

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveyden edistäminen
2020

Emilia Varjus

ALKOHOLIN MINI- INTERVENTION TOIMINTAMALLI

–Eurajoen perusterveydenhuollossa

Emilia Varjus

ALKOHOLIN MINI-INTERVENTION TOIMINTAMALLI

- Eurajoen perusterveydenhuollossa

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja varhaisen tuen antaminen kuuluvat terveydenhuollon tehtäviin. Lyhytneuvonnan avulla potilasta voidaan tukea kun alkoholin käyttö on runsasta, mutta siitä ei ole vielä koitunut merkittäviä haittoja. Riskikäyttäjien määrän on arvioitu Suomessa olevan jopa puoli miljoonaa. Potilaan alkoholinkäytön puheeksiottaminen on perusteltua sekä sairauksien ehkäisyn että hoidon vuoksi. Tiedot alkoholin käytön haitoista velvoittavat terveydenhuoltoa puuttumaan asiaan.

Kyseessä on työelämälähtöinen kehittämisprojektina toteutettu opinnäytetyö. Kehittämisprojekti toteutettiin yhteistyössä Eurajoen perusterveydenhuollon kanssa ja projekti eteni konstruktivistisen mallin vaiheiden mukaisesti. Yhtenäisten toimintaohjeiden puuttuessa alkoholin puheeksioton toteutuminen on hyvin vaihtelevaa. Projektiorganisaatio koostui Eurajoen perusterveydenhuollon lääkärin, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotosta sekä päivystyksestä, kotisairaanhoidosta ja terveyskeskussairaalan osastosta.

Kehittämisprojektin tavoitteena on selkeyttää ja lisätä alkoholin mini-interventioiden toteuttamista luodun mallin avulla ja kehittää ehkäisevää päihdetyötä Eurajoen perusterveydenhuollossa. Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi alkoholin mini-intervention toimintamalli. Toimintamalli kehitettiin kuusihenkeisen ammattilaisista koostuvan projektiryhmän avulla. Toimintamallin kehittämisessä hyödynnettiin myös aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta.

Toimintamallissa on kuvattuna alkoholin mini-intervention prosessi: missä tilanteissa alkoholinkäyttö otetaan puheeksi, alkoholinkäytön puheeksioton tukena käytettävä mittari, jatko-ohjauksen ja kirjaamisohjeet. Toimintamallissa käytetään AUDIT-C mittaria. Lääkärit käyttävät vastaanotolla puheeksioton tukena ja seulontavälineenä potilaiden itse täyttämää terveysuunnitelmaa. Kotisairaanhoidossa, terveyskeskuksen sairaalaosastolla ja terveydenhoitajien vastaanotolla alkoholinkäytöstä kysytään kaikilta asiakkailta.

Seulontarajojen ylittyessä tulee toimintamallin mukaisesti interventio antaa RAAMIT -malli huomioiden. Intervention tukena henkilökunta voi käyttää jo olemassa olevaa materiaalia. Mikäli asiakas/potilas haluaa apua tai tukea alkoholinkäytön vähentämisessä, tulee hänelle jatkohoito mahdollistaa ja oikea jatkohoitotaho ohjata. Tärkeintä on kuunnella asiakkaan/potilaan omaa tahtoa ja motivaatiota.

ASIASANAT:

Alkoholi, puheeksiotto, varhainen puuttuminen, interventio, perusterveydenhuolto

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being programme

2020 | 50 pages

Emilia Varjus

OPERATING MODEL OF ALCOHOL BRIEF INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE IN EURAJOKI

Recognizing risk consumption of alcohol and providing early support is part of primary health care's responsibilities. Through guidance, the patient can receive support when the use of alcohol is significant but has not yet caused significant damages. It has been estimated that in Finland there could be nearly half a million risk users of alcohol. Bringing up the patient's use of alcohol is justifiable from the point of preventing illnesses and providing treatment. The information regarding the harms of alcohol use requires healthcare personnel to act against it.

The operations model is a thesis created as a work-based development project. The development project was created in cooperation with the primary healthcare of Eurajoki and the project advanced according to the constructive model's stages. Without common outlines, bringing up the topic of alcohol consumption has not been consistent. The organization for the project was made up of receptions of doctors, nurses, and public health nurses as well as from the ER, district nursing, and the department of health centre hospital.

The development project intends to clarify and increase the use of mini interventions with the help of the created model and develop preventative alcohol and drug use at the primary health care of Eurajoki. Through the development project, the operations model for mini interventions regarding alcohol usage was created. The operations model was developed with a project group consisting of six professionals. Earlier research and literature were used in advantage when creating the operations model.

