

Juha Kottila Antti Seppänen

ALKOHOLIONGELMAISEN MINI-INTERVENTIO HOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja AMK

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Juha Kottila, Antti Seppänen	Sairaanhoitaja (AMK)	Syyskuu 2019
Opinnäytetyön nimi Alkoholiongelmaisen mini-interventio hoitotyössä Kirjallisuuskatsaus		51 sivua 36 liitesivua
Toimeksiantaja XAMK		
Ohjaaja Elisa Marttila, Terhi Hede		
Tiivistelmä Alkoholin kulutus on Suomessa terveysriski noin 500 000 henkilölle. Terveystieteiden tutkimuksen naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa alkoholiongelmaisen mini-interventiosta hoitotyössä kirjallisuuskatsauksen keinoin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät mahdollistavat onnistuneen mini-intervention toteutumisen hoitotyössä. Tutkimuksen kohteena olivat alkoholin ongelmakäyttäjät. Opinnäytetyö tehtiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun toimeksiannosta. Tutkimuksessa oli mukana 24 tieteellistä tutkimusta. Tulosten analysointiin käytettiin teemoittelua. Tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät mahdollistavat alkoholiongelmaisen mini-intervention toteutumisen hoitotyössä. Tutkimustuloksista ilmeni, että alkoholiongelmaisen tunnistaminen, potilaan muutosmotivaatio päihdeettömyyteen, sairaanhoitajan täydennyskoulutuksen tarpeen arviointi päihdehoitotyössä, sairaanhoitajan asenne sekä jatkohoito ja seuranta edistävät onnistuneen mini-intervention toteutumista. Johtopäätöksenä voi todeta, että onnistuneeseen mini-interventioon vaikuttavat monet tekijät. Keskeisimpänä voi mainita alkoholin riskikäyttäjän tunnistamisen sekä tunnistamisen vaikeuden. Myös potilaan motivaatiolla on suuri merkitys. Puheeksi oton merkitys korostui useassa tutkimuksessa. Jo pelkällä puheeksi otolla saataisiin osa alkoholin ongelmakäyttäjistä seulottua väestöstä ja ongelmakäyttöön pystyttäisiin puuttumaan ennen kuin vakavia haittoja ehtii syntyä. Hoitohenkilökunnan asenne on suuri ongelma päihdepotilaan hoidossa. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan koulutus kuitenkin paransi henkilökunnan osaamista päihdepotilaiden hoidossa. Osaamisen vahvistamisella voisi olla suotuisia vaikutuksia myös asenteisiin. Jatkotutkimuksena voisi tutkia sairaanhoitajien alkoholiongelmaisen potilaan hoitotyön osaamista sekä täydennyskoulutuksen tarvetta koskien alkoholiongelmaisen hoitotyötä. Tutkimuksen voisi suunnata esimerkiksi päivystyspoliklinikalle, missä alkoholiongelmaisten potilaiden määrä on suuri.		
Asiasanat varhainen puuttuminen, alkoholismi, hoitotyö, muutosmotivaatio		

Authors	Degree	Time
Juha Kottila, Antti Seppänen	Bachelor of Health Care	September 2019
Thesis title		
A brief intervention for a problem drinker in nursing care	51	pages
Literature review	36	pages of appendices
Commissioned by XAMK		
Supervisor Elisa Marttila, Terhi Hede		
<p>Abstract</p> <p>Alcohol use is a health risk for 500000 people in Finland. In healthcare about 10% of female patients and nearly 20% of male patients have severe alcohol problem. This literature review purpose was to gather information from brief intervention use in healthcare for problematic drinkers. This thesis purpose was to find what factors are needed for successful brief intervention in healthcare. Research target was alcoholics with severe problem use. Thesis was commissioned by South-Eastern Finland University of Applied Sciences.</p> <p>The literature survey consisted of 24 scientific studies. Results were analyzed through themes and objects of research were defined as alcoholics with severe problem use. The literature study indicated that successful brief intervention compiles from the following factors: recognition of alcohol problem use, patient's motivation to change habits, end misuse of alcohol, attitudes from nursing personnel, evaluation in the need for additional education with nursing personnel, and follow up treatment.</p> <p>As a conclusion, it can be stated that a successful brief intervention consists of various factors. One essential factor is the recognition of alcohol risk users and the complexity in it. The patient's motivation has a considerable effect on the process. The meaning of bringing up this topic was highlighted in several studies. Merely bringing up the topic with alcohol misusers could help in their identification among the population and thus interventions could be done in order to prevent serious damage.</p> <p>The attitude of the nursing personnel is also a major problem in substance misuse treatment. According to one international study, the education of the personnel however improved the treatment know-how. Strengthening the knowledge of the nursing personnel could also improve the attitude climate in this area.</p> <p>Follow up research, nurse's competence of nursing problematic drinkers and a need of additional education for nursing personnel for alcohol mi-users treatment. This study could be made in an emergency room setting alcohol, where is a lot of misuser patients.</p>		
<p>Keywords</p> <p>mini-intervention, alcohol problem use, patient's motivation to change habits, nursing care</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDEONGELMAN MÄÄRITELMÄ JA PÄIHDEHUOLTO	7
3	ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ	9
3.1	Alkoholin riskikäyttö	10
3.2	Alkoholin haitallinen käyttö	11
3.3	Alkoholiriippuvuus	12
3.4	Globaali strategia alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi	14
3.5	Alkoholinkäytön tutkimustuloksia	14
4	MINI-INTERVENTIO	16
4.1	Motivoiva haastattelu, muutosmotivaatio ja muutosvaihemalli	19
4.2	Sairaanhoitajan rooli alkoholiongelmaisen hoidossa	21
5	ALKOHOLINKÄYTÖN SEULONTAKEINOJA	23
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	28
7	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	29
7.1	Kirjallisuuskatsaus	29
7.2	Aineiston keruu	30
7.3	Teemoittelu	32
8	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	34
8.1	Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen	34
8.2	Potilaan muutosmotivaatio	35
8.3	Sairaanhoitajan asenne	36
8.4	Sairaanhoitajan täydennyskoulutuksen ja päihdehoitotyön osaamisen tarve	39
8.5	Päihdeongelmaisen potilaan jatkohoito ja seuranta	40
9	POHDINTA	42
9.1	Luotettavuus ja eettisyys	45

9.2 Johtopäätökset, opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimus-ehdotukset47

LÄHTEET.....51

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Audit-testi

Liite 3. Alkoholiriippuvuustesti (SADD)

Liite 4. Tekstissä esiintyvät lyhenteet

1 JOHDANTO

Alkoholisairaudet muodostavat huomattavan taakan terveystaloudelle. Vuonna 2017 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin noin 22 900 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli yhtenä hoidon syynä (Mäkelä 2019.)

Alkoholinkulutus on Suomessa terveysriski noin 500 000 henkilölle. Terveydenhuollon naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.) Ennakkotietojen mukaan alkoholin kokonaiskulutus kasvoi viime vuonna 0,6 prosenttia verrattuna vuoteen 2017. Alkoholista kulutettiin Suomessa 10,4 litraa vuonna 2018, kun vuonna 2017 alkoholinkulutus oli 10,3 litraa. Kulutusta mitataan litroina 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti 100 %:n alkoholiksi muutettuna (Alkoholijuomien kulutus 2019.)

Alkoholin käytön haitat ovat suurimmat vauraimmissa maissa. On arvioitu, että 237 miljoonaa miestä ja 46 miljoonaa naista kärsivät alkoholista johtuvista haitoista, Euroopassa 14,8 % miehistä ja 3,5 % naisista, Amerikassa 11,5 % miehistä ja 5,1 % naisista käyttää liikaa alkoholia (Shoot 2018.)

Alkoholi aiheuttaa maailmassa vuosittain 3,3 miljoonaa kuolemaa ja liittyy yli 200 eri tautiin. Alkoholin aiheuttamat terveyshaitat voivat liittyä alkoholin akuutteihin käyttötilanteisiin tai pitkäaikaiseen käyttöön. Humalajuominen liittyy etenkin akuutteihin haittoihin kuten onnettomuuksiin, itsemurhiin ja väkivaltaan. Humalajuomisella on kuitenkin yhteys myös pitkäaikaisiin haittoihin kuten suurentuneeseen sydän- ja verisuonitautiriskiin sekä masennukseen. Alkoholihaitat eivät kuitenkaan koske vain yksilön terveyttä, vaan aiheuttavat myös sosioekonomisia ongelmia kuten tulonmenetyksiä, työttömyyttä, perheongelmia, stigmatisoitumista ja asianmukaisen hoidon saamisen vaikeutumista (Levola & Aalto 2019.)

Lähes 1600 henkilöä menehtyi alkoholimyrkytykseen ja alkoholin käytöstä johtuviin sairauksiin Suomessa vuonna 2018. Menehtyneistä naisia oli noin 400 ja miehiä noin 1200. Menehtyneitä oli 172 vähemmän kuin edellisvuonna.

Kaikista kuolemista alkoholiperäiset syyt koskivat 3 prosenttia kuolleista. (Kuolemansyyt 2017.)

Alkoholisairaudet olivat kolmanneksi suurin kuolinsyy heti sydän- ja verisuonitautien ja syöpätautien jälkeen työikäisten miesten, että naisten kohdalla (SVT; Mäkelä 2019.) Edellisvuoteen verrattuna vähennystä oli 172 henkilön kuolleisuudessa. Kaikista kuolemista alkoholiperäisten tautien osuus kaikista kuolemantapauksista oli kolme prosenttia. Noin joka seitsemäs työikäisen miehen ja joka yhdestoista työikäisen naisen kuolema johtui alkoholisairaudesta tai alkoholimyrkytyksestä. (SVT; Mäkelä 2019.)

Alkoholin ongelmakäyttö on yksi merkittävimmistä terveysuhkista yhteiskunnassa. Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä on tärkeää muistaa ongelman yleisyys ja etsiä ongelmaa aktiivisesti kaikista aikuisväestön potilasryhmistä. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa alkoholiongelmaisen mini-interventiosta hoitotyössä kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin, mitkä tekijät mahdollistavat onnistuneen mini-intervention toteutumisen hoitotyössä. Tutkimus rajattiin alkoholin ongelmakäyttäjiin.

2 PÄIHDEONGELMAN MÄÄRITELMÄ JA PÄIHDEHUOLTO

Alkoholia ja huumeita kutsutaan yhteisnimikkeellä päihteet. Huumeiksi määritellään aineet, jotka vaikuttavat keskushermostoon ja aiheuttavat käyttäytymishäiriöitä tai psykologisia muutoksia. Huumeita käytetään nautinnon tai huumeuksen saavuttamiseksi, ei hoidolliseen tarkoitukseen. Huumeita ovat opiaatit, nikotiini, kannabistuotteet, barbituraatit, bentsodiatsepiinit, hallusinogeenit (LSD), stimulantit (kokaiini, amfetamiini ja kofeiini) sekä tietyt liuottimet ja edellisten huumeiden kaltaiset aineet (muuntohuumeet). (Aalto ym. 2012, 23.)

Päihteitä käytetään niiden mielihyvää tuottavien tai toimintakykyä hetkellisesti parantavien vaikutuksien vuoksi. Niillä voidaan myös lievittää ahdistusta, epämiellyttävää olotilaa tai pahoinvointia. On tyypillistä, että päihteiden käytön

myönteiset vaikutukset havaitaan haittoja helpommin, koska haitat kehittyvät yleensä hitaasti varsinaista päihtymystä ja sen aiheuttamia vierotusoireita lukuun ottamatta. (Kuoppasalmi & Heinälä & Lönnqvist 2013, 411.)

Väärinkäytössä on kysymys enemmän tai vähemmän tietoisesta käytöstä esimerkiksi rauhoittavan lääkkeen ja alkoholin yhdistelmänä. Väärinkäytöllä pyritään saavuttamaan päihtymystä. Yliannostukset ovat näissä tilanteissa yleisiä. Syötäviä lääkkeitä saatetaan myös uuttaa ja tällöin käyttö tapahtuu suomensisäisesti. Myös kielen alla sulatettavia lääkkeitä käytetään väärin. On tapauksia, että kielen alle tarkoitettuja lääkkeitä nuuskataan päihtymyksen saavuttamiseksi. (Holopainen s.a.)

Monien sosiaalisten, psyykkisten ja fyysisten ongelmien taustalta voi löytyä alkoholin ongelmakäyttöä. Aikuisilta asiakkailta tulisikin kartoittaa alkoholin käyttö terveystarkastuksissa jo ensimmäisillä käyntikerroilla, jos asiakkaalla on tiettyjä oireita. Näitä oireita ovat esimerkiksi hypertensio, flimmeri, pankreatiitti, epäselvät vatsaoireet, vatsakkuus, unettomuus, ahdistuneisuus, depressio tai muut mielenterveyden sairaudet. (Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet, THL 2019.)

Päihitteet aiheuttavat usein terveyshaittoja, joiden vuoksi hakeudutaan hoitoon, mutta potilaat eivät kuitenkaan pysty tai halua kertoa taustalla olevasta päihiteidenkäytöstä. Tilanne mahdollistaa päihiteiden käytön tunnistamisen ja hoidon aloituksen ehkä jo varhaisvaiheessa. (Simojoki 2016.)

Päihderiippuvaisen palveluista säädetään päihdehuoltolaissa. Se velvoittaa kunnat järjestämään päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaiseksi. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä puolestaan velvoittaa kunnan eri hallintokunnat yhteistyöhön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). *Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihiteiden ongelmakäyttöä, sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, sekä edistää päihiteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta* (Päihdetyön lainsäädäntö 1986).

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulisi kehittää siten, että palveluissa pystyttäisiin riittävästi hoitamaan ja ohjaamaan päihteiden ongelmakäyttäjii. Tunnistaminen on tärkeää, että avun tarpeessa olevat osataan ohjata päihdehuollon palveluiden piiriin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/ nro, 1. §, 2. §, 6. §.) Päihdetyötä ja asiakkaan asemaa ohjaavat myös muut lait (STM 2019) 785/1992. (Päihdetyön lainsäädäntö 1986).

3 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ

Alkoholin ongelmakäyttö jaotellaan kolmeen eri kategoriaan, jotka ovat riskijuominen, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Riskikäytöstä puhuttaessa on alkoholin käytöstä seurannut haittoja mutta ei vielä alkoholiriippuvuutta. Haitallisessa käytössä on ilmaantunut fyysisiä ja psyykkisiä haittoja ilman diagnosoitua riippuvuutta. Pakonomainen ja juomisen jatkuminen haitoista riippumatta, silloin puhutaan alkoholiriippuvuudesta. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Ongelmakäytössä alkoholin riskikäytössä rajat alkoholin käytössä ylittyvät. Tä-mäntapainen käyttö aiheuttaa menehtymisiä ja sairauksia. *Ongelmakäytön vaikeusasteet vaihtelevat lievästä vaikeaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus.* Hoito määräytyy vaikeusasteen mukaan. (Alkoholin ongelmakäytön taso 2019.)

Kuvassa 1 on esitelty alkoholin ongelmakäytön riskitasot.

TAULUKKO 2.	
Alkoholin ongelmakäytön riskitasot.	
Alkoholin käyttö	Riskitaso
Vähäinen käyttö	Pieni terveyshaittariski
Riskikäyttö	Vaara saada alkoholin käytön aiheuttamia terveyshaittoja on kasvanut.
Haitallinen käyttö	Riskit ovat suuret. Käytön seurauksena on selvästi tunnistettavia terveyshaittoja, mutta ei varsinaista riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat mm. alkoholin käytön pakonomaisuus ja hallinnan heikentyminen, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkaminen haitoista huolimatta.

Kuva 1. Alkoholin ongelmakäytön riskitasot (Alho, M., Castren, S. & Pakkanen, A-M. 2015., Suomen lääkärilehti, vsk. 70 s. 1498).

3.1 Alkoholin riskikäyttö

Riskikäyttö on alkoholinkäyttöä määrinä, joiden tiedetään tutkimustietoon nojaten lisäävän alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen riskiä. Alkoholi lisää lukuisten eri sairauksien riskiä, mutta toistaiseksi ei tiedetä, miksi riski yhden osalta toteutuu ja toisen osalta ei. Riskikäyttöä tutkittaessa on pitkään arvioitu lähinnä alkoholin kokonaiskulutusta, jonka tiedetään olevan yhteydessä moiniin pitkäaikaissairauksiin. (Levola & Aalto 2019.)

Terveydenhuollon termi suurkulutus tarkoittaa potentiaalisen terveysriskin täyttymistä alkoholin käytössä. Riskirajat alkoholinkäytössä ovat miehellä 23–24 annosta viikossa tai enintään kolme annosta päivässä. Naisilla vastaavat rajat ovat 12–16 annosta viikossa tai enintään kaksi annosta päivässä. Nämä rajat ylittyessä terveydenhuollon tulisi puuttua asiaan, koska kyseiset määrät lisäävät merkittävästi terveyshaittoja. Alkoholinkäytön neuvonnassa on syytä ottaa huomioon ikä, perintötekijät, ruumiin rakenne ja muut riskitekijät. Myös elämäntapamuutosten halukkuus kannattaa tarkistaa. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Alkoholia haitallisesti käyttävä ihmismäärä Suomessa on suuri. Pitkäaikaisten alkoholin riskiryhmään kuului 564 000 suomalaista. Miesten riskikäyttö on yleisempää kuin naisten. Kuukausittain toistuvaan humalatiltaan liittyviin riskeihin altistui 1.2 miljoonaa suomalaista vuonna 2016. (Mäkelä 2015 47.)

Riskikäytöllä eli riskijuomisella tarkoitetaan alkoholin suurkulutuksen riskirajojen ylittämistä. Alkoholiriippuvuutta ei ole muodostunut mutta alkoholin käyttö on kuitenkin liiallista. Potilas pystyy halutessaan vähentämään alkoholinkäyttöä. Riskikäyttö kuitenkin aiheuttaa vaaran saada haittoja liiallisesta alkoholinkäytöstä. Riskikäyttöä ei diagnosoida sairaudeksi. Se on käytösmalli mikä altistaa alkoholiriippuvuudelle. (Aalto & Seppä 2009.)

Riskikäytöstä puhutaan myös silloin, jos tietyissä tilanteissa (esim. autoillessa tai ansiotyössä) raittius ei toteudu tai alkoholinkäytöstä on haittaa esimerkiksi jollekin perussairaudelle kuten verenpainetaudille. Alkoholin käytön kohtuullistaminen on helpompaa riskikäyttäjällä verrattuna alkoholiriippuvaiseen. Mini-interventio on hyvä ja intensiivinen hoitomuoto jossa käydään läpi alkoholista aiheutuneet haittavaikutukset ja samalla henkilöä motivoidaan muutokseen, vähentämiseen tai lopettamiseen. (Alkoholin ongelmakäytön taso 2019.)

3.2 Alkoholin haitallinen käyttö

Alkoholinkäytöstä on seurannut selvästi tunnistettavia haittoja ja siitä huolimatta alkoholinkäyttö jatkuu. Alkoholiriippuvuutta ei vielä ole kehittynyt, joten alkoholinkäytön vähentäminen tai alkoholista kokonaan pidättäytyminen on haittakäyttäjällä helpompaa kuin alkoholiriippuvaisella. Lyhytneuvonta on tehokas hoitomuoto (Alkoholin ongelmakäytön taso 2019.)

Alkoholista aiheutunut humalatila lisää riskiä joutua onnettomuuksiin tai tapaturmiin. Mitä korkeampi veren alkoholipitoisuus on, sen korkeampi on myöskin riski. Suuret pitoisuudet veressä voivat johtaa tajuttomuuteen, vielä suuremmat jopa hengityslamaan ja kuolemaan. (Poikolainen 2018.)

Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa vatsan ja suoliston sairauksia ja lisää riskiä sydän- ja verisuonitaudeille. Myöskin psyykkiset sairaudet ovat tavallisia kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Tukirankaperäiset sairaudet ja lapsettomuus voivat olla seurausta alkoholin runsaasta käytöstä. (Kadlecová ym. 2015, 630–631.)

Liiallisen alkoholinkäytön terveyshaitoista yleisimmät ovat maksakirroosi, haimatulehdus, sydän- ja verisuoniongelmat sekä erilaiset mielenterveyden häiriöt. Arviolta yli tuhat suomalaista kuolee vuosittain alkoholimaksasairauteen. Lisäksi riski sairastua erilaisiin syöpiin sekä alttius sydäntauteihin, anemiaan, korkeaan verenpaineeseen, lihasten voimattomuuteen, surkastumiseen ja tuntohäiriöihin lisääntyy. WHO:n mukaan 5,1 % sairaustaakasta maailmassa on alkoholin aiheuttamaa (Castren ym. 2018.)

Alkoholin Haitallisen käytön kriteerit ICD-10:n mukaan ovat seuraavat:

On selvää näyttöä, että päihteen käyttö aiheuttaa psyykkisen tai fyysisen haitan tai tuntuvasti myötävaikuttaa sen syntyyn. Haitta on selvästi tunnistettavissa ja määritettävissä. Päihteen käyttö kestää ainakin yhden kuukauden tai sitä esiintyi toistuvasti 12 kuukauden jakson aikana. Häiriö ei täytä minkään muun saman päihteen käyttöön liittyvän mielenterveyden häiriön kriteerejä (paitsi äkillisen päihtymystilan). (Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit 2015.)

