä. Haastateltavilta pyydettiin lupa nauhoittaa haastattelut ja heille kerrottiin, mitä tutkimusaineistolle tapahtuu, kun tutkimus on tehty. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus nauhoitusta varten ennen haastattelujen aloittamista. Opinnäytetyö sitouduttiin tekemään aikataulun ja toimeksiantajan ehdottamien aihealueiden mukaisesti.

Yhteyshenkilömme valitsi etukäteen haastateltavat, joten emme pystyneet vaikuttamaan siihen, keitä haastattelimme. Kaikilla haastateltavilla oli työkokemusta sairaanhoitajan ammatista ja heillä kaikilla oli näkökulma haastateltavaan aiheeseen.

Analysointivaiheessa heräsi muutamia ajatuksia siitä, olisimmeko voineet vielä tarkentaa paremmin kysymyksiämme haastattelutilanteissa. Kokemattomuutemme haastattelijoina siis saattoi vaikuttaa tuloksiin.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon se, että tutkijalla on selkeä kuva siitä, mitä hän on tutkimassa ja miksi. Tutkijan täytyy olla sitoutunut tutkimukseen aikataulun mukaisesti. Tutkimusaineiston kerääminen tulee tapahtua sellaisella tutkimusmenetelmällä, jotta analyysiä varten on tarpeeksi kattavaa aineistoa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusraportin selkeys ja ymmärrettävyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Luotettavuuden kannalta on myös tärkeää, että tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijalla on puolueeton näkökulma tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Käytimme opinnäytetyössämme teemahaastattelua, johon olimme pyrkineet hakemaan riittävän monipuolisia kysymyksiä päihteidenkäytön varhaisesta tunnistamisesta sekä perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien mini-intervention käytöstä omassa työssään. Tutkimuksessamme käytimme hyväksemme aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Haimme tietoa monista eri lähteistä. Kuten aiemmin jo tässä opinnäytetyössämme mainitsimme, tutkittua tietoa löytyi yllättävän vähän. Havaitsimme myös sen, että aiheesta tehdyissä, suomalaisissa tutkimuksissa samat tutkijat ja nimet tulivat aina uudelleen esille hakiessamme aiempaa tutkimus- ja teorian tietoa. Haimme aiempaa teorian tietoa myös ulkomaisista lähteistä.

Luotettavuuden arvioinnissa tutkijan on muistettava, että tutkimuksessa painotetaan johdonmukaisuutta eli koherenssia siten, että tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tutkijan täytyy muistaa koko tutkimusprosessin ajan, mitä hän on tutkimassa ja miksi. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus tulee olla selkeästi ilmaistuna. Tutkijan täytyy sitoutua tutkimukseensa. Tutkijan tulee kertoa raportissaan, kuinka ja millä menetelmällä tutkimusaineisto on kerätty sekä onko hän haastatellut tiedonantajat yksin vai yhdessä toisen tutkijan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135, 138.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttaa myös se, kuinka tiedonantajat on valittu tutkimukseen. Tutkijan on raportissaan ilmoitettava, miten yhteydenotto haastateltaviin on tapahtunut. Raportissa on kuvattava, miten tutkijan ja tiedonantajan välinen suhde on toiminut. Tutkimuksen aikataulu, aineistonanalyysi sekä tutkimustulokset on raportoitava huolellisesti. Raportoinnilla tutkija kertoo, kuinka hän on koonnut aineiston ja analysoinut sen. Raportoinnissa on hyvä huomioida sen selkeys sekä siinä tulee kiinnittää huomioita ilmausten laveuteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135, 138.)

Luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi olemme toimineet siten, ettei haastateltavien anonymiteetti paljastu missään vaiheessa. Tämä tarkoittaa sitä, että emme luovuta tutkimuksessa saatuja tietoja ulkopuolisille henkilöille emmekä tuo julki haastateltavien nimiä. Olemme kertoneet tässä opinnäytetyössämme tarkasti, kuinka olemme suorittaneet haastattelut, litteroinnit ja analysoinnin. Tämä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta sekä eettisyyttä.