The process of mini interventions has been depicted in the operations model: in situations where the consumption of alcohol is brought up, there are measures on how to bring up the topic of alcohol consumption, guides on after-counseling, and guides on making entries. In the operations model, the AUDIT-C measure is being used. The doctors when bringing up the topic of alcohol consumption and as a screening method, turn to the health plan filled by the patients themselves. In district nursing, the health centre hospital, and at the reception of public health nurses all the patients are asked of their alcohol usage.

Once the screening limits are exceeded, the intervention of the project model must be given taking the RAAMIT-model into account. The staff can use already existing materials as support for the intervention. If the patient/client wants help or support in decreasing alcohol consumption, must further treatment be made possible and guided for proper further treatment. Most important is to listen to the patients/clients own will and motivation.

KEYWORDS:

Alcohol, intervention, primary health care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	3
2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos	4
2.1 Toimintaympäristö	5
2.2 Projektiorganisaatio	5
3 EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	7
3.1 Alkoholien käytön tasot ja nykytila	7
3.2 Perusterveydenhuollon henkilökunnan ja potilaiden asenteet ja kokemukset alkoholin mini-interventiosta	9
3.3 Alkoholien mini-interventio perusterveydenhuollossa	11
3.3.1 Puheeksiottaminen	12
3.3.2 Seulontamenetelmät	13
3.3.3 Motivointi ja neuvonta	17
3.3.4 Seuranta tai jatkohoito	18
3.4 Ehkäisevän päihdetyön kehittäminen perusterveydenhuollossa	20
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	21
4.1 Kehittämiprojektin aikataulu	21
4.2 Aloitus ja suunnitteluvaihe	23
4.3 Esivaiheen henkilöstöä osallistava ennakkotehtävä	23
4.4 Työstövaihe ja projektiryhmän työskentely	26
4.5 Arviointivaihe ja viimeistelyvaihe	28
5 ALKOHOLIN MINI-INTERVENTION TOIMINTAMALLI JA JATKOKEHITTÄMISIDEA	29
KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	32
6.1 Projektin etenemisen ja projektipäällikön toiminnan arviointi ja pohdinta	33
6.2 Menetelmävalintojen arviointi ja toimintamallin arviointi	35
6.3 Vaikuttavuuden arviointi	37
6.4 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	39

KUVIOT

Kuvio 1. Alkoholin käytön tasot ja määritelmät (Seppä ym. 2013, 8; Juomisen riskirajat 2015).	8
Kuvio 2. Käypähoitosuosituksen mukainen RAAMIT- lyhytneuvonnan sisältö (eli FRAMES) (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018).	18
Kuvio 3. Työyhteisöjä osallistavan tehtävä vastausten yhteenveto projektiryhmälle. Mini-intervention toteutumisen ongelmat perusterveydenhuollossa.	25
Kuvio 4. Työyhteisöjä osallistavan tehtävän yhteenveto vastauksista projektiryhmälle. Puheeksiottotilanteet, hyvät käytännöt ja kehittämissuhteet.	25
Kuvio 5. Alkoholin mini-intervention toimintamalli Eurajoen perusterveydenhuollossa.	31
Kuvio 6. Projektin riskianalyysi SWOT- menetelmää käyttäen.	34
Kuvio 7. Vaikuttavuuden muodostumista kuvaava ketju (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 6).	39

TAULUKOT

Taulukko 1. Alkoholinkäytön riskitasot (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018).	9
Taulukko 2. AUDIT -mittarin raja-arvot (Päihdelinkki. AUDIT – Alkoholinkäytön riskit. Tulostettava AUDIT -mittari).	14
Taulukko 3. Terveysuunnitelma (Rehunen 2020).	15
Taulukko 4. Kehittämissuunnitelman aikataulu ja prosessikuvaus.	22

1 JOHDANTO

Alkoholiongelma on yksi yhteiskunnan merkittävimmistä terveysongelmista (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018; World health organisation 2012, 1). Alkoholista johtuvat syyt aiheuttavat merkittävän osan työikäisten kuolemista, myös eläkeikäisten alkoholikuolleisuus on lisääntynyt (Suomen virallinen tilasto 2018). Alkoholiiin liittyviin syihin kuolleista suurin osa oli ollut hoitokontaktissa perusterveydenhuoltoon useita vuosia ennen kuolemaansa (Paljärvi & Mäkelä 2019, 4). Suomessa on arvioiden mukaan jopa puoli miljoonaa alkoholin riskikäyttäjää. Terveysdenhuollossa alkoholin ongelmakäyttäjiä arvioidaan olevan naisista 10% ja miehistä 20%. (Halme ym. 2008.)