3.3 Alkoholiriippuvuus

Alkoholiriippuvuus on ongelmakäytön vaikein muoto, jolloin alkoholin käyttö monin tavoin hallitsee ihmisen elämää. Riippuvuudelle on oma tarkka määritelmänsä. Sen perusteella asetetaan riippuvuusdiagnoosi. Diagnoosia tehtäessä potilasta haastatellaan alkoholin käytön historiasta, käyttömääristä ja haitoista. Lisäksi tarvittaessa tavataan läheisiä ja tarkastellaan sairauskertomuksia. Diagnosoinnin tarkoituksena ei ole leimata potilasta, vaan pyrkiä kartoittamaan hänen tilanteensa ja löytämään juuri hänelle sopivin hoito. (Aalto 2009.)

Alkoholiriippuvuuden tyypillisiä piirteitä ovat pakonomaisuus, vieroitusoireet ja toleranssin kasvu. Alkoholiriippuvaisen juominen jatkuu haitoista huolimatta. Alkoholismi on krooninen sairaus, oireyhtymä, jossa mieli ja elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholin saamisesta. (Huttunen 2018.)

Alkoholiriippuvuudelle (alkoholismille) on ominaista alkoholin jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta käytön aiheuttamista sosiaali-

sista tai terveydellisistä haitoista. Alkoholismiin liittyy usein fysiologisen riippuvuuden kehittyminen, jolloin henkilön kyky sietää alkoholin vaikutuksia on kohonnut (toleranssi) ja hänellä ilmenee alkoholin käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriasteisia vieroitusoireita. Vieroitus- tai lopetusoireyhtymä saa henkilön usein jatkamaan alkoholin haitallista käyttöä. Alkoholiriippuvuus voi ilmetä kuitenkin ilman merkittävää toleranssia tai vieroitusoireita. (Huttunen 2018.)

Alkoholiriippuvuus on vakava sairaus. Siitä voi kuitenkin tehokkaalla hoidolla toipua pitkänkin ajanjakson jälkeen. Riippuvuuden määrittäminen edellyttää kuuden alla mainitun tunnusmerkin täyttymistä. Kolmen kuudesta tunnusmerkistä tulee näyttäytyä samaan aikaan ja uusiutuvasti.

Ajallisesti puhutaan vuoden aikana tai yli kuukauden ajan. (Huttunen 2018.)

Kuvassa 2 on esitelty alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit.

TAULUKKO 1.	
Alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit (F10.2).	
Vähintään kolme kriteeriä on esiintynyt yhtäaikaaisesti viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti lyhyempinä jaksoina.	
1.	Esiintyy voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia
2.	Kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä on heikentynyt
3.	Esiintyy vieroitusoireyhtymiä alkoholinkäytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä
4.	Kyky sietää alkoholia (toleranssi) on kasvanut
5.	Keskittyminen alkoholinkäyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholinkäyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen
6.	Alkoholinkäyttö jatkuu haitoista huolimatta

Kuva 2. Alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit(F10.2). (Aalto, M. & Kaarne, T.2016. Suomen lääkärilehti, 6/2016 VSK 71 s. 398).

Keskushermoston toiminta muuttuu alkoholiriippuvaisella ja sen palautuminen normaaliksi vaatii ainakin 3–6 kuukauden raittiuden. Alkoholiriippuvaiselle täysraittius on ainut vaihtoehto, sillä kohtuukäyttö ei usein onnistu alkoholiriippuvaisella. Riippuvuuteen saa ja pitää hakea apua. Lyhytneuvonta ei useimmiten riitä, mutta se on hyödyllistä potilaan tilannetta, jos halukkuutta muuhun hoitoon ei ole. (Alkoholin ongelmakäytön taso 2019.)

3.4 Globaali strategia alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi

Ensimmäistä kertaa historiassa kaikki 193 WHO:n jäsenmaata tekivät yhteisen päätöksen puuttua alkoholin haitalliseen käyttöön. Vuodesta 2008 WHO on valmistellut globaalia strategiaa alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi. 21. toukokuuta 2010 WHO:n kokous hyväksyi lauselman WHA63.13, jossa esitetään globaali strategia. (Alvan 2010.)

WHO:n kymmenen kansallista tavoitetta:

1. Johtajuus, tietoisuus ja sitoutuminen
2. Terveydenhuollon vastuu
3. Yhteiskunnan toiminta
4. Alkoholipolitiikka ja päihdehuolto
5. Alkoholin saatavuus
6. Alkoholin markkinointi
7. Alkoholin hinta
8. Haitallisten vaikutusten vähentäminen
9. Kansallinen valistaminen päihteiden käytöstä.
10. Valvonta ja seuranta

Neljä kansallista päätavoitetta:

1. Kansanterveys ja yhteistyö
2. Tekninen tuki ja tarvittavien tilojen järjestäminen
3. Tiedon kerääminen ja jakaminen
4. Resurssien mobilisointi

Globaalin strategian käyttöönotto tarvitsee aktiivista yhteistyötä jäsenvaltioilta, kansallisesti yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden parissa- yksityinen ja julkinen terveydenhuolto- kuin myös terveyden edistämisen laitosten kanssa. WHO sitoutuu tekemään yhteistyötä ja huolehtii tiedon jakamisesta kansallisesti ja globaalisti. (Alvan 2010.)

3.5 Alkoholinkäytön tutkimustuloksia

Maailman terveysjärjestön (WHO) julkaiseman raportin mukaan vuonna 2016 yli 3 miljoonaa ihmistä kuoli alkoholin haitallisen käytön seurauksena. Se on yksi joka 20:stä kuolemasta. Yli kolme neljäsosaa näistä kuolemista oli miesten keskuudessa. Kaiken kaikkiaan alkoholin haitallinen käyttö aiheuttaa yli 5 prosenttia maailmanlaajuisesta taudeista. (WHO 2018.)

Alkoholin käytön haitat ovat suurimmat vauraimmissa maissa. On arvioitu, että 237 miljoonaa miestä ja 46 miljoonaa naista kärsivät alkoholista johtuvista haitoista. Euroopassa 14,8 % miehistä ja 3,5 % naisista, Amerikassa 11,5 % miehistä ja 5,1 % naisista käyttää liikaa alkoholia. Yli 3 miljoonaa ihmistä kuolee vuosittain alkoholin käytön takia, mikä on 1/20 kaikista kuolemista. Kuolleista yli 75 % on miehiä. (WHO 2018.)

Alkoholinkulutus on kasvanut globaalisti edeltävien vuosikymmenten aikana ja todennäköisesti kehitys myös jatkuu samansuuntaisena, 149 maata kattava selvitys osoittaa. Alkoholinkäyttö on yleistynyt varsinkin keskituloisissa maissa. Selvityksen perusteella vuosina 1990–2017 globaali alkoholinkulutus nousi 5,9 litrasta 6,5 litraan per aikuinen, ja vuoteen 2030 mennessä luvun arvioidaan nousevan 7,6 litraan. Kulutusta mitataan litroina 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti sata prosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna. (Manthey ym. 2019.)

Kokonaiskulutuksen lisäksi myös alkoholia käyttävien lukumäärä on kasvanut ja todennäköisesti kasvaa jatkossakin. Vuonna 2017 noin 47 prosenttia aikuisväestöstä käytti alkoholia, mikä on 2 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 1990. Vuoteen 2030 mennessä alkoholia käyttää jo 50 prosenttia aikuisista, tutkijat arvioivat. Samaan aikaan täysin raittiiden lukumäärä tulee todennäköisesti pienentymään. (Manthey ym. 2019.)

Alkoholisairauksia ja alkoholimyrkytyksiä esiintyy kuolemansyynä Suomessa 3–4 kertaa useammin kuin Ruotsissa ja Norjassa (Mäkelä 2019). Vaikka Suomessa pyritäänkin sivistyneeseen keskieurooppalaiseen alkoholin käyttöön, on kuolleisuus kuitenkin silti huolestuttavan suuri.

Alkoholista saama valtion tuotto veroineen oli 2,218 miljardia euroa vuonna 2017. Alkoholin käytön haittojen julkiset kustannukset vuonna 2016 olivat 962,2 miljoonaa euroa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2018). Kyseessä on siis merkittävä tulonlähde valtiolle. Päihdetilastollinen vuosikirja kertoo vain julkiset tiedot. Haittojen osuus on suurempi kuin mitä tilasto kertoo.

Alkoholi aiheuttaa huomattavia välillisiä kustannuksia elinkeinoelämälle alentuneen tuottavuuden ja tuotannon menetysten kautta. Vuoden 2012 tehdyn arvon mukaan alkoholin käyttö maksoi yhteiskunnalle välillisinä kustannuksina tuotanto- ja työpanosmenetysten vuoksi vähintään 937 miljoonaa euroa. Välillisiksi kustannuksiksi tutkimuksessa laskettiin alkoholiehtoisten kuolemien ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisten aiheuttamat tuotantopanosmenetykset sekä työntekijöiden sairauspoissaolojen aiheuttamat menetykset työajassa. Välillisistä kustannuksista suurin osa (90 %) aiheutui alkoholiehtoista kuolemista. On huomioitava, että alkoholin käytön yhteys työkyvyttömyyseläkkeisiin ja sairauspoissaoloihin jää usein virallisilta tilastoilta piiloon, minkä vuoksi työkyvyttömyydestä ja sairauspoissaoloista aiheutuviin kustannuksiin liittyy todennäköisesti merkittävää aliraportointia. (Tilastokeskus 2017.)

Alkoholin haittakäyttö on vakava uhka terveydelle ja se koskettaa lähes jokaista. Uhkana terveydelle on akuutit ja krooniset sairaudet ja alkoholin liika käytöstä aiheutuvat sosiaaliset ongelmat. Joka vuosi alkoholin liikakäyttöön kuolee 2,5 miljoonaa ihmistä, mukaan lukien 320 000 15–29 vuotiasta nuorta. Alkoholin liika käyttö on globaalisti kolmanneksi suurin riskitekijä huonoon terveyteen ja aiheuttaa 4 % kaikista kuolemista. Globaali strategia keskittyy kymmenen keskeiseen alueeseen kansallisella tasolla ja neljään globaalilla tasolla. (WHO 2018.)

4 MINI-INTERVENTIO

Mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin käytön puheeksi ottamista, terveysneuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi, tietoa alkoholin vaikutuksista terveydelle tai muuta keskustelua alkoholin käytöstä terveydenhuollossa asiainnin yhteydessä (Honkalampi 2015).

Lyhyt neuvonta eli mini-interventio on hoitajan tai lääkärin antama, tavallisen vastaanottokäynnin aikana annettava terveysneuvonta. Mini-interventio on tehokas keino vähentää alkoholihaittoja ja se on vaikuttavuudeltaan tehokas hoitomuoto. Mini-interventio on nimensä mukaisesti lyhyt 10–15 minuuttia kestävä neuvonta. Erityisesti varhaisvaiheen alkoholin ongelmakäyttäjät hyötyvät mini-interventiosta. (Castren ym. 2015.)

Se sopii hoitomuodoksi myös riski- ja haitallisesti alkoholia käyttäville mutta heidän kohdallaan on syytä seurata tilannetta tarkemmin, arvioida hoitovastetta ja tarvittaessa tarjota tukevampaa hoitoa. Alkoholismiin, jonka piirteitä ovat pakonomaisuus ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta, mini-interventio ei yleensä ole riittävä hoitomuoto. Alkoholismiin suositellaan laajempaa psykososiaalista hoitoa sekä mahdollista lääkehoitoa. (Castren ym. 2015.)

Mini-interventiolla pyritään vähentämään alkoholin liiallista kulutusta ja perusedellytyksenä on tiedostaa riskikäytön yleisyys ja tiedustella aktiivisesti potilaiden alkoholinkäytöstä. Mini-intervention tavoitteena on yleensä alkoholin kohtuukäyttö. Varsinkin henkilöille, joilla on vaikeuksia alkoholin käyttönsä hallinnassa, paras vaihtoehto voi olla raittius. (Hirvonen ym. 2011.)

Neuvontatilanne suhteutetaan potilaan sen hetkiseen tilanteeseen. Neuvonta on aiheellista aina, kun alkoholin kulutus on naisilla vähintään kaksi ravintolaannosta päivässä tai vähintään 16 annosta viikossa. Myöskin humalahakuiseen juomiseen tulee puuttua, jos vähintään viiden annoksen tai enemmän viikoittainen käyttö toistuu. Miesten vastaavat rajat ovat kolme annosta päivässä, 24 annosta viikossa tai humalahakuinen juominen ja yli seitsemän annoksen kertakäyttö toistuu viikoittain. (Lääkärin käsikirja 2015.)

Mitä aikaisemmin alkoholin riskikäyttöön puututaan ottamalla asia puheeksi, sitä pienemmäksi jäävät vakavien ongelmien riski ja hoidon tarve. Puheeksi otton tärkeys korostuu siinä vaiheessa, kun alkoholin haittoja ei vielä esiinny merkittävästi. Terveystieteiden tutkimuksista on vahvin tutkimusnäyttö mini-intervention tehosta alkoholin käytön osalta. Arvio on, että ainakin 1/10 neuvontaa saanutta riskikäyttäjää tai haitallisesti alkoholia käyttävää siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Arvioiden mukaan mini-intervention teho säilyy 1-2 vuotta, joten asiaan kannattaa palata saman asiakkaan kanssa aika ajoin. (THL, puheeksiotto ja mini-interventio 2018.)

Mini-interventiohoito luonnehditaan myös käsitteellä FRAMES eli Raamit. (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy).

Raameilla tarkoitetaan rohkeutta, alkoholitietoisuutta, apua, myötätuntoa, itse-määräämisvastuuta ja toimintaohjeita. Hoidon tärkein osa on motivoiva asenne. (Käypä hoito -suositus 2018.) Taulukossa 1 on eritelty mini-intervention raamit.

Taulukko 1. *Mini-intervention raamit (Alkoholi-ongelman hoito 2018.)*

Rohkeus (<i>self efficacy</i>)	<i>Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen.</i>
Alkoholitietous (<i>feedback</i>)	<i>Annetaan palautetta ja tietoa alkoholi-asi-oista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin.</i>
Apu (<i>advice</i>)	<i>Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se.</i>
Myötätunto (<i>empathy</i>)	<i>Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektiivisesti, empaattisesti ja ymmärtävästi.</i>
Itsemääräämisvastuu (<i>responsibility</i>)	<i>Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan.</i>
Toimintaohjeet (<i>menu</i>) <i>Sovi 1-3 seurantakäyntiä</i>	<i>Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.</i>

Kaija-Leena Seppä (2008) totesi tutkimuksessaan Mini-Intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon mini-intervention edistävästä ja estävästä tekijöistä. Edistävästä mainittiin menetelmien helppous ja toteutuksen nopeus. Menetelmänä mini-interventio on halpa ja sen vaikuttavuudesta on vahvaa tutkimusnäyttöä. Myös ehkäisevää työtä on tehty pitkään ja erityisesti terveydenhoitajat on koulutettu ehkäisytyöhön. Mini-intervention tekeminen edistää monen kansantaudin hoitoa ja se on hankalaan ongelmaan hyvä hoitokeino. Mini-interventio on menetelmänä yksikertainen ja helposti opittavissa. Sen toteuttaminen ei vie enempää aikaa kuin verenpaineen mittaus ja sopii näin myös kiireiseen työtahtiin. (Seppä 2008.)

Estävästä tekijöistä Seppä mainitsee terveystieteiden päätösten heikon tuen, kiireen ja riittämättömän koulutuksen. Niukat resurssit ja usko omien taitojen riittämättömyyteen saattavat estää intervention toteutumisen.

Myöskin kohderyhmän tunnistamisen vaikeus ja epäselvyys, kyseenalaistetaan tekemisen oikeutus, potilastietojärjestelmien puutteet ja väärä potilaan yksityisyyden suojelu koetaan mini-intervention estävänä tekijänä. (Seppä 2008.)

Koska riskikäyttö on suomalaisessa väestössä erittäin yleistä, tulisi alkoholin riskikäyttöä seuloa ja ottaa puheeksi systemaattisesti sosiaali- ja terveystalouksissa. Riskikäytön toteamiseen on olemassa luotettavia keinoja ja puuttumiseen tehokkaita hoitoja. Riskikäytön puheeksi otto mini-intervention keinoin on kustannusvaikuttavaa alkoholiongelmien ehkäisyä: mini-intervention NNT-luku, eli arvioitu potilasmäärä, joka on hoidettava, jotta yksi hyötyisi, on 10. Suurimpana haasteena on, että puheeksi otto tehdään aivan liian myöhään, yleensä vasta kun juominen on jo ehtinyt kehittyä ongelmalliseksi. Lisäksi on otettava huomioon, että samoin kuin tutkimushaastattelussa, myös lääkärin vastaanotolla potilaat todennäköisesti vähättelevät alkoholinkäyttöään. Jos rajat tästä huolimatta ylittyvät, puheeksi otto ja tarkempi tilannearvio Käypä hoito-suosituksen mukaisesti ovat erityisen tärkeitä. (Lintonen ym. 2019.)

4.1 Motivoiva haastattelu, muutosmotivaatio ja muutosvaihemalli

Anja Koski-Jännes ym. (2018) toteavat teoksessa Pääasiana alkoholi, että motivoivaa haastattelua tai motivoivaa keskustelua voidaan käyttää hoitokontaktin alussa. Ideana motivoivassa haastattelussa on auttaa potilasta ratkaisemaan alkoholin käytön vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvää ristiriitaa, jossa ihminen toisaalta haluaa muutosta ja toisaalta ei sitä halua. Tyypillisesti tämä sisäinen ristiriita ilmenee päättämättömyytenä, muutosvalmiuden puutteena, viivytystaisteluna tai suoranaisena muutosvastarintana. Motivoivan haastattelun tarkoituksena ei ole tuputtaa potilaalle jotakin sellaista, jota hän ei halua, vaan auttaa potilasta itse ratkaisemaan, mihin hän on valmis sitoutumaan. (Koski-Jännes ym. 2008.)

”Motivoiva toimintatapa perustuu William R. Millerin ja Stephen Rollnickin kehittämään motivoivaan haastatteluun sekä James Prochaskan ja Carlo DiClementen määrittelemään transteoreettiseen muutosvaihemalliin.”

Sen nimeksi Suomessa on täsmällistynyt motivoiva haastattelu. Koska kyseessä on asiakaslähtöinen, kokonaisvaltainen, ihmisen voimavaroja, arvoja, kiinnostuksen kohteita, ongelmia ja toimivuutta korostava ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli - eikä tekniikka, on kuvaavampi termi motivoiva toimintatapa kuin haastattelu. (Salo-Chydenius 2017.)

Motivoivan haastattelun olennaisena osana on luoda toimiva ja hyvä yhteistyösuhde asiakkaaseen, toimimalla tasavertaisesti ja asiakkaan omaa autonomiaa tukien. Työntekijän tulee ohjata keskustelua Carl Rogersin asiakaslähtöisen terapian perustaitoja avuksi käyttäen. Niitä ovat avoimet kysymykset, reflektointi eli heijastava kuuntelu, asiakkaan vahvistaminen sekä asiakkaan puheesta kootut yhteenvedot. Keskeisenä osana menetelmässä on herätellä asiakkaan muutospuhetta. Työntekijä suuntaa keskustelun asiakkaan omiin ajatuksiin muutoksen syistä, halusta, tarpeesta sekä hänen kyvyistään, että tosiasiallisista aikomuksista muuttua. (Rakkolainen 2017.)

Useassa auttamistyön neuvonta- ja ohjaustilanteessa voi hyödyntää motivoivaa toimintatapaa. Näitä ovat mm. terveyden edistäminen, elämäntapamuutokset, sairauden itse ja lääkkeelliset hoidot ja päihteiden käytön vähentäminen. Motivoinnin taitoja tarvitaan jatkuvasti sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä niissä käsitellään jatkuvasti muutosta ja ponnistellaan todellisen muutoksen saavuttamiseksi tai kielteisen kehityksen hidastamiseksi. Täytyy myöskin muistaa, että muutosta vastustavalla tai muutoksen tarpeesta epävarmalla on oikeus sovittavaan, kunnioittavaan ja myötätuntoiseen kohteluun. (Salo-Chydenius 2017.)

Onnistunut mini-interventio käynnistää pohdinnan, motivoi muutokseen ja auttaa tekemään muutospäätöksen, vähentäminen tai lopettaminen. Oikeanlaisen tiedon ja tuen saaminen edistää muutosta ja motivaatiota. Mini-interventiossa käytetään motivoivan haastattelun lähetymistapaa. Motivovassa tavassa on keskeistä se, millä tavalla potilaan tilannetta käsitellään. *”Tiedon antamisen ja kunkin asiakkaan tai potilaan tarpeiden mukaisen toimintatavan etsimisen tulee olla muutosmotivaation kannalta sopivaa”* (Havio ym. 2013.)

Taulukossa 2 on esitelty muutosvaihemalli, jossa on eritelty muutosvaiheen vaiheet sekä potilaan että hoitajan rooli.

Taulukko 2. Muutosvaihemalli (Motivointi muutokseen 2018.)