7.3 Tutkimuksen sovellettavuus ja jatkotutkumusaiheet

Opinnäytetyömme tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta niitä voidaan hyödyntää Kuopion kaupungin perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan työssä. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä voitaisiin luoda perusterveydenhuollossa toimiville sairaanhoitajille työyksikkökohtainen ohjeistus päihdeidenkäytön varhaiseen tunnistamiseen sekä mini-intervention käyttöön. Ohjeistuksella olisi mahdollista selkeyttää sairaanhoitajien päivittäistä työnkuvaa, jolloin myös asiakkaat hyötyvät, kun jokainen sairaanhoitaja toimii samanlaisen ohjeistuksen mukaisesti.

7.5 Oman toiminnan pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena on syventää omaa ammatillista kasvua tulevan työme asiantuntijaksi päihdetyön osa-alueella sekä lisätä terveyden edistämistä työssämme. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti molempien kiinnostus mielenterveys- ja päihdetyöhön. Aihe osoittautui haastavaksi ja mielenkiintoiseksi.

Opinnäytetyömme kiinnostusta lisäsi projektin edetessä huomio siitä, kuinka vähän aiempia tutkimuksia löytyi sairaanhoitajien varhaisesta puuttumisesta alkoholinkäyttöön sekä mini-intervention käytöstä ennaltaehkäisyn apuvälineenä.

Opinnäytetyö on kehittänyt kykyämme etsiä ja soveltaa tutkimustietoa. Tietoa olemme hakeneet Medic-, Aapeli- ja Chinaltietokannoista sekä erilaisista tutkimusartikkeleista ja kirjoista. Olemme mielestämme onnistuneet hahmottamaan opinnäytetyöprosessin. Prosessi on ollut aikaavievä, mutta työn edetessä olemme saaneet aina uutta intoa jatkaa työn tekemistä seuraavaan vaiheeseen. Prosessi alkoi ideapaperin kehittelyllä 27.8.2008. Ideapaperi hyväksyttiin 2.9.2008, jonka jälkeen aloimme työstää tutkimussuunnitelmaa. Tutkimussuunnitelman työstäminen oli prosessin haastavin vaihe, sillä se vei enemmän aikaa kuin olimme alun perin ajatelleet. Hyvä tutkimussuunnitelma oli kuitenkin erinomainen pohja valmiille opinnäytetyöllemme. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ja tutkimuslupa myönnettiin 29.5.2009. Työstimme opinnäytetyötämme eteenpäin kesän 2009 aikana, jolloin teimme haastattelut ja litteroinnit. Pidimme loppukesästä pienen hengähdystauon työstä ja jatkoimme syksyllä tulosten analysoinnilla. Tulokset nousivat aineistosta hyvin esille, haasteellista oli kuitenkin niiden arviointi ja sovellettavuus.

Yhteistyömme on sujunut koko prosessin ajan hyvässä yhteisymmärryksessä ja toinen toistamme motivoiden. Opinnäytetyömme on kehittänyt vuorovaikutustaitojamme työskennellä pitkäjänteisesti ja toisen mielipiteitä kunnioittaen. Parityönä tehty opinnäytetyö antoi meille kaksi erilaista näkökulmaa tarkastella asioita, mikä lisäsi opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2009. Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 125 (8), 891.