Terveysdenhuolto on sekä alkoholin riskikäytön tunnistamiseen että varhaisen tuen antamiseen ensisijainen taho. Haasteita aiheuttaa se, että suurin osa riskikäyttäjistä hakee apua johonkin muuhun sairauteen tai vaivaan. Lyhytneuvonnan avulla potilasta voidaan tukea kun alkoholin käyttö on runsasta, mutta siitä ei ole vielä koitunut merkittäviä haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 46.) Terveysdenhuollossa potilaan alkoholinkäytön puheeksiottaminen on perusteltua sekä sairauksien ehkäisyyn että sairauksien hoidon vuoksi (Paljärvi & Mäkelä 2019, 4). Alkoholilla on todettu olevan yhteyksiä noin 200 sairauteen, terveyshaittaan ja tapaturmatyyppiin. (OECD 2015, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022 tavoitteena ovat muiden muassa toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön, kustannusten hillitseminen sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 5). Olisiko alkoholin mini-intervention toimintamallia hyödyntäen mahdollista vaikuttaa edellä mainittuihin tavoitteisiin? Alkoholin puheeksiotto ei ole juurtunut terveysdenhuollon toimintaympäristöihin hankkeista ja vuosien aikana tehdystä juurruttamistyöstä huolimatta (Järvinen ym. 2013, 80). Millaisilla keinoilla alkoholinkäytön puheeksiottamista voidaan perusterveysdenhuollossa pyrkiä edelleen lisäämään?

Ehkäisevän päihdetyön lain mukaiset tehtävät voivat näkyä kunnan arjessa sovittuina toimintatapoina koskien asiakkaiden päihdehaittojen ehkäisemistä esimerkiksi mini-intervention avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 37). Tärkeää on, että organisaatioiden johto ymmärtää alkoholin puheeksiottamisen merkityksen (Behm 2015, 67; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 47). Toimintakäytännöille on varmistettava riittävät resurssit ja käytäntöjen toteutumista tulee myös seurata (Sosiaali- ja terveysministeriö

2018, 37). Myös koulutus on avainasemassa, jotta ongelmallista alkoholinkäyttöä koskevat interventiot saataisiin sisällytettyä toimintatapoihin (Rehm ym. 2016, 1). Eli hoitohenkilökunnan osaamisen lisäksi myös kohtaamistaitojen kehittäminen on tärkeää (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018, 4). Keskeisenä varhaisvaiheen päihdetyön kehittämisen edellytyksenä on hoitohenkilöstön asenteisiin vaikuttaminen (Behm 2015, 147; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018, 4). Täydennyskoulutukset, räätälöidyt koulutukset ja työpajat, sekä niin kutsutut ”kouluttajakoulutukset” ovat hyödyllisiä osaamisen kehittämisessä ja toimintamallien levittämisessä. (Rehm ym. 2016, 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 37).

Kullekin alalle tai työyksikölle sopivan ehkäisevän päihdetyön menetelmien käyttöönotosta tulee sopia yhteisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 37). Puheeksiottamista voidaan tehostaa myös organisaatioiden päihdehoitoketjuja parantamalla (Alho 2017, 89). Puheeksiottamisen lisääminen perehdytys suunnitelmaan voisi tehostaa puheeksiottoa (Alho 2017, 89; Seale ym. 2010, 1). Alkoholin seulonta ja lyhytinterventiot tulisi integroida osaksi perusterveydenhuollon potilaiden hoitoa. Olisi tärkeää myös varmistaa, että seulonta ja interventiot toteutetaan potilaille, jotka hyötyvät niistä eniten. (Bachhuber ym 2017, 8-9.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Selkeiden yhtenäisten toimintaohjeiden puuttuessa alkoholin puheeksioton ja intervention toteutuminen Eurajoen perusterveydenhuollossa on ollut vaihtelevaa. Eurajoella ei ollut käytössä alkoholin interventioiden toteuttamiseen tai alkoholin puheeksiottamiseen selkeitä ohjeistuksia tai toimintatapoja. Kyseessä on opinnäytetyö, joka toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämisprojektina yhteistyössä Eurajoen perusterveydenhuollon työyksiköiden kanssa rajatuilta osin.