Muutosvaihe	Potilaan rooli	Hoitajan rooli
Esiharkintavaihe	Henkilö ei tunnista ongelmaansa.	Kiinnitä huomio ristiriitaan. Tarkastele seurauksia
Harkintavaihe	Epävarmuus muutoksen tarpeesta Ei suunnitelmaa muutoksesta	Tutki ristiriitaa yhdessä henkilön kanssa Tarkastele erilaisia vaihtoehtoja ja niiden hyötyjä ja haittoja
Valmisteluvaihe	Aikomus tehdä muutos	Tue tavoitteen asettamista
Toimintavaihe	Muutokseen sitoutuminen ja muutos Toipumista tukevien taitojen omaksuminen	Etsi toimivia ratkaisuja Tarkastele erilaisia vaihtoehtoja ja niiden hyötyjä ja haittoja Tue muutosta tukevien sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä Palkitse ja rohkaise
Ylläpitovaihe	Sitoutuneisuus toteutuneen muutoksen säilyttämiseen	Tue alkoholinkäyttöä laukaisevien tekijöiden tunnistamista Retkahduksen ehkäiseminen

4.2 Sairaanhoitajan rooli alkoholiongelmaisen hoidossa

Sairaanhoitaja on hoitotyössä hoitotyön toteuttaja. Jokainen hoitaja kohtaa työssään alkoholin aiheuttamista sairauksista kärsiviä potilaita. Hyvän vuorovaikutuksen saavuttaakseen kielteiset asenteet ja negatiiviset tunnetilat pitäisi karsia potilastyössä. (Salaspuro 2009.)

Nykypäivän hoito ja hoitajan toiminta perustuvat näyttöön perustuvaan hoitomalliin. Se perustuu tietoon, joka on luotettavaa, kliinisesti merkitsevää sekä yleistettävää. Päätöksenteossa ja toiminnassa pätee malli, joka perustuu ajantasaiseen tietoon systemaattisesti ja harkitusti. Tietoon sisältyvät toimivat me-

netelmät, potilaan tilanteet ja toiveet, kliininen asiantuntijuus sekä työn edellytykset. Näyttö saadaan käytännössä kliinisistä tapauskertomuksista, asiantuntijoiden hoitosuosituksista, projekteihin liittyvistä prosesseista, tiedonkeruusta ja tutkimustuloksista. Tieteellisen tiedon rinnalla arvostetaan myös potilaan sekä hoitotyön toteuttajien esiin tuomia kokemuksia ja tietoa. (Havio ym. 2013.)

Potilaan motivaatiota muutokseen edistää aktiivinen ja heijastava kuunteleminen sekä se, että potilasta kannustetaan oman muutoksen onnistumiseen. Jos keskusteluissa on rajallinen aika, kannattaa lisätueksi antaa materiaalia itsearviointia ja tiedon täydennystä varten. (Havio ym. 2013.)

Potilaan muutosvalmius on vahvimmillaan, kun potilas itse kokee sen tärkeäksi ja mahdolliseksi. Vuorovaikutustilanteessa on syytä muistaa, että motivaatio tai sen puute ei ole potilaan henkilökohtainen ominaisuus vaan muutosvalmiustila. Työntekijä on avainasemassa, kun lisätään tai vähennetään potilaan motivaatiota muutokseen. Työntekijän tehtävänä on kannatella ja kannustaa potilasta muutokseen alkoholinkäytössään, joko kohtuukäyttöön tai lopettamiseen. (Castren & Alho 2015.)

Empatialla ja terapeutisella yhteistyöllä on suuri merkitys asiakkaan kokonaisuhoiton kannalta ja hoidon tulokselle. Onnistuneen terapeuttisen yhteistyösuhteen keskeiset tekijät ovat empatian ja ymmärryksen ilmaiseminen asiakkaalle. Asiakkaan yksilöllisyyden hyväksyminen, tuen tarjoaminen, työntekijän läsnä ja tavoitettavissa olo, kunnioituksen osoitus ja aitous edistävät yhteistyötä. Parhaat tulokset päihdehoitotyössä saadaan empatialla ja työntekijän hyvällä itsetuntemuksella. Hyvin kuunteleva terapeutti voi auttaa asiakasta oivaltamaan itsestään asioita, joiden olemassaoloa asiakas ei itse havaitse. (Rakkolainen 2017.)

Kommunikaatio on ystävällistä, rehellistä ja suoraa. Väittelyä tulee välttää. Työntekijän lämmin ja refleктоiva työtapa ja kiinnostus potilaaseen koetaan hyvänä. Työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan kykyä ja oikeutta valita itse muutoksen tapansa. Myöskin aikaa tavoitteiden saavuttamiseen ja potilaan

omaa sitoutumista tulee kunnioittaa. Etenemätön muutos tai retkahdus ei vaikuta hoitaja empatiakykyyn vaan hoitaja löytää muutoksen avaimia.

Työntekijän ajatukset ovat, että potilaalla on kyky muutokseen. Työntekijän rooli on auttaa potilasta löytämään muutosmotivaatio, etsimällä motivaatiota havaintojen, arvojen ja tavoitteiden muodostaman puheen seasta eli etsimällä potilaan muutospuhetta. (Päihteet puheeksi 2018.)

”Motivaatio syntyy ja syttyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Se on kuin hiillos, johon voidaan puhalttaa juuri sopivasti ja oikeaan aikaan, että saadaan aikaan pysyvä liekki” Pieneen liekkiin puhalttaessa liikaa, liekki sammuu.

Vääränlainen lähestymistapa voi sammuttaa motivaation. Haastava muutostyö edellyttää työntekijöiltä vuorovaikutustaitoja sekä positiivista mutta realistista suhtautumista asiakkaisiin. (Rakkolainen 2017.)

Päihderiippuvuus ei ole kenenkään syy. Alkoholi tuottaa joillekin iloa ja se on yhteiskunnassa yleisesti hyväksytty aine, siksi alkoholistitkin aloittavat päihteiden käytön odottaen positiivisia vaikutuksia heidän sosiaaliseen elämäänsä. Kun päihderiippuvuus puhkeaa sairaudeksi, sairastunut menettää kyvyn kontrolloida käyttöönsä täysin. Huolimatta käytön aiheuttamista kielteisistä seurauksista kierre on jo päässyt syntymään ja riippuvainen jatkaa käyttöönsä. Päihderiippuvainen henkilö ei ole vastuussa sairastumisestaan, mutta hän on ehdottomasti vastuussa toipumisestaan. (Minnesota-Hoito 2019.)

5 ALKOHOLINKÄYTÖN SEULONTAKEINOJA

Potilaan alkoholinkäytön arviointiin on kansainvälisissä tutkimuksissa käytetty useita eri seulontakeinoja (esim. AUDIT, CAGE, ja FAST). Suomessa tunnetuin ja kartoitetuin on 10 kysymystä sisältävä AUDIT, jonka tiiviimpi versio (AUDIT-C) on paremmin soveltuva käyttöön esimerkiksi päivystyspoliklinikoilla. (Markkula ym.2017.)

Riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista mittaavista testeistä AUDIT-testi on tunnetuin, eniten tutkimustukea saanut ja eniten käytössä oleva seulontakeino. *AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test)* on Maailman terveysjärjestön WHO:n 1980-luvulla kehittämä testi.

Kysymykset liittyvät alkoholin käytön tiheyteen, tavallisesti käytettyyn alkoholimäärään, humalajuomiseen ja haittoihin. *Testin käyttö alkoholin käytön kartoituksessa on hyvä, luotettava ja nopea mittari.* (Päihdelinkki 2018.)

Vastaamalla AUDIT-testin kysymyksiin saa monipuolisen kuvan juomiseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista tai vaihtoehtoisesti tiedon, että ongelmia ei ole lähitulevaisuudessa näköpiirissä. Riskijuomista arvioidaan **AUDIT-testistä** saatavassa palautteessa pisteinä.

Testin tavoitteena on seuloa vähän juovat niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla, eli halutaan löytää ne, joiden juominen on vasta alkamassa aiheuttaa ongelmia ja näin ehkäistä niiden paheneminen. Tavoitteena ei ole tunnistaa vain alkoholiriippuvaisia tai alkoholisteja, olkoonkin että korkeimmat pistemäärät testissä viittaavat alkoholismiin. (Alkoholinkäytön kartoitus, A-klinikasäätiö päihdelinkki 2018.)

TAULUKKO 3.		
AUDIT-kyselyn osa-alueet ja sisällöt.		
Osa-alueet	Kysymyksen numero	Sisältö
Käyttötavan riskit	1	Juomisen tiheys
	2	Tyypillinen määrä
	3	Humalajuomisen tiheys
Riippuvuuden oireet	4	Heikentynyt juomisen hallinta
	5	Juomisen merkityksen kasvu
	6	Krapulajuominen
Alkoholin käytön haitat	7	Syylisyys juomisesta
	8	Tajunnan menetys
	9	Alkoholiin liittyvät loukkaantumiset
	10	Muiden huolestuminen juomisesta

Pisteitys: kysymykset 1–8: pisteet 0–4 kysymystä kohti.
 Kysymykset 9–10: pisteet 0, 2, 4 pistettä kysymystä kohti.
 Pisteiden yhteismäärä: 0–7 pistettä = vähäriskinen käyttö (naisilla 6 pistettä) (10,11); 8–15 pistettä = riskikäyttö; 16–19 pistettä haitallinen käyttö. Vähintään 20 pistettä voi olla merkki alkoholiriippuvuudesta (WHO 2001). Huom. yli 65-vuotiailla yli 6 pistettä viittaa riskikäyttöön.

Kuva 3. AUDIT-kyselyn osa-alueet ja sisällöt (Alho, M., Castren, S. & Pakkanen, A.M. 2015. Suomen lääkirlehti 21/ vsk 70).

Audit-C kyselyssä kartoitetaan kolmen kysymyksen avulla alkoholinkäytön yleisyyttä ja käytön määriä. Taulukossa kolme esitetään Audit-C kyselyn kysymykset.

”Taulukko 3 AUDIT-C Kysely (Audit-C, Päihdelinkki 2018)”

1. ”Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ei koskaan (0 p) Noin kerran kuussa (1 p) 2-4 kertaa kuussa (2 p) 2-3 kertaa viikossa (3 p) 4 kertaa viikossa tai useammin (4 p)”
2. ”Kuinka monta annosta alkoholia olet yleensä ottanut päivinä, jolloin käytät alkoholia? Yksi annos (= 12 g) on pullo keskiolutta tai siideriä; lasi mietoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä. 1-2 annosta (0 p) 3-4 annosta (1 p) 5-6 annosta (2 p) 7-9 annosta (3 p) 10 annosta tai enemmän (4 p)”
3. ”Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)”

Jos testin kokonaispistemäärä naisella on viisi pistettä tai enemmän tai miehellä kuusi pistettä tai enemmän suositellaan käyttämään kokonaista AUDIT-kyselyä, ks. liite 4 (A-klinikkasäätiö 2018). Ikääntyneiden määrä kasvaa ja ihmiset elävät yhä pidempään. Suhtautuminen alkoholinkäyttöön on muuttunut vähitellen sallivammaksi alkoholikulttuurin muutoksen myötä, joten nykyään myös aiempaa useampi ikääntynyt käyttää alkoholia. Suurin osa ikääntyneistä käyttää alkoholia hallitusti. Harva hakee juomisellaan humalaa. (Ikääntyneiden päihdetyö 2019.)

Kymmenen kysymyksen AUDIT soveltuu työvälineeksi myös ikääntyneiden alkoholinkäytön arviointiin mutta sillä ei aina kyetä tunnistamaan riskikäyttöä. Ikääntyneiden alkoholin riskikäyttöä voidaan tarkentaa määrä-tiheyskysymyksin. (Öfverström-Anttila & Alho 2011.)

Alkoholinkäytön määrää ja tiheyttä voidaan kysyä esimerkiksi seuraavalla tavalla:

1. *Kuinka paljon yleensä käytätte alkoholia?*
2. *Kuinka usein yleensä käytätte alkoholia?*

Ikääntyneen juomiskulttuuria ja selvitetessä humalajuomista on hyvä tarkentaa seuraavan kysymyksen avulla: Kuinka usein juotte yli neljä annosta kerralla?

Nämä kolme kysymystä esittämällä saataneen tarpeeksi hyvä käsitys ikääntyneen käyttötavoista alkoholin suhteen sekä käsitys alkoholin käytön mahdollisista riskeistä. Jos asiakas on kykenemätön vastaamaan tai jos vastauksissa esiintyy epävarmuutta, voidaan alkoholin käyttöä tarkentaa kysymyksellä: Milloin viimeksi nautit alkoholia ja kuinka paljon? Tämän jälkeen tarkastellaan ikääntyneen juomakerrat 2–4 viikon ajanjaksolta. Tarkastelun tukena voidaan käyttää juomapäiväkirjaa. (Aalto & Holopainen 2008, Öfverström-Anttila & Alho 2011.)

Ikääntyneen alkoholin riskikäyttöä epäilleissä voidaan hyödyntää CAGE-kyselyä (American Geriatrics 2003). Kyselyä hyödyntämällä saadaan apua, kun herää epäily ikääntyneen alkoholiriippuvuudesta (Berks & McCormick 2008).

CAGE on lyhennesana englannin kielen ilmaisuista Cut down on your drinking, Annoyed, Guilty ja Eye-opener (Öfverström-Anttila & Alho 2011).

Kysely sisältää neljä kysymystä:

- 1. Oletko ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?*
- 2. Onko juomistasi moitittu?*
- 3. Oletko tuntenut syyllisyyttä juomisesi tähden?*
- 4. Oletko ottanut krapularyyppyjä?”*
(Salaspuro 2009)

Yhdysvalloissa on käytössään **FAST**-testi. Se on suunniteltu potilaille, jotka kohdataan ensiavussa tai päivystyspoliklinikalla. Testi sisältää neljä kysymystä alkoholin käytöstä. (Buddy 2018.) Fast-kyselyn hyötynä on sen lyhyt toteuttamistapa verrattuna esimerkiksi AUDIT-kyselyyn. Siksi se soveltuukin hyvin esimerkiksi päivystystyyppiseen työskentelyalueeseen. Testissä kysytään neljän eri kysymyksen avulla alkoholin määrällistä käyttöä, muistiin liittyvää, päivittäisiin toimiin sekä läheisten suhtautumista alkoholin käyttöön. (Buddy 2018.)

Taulukossa 4 on esitelty FAST-testiin liittyvät kysymykset.

Taulukko 4. Neljän kysymyksen (FAST) pikatesti (Buddy 2018.)

1. Kuinka usein juot kahdeksan annosta tai enemmän kerralla?	2. Viimeisen vuoden sisään, kuinka usein olet juonut kerralla niin paljon, että muisti on mennyt.	3. Kuinka usein omat päivittäiset työsi tai rutiinisi ovat kärsineet liiallisen alkoholin juomisen takia?	4. Ovatko läheisesi, hoitohenkilökunta tai työkaverisi olleet huolissaan alkoholin käytöstäsi?
(0) En koskaan	(0) En koskaan	(0) En koskaan	(2) Kyllä, mutta ei kuluneen vuoden aikana
(1) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(1) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(1) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(4) Kyllä tämän vuoden aikana 4p.
(2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Testin pisteytys lasketaan: kysymyksistä 1-3, En koskaan 0p, Harvemmin kuin kerran kuukaudessa 1p, Kuukausittain 2p, Viikoittain 3p, lähes päivittäin tai päivittäin 4p.
(3) Viikoittain	(3) Viikoittain	(3) Viikoittain	Kysymys 4. Ei 0p, Kyllä, mutta ei kuluneen vuoden aikana 2p, Kyllä tämän vuoden aikana 4p
(4) lähes päivittäin tai päivittäin	(4) lähes päivittäin tai päivittäin	(4) lähes päivittäin tai päivittäin	

Testin maksimipisteet ovat 16. Jos henkilö saa yli 3 pistettä, on syytä kiinnittää huomiota juomiseen. Jos ensimmäisen kysymyksen vastaus on *en koskaan*, potilaalla ei ole syytä epäillä alkoholin väärinkäyttöä ja muut kysymykset ovat turhia. Jos ensimmäiseen kysymykseen *vastaa viikoittain, tai lähes päivittäin tai päivittäin* on potilas alkoholin ongelmakäyttäjä ja muut kysymykset ovat voittava jättää kysymättä. Jos ensimmäiseen kysymykseen *vastaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai kuukausittain*, kannattaa kysyä muutkin kysymykset saadakseen tarkemman kuvan potilaan alkoholin käytöstä. (Buddy 2018.)

FAST-testi on nopeampi käyttää, kuin AUDIT-testi, mutta AUDIT-testi on laajempi. AUDITin tekemiseen menee huomattavasti enemmän aikaa. Päivystystyössä ei ole aina aikaa tehdä laajempaa AUDIT-testiä. FAST testi on lyhyt, jossa on neljä AUDIT-testin tärkeintä kysymystä. AUDIT-testiin verrattuna pikatesti luokittelee 93 % alkoholin ongelmakäyttäjistä. (Buddy 2018.)

Alkoholiriippuvuustesti SADD (ks. liite 5) on 1980-luvun alkupuolella kehitetty seulontatesti. Testin avulla pystytään tunnistamaan alkoholin ongelmakäytön vuoksi apua hakevia asiakkaita. Testi mittaa alkoholiriippuvuuden tämänhetkistä tasoa ja riippuvuuden eri asteita. Sen avulla pystytään myöskin havainnoimaan, muuttuuko riippuvuuden aste ajan mittaan. (Päihdelinkki 2018).

Testin alkuperäinen nimi on Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD). Alkoholiriippuvuusoireyhtymästä alettiin puhua 1980-luvun alkupuolella. Testin tarkoituksena on tarkastella alkoholiriippuvuutta asteikkoina, joka ulottuu lievästä vaikeaan, vähäisistä juomisongelmista aina vakavaan alkoholiriippuvuuteen. Testin avulla pystyy luokittelemaan lievän ja keskivaikean vaikeasta alkoholiriippuvuudesta. Testillä painotetaan myöskin riippuvuuden subjektiivista ja käytökseen kuuluvia piirteitä. Testi on suunniteltu aikuisväestön seulontoihin ja tutkimuskäyttöön. Testin tarkkuutta ja herkkyyttä on testattu useissa tutkimuksissa. (Päihdelinkki 2018.)

Alkoholi-E:n avulla ammattilainen pystyy nopeasti muodostamaan käsityksen asiakkaan alkoholin käytön laaja-alaisuudesta ja yleisyydestä mitä myönteisiä ja kielteisiä seurauksia alkoholin käytöllä on asiakkaalle. Testi kertoo millä tavoin asiakas on motivoitunut muuttamaan alkoholin käyttöään ja mahdollisesti ottamaan vastaan hoitoa. Testi ei ole diagnosointiväline, vaan tarkoitettu kartoittamiseen ja keskustelun tueksi asiakkaan kanssa (Päihdelinkki 2018.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa alkoholiongelmaisen mini-interventiosta hoitotyössä kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla, mitkä tekijät mahdollistavat onnistuneen mini-intervention toteutumisen hoitotyössä. Tutkimus on rajattu alkoholin ongelmakäyttäjiiin.

Tutkimuskysymys: Mitkä tekijät mahdollistavat onnistuneen mini-intervention toteutumisen?

7 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus alkaa siitä, kun tutkija havaitsee ongelman ja haluaa saada ongelmaansa ratkaisun. Ratkaisun löytyminen ongelmaan on tutkimuksen päätarcoitus. Tutkijan on hyvä olla kiinnostunut tutkimastaan aiheesta. Ongelmaa havainnoidessa tutkija muodostaa samalla tutkimuskysymyksiä. Tutkimusta voidaan myös ohjalla oikeaan suuntaan. (Kananen 2012, 4–6; Marques 2019.)

Tutkimuksen kirjoittamista varten on olemassa malleja, joita noudatetaan tutkimusmenetelmästä riippumatta. Tutkimuksen raportin rakenteeseen kuuluu johdanto, jossa kuvaillaan lyhyesti aihetta, sekä tutkimustarkoitus, tutkimusongelma, tutkimustavoitteet ja tutkimusmenetelmä. Kirjallisuuskatsauksen teoriolla pyritään helpottamaan ilmiön ymmärrystä, kun tiedetään asioihin vaikuttavat tekijät. Näin voidaan yleistää tutkimustuloksia. Menetelminä käytettäviä tutkimuksen analyysimenetelmiä on useita. Menetelmien avulla voidaan saada ongelmalle oikea ratkaisu. Valitun analyysimenetelmän käyttö on oltava perusteltua. Tutkimustuloksiin kerätään käytettyjen tutkimusten tulokset sekä vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Johtopäätöksissä pohditaan oman tutkimuksen tuloksia teorian avulla ja ehdotetaan mahdollista jatkotutkimusta. (Kananen 2012, 4–6; Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja 2019).

Opinnäytetyön menetelmänä on kirjallisuuskatsaus, joka perustuu tiedonhakuun tutkittavasta aiheesta. Tutkimusmenetelmässä tutkitaan aiheesta aikaisemmin kirjoitettua tietoa ja aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Aiemmin tehtyjen tutkimusten avulla saadaan vastauksia uuden tutkimuksen kysymykseen. Tutkimusten haulla haetaan vastauksia tutkimuskysymykseen. Tutkimuksen rajaukset tulisi asettaa selkeästi, jotta tutkimus onnistuu luotettavasti (Kananen 2012, 4–6.)