Aalto, M. & Seppä, K. 2007. Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveyslaitos. Päivitetty 9.3.2007. <http://www.ktl.fi/portal/12385>

Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K.-L. 2008. Alkoholin suurkuluttajan mini-interventiohoito. Valtakunnallinen mini-interventioprojekti VAMP. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Luettu 12.1.2009. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/04/pr1209384551716/passthru.pdf>

Alkoholiohjelman 2004 – 2007. Yhteistyön lähtökohdat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2004:7. Helsinki. Luettu 14.1.2009. <http://pre20090115.stm.fi/aa1082984116271/passthru.pdf>

Alkoholiongelmaisen hoito. 2005. Käypä hoito. Terveysportti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 4.12.2008. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028>

Behm, M.-M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Färkkilä, M. 2009. Alkoholikuolleisuus lisääntyy Suomessa. *Duodecim* 2009; 125, 889.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihteet ja niiden käyttö. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi, 17, 53–57.

Heljälä, L., Jurvansuu, H. & Kuokkanen, M. 2008. Työterveyshuollon hanke. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi.. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 57.

Heljälä, L., Jurvansuu, H. & Kuokkanen, M. 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Työterveyslaitos. STM Alkoholiohjelma. Vammalan kirjapaino Oy.

Hillbom, M. 2005. Tuleeko halpa viina meille kalliiksi. Duodecim 2005; 121, 702-703.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tutkimushaastattelu ja sen lajit. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Huslab. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Tutkimusohjekirja. Päivitetty 19.6.2008. <http://www.huslab.fi/ohjekirja/4101.html>

Kejonen, A. 2008. Alkoholiohjelma 2008–2011 ja päihdetyön tila ja haasteet Itä-Suomessa. Luettu 6.5.2009. [http://www.laaninhallitus.fi/lh/ita/soster/home.nsf/files/8247C48B13D49762C22575860026FEA6/\\$file/Alkoholiohjelma%202008-2011%20Anne%20Kejonen.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/ita/soster/home.nsf/files/8247C48B13D49762C22575860026FEA6/$file/Alkoholiohjelma%202008-2011%20Anne%20Kejonen.pdf)

Korpilähde, A. 2008. Mini-interventio kiireisen terveyskeskuslääkärin näkökulmasta. Luettu 14.1.2009. http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1141504793/luento2008_korpilahde.pdf

Korpilähde, A., Tarhala, M. ja Paanila, T. 2008. Kirjaaminen. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 42–44.

Kuokkanen, M. 2004. Alkoholiongelmiin ehkäisy työterveyshuollon rutiiniksi. Työterveyslääkäri 22 (4), 502-504.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Ockene, J.K., Adams, A. & Hurley, T. 1999. Brief counselling by a primary care physician or nurse practitioner reduced alcohol consumption in high risk drinkers. Downloaded from ebn.bmj.com on 18 November 2009. Luettu 18.11.2009. <http://ebn.bmj.com/cgi/reprintsidebar/3/2/46>

Päihdelinkki. Kartoitus AUDIT-testillä. Julkaistu 12.2.2008. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>

- Päihdetilastollinen vuosikirja** 2008. Päivitetty 10.3.2009.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdetilastovuosisikirja.htm>
- Salaspuro, M. & Aho, T.** 2005. Alkoholiongelman hoito. Käyvän hoidon potilasversiot. Luettu 14.1.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00049>
- Seppä, K.-L.** 2008. (toim.). Tiivistelmä. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2008:10, 3.
- Seppä, K.-L.** 2008. Hankkeiden jälkeiset haasteet. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 61–64.
- Seppä, K.-L. ja Kuokkanen, M.** 2008. Hankkeiden arviointi. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 59–60.
- Seppänen, K., Aalto, M. ja Seppä, K.-L.** 2008. Tulokset. VAMP-hanke. Seppä K.-L. (toim.). Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, 56-57.
- THL.** 2009. Alkoholiohjelma 2008–2011. Päivitetty 9.1.2009.
<http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/tavoitteet/index.htm>
- THL.** 2008. Indikaattoripankki Sotkanet. Sosiaali-, terveys- ja väestötiedot. Alkoholi ja huumeet. Alkoholi- ja huumetietojen indikaattorit.
http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?p8_in_ind=&p8_in_obj_id=&p7_in_cat=&p8_ind_reg=&p7_in_mode=SHOW&p8_ind_subj=&p7_in_id=MAA&p8_in_year=&p3_in_id=218&p7_in_type=MGRP&p2_in_mode=SHOW&p8_in_func=&p1_in_id=398&p6_in_cat=MAA&p2_in_type=SGRP&p2_in_id=398
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A.** 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Watson, H.E. 1999. A study of minimal interventions for problem drinkers in acute care settings. *International Journal of Nursing Studies* 36, 425-433.