2.1 Kehittämisprojektin tausta ja tarve

Alkoholi tai siihen liittyvät syyt aiheuttavat edelleen paljon kuolemia työikäisessä väestössä. Alkoholi on yleistynyt myös eläkeikäisillä. (Suomen virallinen tilasto 2018.) Alkoholisyihin kuolleista suurin osa oli ollut hoitokontaktissa perusterveydenhuoltoon useita vuosia ennen kuolemaansa. (Paljärvi & Mäkelä 2019, 4.) Alkoholinkulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa, mutta ongelmana Suomessa on erityisesti humalajuominen (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Alkoholinkäyttö ei ole ainoastaan yksilön valinta, sillä alkoholihaittoja on nähtävissä jopa yhteiskunnallisella tasolla esimerkiksi taloudellisina menetyksinä. Tieto alkoholin käytön haitoista velvoittaa ammattilaisia puuttumaan asiaan. (Mäkelä 2019; OECD 2015, 15.) Haittoja syntyy sekä lyhytaikaisessa liiallisessa käytössä että pidempiaikaisessa käytössä (Mäkelä 2019).

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä on tullut voimaan vuonna 2015. Laki määrittelee ehkäisevän päihdetyön toiminnaksi, jolla vähennetään päihdeiden käyttöä tai niiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia tai yhteiskunnallisia haittoja. Lain mukaan kunnan tulee huolehtia päihdetyön tarpeenmukaisesta organisoinnista ja täten lisätä ja tukea päihdehaittoja ehkäisevien toimien osaamista kaikissa kunnan tehtävissä. (L523/2015, 2§, 5§). Terveydenhuoltolaissa kuntien edellytetään seuraavan asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa tuotettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin (L30.12.2010/1326, 12§, 13§). Varhaisen vaiheen apu ja tuki mielenterveys- ja päihdeongelmissa on tärkeää. Ongelmat ovat niin yleisiä, että kaikkiin perustason palveluihin tarvitaan mielenterveys- ja päihdeosaamista. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018, 3.) Eurajoen kuntastrategian yhtenä tavoitteena on edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä tarjota kuntalaisille turvallinen ja sujuva arki. Strategian

tavoitteena on myös kehittää osaavaa henkilöstöä, joka mahdollistaa laadukkaat lähipalvelut. (Eurajoen kuntastrategia 2018-2021.) Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyvän toimintamallin tavoitteena oli osaltaan edesauttaa kuntastrategian mukaisten tavoitteiden toteutumista.

Selvinpäin Satakunnassa -hanke teetti satakuntalaisille päihdekyselyn marraskuussa 2018. Kyselyyn vastasi 2233 ihmistä, joista yli 50 % oli työkäisiä. Vastaajista 54 %:lle ehkäisevä päihdetyö ei ollut tuttua. 55 % on joskus ollut huolissaan läheisensä alkoholinkäytöstä. Vastaajista 33 %:lta on kysytty kuluneen vuoden aikana alkoholin käytöstä terveydenhuollon vastaanotolla. Kyselyn tulosten mukaan varhaiseen puuttumiseen ja matalankynnyksen palveluihin tulisi panostaa sekä puheeksiottamisesta tulisi tehdä rutiinia eri palveluissa. Kyselyn avoimissa vastauksissa nostettiin esille, että kuntalaisille tulisi tiedottaa paremmin palveluista ja päihdehaitoista. Lisäksi toivottiin puheeksioton toteutuvan paremmin. (Selvinpäin Satakunnassa 2019.) Selvinpäin Satakunnassa -hankkeen mukaan ehkäisevää päihdetyötä on edelleen kehitettävä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä kouluterveyskyselyssä (2019) eurajokelaisista yläasteikäisistä ja lukiolaisista 7 % koki vanhempien liiallisen alkoholinkäytön aiheuttavan haittaa perheelle. Kyselyyn vastasi 4., 5., 8. ja 9. luokan oppilaat, sekä lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Kaikissa vastanneissa ikäluokissa koettiin enemmän haittaa vuonna 2019 kuin vuonna 2017. (Eurajoen hyvinvointisuunnitelma 2017-2020.) Useissa tutkimuksissa on nostettu esille, että päihdeongelmaisten läheiset käyttävät muuta väestöä enemmän terveyspalveluja. Päihdeongelmien vaikutuspiirissä eläminen saattaa vaikuttaa pitkälle tulevaisuuteen. (Itäpuisto & Selin 2013, 139-140.)

2.2 Kehittämisprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli luoda alkoholin mini-intervention toimintamalli Eurajoen perusterveydenhuoltoon. Kehittämisprojektin tavoitteena on selkeyttää ja lisätä alkoholin mini-interventioiden toteuttamista luodun mallin avulla. Tavoitteena on kehittää ehkäisevän päihdetyön toteutumista, kun kehitetty toimintamalli saadaan juurtumaan käytäntöön. Kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt alkoholin mini-intervention toimintamalli sisältää toimipisteittäin tiedon, missä tilanteissa alkoholin puheeksiotto tehdään sekä prosessikuvauksen mini-intervention toteuttamisesta. Toimintamallista ilmenee alkoholin seulontaan käytetyt mittarit ja jatko-ohjaus.