Kuvailurakentaminen on kirjallisuuskatsauksessa keskeinen asia, koska tutkimuskysymyksen laatimista varten käytetään aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia. Tämä ei tarkoita saman tutkimuksen toistamista, sillä yhdelle tutkimusaiheelle voi olla monta näkökulmaa. Kangasniemi ym. (2013) toteaa, että kuvailevassa tutkimuksessa kerätään yhteen aikaisemmin tutkittua tietoa, joka raportoidaan uuteen tutkimukseen.

Kangasniemi ym. (2013) kirjoittavat että kuvailurakentamisen tutkimuskysymyksiä pohditaan ja arvioidaan keskeiset käsitteet. Kuvailurakentaminen on subjektiivista, joten eri tutkijat saattavat päätyä erilaisiin ratkaisuihin samasta aiheesta tai varmistavat, että aikaisemmat tutkimukset pätevät. (Kangasniemi ym. 2013, 291–301.)

Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella pyritään kuvaamaan tiettyyn aihealueeseen kohdistuneita tutkimuksia. Erilaisilla tutkimusasetelmilla tehdyt tutkimukset on mahdollista hakea yhden tutkimusaiheen alueelta tämän tyyppisellä katsauksella. Katsaustyyppin kysymysten asettelu voi olla laaja, mutta laajuus ja rajaukset voivat olla hyvinkin erilaiset. Tyypillisesti kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan tieteellisiä tutkimuksia, jotka on julkaistu. Rajaaminen katsauksessa voi tarkentua ainoastaan vertaisarvioituihin tutkimuksiin. (Stolt ym. 2015, 9.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta parantaa, että tekijöitä eli tutkijoita on kaksi. Luotettavuutta heikentää se, että tutkimuksen tekijät ovat kokemattomia tutkijoita ja opinnäytetyössä käytettävän aineiston määrä on suuri. Aineistosta on pyritty kokoamaan tärkeimmät tutkimukset niin tarkasti, kuin vain tutkijoiden kokemus sen mahdollistaa.

7.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tuoreita tutkimuksia, joiksi määritetään tutkimukset vuosilta 2009–2019. Tutkimustiedon löytämiseen käytettiin manuaalista ja elektronista menetelmää. Elektronisen menetelmän avulla etsitään tietoa tietokannoista, jotka antavat mahdollisuuden löytää sekä kansallista että kansainvälistä tietoa. (Kangasniemi ym. 2013, 291–301.)

Tutkimuskysymystä varten käytetään viimeaikaista tutkimustietoa. Tietoa haetaan vuosilta 2009–2019. Tutkimukset ovat rajattu koskemaan työikäisiä, 18–65-vuotiaita alkoholin ongelmakäyttäjiä. Haettavia aineistotyypppejä ovat ylemmät AMK-opinnäytetyöt, pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat ja tieteelliset artikkelit. Opinnäytetyössä haetaan näyttöön perustuvaa tietoa. Tiedonhaussa käytettäviä tietokantoja ovat PudMed, CINAHL, Medic ja Finna. (Ks. Stolt ym. 2016, 51.)

Manuaalisessa tiedonhaussa käytettiin kirjoja ja lehtiartikkeleita, jotka ovat saatavilla sekä koulun että kaupungin kirjastoista. Tutkimuksen analyysimenetelmässä kartoitetaan kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistokeruumenetelmä, tutkimuksen kohdejoukko, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. (Stolt ym. 2016, 81–84.)

Hakusanojen muodostaminen on tehty opinnäytetyön otsikon perusteella. Opinnäytetyön otsikossa esiintyviä sanoja ovat mini-interventio ja alkoholiongelma. Hakusanoja on mietitty niin, että ne vastaavat opinnäytetyön otsikkoa. Nämä sanat ovat toistettavissa hauissa myöhemmin, jos toinen henkilö haluaa toistaa tutkimuksen. Taulukossa 5. on eritelty tutkimusten sisäänotto ja poissulkukriteerit.

Taulukko 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
YAMK -opinnäytetyö, pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat	AMK opinnäytetyö
Tutkimustieto enintään 10 vuotta vanhaa	Yli 10 vuotta vanhat
Luotettavat lähteet, alkuperäiset-lähteet, vertaisarvioidut tieteelliset tutkimukset ja artikkelit	Epäluotettavat lähteet
Kielet suomi, englanti	Muut kielet

Taulukko 6. Tietokantahaut

Tietokanta	Rajaus	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
CINAHL	2009–019 Englanti ja Suomi peer reviewed full text	Patient Alcohol Intervention Emergency	29	8	5
JYX-julkaisuarkisto	2009–2019	alkoholin riskikäytön tunnistaminen	1	1	1
Finna	2009–2019	muutosmotivaatio	1	1	1
PudMed	2009–2019	manuaalinen haku	1	1	1
Medic	2009–2019	Alkoholi-ongel*, Puheeksiotto alkoholiongel*, päi-vystys*, hoitotyö*	1 1	1 1	1 1
Medic	2009–2019	Alkoholiongelma* * varhais*	2	2	2

7.3 Teemoittelu

Teemoiksi määritellään sellaiset aiheet, jotka toistuvat aineistoissa jossain muodossa. Analysoidessa teemoittelu etenee siten, että ensin teemat muodostetaan ja ryhmitellään. Sen jälkeen teemat otetaan yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. (Koppa, Jyväskylän yliopisto 2016.)

Analyysimenetelmässä käydään läpi tutkimukset ja kerätään oleelliset tiedot, joiden avulla on mahdollista ryhmitellä, arvioida ja vertailla tutkimuksia keskenään. Teemoittelu tarkoittaa tutkimusten keskeisten käsitteiden yhteen kokoamista ja muodostamista. Keskeiset käsitteet nousevat esiin tutkimuksista ja teoriapohjasta.

Esimerkiksi taulukointien avulla voidaan havainnoida aineistossa olevia tekijöitä. Keskeisille tekijöille mietitään yhdistäviä nimittäjiä, joita kutsutaan teemoiksi. Teemojen muodostamisen apuna voidaan käyttää tyyppikertomuksia. *”Tyypillisiä elementtejä sisältävien tyyppien, kuvausten tai kertomusten, sisältöä voidaan eritellä tarkemmin teemojen kautta tai teemoittelusta voidaan siirtyä tyyppittelyyn.”* (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2019; Tuomi & Sarajärvi 2012, 91–100.)

Aineistoa järjesteltäessä teemojen mukaan tarkoitetaan sitä, että kootaan kunkin teeman alle kustakin haastattelusta ne kohdat, joissa puhutaan kyseessä olevasta teemasta. Aineisto voidaan järjestellä käsin teemakortistoon esimerkiksi siten, että tulostetusta aineistosta leikataan kaikki tiettyyn teeman liittyvät tiivistelmät tai osa-alueet ja järjestellään ne omiksi kokonaisuuksikseen. Nykyään on tavallista tehdä teemoittelu tekstinkäsittelyn avulla "leikkaa-liimaa" toiminnolla. Tekstinkäsittelyohjelman käyttö mahdollistaa myös johonkin muuhun teemaan kuuluvien aihealueiden liittäminen tietyn teeman alle, mikä ei konkreettisesti kortistoon teemoitellessa onnistu, ellei aineistosta oteta useita kopioita, jolloin saman kohdan voi liittää usean teeman alle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2019.)

Lopuksi kirjoitetaan raportti, tutkimuskysymykset, tiivistelmä, katsausmenetelmä, katsaustulokset, tulokset, arviointi, tutkimuksen heikkoudet, lähdeluettelo, johtopäätökset ja ehdotukset. Kirjoitetussa tekstissä kuvataan tarkasti tutkimuksen vaiheet, koska tutkimuksen on oltava toistettavissa olevaa. Tutkimustaulukko liitetään tutkimukseen ja siinä kerrotaan lyhyesti käytettyjen tutkimusten tulokset, joista on helppo arvioida tutkimuksen laatua. (Stolt ym. 2016.) Tässä opinnäytetyössä teemat nousivat luetuista tutkimuksista.

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tulokset esitellään kirjallisuuskatsauksesta saadun teemoittelun pääluokkien mukaan. Tässä opinnäytetyössä teemoittelun tuloksiksi nousivat alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen, potilaan muutosmotivaatio, sairaanhoitajan asenne, sairaanhoitajan täydennyskoulutuksen ja päihdehoitotyön osaamisen tarve sekä päihdeongelmaisen jatkohoito ja seuranta. Teemat nousivat luetuista tutkimuksista.

8.1 Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen

Alhon (2017) toimesta tehdyssä tutkimuksessa käy ilmi, että työntekijät tiedustelevat alkoholinkäytöstä useammin alkoholiriippuvaisilta kuin riskikäyttäjiltä. Kuitenkin varhainen Aikainen puheeksi otto on ensisijaisesti tarkoitettu alkoholin riskikäyttäjille. Suomalaisessa terveys- ja sosiaalihuollossa tehdyssä tutkimuksessa ilmenee puheeksi oton tapahtuvan yleisimmin alkoholiriippuvaisen kohdalla. (Alho 2017, 87.)

Tapaturmien ja muiden ulkoisten syiden vuoksi suurin osa alkoholisyihin kuolleista henkilöistä oli yhteydessä erikoissairaanhoidon monia vuosia ennen kuolemaansa. Puuttamalla aikaisin keski-ikäisten miesten ja naisten alkoholin käyttöön pystyttäisiin estämään vakavia alkoholihaittoja. Estämällä työkyvylle ja terveydelle haitallisia vakavia alkoholihaittoja pystytään vähentämään sairaslomien määrää ja vähentämään yhteiskunnalle aiheutuvia kuluja. Alkoholihaittojen ehkäisyn kannalta ensiarvoinen kysymys on: Miten ja milloin alkoholin ongelmakäyttäjät pystytään identifioimaan ja tavoittamaan? (Paljärvi & Mäkelä 2019.)

Noin 80 prosenttia alkoholisyihin kuolleista oli ollut ainakin kerran sairaalahoitossa 1-10 vuotta ennen kuolemaa, silti ainoastaan noin 50 prosentilla oli alkoholinkäytöstä johtuva diagnoosi. Hoitotyön lopputuloksen kannalta olisi tärkeää, että alkoholinkäytöstä merkittäisiin diagnoosi potilasasiakirjoihin nykyistä herkemmin. (Paljärvi & Mäkelä 2019.)

Alkoholinriskikäyttäjät kokevat oireinaan vapinaa, unettomuutta, voimattomuutta. Alkoholinriskikäyttäjät kärsivät myöskin huonosta keskittymiskyvystä, masennuksesta, ahdistuneisuudesta, paniikkikohtauksista, huonosta ruokahalusta, huonosta tasapainosta, muistihäiriöistä, päänsärystä, pahoinvoinnista ja verioksentelusta. Alkoholinriskikäyttäjät kärsivät myöskin anemiasta, verihiutaleiden vähentymisestä, maksa-arvojen nousemisesta verikokeissa, Kardiomyopatiasta eli sydänlihaksen sairaudesta sekä korkeista verenpaineista. (Dasarathy ym. 2019.)

Leena Kurki-Kangas totesi tutkimustuloksissaan, ettei edistävää ja ehkäisevää työtä ole kaikilta osin mielletty oman työn osaksi ja osassa vastauksia tuotiin esiin, ettei edistävän ja ehkäisevän työn merkitystä ole paikoin tunnistettu tärkeäksi. Edistävän ja ehkäisevän työn mahdollistumisen näkökulmasta olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin myös sitä, miten työtä mahdollistavilla tasoilla tunnistetaan oma rooli osana edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. (Kurki-Kangas 2017.)

Suomessa joka kuudes tapaturmaisesti kuollut on päihtynyt. Alkoholin vaikutuksen alaiset onnettomuudet, pahoinpitelyt ja tapaturmat näkyvät erityisesti päivystyksessä. Hoitoa vaatineissa tapaturmissa ei alkoholin osuutta tilastoida. Päivystykseen tapaturman tai väkivallan vuoksi tulevat alkoholia käyttävät potilaat ovat kohderyhmänä otollisia mini-interventiolle ja ohjaukselle jatkohoitoon päihdehoitolaitokseen. Tapaturmapotilaiden joukossa on alkoholin riskikäyttäjiä, joiden alkoholinkäyttöä voidaan arvioida ja puuttua aikaisessa vaiheessa ja vähentää alkoholihaittoja tulevaisuudessa. Päivystyksissä on alkoholin ongelmakäyttäjiä, jotka eivät käytä muita terveyspalveluja, heidän ohjaaminen päihdehoitoon on ensiarvoisen tärkeää. (Markkula ym. 2017.)

8.2 Potilaan muutosmotivaatio

Potilaan muutosmotivaatioon syntymiseen vaikuttaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Päihteidenkäytöstä aiheutuvat fyysiset oireet ja niiden pelko lisäävät muutosmotivaatiota. Masennus, pettymys alkoholinkäyttöön, häpeä, syyllisyys ja kuoleman pelko ovat psyykkisiä muutosmotivaatioon motivoivia

tekijöitä. Läheisten määrän väheneminen ja läheisten merkitys vaikuttavat sosiaalisen muutosmotivaation syntyyn. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ovat usein sidoksissa toisiinsa ja usein vaikuttavat toisiinsa. (Ruumensaari 2012.)

Schmidtin ym. tutkimuksen mukaan mini-interventio on tehokkaampi normaali terveydenhuollossa kuin päivystyksessä. Tämä saattaa johtua useista tekijöistä: Päivystyksen kiireinen työtahti, sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde ja potilaan päihtymys saattavat laskea mini-intervention tehoa. (Schmidt ym. 2015.)

Alkoholinkäytön aiheuttaman ensimmäisen merkittävän fyysisen sairauden yhteydessä potilaan motivaatio vähentää juomista on suurin. Sairaalakäynnin lopuksi tehty yksi interventio jäi kuitenkin tehokkuudessaan alakynteen verrattuna toistettuun motivoivaan keskusteluun sairaanhoitajan kanssa. (Castrén ym. 2018.)

Vaikuttaa siltä, että suuri osa alkoholin ongelmakäyttäjistä (ongelmakäyttöllä tässä tarkoitetaan kaikkea alkoholin ongelmallista käyttöä, niin haitallista, riski- kuin riippuvuuskäyttöäkin) kahlaa kaikkien alkoholin aiheuttamien karikkojen läpi. Perheen, työpaikan tai omaisuuden menetys eivät usein riitä pysäyttämään juomakierrettä. Vasta kuolemanpelko tehohoitoon johtaneen haimatulehduksen yhteydessä tai vaikea maksan vajaatoimintavaihe saattavat olla riittävä impulssi juomisen lopettamiseen. Alkoholiriippuvuus on sairaus, jossa ihminen ei useinkaan itse tunnista tilanteen vakavuutta. Hän toimii ikään kuin tahdostaan riippumatta ja kaikkia järjellisiä tosiasioita vastaan. Viimeistään tällöin tarvitaan ammattilaisten ohjaavaa kättä. (Castren ym. 2018.)

8.3 Sairaanhoitajan asenne

Alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisy kuuluu perushoitotyöhön. Päivystyspoliklinikoilla tämä ei ole rutiinitoimenpide, vaikka päivystys on keskeisessä asemassa alkoholiongelmisten somaattisessa hoidossa. Tutkimusten mu-

kaan poliklinikoiden henkilökunnasta merkittävä osa on sitä mieltä, että potilaiden vähäinen sitoutuminen alkoholiongelman hoitoon tekee intervention suorittamisesta vaikeaa ja turhauttavaa. (Koivunen ym. 2017.)

Hoitohenkilökunnan koulutuksessa on havaittu puutteita päihtyneen potilaan kohtaamisessa, sekä hoitajilla negatiivisia asenteita päihtyneeseen potilaaseen. Tämä vaikuttaa suhtautumisena päihtyneeseen potilaaseen kyynisesti ja kärsimättömästi. Puutteita havaittiin alkoholin käytön arvioinnissa, potilaan ohjaamisessa, väkivaltatilanteiden hallinnassa, lääkähoidon osaamisessa ja jatkohoitoon ohjaamisessa. Päivystyksen esimiehet arvioivat, että hoitohenkilökunnalta puuttui rohkeutta ottaa puheeksi alkoholin käyttö. (Koivunen ym. 2017.)

Terveystieteiden työkenttelevien ammattilaisten odotetaan suorittavan ehkäisevää työtä päihdehaittojen ehkäisemiseksi. Alkoholin käytön puheeksioton tulee koskea kaikkia potilaskontakteja. (STM 2015.)

Yli 40 prosenttia hoitohenkilökunnasta ei kokenut mielekkäänä puhua alkoholin kulutuksesta. Reilu 20 prosenttia erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnasta mieltää alkoholin käytöstä puhumisen puuttumisena potilaan yksityisasioihin. Tämä voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa turhautumista ja potilaan alkoholin ongelmakäyttöön jätetään puuttumatta. (Heikkilä 2012.)

Päivystyshenkilöstön kielteiset asenteet ja osaamisvajeet paljon palveluja käyttävien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitamisessa ovat suomalaisen (Reissell ym. 2013). ja myös kansainvälinen huolenaihe. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja tarvearviointiin liittyy monimutkaisuutta, epämääräisyyttä ja tulkinnanvaraisuutta, joka vaatii paneutumista ja myötäelämisen taitoa (Wahlbeck ym. 2018, 113).

Koska päihderiippuvuuteen suhtaudutaan yhteiskunnassa usein kielteisesti, moralisoiden tai säälien, päihdekuntoutuksessa korostuu asenteellisten tekijöiden merkitys asiakkaan kohtaamisessa. Henkilökunnalta saatava hyvä koh-

telu koetaan erityisen tärkeäksi. Asiakkaan kunnioittava ja hyväksyvä kohtaminen ovatkin sosiaalityön ydintä. Kunnioittavan kohtaamisen myötä myös luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntyminen mahdollistuu, ja siten psykososiaalinen työskentely päihdekuntoutuksen aikana voi alkaa. (Ruumen-
saari 2012.)

Suurin osa työntekijöistä oli kokenut puheeksiottotilanteet kielteisiä tunteita herättäviksi ja negatiivisiksi tilanteiksi. Negatiiviset puheeksiottotilanteet koettiin kiusallisina ja haasteellisina. Hoitohenkilökunnassa tämä aiheutti turhautumista, ärtymistä ja vihan tunnetta, toisaalta myös surullisuuden, säälin ja toivottomuuden tunnetta. Osaamattomuus, voimattomuus, avuttomuus ja epäonnistuminen nousivat esiin tutkimuksessa. Puheeksiotto tilanteissa työntekijät kokivat pelkoa ja ahdistusta. Kielteisten kokemusten ja tunteiden syiksi mainittiin epäily omista havainnoista epäily alkoholin liikakäytöstä ja potilaalta ensimmäistä kertaa kysyminen päihteidenkäytöstä. Päihteidenkäytöstä kysyminen herätti syyllistämisen ja utelemisen pelkoa, sekä se koettiin potilaan yksityisasioihin puuttumisena. Hoitohenkilökunta koki pelkoa potilaan juomishimon edesauttamisena ja potilaassa negatiivistentunteiden heräämistä. (Behm 2015.)

Päihderiippuvuus luokitellaan mielenterveyden häiriöksi ja sillä on vahva yhteys myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toistensa riskitekijöitä ja esiintyvät verrattain usein samanaikaisesti. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on myös paljon yhteisiä suojaavia ja riskitekijöitä. Toisaalta huomionarvoista on, että erikoissairaanhoidossa ei vastausten perusteella aina mielletty ehkäisevää työtä oman työn osaksi. Useammassa vastauksessa todettiin, että ehkäisevä työ ei kuulu yksikön tehtäviin, vaan perustehtävänä on sairaiden hoito. (Kurki-Kangas 2015.)

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen alkoholinkäyttäjiin muuttuu negatiivisemmaksi toistuvissa kohtaamisissa. Toistuvasti samojen henkilöiden hoitaminen aiheuttaa kyynisyyttä ja turhautumista. Päivystyksen avuksi olisi hyvä saada päihde- ja mielenterveyshoitaja, auttamaan päihdepotilaiden hoidossa ja jatkohoidossa. (Mattila 2012.)

Hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne päihtyneitä potilaita kohtaan vaikuttaa päihteen käytöstä kysymisien määrään. Kyyninen suhtautuminen alkoholinkäyttäjään vähentää puheeksiottojen määrää erikoissairaanhoidossa. Tästä johtuen monen alkoholin riskikäyttäjän alkoholinkäytön kartoitus jää tekemättä. (Heikkilä 2012.)

Sairaanhoitajan omien tunteiden tiedostaminen ja niiden käsittely ovat merkityksellistä ammatillista toimintaa, kun ylläpidetään sairaanhoitajan ja päihtyneen potilaan välistä hoitosuhdetta. Päihtyneen potilaan kohtaamiseen liittyy sairaanhoitajan halu tietoiseen muutokseen työskentelyasenteessa ja työtavassa. (Noppi ym. 2018.)

8.4 Sairaanhoitajan täydennyskoulutuksen ja päihdehoitotyön osaamisen tarve

Päihdeosaamisen koulutusta on tarjottu päivystyksen hoitohenkilökunnalle vaihtelevasti. Hoitajien osaamista voidaan parantaa koulutuksella, lisätä puheeksiottojen määrää ja vähentää hoitajien negatiivisia asenteita päihdepotilaita kohtaan. (Whitty ym. 2016.)