Whitlock, E.P., Polen, M.R. & Green, C.A. 2004. Review: brief multicontact behavioural counselling interventions in primary care reduce risky or harmful alcohol use. Downloaded from ebn.bmj.com on 18 November 2009. Luettu 18.11.2009. <http://ebn.bmj.com/cgi/reprintsidebar/7/4/108>

Liite 1. Haastattelulomake

1. Miten hoitajat tunnistavat asiakkaan päihteiden käytön?
2. Millaiseksi hoitajat kokevat päihteiden käytöstä puhumisen asiakkaan kanssa?
3. Millaiseksi hoitajat kokevat mini-intervention toteuttamisen?
4. Millaista tietoa hoitajat kokevat tarvitsevansa tunnistukseen päihteiden käytön sekä toteuttaakseen mini-interventiota?

Liite 2. Haastatteluun suostumuslomake

Haastattelu suoritetaan täysin luottamuksellisesti. Mitään kertomianne tietoja ei saateta muiden kuin tutkimuksen tekijöiden tietoon. Haastattelumateriaalia hyödynnetään ainoastaan kyseisessä opinnäytetyössä. Työn valmistumisen jälkeen kaikki haastattelumateriaali hävitetään. Haastattelumateriaalia käytetään työssä siten, että teidän tai muiden osapuolten henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa.

Annan suostumukseni haastattelun tallentamiseen sekä sen käyttämiseen opinnäytetyössä yllä olevin ehdoin.

Allekirjoitus_____

Nimenselvennys_____

Paikka ja aika_____

Kiitos avustanne!

Liite 3. Teemahaastattelun kysymysrunko

1. Tunnetko alkoholiongelmaisen käypähoitosuosituksen?
 - Millaiseksi arvioit alkoholiongelmaisen käypähoitosuositusta?
 - Miten hoitajat tunnistavat asiakkaan päihteiden käytön?
2. Millaiseksi hoitajat kokevat päihteiden käytöstä puhumisen asiakkaan kanssa?
 - Millaiseksi koet keskustelun alkoholin käytöstä?
 - Kuinka asiakkaat suhtautuvat kyselyihin päihteiden käytöstä? Haluaako asiakas keskustella alkoholi ongelmastaan?
 - Onko ollut tilanteita, joissa olisit tuntenut itsesi ahdistuneeksi tai pelokkaaksi? (asiakas väkivaltainen tai uhkailee tulla kotiin...?)
 - Millä tavoin sairaanhoitajan asenne vaikuttaa suhtautumiseen alkoholiongelmaisista asiakkaita kohtaan?
3. Millaiseksi hoitajat kokevat mini-intervention toteuttamisen?
 - Miten valitset asiakkaat, joille puhut alkoholin käytöstä? Arvioitko ulkonäön perusteella, kuka käyttää alkoholia? Aloitatko keskustelua alkoholin käytöstä, mikäli asiakas ei mielestäsi näytä alkoholin käyttäjälle?
4. Millaista osaamista hoitajat kokevat tarvitsevansa tunnistaakseen päihteiden käytön sekä toteuttaakseen mini-interventiota?
 - Koetko tarvitsevasi koulutusta mini-intervention käytöstä?
 - Mitä osaamista päihdeasioiden puheeksi ottaminen edellyttää?
 - Millaista merkitystä työkokemuksella on päihteiden käytön varhaisessa tunnistamisessa ja mini-intervention käytössä?