2.1 Toimintaympäristö

Eurajoella asuu noin 9450 ihmistä, joista alle 15-vuotiaita on noin 18 %, yli puolet (57 %) on 15-64 vuotiaita ja yli 64-vuotiaita on joka neljäs (25 %) (Tilastokeskus 2018). Eurajoki kuuluu Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään. Projektin toimintaympäristönä toimi Eurajoen kunnan perusterveydenhuollon palvelut rajatuilta osin. Tähän kehittämissprojektiin sisältyivät Eurajoen terveysaseman päivystys, lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotot, terveydenhoitajien toteuttama aikuispotilaiden vastaanotto, kotisairaanhoido ja terveyskeskussairaalan osasto.

Eurajoen terveysaseman palvelut koostuvat perusterveydenhuollon virka-aikana toteutettavista avopalveluista. Terveysasemalla hoitaja tekee potilaan palvelutarpeen ratkaisun yleensä potilaan puhelimitse tapahtuvan yhteydenoton perusteella. Tällöin potilaan palvelutarve ratkaistaan puhelimitse, tai potilas ohjataan hoitajan vastaanotolle, päivystykseen tai lääkärin kiireettömälle vastaanotolle. Terveysasemalla toteutettavien hoitajien vastaanotolla tuetaan ja hoidetaan kokonaisvaltaisesti aikuispotilaita, joilla on jokin säännöllistä seurantaa vaativa perussairaus: sydän- tai verisuonisairaus, diabetes tai astma/keuhkohtaumatauti. Potilas ohjautuu terveydenhoitajan vastaanotolle ajanvarauksella. Terveysasemalla toteutettavat palvelut sisältävät myös ennalta sovittuja ikäryhmien terveystarkastuksia ja joukkoseulontoja. Kotisairaanhoidot tekevät kotikäyntejä sairaanhoidollisen tarpeen vaatiessa, palvelu- tai hoitosuunnitelman mukaisesti tai tarpeen mukaan. Samassa rakennuksessa terveysaseman kanssa on terveyskeskussairaalan kymmenpaikkainen osasto, johon potilaat tulevat lääkärin läheteellä akuutin sairaanhoidontarpeen takia, kuntoutukseen tai saattohoitoon. Osasto on auki ympäri vuorokauden. (Rehunen 2020.)

2.2 Projektiorganisaatio

Projektiorganisaatio vastaa projektin toteutuksesta. Projektiorganisaation muodostaminen on yksi osa projektin suunnittelua. Projektiorganisaatio koostuu ohjauksen toteuttajista ja projektin toteuttajista. Päävastuu projektista on aina projektipäälliköllä, joka vastaa projektin hallinnasta kokonaisuudessaan. Projektin ohjaus- tai johtoryhmä tukee projektipäällikköä projektin kokonaisuuden hallinnassa ja antaa tarvittaessa ohjeita projektin edistämiseksi. Projektiryhmään kuuluu usein alle 10 henkilöä ja kyseinen ryhmä tekee projektin tehtävät. Projektiryhmän jäsenten kyky tehdä yhteistyötä päämäärän saavuttamiseksi on välttämätöntä. (Paasivaara ym. 2011, 91-92, 95.)

Tässä kehittämisprojektissa projektipäällikkönä toimi sairaanhoitaja YAMK-opiskelija. Projektipäällikkö työskenteli Eurajoen terveyskeskuksen sairaalaosastolla ja kotisairaalaossa sairaanhoitajana, mutta vaihtoi työpaikkaa projektisuunnitelmavaiheessa. Projektin ohjausryhmään kuuluu Turun AMK:n opettajatutor, työelämämentorina toimiva Eurajoen terveysaseman vastaava lääkäri, Eurajoen terveysaseman palveluesimies, sekä terveyskeskuksen sairaalaosaston ja kotisairaalan osastonhoitaja.

Projektiryhmän jäsenet valittiin projektiin liittyvien kytkösten ja osallistujien halukkuuden perusteella osastohoitajien tuella. Tärkeänä pidettiin, että projektiryhmän jäsenet työskentelevät aktiivisesti potilastyössä. Projektiryhmään valittiin yksi edustaja kustakin projektin toimintaympäristön työyksiköistä. Projektiryhmän toimintaan osallistui projektipäällikön lisäksi kolme terveydenhoitaja-sairaanhoitajaa, sairaanhoitaja (YAMK) sekä lääkäri.