Tulevaisuudessa kehittämistarpeena on luoda yhtenäinen sairaanhoitajan osaamiskartta, jonka osana on alkoholiongelmaisen ja päihtyneen potilaan hoitotyön eri osaamisalueet. Osaamisalueisiin tulee kuulua palvelujärjestelmän tuntemus ja jatkohoidon tarpeen arviointi. Hoitohenkilökunnan päihdepotilaan hoitotyön osaamista tulee myös jatkossa seurata ja arvioida. (Koivunen ym. 2017).

Päihdetyön sisältöjen tulee olla osa pakollisia opintoja. Laadukkaan opetuksen varmistamiseksi opetukselle on nimettävä vastuupettaja ja oppilaitoksessa tulee olla varattuna riittävästi resursseja verkostoitumiseen, täydennyskoulutukseen ja kehittämiseen. Ammatillista peruskoulutusta antavilla oppilaitoksilla, ammattikorkeakouluilla ja yliopistoilla on merkittävä autonomia opetuksen käytännön toteuttamisessa. Tämä on johtanut suuriin alueellisiin eroihin opetuksessa erityisesti ammattikorkeakoulutasoisten tutkintojen osalta (esim. sairaanhoitajat, sosionomit). (STM. 2016b).

Vuonna 2008 tehdyn yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan koulutus paransi hoitajien taitoja toteuttaa interventiota työssään. Negatiiviset asenteet ja uskomukset poistuivat koulutuksen myötä. Hoitajien luotto potilaiden kykyyn muuttaa alkoholin ongelmakäyttöä muuttui. (Vadlamudi ym. 2008).

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma suosittelee päihdeongelmaisten hoitamista terveyskeskuksissa. Potilastyö tapahtuisi peruspalveluissa, joista jatkohoitoon ohjaaminen olisi vaivatonta. Tämä asettaa kouluille tavoitteet tarjota riittävästi laadukasta opetusta päihdetyöstä ja työnantajille tarpeen kouluttaa työntekijöitä päihdetyöhön. (Mattila 2018).

Hoitohenkilökunta mieltää osaavansa ottaa puheeksi alkoholinkäytön, mutta noin 30 prosenttia erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnasta ei tunne mini-interventio termiä. Vastaava lopputulos oli Kääriäisen kollegoineen tekemässä tutkimuksessa vuonna 2000. Hoitohenkilökunnan päihdeosaamisessa ei ole tapahtunut kohentumista näiden vuosien aikana. Kolmasosa sairaanhoitajista ei tunne mini-interventio termiä. Yli 20 vuotta hoitotyössä toimineista yli 20 prosenttia ei tuntenut mini-interventio termiä. Näiden tutkimuksien tuloksesta voi havaita selkeän tarpeen lisätä sairaanhoitajien päihdeosaamisen koulutusta. Hoitajat kohtaavat työssään runsaasti päihtyneitä potilaita, tämä vahvistaa työpaikkakoulutuksen tarvetta. (Mattila 2012).

8.5 Päihdeongelmaisen potilaan jatkohoito ja seuranta

Mini-interventio ja normaali interventio ovat yhtä tehokkaita riippumatta siitä tehdäänkö ne päivystyksessä vai normaaliterveydenhuollossa (Schmidt ym. 2015). Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokkainta, kun se tehdään useasti, 10–15 minuutin pituisena, eri ajankohtina. Ryhmän alkoholinkulutus laski 3,6 annosta viikossa vuoden mittaisessa seurannassa. (Jonas ym. 2012.)

Alkoholinriskikäyttäjän voi tunnistaa potilaan hoitohistoriasta. Useimmat potilaat ovat tietämättömiä omasta alkoholinkäytöstään ja mieltävät oman alkoholin käyttönsä vain sosiaalisesti juomiseksi. Jaksottainen juominen on yksi ensimmäisistä indikaattoreista alkoholin riskikäyttöön.

Tutkimuksissa on havaittu, että geeneillä ja sosioekonomisella asemalla on merkitystä alkoholiriippuvuuden syntyyn. (Dasarathy ym. 2019.)

Motivoivasta keskustelusta ja päihteiden riskikäytön arvioinnista on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan toiminnalle jatkossa. (Koivunen ym. 2017). Reagoimalla potilaan todellisiin ongelmiin, joka ei välttämättä ole somaattinen ongelma, ehkäistään mahdollisesti potilaan toistuvat käynnit päihteiden käytössä, sekä mahdollisesti kohennetaan potilaan elämänlaatua tulevaisuudessa. (Koivunen ym. 2017).

Koivusen tutkimuksesta selvisi myöskin, ettei aktiivista ohjausta myöhemmin toteutuvaan jatkohoitoon siirtämistä tehty kuin yhdessä sairaalassa, (ks. Liite 6, taulukko 8). Tulevaisuudessa osaamisalueisiin tulee kuulua myös jatkohoidon tarpeen tunnistaminen ja päihteiden käyttäjien paikallisen palvelujärjestelmän tuntemus (Koivunen 2017).

Krapulaa lieventävän lääkityksen ja sairausloman määräämisen yhteydessä ei vastaanotolla keskusteltu alkoholin käytön vähentämisestä, tai kerrottu vaihtoehtoisista hoitomuodoista, vaan pyydettiin ottamaan yhteyttä A-klinikalle. Asiakas jäi kaipaamaan lisää tietoa, miten voi hakeutua hoitopaikkaan ja millaisia muita hoitovaihtoehtoja on tarjolla. Tietoa päihdehoitolaitoksen hoitotavoista saatiin aikaisemmin päihdehoitolaitoksessa olleilta kavereilta. (Honkalampi 2015).

Minnesota-hoidossa on oivallettu se, että kieltäminen ja kulissien murtumisen hyväksyminen vaativat aiempien kokemusten uutta tulkintaa hoidossa annetun tiedon valossa. Tarvitaan metakognitiivisten taitojen kehittämistä, jolloin kulissein ja kielloin suojattu hiljainen kokemustieto avautuu aiempien kokemusten uuden tulkinnan myötä. Kognitiivisia toimintoja ovat mm. erilaiset tiedon vastaanottamiseen, tallentamiseen, käsittelyyn ja käyttöön liittyvät prosessit ajattelusta, oppimisesta ja tietämisestä (Käsitehakemisto- TieVie).

Entiset vääristyneet merkitysperspektiivit ymmärretään toimimattomiksi, merkitysperspektiivillä tarkoitetaan jo lapsuudessa omaksuttua henkilökohtaista viitekehystä. ”Merkitysperspektiivi on yksilön henkilökohtainen viitekehys, joka omaksutaan sosiokulttuurisesti jo lapsuudesta lähtien” (Korpela-Koskinen & Lahtinen 2015). Tyypillisiä näistä vääristymistä ovat ajatus kohtuukäytöstä ja tiettyjen lääkkeiden sopivuudesta. Alkoholisti ei juomisena aikana pysty itse edes määrittelemään juomisensa määrää tai määrittelemään täysin selvänä viettämiään ajanjaksoja totuudenmukaisesti. Minnesota-hoidossa läheiskoh- taaminen ja jatkohoito ovat kaksi keskeisintä muutosta tukevaa tekijää. Sekä itse alkoholismien sairauskäsite, että läheisriippuvuuden sairastuttava luonne ovat viimeistään koko hoitojakson jälkeen helppo hyväksyä. (Oinas-Kukkonen 2013.)

9 POHDINTA

Sairaanhoitajien asenteissa on korjattavaa koskien päihdepotilaiden hoitoa. Alkoholismista on vasta viime aikoina alettu puhua sairautena, mutta yhä edel- leen se rinnastetaan itseaiheutetuksi. Kuten tutkimustuloksissa selvisi, on pu- heeksi otolla suuri merkitys kokonaisvaltaisesti, kun ajatellaan kokonaisuutta alkoholin haittakäytön kannalta.

Monissa tutkimuksissa tuli esille, että hoitotyön esimiesten mukaan päihde- työn toimintamallit ovat tiedossa ja käytössä Suomen terveydenhuollossa. Suomessa tulisikin miettiä yhteistä toimintamallia, missä esimerkiksi Käypä hoito -suositusten mukaisesti alkoholin käyttö otettaisiin automaattisesti pu- heeksi.

Tutkimuksissa selvisi, että päihdepotilaan hoitotyössä on paljon puutteita esi- merkiksi päivystyspoliklinikoilla. Sairaanhoitajien peruskoulutus ei juurikaan si- sällä päihdeopintoja nimenomaan päivystysluontoista toimintaa ajatellen. Sai- raanhoitajan peruskoulutus ei siis välttämättä anna riittäviä valmiuksia päihde- potilaan hoitoon päivystyksessä (Koivunen ym. 2017). Kaiken kaikkiaan päih- detyön opintoja tulisi lisätä sairaanhoitajan koulutuksessa, sillä jokainen tuleva ammattilainen tulee työssään kohtaamaan päihdeongelmista kärsiviä potilaita.

Potilaan muutosmotivaatiota haastatellessa voi käyttää apuna esimerkiksi muutosmotivaatiolomaketta (liite 8). Muutosmotivaatiolomakkeesta selviää hoidettavan potilaan motivaation taso muutokseen. Lomakkeessa on kolme kysymystä, ja kysely on nopea toteuttaa.

Jatkohoitopaikkojen tulisi olla helposti saatavilla olevia matalan kynnyksen paikkoja. Minnesota-mallin mukaista hoitoa Minnesota-hoidon nimellä on Suomessa tarjolla kahdessa eri toimipisteessä. 6500 € hinta karsii huonompi-osaisten mahdollisuuksia tähän intensiiviseen hoitopaikkaan. Minnesota-hoidon vaikuttavuudesta kertoo Heikki Oinas-Kukkosen väitöskirjassa oleva tulos. Tarkastelujaksolla oli 180 potilasta. Heistä 144 oli käynyt Minnesota-Mallin mukaisen hoidon, 93,1 % potilasta oli pysynyt raittiina yli vuoden (Oinas-Kukkonen 2013).

Sosiaali- ja terveyspalvelut maassamme ovat myllerryksen kourissa. Tätä opinnäytetyötä tehdessä uusi SOTE-malli sekä hallitus kaatuivat. Yksityiset toimijat ovat tulleet jäädäkseen ja osalla suomalaista onkin mahdollisuus päästä nopeasti yksityiselle sektorille hoitoon, jos rahaa löytyy tai maksaja on esimerkiksi työnantaja. Päihdeongelmista kärsivät eivät kuulu siihen joukkoon vaan heille julkinen terveydenhuolto on ainut keino päästä hoitoon. Vaikka eriarvoisuutta yritetäänkin karsia, se on sekä nyt että tulevaisuudessa ongelma maassamme.

Riskikäytön tunnistaminen ja aikainen alkoholin käyttöön puuttuminen parantaa mini-intervention tulosta. Ongelmakäyttäjän alkoholin käyttöön on erittäin vaikea saada aikaan muutosta. Hoitajan pitää osata tunnistaa alkoholin käytöstä aiheutuvat somaattiset ja psyykkiset muutokset voidakseen havaita riskikäyttäjän muista potilaista. Riskikäyttäjän tunnistaminen on haastavaa, tunnistaminen paranee, mitä enemmän hoitajilla on koulutusta alkoholin väärinkäytöstä ja mini-intervention tekemisestä.

Mini-intervention tehoon ei olennaisesti vaikuta hoitopaikka, jossa mini-interventio tehdään. Vaikutukset ovat samat riippumatta siitä, onko mini-interventio

tehty päivystyksessä vai terveystieteiden keskuksessa. Olennaisinta on ainoastaan potilaan alkoholin käytön määrä; onko potilas riskikäyttäjä vai ongelmakäyttäjä.

Suurin osa alkoholin väärinkäyttäjistä kärsii mielenterveyden ongelmista. Tehokas alkoholin väärinkäytön hoito vaatii myös mielenterveyden hoitamista. Sairaanhoidajan koulutuksella pystytään parantamaan alkoholin väärinkäyttäjän tunnistamista. Lisäämällä koulutusta saadaan myös pienennettyä kynnystä suorittaa mini-interventio ja samalla saadaan myös kasvatettua mini-intervention vaikuttavuutta.

Alkoholiongelmaisen jatkoseuranta parantaa mahdollisuuksia vähentää alkoholin käyttöä. Mini-intervention teho loppuu noin vuoden päästä. Jatkoseurannalla pystytään pienentämään alkoholin haitallista käyttöä pidempään ja samalla pidetään potilas motivoituneempana hoitoon. On suuri riski, että potilas putoaa omilleen mini-intervention jälkeen. Hoitajan pitää pystyä osoittamaan jatkohoitoa, ettei potilas putoa pois hoidosta.

Optimaalinen hoitopolku alkoholiongelmasta kärsivän potilaan mini-intervention jälkeen voisi olla laitoshoido A-klinikalla, missä saataisiin akuutti kierre katkaistua. Laitoshoidon jälkeen potilas voitaisiin ohjata matalan kynnyksen palveluihin omalle terveysasemalle päihdesairaanhoidajan vastaanotolle. Terveysaseman kautta potilas saisi tarpeen mukaan lähetteen arvioon mielenterveys- ja päihdepoliklinikalle.

Alkoholiongelman puheeksi otossa vaikuttavat eniten hoitajan kehonkieli ja äänenpaino. Potilas ei muista pitkään sitä, mitä interventiossa on sanottu. Hoitajan empaattisuus ja läsnäolo tilanteessa vaikuttaa pidempään ja saa aikaan paremman hoitosuhteen potilaan ja hoitajan välillä.

Alkoholin käyttö lisääntyy maailmalla, kun tarkastelee esimerkiksi WHO:n globaalin strategian tuomia tutkimustuloksia. Suomalaisten nuorten alkoholin käyttö sen sijaan lehtitietojen mukaan on vähentynyt.

Tämän opinnäytetyön liitteessä 8 on esitelty muutosvaihemallikuva, jossa on kuvattu värein eri vaiheet. Vihreällä värillä on kuvattu päihdeongelmasta vapaa elämä. Kuva kertoo realistisesti ne vaiheet, jotka päihdeongelmainen kokee. Kaikki eivät raitistu kerrasta vaan yleisimmin retkahduksia tulee useita ennen kuin päätavoitteeseen eli raitistumiseen päästään. Jokaisen hoitotyötä tekevän pitäisi katsoa kuvaa ja miettiä omia toimintatapojaan päihdepotilaan hoitotyössä. Muutos ei aina tule helposti.

Alkoholin käytön puheeksi ottaminen pitäisi kuulua jokaisen hoitajan perusosaamiseen. Systemaattisesti kysytään potilailta aina hoitosuhteen alussa alkoholin käyttö, riippumatta hoitopaikasta. Tavoitteena olisi löytää mahdollisimman nopeasti alkoholin riskikäyttäjät, mini-intervention avulla. Aikainen riskikäyttöön puuttuminen ehkäisee sairauksia ja vähentää yhteiskunnalle koituvia kuluja.

9.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta kuvaa monipuolinen ja runsas lähdekirjallisuuden käyttö. Lähteinä on käytetty tutkittua teoriatietoa, ajankohtaisia ja luotettavia tutkimuksia ja tekstejä. Teoriatietona on käytetty teoksia vuodelta 2009 alkaen ja sitä uudempia teoksia, pyrkimyksenä löytää viimeisin saatavissa oleva tieteellisesti tutkittu julkaisu.

Tietokannoista löydettyjä elektronisia tutkimuksia voidaan pitää luotettavina lähteinä. Näitä on myös mahdollista käyttää vapaasti. Toisaalta on hyvä välttää liiallista internetlähteiden käyttöä. Internet on kaikille avoin, joten sinne on mahdollista kirjoittaa mitä tahansa ja lähteet saattavat sisältää muualta plagioituja tekstejä. Käytettäessä toisen tutkijan käyttämiä lähteitä täytyy asiasta ilmoittaa raportissa ohjeiden mukaisesti, jolloin tutkimus on moraalista. Kun käytetään elektronisia tutkimuksia, on viitatessa laitettava www-osoitteen täsmällinen sivu ja osoitettava, milloin tutkija on sen tarkastanut. (Kuula 2011, 45–50.)

Tässä opinnäytetyössä käytetyt tietokannat ovat suositeltuja käytettäväksi hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Käytetyt hakusanat sekä Boolean operaattorien

käyttö ovat tarkkaan harkittuja ja hakusanat vastaavat opinnäytetyön otsikkoa. Boolean operaattoreilla *JA*, *TAI* sekä *EI* voidaan yhdistää useampia hakusanoja toisiinsa. Varsinkin englanninkielisissä tietokannoissa näitä operaattoreita vastaavat usein sanat AND, OR ja NOT. Operaattorien käyttö mahdollistaa tietokantojen ja hakukoneiden käytön tehokkaasti. Tehdyt haut ovat onnistuneet hyvin, koska hakukriteerit olivat tarkasti rajatut. Hakutulokset olivat mahdollisia käsitellä kokonaan, koska saatujen tulosten määrä oli realistinen käydä läpi. Kaikki hausta saadut tutkimukset käytiin läpi yksitellen. Tutkimukset valittiin ensin otsikon perusteella ja sen jälkeen sisällön perusteella. (Stolt ym. 2016, 8–10.)

Tutkijan aito kiinnostus, tarkka paneutuminen aiheeseen, rehellisyys, kohtuuttomien vahinkojen välttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuun kantaminen työstä vaikuttavat eettisyyteen tutkimuksissa. Tutkimuksia ei saa väärentää eikä keksiä, ja tuloksia raportoidaan rehellisesti mitään olennaista kertomatta jättämättä. Tutkimuksiin kohdistuvalla etiikalla tavoitteena on hyödynnettävyys, jolla tarkoitetaan jatkokehitysideoita joko kyseiselle kohderyhmälle tai tulevaisuuden potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuen. (Kankkunen ym. 2013, 211–212, 218.)

Etiikan peruskysymyksiä ovat hyvän ja pahan välinen sekä oikean ja väärän välinen suhde. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkijalta sitä, että hän noudattaa tutkimuksenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Keskeisiä käsitteitä eettisyyttä huomioiden on myös se, että toisen teosta ei plagioida. Tuloksia ei saa yleistää kriittikittömästi, eikä niitä saa kaunistella. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–26.)

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan. Kirjallisuuskatsaus on menetelmänä luotettava, kun siinä käytetyt tutkimukset täyttävät määrätyt kriteerit. Tutkimuksen laatua tulee arvioida. Tutkimusten tulee olla viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Kirjallisuuskatsauksessa käytettävien tutkimusten tulee olla luotettavia ja hyvin rajattuja. Tutkimuksessa tulee olla selkeät tutkimuskysymykset, oikea menetelmä, selkeät tulokset ja pohdinta. (Stolt ym. 2016, 23–26.)

Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuskenteen eettisiä ohjeita. Esimerkiksi kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet merkittiin huolellisesti. Lisäksi työn tekemiseen saatiin asiantuntijaopettajan apua. Työssä on pyritty perehtymään tutkittavaan aiheeseen syvällisesti, jotta tutkimusongelmaan saadaan hyviä ratkaisuja, joita on mahdollista hyödyntää palvelemissa potilaita ja hoitohenkilökuntaa käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyö käy läpi Urkund- tarkastuksen ja opinnäytetyö julkaistaan WWW-osoitteessa niin, että opinnäytetyö on julkinen ja yleisesti luettavissa. Avoimuus ja työn julkisuus kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Ks. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene, 2018.)

9.2 Johtopäätökset, opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksiä tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kirjallisuuskatsauksesta saadut tulokset antavat samansuuntaisia tuloksia kuin mitä aiheesta on aiemmin kirjoitettu.

Johtopäätöksenä voi todeta, että onnistuneeseen mini-interventioon vaikuttaa moni asia. Keskeisimpänä voi mainita alkoholin riskikäyttäjän tunnistamisen ja tunnistamisen vaikeuden. Myös potilaan motivaatiolla on suuri merkitys. Puheeksi oton merkitys korostui useassa tutkimuksessa. Jo puheeksi otolla saataisiin osa alkoholin ongelmakäyttäjistä seulottua väestöstä ja ongelmakäyttöön pystyttäisiin puuttamaan ennen kuin vakavia haittoja ehtisi syntyä.

Hoitohenkilökunnan asenne on suuri ongelma päihdeongelmaista potilasta kohtaan potilaan hoidossa. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan koulutus kuitenkin paransi henkilökunnan osaamista päihdepotilaiden hoidossa. Osaamisen vahvistamisella voisi olla suotuisia vaikutuksia myös asenteisiin.

Jatkotutkimuksena voisi tutkia sairaanhoitajien päihdeosaamista esimerkiksi Kymenlaakson keskussairaalassa. Tutkimuksessa voisi tutkia onko hoitohenkilökunnalla tarvetta täydennyskoulutukseen päihdetyön osalta ja ovatko kaikki alkoholin käytön seulontamenetelmät käytössä. Tutkimuksen voisi

suunnata koko sairaalan hoitohenkilökunnalle osastosta ja toimipaikasta riippumatta.

Audit C:n ja FASTin muokkaaminen ja yhdistäminen yhtenäiseksi kyselyksi ja hoitajien rutiinitoimenpiteiksi akuuttihoidossa. Moniammatillisen yhteistyön syventäminen päivystyksessä (Sosiaalityö ja hoitotyö) eli Monitoimijapäivystys.

Intervention toteutuminen terveyskeskuksissa, kuinka paljon sitä tapahtuu?
Tunnistetaanko terveyskeskuksissa alkoholin ongelmakäyttäjät tarpeeksi hyvin, jotta ongelmakäyttöön osataan puuttua?

Päivystyksen henkilökunnan asenteista ja osaamisesta päihtyneen potilaan hoitotyössä on niukasti kansainvälistä ja kansallista tutkimustietoa. Näitä asioita on eniten tutkittu perusterveydenhuollon sekä psykiatrisen hoitotyön alueella. Myös varhaisvaiheen päihdetyön koulutusinterventioita muun muassa ammattietiikan näkökulmasta tulisi tutkia nykyistä enemmän.

Monissa tutkimuksissa mainittiin, että mini-interventio vaikuttaa positiivisesti miesten alkoholin käytön vähentämiseen. Siispä jatkotutkimuksena voisi tehdä kaksi erillistä tutkimusta, joissa tutkimus rajattaisiin siten, että miehet ja naiset tutkittaisiin erillisinä tutkimuksina. Tutkimusta voisi ehdottaa esimerkiksi työterveyshuoltoa suorittavalle yritykselle. Työterveyden osuus on jäänyt vähälle maininnalle tässä opinnäytetyössä.

Tapio Paljärven ja Piia Mäkelän (2019) tutkimuksen tulokset osoittavat, että merkittävä osa alkoholisyistä kuolleista oli ollut kontaktissa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon useita vuosia ennen kuolemaansa. Alkoholisyistä kuolleista 60 % oli ollut yhteydessä erikoissairaanhoidon ja 80 % perusterveydenhuoltoon vähintään kerran 5–10 vuotta ennen kuolemaansa. Toisin sanoen merkittävä osa alkoholisyistä kuolleista oli ollut tavoitettavissa terveydenhuollon kontaktien perusteella. Tämä tutkimustulos tiivistää koko opinnäytetyön aiheen tärkeyden. Alkoholin riskikäyttö lisää kuolleisuutta, ja siihen tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla.

A-klinikka Oy (2019) tarjoaa digitaalisia palveluita päihdeongelmista kärsiville: Digitaaliset palvelut ovat yksi tulevaisuuden hoitomuoto. Olisikin mielenkiintoinen tutkimusala, jos tulevaisuudessa tutkittaisiin, minkälaisia tuloksia digitaalisilla palveluilla saadaan aikaan. Esimerkiksi akuutin alkoholin aiheuttaman haimatulehduksen jälkeinen puheeksiotto alkoholin käytöstä, tapahtuuko sitä kirurgisilla osastoilla hoitajien toimesta? Annetaanko potilaalle ohjausta jatko-hoitoon?

Hoitotyön esimiesten arvojen tutkiminen päihdepotilaan hoitotyössä, kuinka moni kokee sen tärkeäksi? Esimiesten arvojen tutkimisella saataisiin myös varmasti selvitettyä sairaanhoitajien mahdollisuutta saada päihdepotilaiden hoitotyön täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutukset ovat sairaalakohtaisia mutta esimies on viimeinen linkki siihen, että sellaista voidaan tarjota.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia myöskin läheisten roolia alkoholi-ongelmaisen hoidossa ja mahdollisessa toipumisessa sairaudestaan. Mikä on läheisen osuus lopullisessa raittiuspäätöksessä?

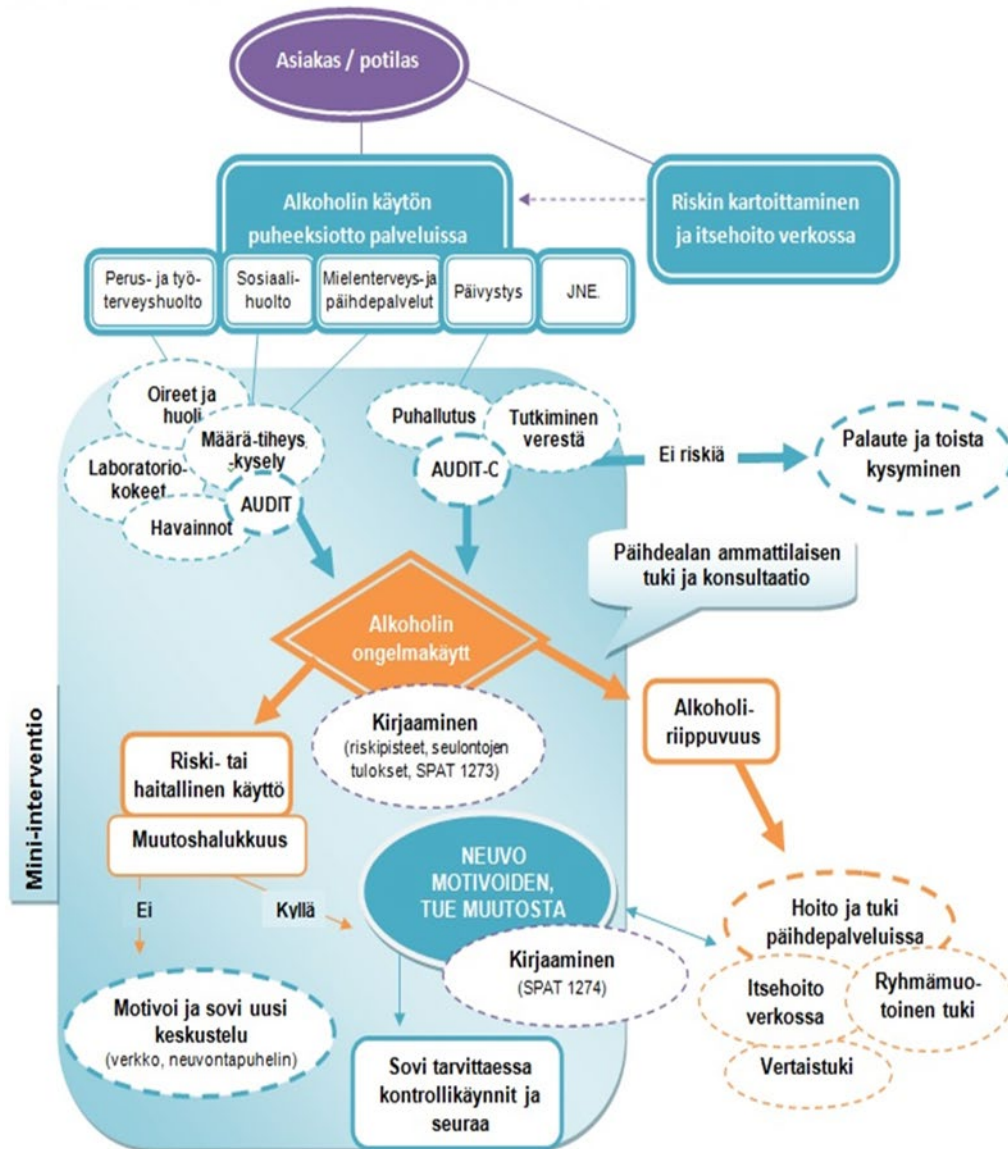
Opinnäytetyössä on kattavasti määritelty alkoholi-ongelmaa ja mini-interventiota. Työtä voi hyödyntää sekä opetus- että käytännön hoitotyössä.

Alkoholin ja työelämän suhde on haastava. Työ voi ahdistaa ja väsyttää niin, että helpotusta haetaan alkoholista. Vapaa-aikana tapahtuva alkoholinkäyttö voi heijastua työpaikalle, vaikka työntekijää ei tavattaisikaan humalassa työpaikalla. Toisaalta tiedossamme ei ole tutkimustietoa mahdollisista myönteisistä vaikutuksista, joita saattaa syntyä alkoholin käytöstä yhteisissä työhön liittyvissä tilaisuuksissa (Kaarne & Aalto 2009).

Haittojen vähentämiseksi tietoutta alkoholista ja juomatapojen vaikutuksesta terveyteen ja toimintakykyyn on lisättävä työpaikoilla. Asiallinen keskustelu esimerkiksi humalahakuisen juomisen ihannoinnin sijaan voisi rakentaa terveempää asenneilmastoa. Riskikuluttajien tunnistusta ja neuvontaa voidaan edelleen lisätä.

Myös alkoholiriippuvaisen varhainen hoitoon pääsy on osa haittojen ehkäisyä (Kaarne & Aalto 2009). Siksi olisikin hyvä tutkia, kuinka paljon alkoholinkäytön puheeksiottoa käytetään työterveyshuollossa, esimerkiksi vuosikontrollien yhteydessä.

Kuvio. Alkoholinkäytön mini-interventio prosessina (THL 2017).



Kuva 4. Alkoholinkäytön mini-interventio prosessina (THL 2017)

Prosessikuvassa mini-interventio on kuvattu melko monimutkaisena prosessina. Paperilla kuva on näyttävän näköinen mutta sen toteuttamiseen tulisi olla yksinkertaisempikin kuvio. Puheeksiottoa tulisi suurentaa kuvassa.

LÄHTEET

* Tutkimustaulukossa 1 (liite 1) mukana olevat tutkimusartikkelit

Aalto, M., Alho, H., Seppä, K. & Kiianmaa, K. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. E-kirja. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/hlr00289/do#organisaatio>. [viitattu 13.9.2019].

Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. PDF-dokumentti. s.11–20. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1> [viitattu 14.9.2019].

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Kustannuspaikka: PS-kustannus. Jyväskylä.

Alho, H. 2014. Alkoholiriippuvuuden hoito: Mitä uutta? Jotain kättä pitempää. Powerpoint-diat. Saatavissa: <https://slideplayer.fi/slide/11989900/>. [viitattu 14.9.2019].

*Alho L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2422-3/urn_isbn_978-952-61-2422-3.pdf [viitattu 20.4.2019].

Alkoholi, mitä se on? s.a. Päihdelinkki. Tietopankki. Pikatieto. Alkoholi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi> [viitattu 11.3.2019].

Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. 2019. Ongelman varhainen tunnistaminen ja mini-interventio. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkaisevan-paihde-tyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/alkoholi> [viitattu 14.9.2019].

Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25-80v./100000 vastaavan ikäistä. 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/kuolleisuuserot/> [viitattu 10.7 2019].

Alkoholin ongelmakäytön tasot. s.a. Keski-Suomi. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.hyvis.fi/web/keski-suomi/alkoholin-ongelmakayton-tasot> [viitattu 5.6.2019].

Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit.2015. Käypä hoito - työryhmä Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim Käypähoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00353> [viitattu 14.9.2019].

Alkoholiongelman hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028> [viitattu 11.3.2019].

Alkoholijuomien kulutus 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>

Alvan, A. 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessionid=6EFD72CE3029B376E5A60A38F4BC62?sequence=1 [viitattu 14.9.2019].

Amick, H. Brown, J. Brownley, K. Garbutt, J. Jonas, D. 2012. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 9, 645–654. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://annals.org/aim/fullarticle/1361859/behavioral-counseling-after-screening-alcohol-misuse-primary-care-systematic-review> [viitattu 13.6.2019].

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/> [viitattu 9.9.2019].

Audit-kysely. 2018. Terveyskirjasto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgt/AUDIT.pdf> [viitattu 10.3.2019].

Audit-C. Päihdelinkki. 2016. PDF-julkaisu. Saatavissa: https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit-c_2016.pdf [viitattu 13.9.2019].

Barnett, N. P., Apodaca, T. R., Magill, M., Colby, S. M., Gwaltney, C., Roshenov, D.J. & Monti, P.-M. 2010. Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction* 2010 3, 452–465. verkkolehti Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858352/> [viitattu 9.9.2019].

*Behm, M.-M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla; eettisten periaatteiden toteutuminen. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1944-1/urn_isbn_978-952-61-1944-1.pdf [viitattu 2.4.2019].

Buddy. 2019. How to take and score the FAST alcohol screening test. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.verywellmind.com/the-fast-alcohol-screening-test-69495> [viitattu 10.3.2019].

Castrén, M., Alho, H., Mäkisalo, H. 2018. Mikä saa juomisen loppumaan? Lääketieteellinen aikakauskirja. *DUODECIM* 2018;134(23):2391-5 Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/23/duo14647> [viitattu 29.5.2019].

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 2. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
Castren, S., Pakkanen, A-M., Alho, H. 2015. Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito. Lääkärilehti.21.1497–1501. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.221457> [viitattu 10.3.2019].

Dasarathy, J., Young, J., Chhatlani, A., Raddock, M. & Tampi, R. 2019. Alcohol use disorder: How best to screen and intervene. The journal of family practice 68(1), 35–39. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.mdedge.com/family-medicine/article/193234/addiction-medicine/alcohol-use-disorder-how-best-screen-and-intervene/page/0/4> [viitattu: 3.6.2019].

Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihdyon-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020> [viitattu 9.9.2019].

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. 2015:19. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki. E-kirja. Saatavissa: http://www.e-julkaisu.fi/thl/ept_toimintaohjelma/mobile.html#pid=3 [viitattu 9.9.2019]

Havio, M-L, Inkinen M, & Partanen, A.2013. Päihdehoitotyö. Tammi.7. Uudistettu laitos.

*Heikkilä, A. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120560/urn_nbn_fi_uef-20120560.pdf [viitattu 9.9.2019]

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hirvonen, L., Jurvansuu, H., & Kuokkanen, M. A. 2011. Alkoholin riskikäyttäjän mini-interventio. E-Kirja. Helsinki: Työterveyslaitos: STM 2011. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Search/Results?lookfor=Alkoholin+riskik%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4n+mini-interventio.2011&type=All-Fields&dfApplied=1&limit=20>

*Honkalampi, S. 2015. Asiakkaan kokemus alkoholinkäytön mini-interventiosta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45747/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201504301697.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 26.5.2019.]

Holopainen, A. s.a. Lääkkeiden väärinkäyttö. Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/laakkeiden-vaarinkaytto> [viitattu 14.9.2019.]

How to Take and Score the FAST Alcohol Screening Test.

The FAST Alcohol Screening Test is Effective. 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.verywellmind.com/the-fast-alcohol-screening-rtest-69495> [viitattu 11.3.2019].

Huttunen, M. 2018. Alkoholiriippuvuus (Alkoholismi). Lääkärikirja Duodecim, 2. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196 [viitattu 26.5.2019.]

Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K.M. & Rotenko, I. 2009. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X08000955?via%3Dihub> [viitattu 11.3.2019].

Kaarne, T. Aalto, M. 2009. Alkoholit ja työelämä. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/8/duo98006> [viitattu 9.9.2019].

Kadlecová, P. Andel, R. Mikulík, R., Handing, E. Pedersen, N. 2015. Alcohol Consumption at Midlife and Risk of Stroke During 43 Years of Follow-Up. *Stroke* 46, 627–633. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.114.006724> [viitattu 9.9.2019].

*Kahdentoista askeleen hoidon vertailu muihin hoitomuotoihin alkoholiongelmaisen hoidossa. Näytönastekatsaus. 2015. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nak04632> [viitattu 16.6.2019].

Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P. Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25. 4, s. 291–301. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.finna.fi/Record/arto.1614408?lng=en-gb>. [viitattu 13.9.2019].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

Kananen, J. 2015a. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Mitä kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2015b. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202.

Kankaanpää, S. 2011. Sosiaalityön käytäntötutkimus. Päihdepotilaat erikoissairaanhoidon sosiaalityön haasteena. PDF-julkaisu. Saatavissa: http://www.socca.fi/files/1658/Paihdepotilaat_erikoissairaanhoidon_sosiaalityon_haasteena_Sini_Kankaanpaa_.pdf [viitattu 9.9.2019].

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Kustannuspaikka: Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Koivunen, M & Hakala, T & Peltomaa, K. 2017. Alkoholista päihtyneiden potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen päivystyspoliklinikoilla. Yhteiskuntapolitiikka. 82 (2017):5. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705_Koivunenym.pdf?sequence=1 [viitattu 9.9.2019].

Koppa. 2016. Teemoittelu. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu> [viitattu 9.9.2019].

Korpela-Koskinen, M & Lehtinen, J. 2015. uudistava oppiminen ja erilaiset oppimistyylit. WWW-julkaisu. Saatavissa: <http://oppimisenohjaaminen.blogspot.com/2015/03/minna-korpela-koskinen-jukka-lehtinen.html> [viitattu 2.9.2019].

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.). 2008. Kohti muutosta – Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.

Kuolemansyyt 2017. Tilastokeskus. 20.12.2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html#alkoholijuomien1\)kulutus](https://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html#alkoholijuomien1)kulutus) [viitattu 9.9.2019].

Kuoppasalmi K., Heinälä P., Lönnqvist J. Päihdehäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). Psykiatria. 12. Painos. Kustannus Oy Duodecim 2017; s. 491-559.

*Kurki-Kangas, L. 2016. Edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyö. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/100006> [viitattu 9.9.2019].

Kylmänen, P. 2017. Päihteet puheeksi motivoiden. 19.11.2017. Powerpointdiat. Saatavissa: <https://www.slideshare.net/THLfi/petri-kylmnen-pihteet-puheeksi-motivoiden-82633774> [viitattu 6.9.2019].

Käärinen, J. 2010. Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. PDF-julkaisu. saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66675/978-951-44-8283-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 2.9.2019].

Lappalainen-Lehto, R. 2011. Mini-interventio erikoissairaanhoidossa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Diaesitys. Saatavissa: <https://docplayer.fi/2992864-Mini-interventio-erikoissairaanhoidossa-12-10-2011-riitta-lappalainen-lehto.html> [viitattu 15.4.2019].

Levola, J., Aalto, M. 2019. Alkoholiongelmat ja masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 135(13): 1264–70. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.221531> [viitattu 4.7.2019].

Lintonen, T., Niemelä, S., Mäkelä, P. 2019. Alkoholinkäytön hälytysrajan ylittäviä käyttäjiä on Suomessa vähintään viisi prosenttia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*.;135(16):1459–66 WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/16/duo15071> [viitattu 6.9.2019].

Manthey, J., Shield, K., Rylett, M., Hasan, O., Probst, C & Rehm, J. 2019. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The lancet* volume 393, issue 10190 s. 2493-2502. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://iogt.org/wp-content/uploads/2019/05/Manthey-2019-Global-alcohol-exposure-between-1990-and-2017-and-forecasts-until-2030.pdf> [viitattu 14.9.2019].

Markkula, J. Montonen, M., & Warpenius K. 2017. Tapaturmapotilaan alkoholiongelman tunnistaminen, puheeksiotto ja tuki päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksesta tiiviisti 34, marraskuu. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. PDF-julkaisu. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135570/URN_ISBN_978-952-302-955-2.pdf?sequence=1 [viitattu 20.4.2019].

Mattila, H. 2018. Alkoholiongelman tunnistaminen ja hoitaminen terveysasemalla. Kyselytutkimus perusterveydenhuollon työntekijöille. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ylempi Amk opinnäytetyö. PDF-julkaisu. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/157601/Mattila_Heidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 14.3.2019].

Motivointi muutokseen. 2019. Muutoksen vaiheet ja toimintatavat. A-Klinikasäätiö. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tyontueksi/alkoholineuvonnan-opas/motivointi-muutokseen> [viitattu 29.3.2019].

Mäkelä, P. Härkönen, J. Lintonen, T. Tigerstedt, & C. & Warpeina, K. 2018. Näin Suomi juo. Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki.

Mäkelä, R. 2016. Kenen vastuulla on alkoholihaittojen vähentäminen? *Yleislääkäri*, 2 s.30–32. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=c8dd8d14-f706-11e5-a51b-00155d64030a> [viitattu 9.9.2019].

Mäkelä, P. 2015. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Alkoholialkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-artikkeli. Saatavissa: http://www.terveytemme.fi/ath/turku2014/notes/ath_alco_cr.htm [viitattu 14.9.2019].

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa: Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto 2016.

*Noppari, E., Koivunen, M., Mäkelä, K-L.& Hakala, T. 2018. Sairaanhoidajien kokemuksia päihtyneen potilaan kohtaamisesta päivystyshoitotyössä – osaamisen näkökulma. HOITOTIEDE 2018, 30 (4), 334346 [viitattu 11.5.2019].

Nurmi, I. & Lillsunde, P. 2018. Päihteet lisäävät tapaturmavaaraa – Käyttöön kannattaa hoitotilanteessa puuttua. Suomen lääkärilehti. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/sll48265?toc=379500> [viitattu 9.9.2019].

O'Donnel, A. Anderson, P. Newbury-Birch, D. Schulte, B. Schmidt, C. Reimer & J. Kaner, E. 2014. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews.2014. *Alcohol and Alcoholism*, Volume 49, Issue 1, January/February 2014, Pages 66–78. WWW-julkaisu. Saatavissa:<https://academic.oup.com/alcalc/article/49/1/66/145551> [viitattu 13.6.2019].

*Oinas-Kukkonen, H. 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota hoidossa. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-julkaisu. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-0296-9> [viitattu 16.6.2019].

Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Kirjallisuuskatsaukset. 2019. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/> [viitattu 9.9.2019].

*Paljärvi T. & Mäkelä P.2019. Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-julkaisu. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137587/URN_ISBN_978-952-343-294-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 9.9.2019].

Peltoniemi, T. (toim.) 2013. Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito politiikka nyt ja 2040. Kustannuspaikka: Lönnberg Painot Oy, Helsinki.

Poikolainen, K. 2018. Alkoholihumala ja muita alkoholin välittömiä vaikutuksia. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01084#s2 [viitattu 14.9.2019.]

Päihteet puheeksi. Mitä asiakas odottaa ammattilaiselta? WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.pkkansanterveys.fi/paihteetpuheeksi/muutosvaiheet-ja-motivoiva-lahestymistapa/#odotukset> [viitattu 20.4.2019].