3 EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta ja terveyden edistämistä, joiden osana ovat terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto, päivystys, avosairaanhoido, kotisairaanhoido, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveys- ja päihdetyö siltä osin, kun niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuoltoa voidaan nimittää edelleen myös kansanterveysyöksi. (L30.12.2010/1326, 3§.)

Ehkäisevä päihdetyö on toimintaa, jolla vähennetään päihteiden käyttöä tai niiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia tai yhteiskunnallisia haittoja (L523/2015, 2§). Ehkäisevä päihdetyö on osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 18). Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on sekä ehkäistä että vähentää päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja päihteiden käyttäjälle, heidän läheisilleen ja yhteiskunnalle. Tavoitteena on myös lisätä tietoa päihteiden käytöstä, siihen liittyvistä ilmiöistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Alkoholihaittojen ja niiden aiheuttamien yhteiskunnallisten vaikutusten ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tarvitaan varhaista puuttumista (Mäkelä & Paljärvi 2015, 4). Yhtenä ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman (2015-2025) tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnistetaan päihteiden riskikäyttö ja haitat, sekä tukea tarjotaan varhaisessa vaiheessa. Kiinnittämällä huomiota alkoholin riskikäyttöön ja tarjoamalla siihen apua pienenee ongelmien riski ja hoidon tarve. Terveydenhuoltoon on kehitetty toimivia ja vaikuttavia menetelmiä koskien varhaisvaiheen käytön riskejä ja haittoja. Menetelmiä tulisi käyttää systemaattisesti. Palvelukohtaiset ohjeistukset ja strukturoidut menetelmät helpottavat arkaluontoisiksi koettujen aiheiden puheeksiottamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22.)

3.1 Alkoholin käytön tasot ja nykytila

Alkoholin käyttö voidaan jakaa erilaisiin luokituksiin, joka helpottaa ammattilaista alkoholin käytön arvioinnissa ja hoidon valinnassa. Luokittelu auttaa myös alkoholinkäyttäjää itseään. Alkoholin käytön tasot voidaan jaotella absolutismiin, kohtalaisen käyttöön sekä ongelmakäyttöön, joka koostuu riskikäytöstä, haitallisesta käytöstä ja

alkoholiriippuvuudesta. (Juumisen riskirajat 2015.) Alkoholin käytön tasot ja niiden määritelmät esitellyt kuviossa 1.

ABSOLUTISMI	Ei alkoholin käyttöä	
KOHTUUKÄYTTÖ	Alkoholin käytön määrät ja tavat ovat sellaisia, että haittojen todennäköisyys on pieni.	
ONGELMAKÄYTTÖ		
- Riskikäyttö	Riskikäytön rajat ylittyvät, mutta haittoja ei merkittävästi ole.	Tilannekohtaiset haitat Onnettomuudet, myrkytys, krapulapäivät, väkivalta Pitkäaikaiset haitat Erilaiset alkoholin aiheuttamat sairaudet ja mielenterveysongelmat
- Haitallinen käyttö	Henkilöllä on selvästi tunnistettavia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta.	
- Alkoholiriippuvuus	Tietyt diagnoosikriteerit täyttävä juomistapa.	

Kuvio 1 Alkoholin käytön tasot ja määritelmät (Seppä ym. 2013, 8; Juomisen riskirajat 2015).

Vuoden 2016 juomatapatutkimuksen mukaan vähintään 5 % suomalaisista ylittää alkoholinkäytön hälytysrajan (kts. Taulukko 1, s. 9). Tutkimukseen vastanneista kohtalaisen riskin rajan ylitti 15–79-vuotiaista naisista 10 % ja miehistä 17 %. Hälytysrajan ylitti 3 % naisista ja miehistä 7 %. AUDIT-seulontarajan ylitti naisista (≥ 6 pistettä) 21 % ja miehistä (≥ 8 pistettä) 31 %. AUDIT-C -rajat puolestaan ylitti naisista (≥ 5 pistettä) 16 % ja miehistä (≥ 6 pistettä) yli joka neljäs (28 %). (Lintonen ym. 2019, 1459, 1561.) Alkoholinkäytön riskitasoja on selkeytetty paremmin taulukossa 1 (s.9).

Taulukko 1. Alkoholinkäytön riskitasot (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

	Vähäisen riskin taso	Kohtalaisen riskin taso	Korkean riskin taso = ”hälytysraja”
Naiset (työikäiset)	0-1 annosta päivässä	7 annosta viikossa	n. 2 annosta (20g alkoholia) säännöllisesti päivittäin, tai yhteensä 12-16 annosta viikossa
Miehet (työikäiset)	0-2 annosta päivässä	14 annosta viikossa	n. 3 annosta (40g alkoholia) säännöllisesti päivittäin tai yhteensä 23-24 annosta viikossa
Yli 65-vuotiaat	Yksiselitteisiä rajoja vaikea määritellä. Alkoholinsietokyky heikkenee lineaarisesti iän myötä. Enintään 0-2 annosta päivässä, ei joka päivä. Max. seitsemän annosta viikossa.		

Hälytysrajan (=korkean riskin tason) ylittävää alkoholinkäyttöä esiintyy ainakin 210 000 suomalaisella, joka edellyttäisi terveydenhuollon puuttumista. AUDIT-mittarilla on osoitettu ainakin miljoonan suomalaisen alkoholinkäytön antavan aiheuttaa tarkemmalle intervention tarpeen kartoitukselle. (Lintonen ym. 2019, 1459.) Vähäriskisesti alkoholia käyttävät, naimisissa olevat ja ikääntyneet suhtautuivat alkoholinkäytön neuvontaan myönteisemmin kuin nuoret tai alkoholia ongelmallisesti käyttävät (Alho 2017, 77). New Yorkissa toteutetussa tutkimuksessa ilmenee, että potilaan ollessa iäkkäämpi, nainen tai sairastaessaan kroonista sairautta, häneltä kysyttiin epätodennäköisemmin alkoholista kuin muilta (Bachhuber ym. 2017, 5). Potilaan korkeampi koulutustaso saattaa myös johtaa vähäisempään seulontaan (Paul ym. 2014). Puolassa toteutetussa tutkimuksessa ilmenee, että nuorilla miehillä ja maaseutualueilla asuvilla on suuri vaara käyttää alkoholia riskitasolla, haitallisesti tai riippuvaisesti (Mierzecki ym. 2018, 2083, 2085). Riskitasolla alkoholia käyttivät todennäköisimmin 18-35-vuotiaat ja yli 35-vuotiaat miehet (Coulton ym. 2017, 315). Myös Alhon (2017, 43) tutkimustulosten mukaan miehet käyttivät enemmän alkoholia kuin naiset.

3.2 Perusterveydenhuollon henkilökunnan ja potilaiden asenteet ja kokemukset alkoholin mini-interventiosta

Alkoholinkäytöstä kysyminen koetaan epäluontevana ja sen pelätään asettavan asiakkaan hankalaan ja epäilyksenalaiseen rooliin (Järvinen ym. 2013, 80). Päihteiden käytön

puheeksiottaminen koetaan myös edelleen intiimiksi kysymykseksi ja päihteiden käytöstä kysyminen koetaan vaikeana. Työntekijät pelkäävät potilaiden ärsyyntyvän tai vastaavan aggressiivisesti. Haasteeksi koettiin, että alkoholin käytöstä kysyttiin potilailta valikoidusti vain päihtyneeltä tai vieroitusoireista kärsiviltä henkilöltä. (Behm 2015, 67.)

Terveystarkastusten yhteydessä kaikki terveysasemien lääkärit ja terveydenhoitajat kysivät alkoholin käytöstä. Työntekijöillä oli aikaa alkoholinkäytön puheeksiottamiseen, mutta harvemmin aikaa löytyi päihteettömyyden tukemiseen. Työntekijät kysivät asiakkaan alkoholin käytöstä oman arvionsa mukaan, eikä kysyminen perustunut organisaation ohjeisiin. (Alho 2017, 50, 76, 87.) Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa yleislääkärit kokivat, että he voisivat käsitellä alkoholin käyttöön liittyviä kysymyksiä, mutta yleensä esteenä on alhainen motivaatiotaso, työhön liittyvä itsetunto ja tyytymättömyys, kiireellisyys tai koulutuksen puute (Wilson ym. 2011, 573-574). Asenteilla, erityisesti lääkärin suhtautumisella puheeksiottoon, koettiin olevan vaikutusta yhteisiin toimintamalleihin yksiköissä (Behm 2015, 150).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tutkimukseen osallistuneesta hoitohenkilöstöstä yli puolet (59 %) suhtautui positiivisesti alkoholin käytöstä kysymiseen potilailta. Alkoholinkäytön osasi mielestään ottaa puheeksi 68 % vastaajista, mutta tästä huolimatta vain 18 % piti täysin hyväksyttävänä sitä, että vastaanottokäynnin yhteydessä potilaan alkoholinkäyttö otetaan puheeksi. Vastaajista noin viidennes uskoi pystyvänsä vaikuttamaan potilaan alkoholinkäytön tottumuksiin hyvin tai erittäin hyvin. Terveystarkastusohjelmien omat tavat käyttää alkoholia eivät vaikuttaneet puheeksiottoon potilaan kanssa. Vastaajien mielestä potilaat suhtautuivat positiivisesti alkoholin käytöstä kysymiseen. (Kääriäinen 2010, 8-9.) Päihdesairaanhoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat kokevat alkoholinkäytön puheeksiottamisen helpompana, kuin lääkärit tai terveydenhoitajat. Perusterveydenhuollon keskijohdon ja lähiesimiesten mielestä alkoholinkäytön puheeksiottaminen on tärkeää, mutta systemaattinen toteuttaminen ei ole tarkoituksenmukaista eikä aina mahdollista (Alho 2017, 51, 66).