Päihdepalvelut. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://stm.fi/paihdepalvelut> [viitattu 11.3.2019].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986 41/ Oikeusministeriö. WWW-julkaisu. Päihdetyön lainsäädäntö.1986. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-julkaisu. [viitattu 11.3.2019].

Päihdelinkki 2018. Alkoholin käytön kartoitus ja hoitomotivaatio - Alkoholi-E. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-kartoitus-ja-hoitomotivaatio-alkoholi-e> [viitattu 15.9.2019.]

Päihdelinkki 2018. Alkoholiriippuvuudesta SADD. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholiriippuvuudesta-sadd> [viitattu 15.9.2019.]

Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). Sosiaaliturva: SVT_PTVK_. PDF-julkaisu. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/137332> [viitattu 14.9.2019.]

Rakkolainen, M. K. 2017. Motivaatiota voi luoda. A-klinikkasäätiö. WWW-Dokumentti Saatavissa: <https://a-klinikkasaaatio.fi/tiimi/tiimi-5-2017/motivaatiota-voi-luoda> [viitattu 31.5.2019].

*Rakkolainen, M.K. 2017. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/101802> [viitattu 31.5.2019].

*Ruumensaari, H. 2012. Pois pullon pauloista: näkökulmia päihdekuntoutujien muutosmotivaatioon ja hoitoon hakeutumiseen. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro-gradu -tutkielma. PDF-julkaisu. Saatavissa <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61444> [viitattu 26.5.2019].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2012. Teemoittelu. Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/93964-Anita-saaranen-kauppinen-anna-puusniekka-menetelmaopetuksen-tietovaranto-kvali-motv-kvalitatiivisten-menetelmien-verkko-oppikirja.html> [viitattu 5.6.2019].

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. *Duodecimlehti*. 125(8), 897-904. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/8/duo98004> [viitattu 9.9.2019].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.140504>

Salo-Chydenius, S. 2017. Motivoiva toimintatapa/motivoiva haastattelu. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietois-kut/paihdeyon-menetelmat-ja-koulutus/motivoiva-toimintatapa-motivoiva-haastattelu> [viitattu 20.5.2019].

Seppä K-L., Lahtinen T., Anttila S., Aalto M. 2004. Alcohol drinking among emergency patients – alcometer use and documentation. Artikkelilehdessä *Alcohol & alcoholism*. 39 s. 262–265. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://academic.oup.com/alcalc/article/39/3/262/190322> [viitattu 9.9.2019].

Seppä, K-L. 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon: teoriasta toimivaksi käytännöksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.

STM. 2016a. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2016:65. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71221/URN:NBN:fi-fe201504226779.pdf> [viitattu 9.9.2019].

STM. 2016b. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2016:3. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 9.9.2019].

Stolt, M. Axelin, A., Suhonen. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:73/2016. Turku: Turun yliopisto.

Tilastokeskus. 2017. Kuolemansyyt. ISSN=1799-5051. 2017, 4. Alkoholikuolemien määrä väheni vuonna 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_004_fi.html [viitattu: 26.5.2019].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Van-
taa.9. Uudistettu laitos.

Schmidt, C., Schulte, B., Seo, H-N., Kuhn, S., O'Donnell, A., Kriston, L., Vertheim & U. Reimer, J. 2015. Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction* 2016 5 s. 783-794. Verkkolehti. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5139e3ca-06da-4395-9df3-19554f390fe4%40sessionmgr103> [viitattu 14.9.2019].

Simojoki, K. 2016. Päihteiden käytön tunnistaminen. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.221480> [viitattu 13.9.2019].

Vadlamudi, R. Adams, S. Hogan, B. Wu, T. & Wahid, Z. 2007. Nurses attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of education intervention. *Nurses Education in Practice* Vol. 8, No. 4, 290-298. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595307000996?via%3Dihub> [viitattu 14.9.2019].

Wahlbeck, K. Hietala, O. Kuosmanen, L. McDaid, D. Michonne, J. Parkkonen, J. Reini, K. Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. PDF-julkaisu. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 11.5.2019].

Warren, O.U., Sena, V., Choo, E. & Machan, J. 2012. Emergency Physicians' and Nurses' attitudes towards Alcohol-Intoxicated Patients. *The Journal Emergency Medicine* 43(6), 1167–1174 Warren & al. 2012. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467912002363> [viitattu 9.9.2019].

Whitty, M., Nagel, T., Jayaraj, R & Kavanagh, D. 2016. Development and evaluation of training in culturally specific screening and brief intervention for hospital patients with alcohol-related injuries. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/277025820_Development_and_evaluation_of_training_in_culturally_specific_screening_and_brief_intervention_for_hospital_patients_with_alcohol-related_injuries_Development_and_Evaluation_of_Training [viitattu 9.9.2019].

WHO.2018. Harmful use of alcohol kills more than 3 million people each year, most of them men.2018. PDF-dokumentti. *WHO News release*. Saatavissa: <https://www.who.int/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year-most-of-them-men> [viitattu 15.6.2019].

Zatzick, D., Donovan, D.M, Jurkovich, G., Gentilello, L., Dunn, C., Russo, J., Wang, J., Zatzick, C.D., Love, J., McFadden, C., Rivara, F.P. 2014. Disseminating Alcohol Screening and Brief Intervention at Trauma Centers: A Policy Relevant Cluster Randomized Effectiveness Trial. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014067/> [viitattu 9.9.2019].

Öfverström-Anttila, H., Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Hyviä työvälineitä ja arjen käytäntöjä terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Aikuisten ehkäisevä päihdetyö. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.hel.fi/sta-tic/sote/paihde/ety/aineistopankki/ammattilaisille-ikaantyneiden.pdf> [viitattu 28.5.2019].

TUTKIMUSTAULUKKO

Suomenkieliset tutkimukset Taulukko 6

Tutkimuksen nimi, kirjoittaja(t) ja vuosi, julkaisu, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimus menetelmä ja alue	Tulokset ja pohdinta
Alho Leena, 2017 Väitöskirja, Suomi	Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa.	Tutkimuksessa selvitettiin alkoholinkäytön varhaista puheeksiottoa sekä terveyden että sosiaalihuollon peruspalveluissa asiakkaiden, työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta.	Tarkastellessa organisaatioiden tietotaitoja ja tukipalveluita kokivat terveydenhuollon ammattilaiset sen paremmaksi kuin sosiaalihuollon ammattilaiset. Terveydenhuollon esimiesten suhtautuminen varhaiseen puheeksiottoon oli myönteistä. Ongelmaksi esimiehet näkivät tietojärjestelmät, mitkä eivät tukeet puheeksiottoa. Lisäksi esimiesten toteuttama työnohjeistaminen, perehdytys ja työn tukeminen vaihtelivat yksiköittäin. Koska ongelmakäyttö on yleistä, tulisi varhaista puheeksiottoa lisätä. Myöskin asiakkaat kokevat puheeksioton hyödylliseksi. Varhaista puheeksiottoa voidaan kasvattaa työn +systemaattisen ohjeistamisen ja tukemisen keinoin. Myös selkeät toimintasuunnitelmat ja lisäykset tietojärjestelmään helpottavat puheeksiottoa. Jatkotutkimuksissa tulisi pohtia päihteenkäytön varhaista puheeksiottoa systeemiteoreettista viitekehystä hyödyntäen terveydenhuollon peruspalveluissa.

Behm, Minna-Maria 2015, Väitöskirja. Suomi	Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiotto-tilanteissa päivystysvastaanotoilla Eettisten periaatteiden toteutuminen.	Tutkimuksessa selvitettiin sellaisten tapaturmapotilaiden osuutta, ketkä olivat hakeutuneet ensiapupoliklinikoille alkoholin vaikutuksen alaisena. Tutkimuksessa kuvattiin myös henkilökunnan hoitotyön osaamista ja asenteita koskien päihtyneitä potilaita.	Tutkimuksessa selvisi, että kolmasosa tapaturmaisesti päivystyspoliklinikoille hakeutuneista oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Hoitohenkilökunta kohtaa useasti erikoissairaanhoidossa päihtyneitä potilaita. Suuri osa hoitohenkilökunnasta koki, että alkoholin käyttö on useasti osasyynä hoitoon hakeutumiseen. Hie-man alle 50 % kyselyyn vastanneista koki, ettei alkoholin käytöstä tiedustelu ole mielekäästä. Vastajat kokivat myös, että tiedustelu on ihmisen yksityisasioihin puuttumista. 2/3 vastaajista oli sitä mieltä, että alkoholin ongelmakäyttäjät käyttivät terveyspalveluita muita enemmän. Hoitohenkilökunnasta 20 % oli sitä mieltä, että osaavat puheeksioton jonkin verran tai melko huonoksi. Kaksi kolmesta vastaajasta koki, että osaavat motivoida päihdeongelmaista muutokseen ja hoitohalukkuuteen.
Tiina Hakala, Marita Koivunen, Päivi Åstedt-Kurki. 2017. Integroitu kirjallisuuskatsaus	Henkilökunnan asennoituminen ja osaaminen päihtyneen potilaan hoitotyössä päivystyksessä.	Tutkimuksessa kuvattiin päivystyspoliklinikoiden henkilökunnan asennoitumista ja osaamista päihdepotilaiden hoitotyössä.	Hoitohenkilökunnan asenteet olivat neutraaleja tai suhteellisen positiivisia päihdepotilaita hoidettaessa. Potilasta kunnioitettiin ja alkoholin käytön puheeksiottoon suhtauduttiin neutraalisti. Kuitenkin leimaamista, kielteistä suhtautumista ja suvaitsemattomuutta havaittiin. Potilaan ominaisuudet ja hoitotyön toteuttamiseen liittyvät esteet vaikuttivat asenteisiin. Potilaan yhteistyökyvyttö-

			<p>myys ja mahdolliset käytöshäiriöt aiheuttivat kielteistä suhtautumista hoitajien taholta. Henkilökunnan osaaminen päihtyneen potilaan hoitotyössä oli vaihtelevaa ja osaamista ei aina hyödynnetty. Haasteena hoitajat kokivat kiireisen toimintaympäristön. Koulutuksella oli suotuista vaikutus sekä asenteisiin että osaamiseen.</p>
<p>Mattila Heidi, YAMK-opinnäyte-työ, Suomi, 2018</p>	<p>Alkoholiongelman tunnistaminen ja hoitaminen terveysasemalla Kyselytutkimus perusterveydenhuollon työntekijöille.</p>	<p>Tässä YAMK-opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää, mitkä keinot perusterveydenhuollon käytössä alkoholiongelmaisen tunnistamisessa ja hoidossa. Tarkoituksena oli myöskin selvittää perusterveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia potilaan ohjaamisesta Tampereen kaupungin Psykiatria- ja päihdekeskukseen jatkohoittoon. Samaan yksikköön kuuluvat myös ensiohjausyksikkö Ension ja terveysasemille jalkautuneiden päihdesairaanhoidtajien palvelut.</p>	<p>Tutkimustuloksista ilmenee, että vastanneesta henkilökunnasta moni tapaa työssään alkoholin ongelmakäyttäjää. Puhekesiotoissa esiintyy vaihtelua. Käytetyimmät keinot selvittää alkoholinkäytön taso ovat havainnointi ja haastattelu. Muita keinoja käytetään vähemmän. Lyhytneuvonta ja motivoiva haastattelu tunnetaan kyselyyn vastanneiden keskuudessa mutta käyttö jäi vähäiseksi tuntemiseen nähden. Alkoholin haittavaikutuksista, terveyshaitoista ja riskirajoista kertominen ovat tavallisimmat hoidossa käytetyt keinot. Lääkehoitoihin ehdottaminen jäi vähemmälle. Tulosten pohjalta on pääteltävissä, että henkilökunta toimii alkoholiongelmaista tunnistettaessa haastattelun ja havainnoin varassa. Terveysasemilla tulee lisätä Käypä hoito –suositusten mukaisia tunnistamis- ja hoitokeinojen käyttöä. Työntekijöiden tietoa</p>

			tulee myös lisätä Psykiatria- ja päihdekeskuksen palveluista.
Rakkolainen M. 2017. Suomi. Väitöstutkimus	Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen.	Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka paljon päihdetyöntekijät hyödyntävät ensitapaamisissa motivoivan haastattelun vuorovaikutustyyliä. Tarkoituksena oli myöskin selvittää, toimiiko motivoivan haastattelun koodausmenetelmä suomenkielisessä hoitokeskustelussa. Tutkimukseen osallistui 38 päihdeongelmaista ja 16 A-klinikan työntekijää. Selvityksessä oli, mitkä asiakasta ja motivoivalle haastattelulle ominaista hoitovuorovaikutusta kuvaavat selittävät parhaiten päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannalla. Tutkimus analysoitiin kvantitaavisesti ja kvalitaavisesti.	Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että ½ päihdetyöntekijöistä oli ottanut käyttöön motivoivan haastattelun vuorovaikutustyylin. Perustaitoja käytettiin harvemmin ja avokysymykset olivat käytössä liian vähäisesti. <i>Motivoivan haastattelun suomennettu arviointimenetelmä osoittautui riittäväksi arvioimaan motivoivan haastattelun toteutumista ja osaamista.</i> Seuranta aikana päihdeongelmaisten Audit ja SDS-pisteillä mitattuna päihdeongelman vaikeusaste väheni noin 1/3. Muutospuheen herättelyllä ei ollut vaikutusta päihdehaittojen vähenemiseen. Työntekijän taitava monimuotoisten reflektioiden käyttö, hoidon pitkäkestoisuus ja asiakkaan työssäkäynti vähensivät päihteen käytön haittoja seuranta ajanjaksolla.

<p>Honka-lampi Seija, 2015. pro-gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, (terveyskasvatus ja terveyden edistäminen)</p>	<p>Asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventiosta.</p>	<p>Tässä pro gradu – tutkielmassa kuvataan terveydenhuollon asiakkaan kokemusta alkoholin käytön lyhytneuvonnasta. Lyhytneuvonta on alkoholin käytön puheeksiottamista, terveysneuvontaa, tietoa alkoholin terveysvaikutuksista ja neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi terveydenhuollossa asioiden yhteydessä. Aineisto koottiin haastattelututkimuksella. Haastateluun osallistui seitsemän päihdekuntoutuksessa olevaa henkilöä. Aineiston analyysimenetelmänä oli Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) –menetelmä.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan asiakkaat kokivat lyhytneuvonnan tärkeäksi ennaltaehkäistessä haittoja sekä riippuvuutta koskien alkoholinkäyttöä. Tuloksista nousi kaksi merkityskokonaaisuutta, jotka olivat vuorovaikutus sekä asiantunteva neuvonta. Tutkimuksessa ilmeni, että alkoholin ongelmakäytöstä johtuvien terveyshaittojen ennaltaehkäisemiseksi ja käytön vähentämiseksi suositellaan lyhytneuvonnan tutkimustietoon perustuvaa sekä systemaattista toteutusta perusterveydenhuollossa. <i>Terveysdenhuollon henkilöstö reflektoi säännöllisesti alkoholin käyttöön liittyviä asenteita ja normeja pystyäkseen kohtaamaan alkoholia käyttävän asiakkaan arvostavasti ja kunnioittavasti. Tärkeää on alkoholin käytön mini-intervention osaamisen kehittäminen ja asiakkaan voimavarojen aktiivinen tukeminen.</i></p>
<p>Ruumen-saari Hanna, Pro-gradu -tutkielma. 2012 Lapin yliopisto, Suomi</p>	<p>Pois pullon pauloista. Näkökulmia päihdekuntoutujien muutosmotivaatioon ja hoitoon hakeutumiseen.</p>	<p>Tämä pro – gradu tutkimus käsittelee päihdekuntoutujien muutosmotivaatiota ja hoitoon hakeutumista. Tutkimuksen tarkoituksena on</p>	<p>Laitoskuntoutus on tärkeä osa päihdekuntoutujan muutosprosessia. Kun muut keinot on käytetty, päihdekuntoutuja hakeutuu laitoskuntoutukseen. Muutosprosessin alkuvaiheessa laitoskuntoutus ylläpitää ja vahvistaa muu-</p>

		<p>esitellä päihdekuntoutujien omat kokemukset. Tutkimustavoitteesta selviää päihdepotilaan muutosmotivaation heräämiseen ja ylläpysymiseen vaikuttaneita tekijöitä. Tutkimuksessa käsitelään myös hoitoonlähtöpäätöksen ulottuvuuksia. Aineistonkeruu menetelmänä oli haastattelu. Haastattelussa oli mukana 10 päihdekierteestä irti pyrkivää laitokuntoutujaa. Haastattelut toteutettiin teema- ja syvähaastattelun yhdistelmänä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>tosmotivaatiota. Laitoskuntoutuksen hyötynä koettiin myös myönteisten kokemusten karttumista ja arjen hallinnan lisääntymistä. Laitoskuntoutuksen alussa saatu intensiivinen tuki vahvisti muutosmotivaatiota. <i>Tutkimustulos on ajankohtaisesti tärkeä, kun laitoskuntoutusta suunnitellaan supistettavan.</i></p>
<p>Marita Koi-vunen & Tiina Hakala & Katriina Pelto-maa 2017.</p>	<p>Alkoholista päihtyneiden potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen päivystyspoliklinikoilla.</p>	<p>Tutkimuksessa kuvattiin suomalaisten yliopisto- ja keskussairaaloiden päivystyspoliklinikoilla suoritettavaa hoitotyötä hoitohenkilökunnan osaamisen ja organisaation osaamisen näkökulmaa katsoen. Huomiot</p>	<p>Suomalaisista päivystyksistä puuttuu yhtenäiset käytännöt päihtyneiden potilaiden hoitotyössä. Monissa päivystyksyksiköissä alkoholin käyttöön ei puututa ja käytön puheeksiottoa suoriteta. Potilaiden monenlaiset tulokset päihtyneenä päivystykseen haakeutumiseen ja päivystyspoliklinikoiden kiireinen il-</p>

		tutkimuksessa keskitettiin alkoholipäihtymyksen vuoksi sairaalahoitoon joutuneista potilaista.	mapiiri hankaloittaa yhenäisten toimintamallien syntymistä ja kehittämistä.
Janne Kääriäinen, 2010. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.	Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care	Tutkimuksen tarkoitus saada mini-interventio osaksi terveydenhuollon perushoitoa.	Alkoholinriskikäytön havaitseminen ja siihen puuttuminen ei ollut tullut osaksi perushoitoa. Henkilökunnan asenteet alkoholinkäytön puheeksi ottoon olivat tulleet positiivisemmiksi. Mini-interventio on kustannustehokas, sen käytön lisäämistä suositellaan tutkimuksen pohjalta.
Paljärvi Tapio, Mäkelä Pia. 2019. THL. Tieteellinen tutkimus.	Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla	Alkoholin liiallisen käytön haittojen arvio alkoholinkäyttäjälle. Epäsuorien kustannusten arviota työnantajalle ja yhteiskunnalle. Elinajanodotuksen pienentymisen vaikutus työvuoosiin. Tutkimus toteutettiin analysoimalla 11 prosenttia 1987-2007 Suomessa asuvien henkilöiden hoitojaksoista. Tämän ajanjakson aikana kuolleista henkilöistä 80 prosentin osuus analysoitiin.	Noin 60 prosenttia analysoidusta alkoholisyihin menehtyneistä henkilöistä oli ollut sairaanhoidossa 5-10 vuotta ennen menehtymistä. Tämän jakson aikana alle 50 prosenttia oli saanut alkoholidiagnoosin. Yli 75 prosenttia alkoholisyihin menehtyneistä oli kontaktissa terveydenhuoltoon 5-10 vuotta ennen menehtymistään.

<p>Leena Kurki-Kangas.2016. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Edistävä ja ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö mielen-terveys- ja päihdepalveluissa</p>	<p>Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten panostaminen ehkäisevään päihde- ja mielenterveystyöhön on muuttanut alan toimintatapoja. Millaisia muutoksia on tapahtunut käytännön työssä viime vuosina. Miten hoitohenkilökunta mieltää ennaltaehkäisevän hoitotyön.</p>	<p>Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittyminen miellettiin menneen positii-viseen suuntaan. Yli 60 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että aikainen puuttuminen ja ennaltaehkäisevään työhön panostus oli noussut viimeisenä kolmena vuotena. Esimiehet mielsivät muita ryhmiä useammin panostuksen hoitotyöhön kasvaneen.</p>
<p>Rauno Mäkelä Filosofian pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto Joensuun kampus Oikeustieteiden laitos maaliskuu 2013</p>	<p>Alkoholiongelmiin hoidon etiikka</p>	<p>Ihminen tavoittelee hyvän elämän kokonaisuutta, johon kuuluu täysi ihmisarvo. Tähän tarvitaan yksilön autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta ja itsemääräämiskykyä. Alkoholin runsas käyttö on uhka autonomialle ja ihmisarvolle. Yksilön hyvä ja yhteisön hyvä ovat usein ristiriidassa keskenään. Alkoholien kohtuukäyttöä on antiikin Kreikasta alkaen pidetty itsemääräämiskykyisten ihmisten hyveenä ja runsasta käyttöä</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon potilaita pidetään autonomisina henkilöinä, joilla on oikeus ja kyky tehdä omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Sairausmallin mukaan alkoholiongelmaisen autonomiakyky eli sisäinen kontrolli on alentunut. Sen vuoksi hän tarvitsee avukseen ulkoista kontrollia, joko hoitoa tai suotuisaa ympäristöä, jotta hän voisi palauttaa autonomisuutensa ja vastuukykyänsä ja kokea elämänsä taas hyväksi. Moraalimallin moitteista on hyötyä alkoholiongelmiin ehkäisyssä mutta haittaa hoitoon haikutumisessa ja hoidossa. Sairausmallin mukaisessa terapeutisessa hoitosuhteessa potilas saa vahvistusta ihmisarvolleen ja autonomisuudelleen. Hoidossa voi olla myös paternalistista toimintaa, joka tu-</p>

		moitittavana hiliittömyyden paheena. Myöhemmin myös täysraittiutta on ryhdytty pitämään hyveenä.	kee autonomisuuden palautumista. Varsinainen tahdosta riippumaton hoito on huono lähtökohta autonomisuuden edistämiseksi.
<p>Maria Katariina Rakkolainen Väitöskirja. Tampeleen yliopisto. 2017.</p>	<p>Kuinka usein motivoiva haastattelu toteutuu päihdepotilaan hoitajakson alussa ja miten se vaikuttaa päihdehaittoihin.</p>	<p><i>Motivoiva haastattelu (MH, motivational interviewing) on näyttöpohjainen päihdehoidon menetelmä, jonka aktiivisista ainesosista on alustavaa tutkimusnäyttöä. Työntekijän MH:n mukaista käyttäytymistä arvioitiin Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) -menetelmällä ja asiakkaan käyttäytymistä sitoutumispuheen koodausmenetelmällä. Kuitenkaan tarkalleen ei vielä tiedetä, mitkä hoitosuhteen vuorovaikutuksessa olevat tekijät ovat tärkeimpiä potilaan muutosta ajatellen. Tässä pilotoidussa tutkimuksessa arvioitiin motivoivan haastattelun toteutumista ensikertaa Suomessa. Tutkimus suoritettiin</i></p>	<p><i>Motivoivan haastattelun noudattamisen arviointi MITI:llä osoitti, että puolet tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä oli omaksunut riittävän hyvin MH:n hengen mukaisen vuorovaikutustyylin. Menetelmän perustaidot sen sijaan olivat satunnaisesti käytössä. Koodauksessa ilmeni kuitenkin toistuvia ongelmakohtia. Keskustelun mikroanalyysi osoitti, ettei motivoivan haastattelun oletuksen mukainen vuorovaikutus toteutunut. Henkilökunnan suljettuihin kysymyksiin potilas saattoi vastata pitkällä selonteolla, toisaalta henkilökunnan reflektiot ohittivat potilaan näkökulman. Korjaamalla koodausta saatujen tulosten pohjalta MITI:n validiteettia kysymisen ja reflektion koodaamisessa voidaan parantaa vastaamaan toteutunutta dialogia ja motivoivan haastattelun tavoitteita. Analyysit osoittivat, että potilaiden päihdeongelman vaikeusaste, jota mitattiin SDS ja Audit-pisteillä, väheni n. 1/3 puolen vuoden seurantajaksolla. Hoidon jatkuminen ½ vuoden seurantajaksolla korreloi positiivisesti päihdehaittojen vähenemiseen. Hoidon välittömiä vaikutuksia</i></p>

		A-klinikka-työssä. Päämääränä tutkimuksessa selvitettiin, kuinka paljon A-klinikan työntekijät käyttävät motivoivan haastattelun vuorovaikutusoppia ja perustaitoja ensimmäisessä tapaamisessa. <i>Toimiiko motivoivan haastattelun koodausprotokolla normaalissa hoitotyössä.</i> Mitkä ovat avainasemassa olevat tekijät ehkäistessä päihdehaittoja.	koskevissa tuloksissa ilmeni, että asiakkaan varmuus muutoksen onnistumisesta ennen hoidon aloitusta ja henkilökunnan riittävän taitava asiakkaan puheen merkityksiä heijastava monimuotoisten reflektioiden käyttö olivat yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen.
Alkoholin ja terveyden tilan- nekatso maailmanlaajuisesti 2018. Maailman terveysjärjestö WHO Vladimir Poznyak ja Dag Rekve Sveitsi.	Pohtia maailmanlaajuisia strategioita alkoholin käytön haittojen vähentämiseksi.	WHO:n jäsenvaltioiden välinen sopimus alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi. Sovittu yhtenäiset tavoitteet ja niiden seuranta.	Suoranaisesti alkoholin käytöstä aiheutuu vuosittain n.3 miljoonaa kuolemaa. Alkoholin käytön määrää on joissain maissa vaikea valvoa, koska turistit saattavat käyttää paljon alkoholia, joka osaltaan nostaa maassa käytettävän alkoholin määrää. Sovittujen toimien tulosten raportointi ja hyvien toimintamallien käyttöönotto jäsenvaltioissa.
Heikki Oinas-Kukkonen.2013 Väitöskirja. Oulun yliopisto.	Liiallisesta alkoholinkäytöstä kärsivän asiakkaan ja hänen läheistensä toipuminen Minne-	Tutkimus tarkastelee alkoholismia ja läheisriippuvuuden syntyä ja esittää siihen ratkaisuja Minnesota-mallin mukaisen	Keskeisiksi teemoiksi nousivat läheiskohtaamiset ja vuoden mittainen jatko-hoito. Toipuminen edellyttää päihteidenkäytön tarkkaa analyysiä, läpikäydään käytön syyt ja seuraukset.

	<p>sota hoidossa. Uusien ajatusmallien löytäminen.</p>	<p>sairauskäsitteen pohjalta. Läheisten vaikutusta alkoholinkäyttöön ja heidän avulla toipumista alkoholismista. Uusien ajatusmallien etsimistä ja niiden soveltamista käytäntöön. 173 potilaalta ja 125 heidän läheiseltään tehtiin kyselytutkimus, 10 ensimmäisen vuoden seurantaajaksona 1993-2003. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat juomisajan ongelmistaan ja niiden ratkaisuyrityksistään, millainen toipumisprosessi on ollut ja arvioivat Minnesota hoidon keskeisiä onnistumistekijöitä. Tutkimusaineisto analysoitiin ja raportoitiin sisältöanalyysimenetelmällä.</p>	<p>Uusien ajatusmallien löytäminen ja läheisten tuki. Alkoholismin mieltäminen sairautena, auttaa potilasta suhtautumaan myönteisemmin itseensä. Potilaat kokeneet terapeuttisena terapeuttien ja toisten potilaiden antaman vertais-tuen.</p>
--	--	--	--

Ulkomaiset tutkimukset

<p>Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A., Pas, L. Alankomaat. 2004</p> <p>Kvantitatiivinen kyselykaava.</p> <p>SAAPPQ -mittarilla (Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionari). Henkilöstön asennekysely.</p> <p>De Vargas, D., Villar, Luis 2008.</p>	<p>Attitudes and managing alcohol problems in general practice: An interaction analysis based on findings from a WHO collaborative Study. Alcohol & Alcoholism Vol, 39, No, 4</p> <p>Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: Conceptions and attitudes of nurses from district basic Health centres. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol,</p>	<p>Tutkimuksessa yritettiin selvittää, miten tuki ja harjoittelu vaikuttaisi hoitohenkilökunnan päätöksentekoon, asenteisiin ja intervention tekemiseen.</p>	<p>Tutkimuksessa selvisi, että henkilökunnan taito löytää ongelmakäyttäjiä lisääntyi ja kyky tehdä interventiota lisääntyi. Käytännössä interventioita tekivät ne henkilöt, jotka jo aiemmin olivat kokeneet sitoutumista ja turvallisuutta työskennellessään ongelmakäyttäjien parissa.</p> <p>Haastateltujen hoitajien mielestä tarjottavat palvelut ovat liian vähäisiä päihdeidenkäyttäjille. Huumeriippuvaisiin suhtauduttiin jopa kielteisesti. Koulutuksella on saatu muokattua hoitajien mielipiteitä päihderiippuvaisista. Haastateltavat suhtautuivat sallivasti alkoholin kohtuun käyttöön, mutta eivät hyväksyneet liikakäyttöä. Hoitajat ymmärsivät, että alkoholismi on sairaus, mutta liittivät sen myös päihdekäyttäjän omaan tahtoon.</p>
<p>Hussein, G. Rasool, Salman, Rawaf (2007). Iso-Britannia.</p>	<p>Predictors of Educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug Education. Nurse</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin opetuksen vaikutusta opiskelijoiden asenteisiin, päihdeosaamiseen ja taitoon tehdä interventiota kohdattessaan päihkeitä</p>	<p>Koulutus oli merkittävästi parantanut opiskelijoiden päihdeosaamista ja asenteita päihdeiden ongelmakäyttäjiin. Vaikka päihdeosaaminen parantui se ei välttämättä näkynyt käytännön hoitotyössä</p>

	Education Today. 28, 691-701	käyttävän potilaan.	
Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., Wahid, Z. 2007. USA	Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Inpact of educational intervention. Nurse Education in Practice (2008) 8, 290–298	Tutkimuksessa arvioidaan, miten koulutus vaikuttaa hoitajien asenteisiin heidän kohdatessa alkoholin ongelmakäyttäjiä.	Koulutus poisti hoitajien negatiivisia uskomuksia ja asenteita. Hoitajien luottamus asiakkaiden kykyyn muuttaa alkoholin haittakäyttöä parani huomattavasti tutkimuksen aikana
Nancy P. Barnett Timothy R. Apodaca Molly Magill Suzanne M. Colby Chad Gwaltney Damaris J. Rohsenow Peter M. Monti. Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department	Arvioida päi-vystyksessä tehtyjen interventioiden tehoa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Seuranta 1,3,6 ja 12 kuukauden välillä.	Tutkimus tehtiin päi-vystyksessä. Siihen osallistui 172 potilasta iältään 18-24v. Interventiona käytetty AUDIT ja keskustelu. Tutkimus tehtiin Rhode Islandilla vuosina 2000–2003	Tutkimuksessa selvisi, että Audit ryhmän potilaat vähensivät alkoholin käyttöä. Potilaan omalla halulla muutokseen on suuri vaikutus.

<p>Douglas Zatzick Dennis M. Donovan Gregory Jurkovich Larry Gentilello Chris Dunn Joan Russo Jin Wang Christopher D. Zatzick Jeff Love Collin McFadden Frederick P. Rivara.</p> <p>Disseminating alcohol screening and brief intervention at trauma centers: a policy-relevant cluster randomized effectiveness trial 2014</p>	<p>Parantaa hoitajien valmiuksia inter-ventioon alkoholia käyttävien potilaiden hoityössä päi-vystyksessä Hoitajat kou-lutettiin päi-vän kurssilla mini-interven-tioon ja ver-rokki ryhmä hoitajia ei saanut koulu-tusta. Verrat-tiin koulutuk-sen vaiku-tusta.</p>	<p>Tutkimus tehtiin eri päivystyk-sissä Yhdysval-loissa. Potilaksi valittiin 878 yli 18 – vuotiasta, jotka olivat tulleet päivystyk-seen humaltu-neena, mutta kuitenkin saa-neet Glasgow Coma Scalesta 15/15. Potilaille tehtiin mini-in-terventio päivy-syksessä ja heitä haastateltiin puhelimitse 6 kk ja 12 kk tämän jälkeen. (AUDIT)</p>	<p>Potilaiden haitallinen juominen väheni 8 % mini-in-terventioon koulutettujen hoitajien ryhmässä. Jo vähäininkin koulutus lisää mini-intervention tehoa.</p>
<p>Amy O'Donnell. Peter Anderson. Dorothy Newbury-Birch Bernd Schulte Christiane Schmidt Jens</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää mini-intervention tehoa perusterveydenhuollossa ja miten se tulisi suorittaa optimaalisesti.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskat-saus ja meta-analyysi vuosilta 2002–2012. Materiaalina 56 eri tutkimusta, useasta eri maasta.</p>	<p>Mini-intervention käytöllä pystytään vähentämään potilaiden alkoholin käyttöä, erityisesti keski-ikäisten miesten keskuudessa. Alkoholin ongelmakäyttäjät eivät juuri hyötäneet mini-interventiosta, he tarvitsevat intensiivisempää hoitoa.</p>

<p>Reimer Eileen Kaner. The impact of Brief Alcohol interventions in Primary Healthcare : A Systematic Review of Reviews. 2013</p>			
<p>Christiane Sybille Schmidt., Bernd Schulte., Ha-Na Seo., Silke Kuhn., Amy O'Donnell., Levente Kriston., Uwe Verthein, Jens Reimer Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. 2015</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetiin kuinka paljon mini-interventio vaikuttaa alkoholin kulu- tukseen.</p>	<p>33 eri vertaisarvioidun tutkimuksen meta-analyysi vuosilta 2002–2015. Potilaita oli kaikkiaan 14456, heidät oli seulottu tutkimukseen päivystyksestä.</p>	<p>Mini-interventio vähensi hieman potilaiden juomista. Pidempi interventio ei ollut tehokkaampi, kuin mini-interventio.</p>
<p>Jonas, D. Garbutt, J. Brown, J. Amick, H. Brownley,</p>	<p>Tutkimuksessa arvioitiin käyttäytymisterapian hyötyjä ja</p>	<p>23 eri tutkimuksen analyysi, vuosilta 1985–2012. Tutkimuksessa rajattiin</p>	<p>Usein toistettuna lyhyt (10-15min) käyttäytymisterapia vähensi tutkimukseen osal-</p>

<p>K. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. 2012.</p>	<p>haittoja alkoholin väärinkäyttäjien hoidossa.</p>	<p>pois alkoholin ongelmakäyttäjät.</p>	<p>listuneiden alkoholin juomista keskimäärin 3,6 annosta viikossa.</p>
<p>Man They, J., Shield, K-D., Rylett, M., Hasam OSM., Probst, C., Rehn, and J. 2019. USA.Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modeling study.</p>	<p>Selvittää alkoholin käytön määriä globaalisti ja tehdä ennusteet tulevaisuuden alkoholin käytöstä.</p>	<p>149 maahan tehtyjen kyselytutkimusten perusteella tehty analyysi. Ennuste alkoholin käytöstä vuoteen 2030.</p>	<p>1990–2017 alkoholin käyttö on lisääntynyt 5,9 litrasta 6,5 litraan ja ennustetaan lisääntyvän 7,6 litraan per asukas.</p>

ESIMERKKI TEEMOJEN MUODOSTAMISESTA

Taulukko 7

ALKUPERÄISTULOS	TEEMA
Asenne	Sairaanhoidajan ominaisuudet
Rutiinit	
Empatiakyky	
Vuorovaikutustaidot	Koulutus
Päihdetyön vähäinen määrä peruskoulutus vaiheessa	
Puheeksi oton merkitys	Alkoholiongelman tunnistaminen
Laboratoriokokeet	
Rutiinien puute	
Kirjaamisen merkitys	
Tunnistamisen vaikeus	
Diagnosointi ja diagnosoinnin puute	
Moniammatillinen yhteistyö	Jatkohoito ja seuranta
Jatkohoidottomuus	
Ohjaus	
Ohjeiden puute	
Jatkohoitopaikkojen määrä	
Fyysiset syyt	Potilaan muutosmotivaatio
Psyykkiset syyt	
Sosiaaliset syyt	
Vuorovaikutus	
Läheisten rooli	

Taulukko 8 Mini-intervention edistäviä ja estäviä tekijöitä

Menetelmien helppous.	Terveyspoliittisten päätösten heikko tuki.
Toteutus ei vie paljon aikaa.	Kiire.
Menetelmän halpuus.	Riittämätön koulutus.
Vaikuttavuudesta vahvaa tutkimusnäyttöä.	Niukat resurssit.
Ehkäisevää työtä tehty pitkään.	Usko, että omat taidot eivät riitä.
Erityisesti terveydenhoitajat koulutettu ehkäisytyöhön.	Kohderyhmän epäselvyys.
Tekeminen edistää monen kansantaudin hoitoa.	Selkeiden ohjeiden puute,
Hankalaan ongelmaan on hyvä hoitokeino.	Kohderyhmän tunnistamisen vaikeus, kyseenalaistetaan tekemisen oikeutus, potilas tietojärjestelmien puutteet, väärä potilaan yksityisyyden suojele.

Lähde: Seppä, K-L. (Toim.) Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveys-
huoltoon 2008.

AUDIT-TESTI (Päihdelinkki 2018.)

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ei koskaan (0 p) Noin kerran kuussa (1 p) 2-4 kertaa kuussa (2 p) 2-3 kertaa viikossa (3 p) 4 kertaa viikossa tai useammin (4 p)
2. Kuinka monta annosta alkoholia olet yleensä ottanut päivinä, jolloin käytät alkoholia? Yksi annos (= 12 g) on pullo keskivolutta tai siideriä; lasi mietoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä. 1-2 annosta (0 p) 3-4 annosta (1 p) 5-6 annosta (2 p) 7-9 annosta (3 p) 10 annosta tai enemmän (4 p)
3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettaa alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p.)
6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisesta? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia? Ei koskaan (0 p) Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p) Kerran kuussa (2 p) Kerran viikossa (3 p) Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholin käytön seurauksena? Ei (0 p) Kyllä, muttei viimeisen vuoden aikana (2 p) Kyllä, viimeisen vuoden aikana (4 p)
10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista? Ei (0 p) Kyllä, muttei viimeisen vuoden aikana (2 p) Kyllä, viimeisen vuoden aikana (4 p)

Pisteet yhteensä: Alkoholinkäyttö on hallinnassa (0-7 pistettä). Alkoholinkäyttö on niin runsasta, että siihen liittyy riskejä (8-13 pistettä). Päihderiippuvuus on todennäköinen. Alkoholinkäyttöä on vähennettävä (14 pistettä tai yli)

ALKOHOLIRIIPPUVUUSTESTI (SADD) (Päihdelinkki 2018).

Testillä selvitetään alkoholiriippuvuuden tasoa. Kysymykset koskevat viimeisintä 12 kuukauden jaksoa. Kussakin kysymyksessä on potilaan omaa tilannetta vastaava vaihtoehto.

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

PISTETYTYYS:

- ei koskaan = 0 pistettä
- joskus = 1 piste
- usein = 2 pistettä
- lähes aina = 3 pistettä

TULOKSET:

- 0 pistettä: ei riippuvuutta
- 1-9 pistettä: lievä riippuvuus
- 10-19 pistettä: kohtalainen riippuvuus
- 20+: vahva riippuvuus

Lähde: Hanna Vuorento, A-Klinikkasäätiö, 2019.

Alkuperäislähde: Raistrick, D., Dunbar G. & Davidson, R. (1983): Development of a questionnaire to measure alcohol dependence, British Journal of Addiction, 78, 89 - 95.

Taulukko 8. Päihteiden käyttöön puuttuminen ja jatkohoidon järjestäminen

Puuttuminen ja jatkohoidon organisointi	ei koskaan n	harvoin n	usein n	aina n
Riskikäytön selvitys	1	9	4	1
Päihteiden käyttöön puuttuminen	1	8	5	1
Välittömän jatkohoidon järjestäminen	0	9	6	0
Jatkohoito potilaan omalla vastuulla	0	5	9	1
Ohjaus myöhemmin toteutuvaan jatkohoitoon	0	9	5	1

Lähde: Koivunen ym. YHTEISKUNTAPOLITIIKKA 82 (2017):5 573

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT LYHENTEET

PubMed	United States National Library of Medicine
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health
Finna	Kansalliskirjaston hakupalvelu
Medic	Suomalainen lääketieteen ja terveydenhuollon viitetieto-kanta
N	Otoksen koko
PREPARED-	
Mittari	Prescriptions, Ready to re-enter community, Education, Placement, Assurance of safety, Realistic expectations, Empowerment, Directed to appropriate services -kysely-lomake
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
MH	Motivoiva haastattelu

Muutosmotivaatio-lomake

Nimi: _____

Pvm: _____

Arvioisi tällä hetkellä:

TÄRKEYS

Miten tärkeänä pidät omien juomatapojesi muuttamista? 0 tarkoittaa, että se ei ole lainkaan tärkeää ja 10 sitä että se on erittäin tärkeää. Mikä on vastauksesi? Ympyri valitsemasi luku.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei lainkaan tärkeä	Jokseenkin tärkeä	Kohtalaisen tärkeä		Tärkeä		Hyvin tärkeä		Erittäin tärkeä		

VARMUUS

Olet päättänyt lopettaa/vähentää juomista. Miten varma todella olet, että pystyt tekemään sen? 0 tarkoittaa sitä, ettei ole lainkaan varma ja 10 sitä että varmasti pystyt siihen. Miten varma olet? Ympyri valitsemasi luku.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei lainkaan varma	Jokseenkin varma	Kohtalaisen varma		Varma		Hyvin varma		Täysin varma		

VALMIUS

Miten valmiina pidät itseäsi juomatapojesi muuttamiseen? 0 tarkoittaa sitä, ettei ole lainkaan valmis ja 10 sitä että olet täysin valmis siihen. Miten valmis muutokseen olet? Ympyri valitsemasi luku.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei lainkaan valmis	Jokseenkin valmis	Kohtalaisen valmis		Valmis		Hyvin valmis		Täysin valmis		

1,3

Castren & Alho, Suomen Lääkärilehti, in press 2015

15

Kuva 5. Muutosmotivaatio-lomake



Kuva 6. Muutosvaihemalli (THL 2018.)