Suurin osa potilaista on sitä mieltä, että alkoholinkäytön puheeksiottaminen kuuluu osaksi terveydenhoitoa. Alkoholinkäytön vaikuttaessa terveyteen potilaat odottavat terveydenhuollonhenkilökunnan kehottavan heitä vähentämään alkoholin käyttöään. Asiakkaat kokevat alkoholinkäytöstä kysymisen perusterveydenhuollossa hyödylliseksi. Riskikäyttäjät eivät kokeneet alkoholinkäytön puheeksiottoa yhtä hyödyllisenä kuin alkoholia haitallisesti käyttävät tai mahdolliset alkoholiriippuvaiset. (Alho 2017, 46, 76.) Isossa-Britanniassa perusterveydenhuollon potilaille tehdyssä tutkimuksessa 66 %

vastanneista koki, että alkoholiseulonta tulisi ottaa esille jokaisessa yleislääkärin hoitokontaktissa (Isted ym. 2015, 1). Potilaissa alkoholin käytön puheeksiotto oli aiheuttanut myös negatiivisia tunteita. Puheeksiottotilanteita potilaat kuvasivat nuhteluina, hämmentävinä ja loukkaavina, kun he kokivat ettei heidän kertomaansa uskottu, tai heitä epäillä. Päivystysvastaanottojen potilaat ja hoitohenkilökunta kokivat puheeksiottamisen ongelmaksi ajanpuutteen (Behm 2015, 69, 146, 148).

3.3 Alkoholin mini-interventio perusterveydenhuollossa

Suomessa alkoholin mini-interventiolla tai lyhytneuvonnalla (engl. brief intervention) tarkoitetaan alkoholinkäytön ongelman tunnistamista ja riskikäyttäjien hoitamista varhaisessa vaiheessa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Mini-interventio sisältää alkoholin käytön puheeksiottamisen, riskien ja ongelmien tunnistamisen, neuvonnan ja mahdolliset seurantakäynnit (Seppä 2015; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019). Lyhytneuvonta on kustannustehokkaaksi todettu menetelmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22). Mini-intervention yksikköhinnaksi on arvioitu 84-240 euroa, kun ongelmakäyttäjien kohdalla sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset nousevat tuhansiin euroihin (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019). Lyhytneuvonnan vaikutus voi kestää jopa 24 kuukautta (Aalto 2015). Alkoholin riskikäytön puheeksiotto on myös vaikuttavaa, koska mini-intervention NNT-luku on 10 (NNT= kuinka monta potilasta on hoidettava, jotta yksi hyötyisi). (Lintonen ym. 2019, 1465).

Lyhytneuvonnan avulla asiakasta voidaan tukea, kun alkoholin runsaasta käytöstä huolimatta siitä ei ole vielä koitunut merkittäviä haittoja. Päihteiden käyttö ja haitat tunnustetaan yleisimmin terveystarkastuksissa ja terveysneuvonnan yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22, 46.) Alkoholin riskikäyttöä tulisi seuloa ja ottaa puheeksi systemaattisesti, koska alkoholin riskikäyttö on väestössä erittäin yleistä (Lintonen ym. 2019, 1465). Myös ikäihmisten alkoholinkäytöstä tulisi kysyä systemaattisesti kaikissa palveluissa ja tarttua varhaisessa vaiheessa mahdolliseen riskikäyttöön tai alkoholin jo aiheuttamiin ongelmiin (Simojoki 2016, 407). Puheeksiotto tehdään usein liian myöhään, jolloin juominen on usein jo ongelmallista (Lintonen ym. 2019, 1465).

Mini-intervention edellytyksenä on tietoisuus alkoholin riskikäytön yleisyydestä. Alkoholinkäytöstä tulisi kysyä myös aktiivisesti (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Keskustelujen pituudella ja ammattilaisten antamien neuvojen sisällöllä on todettu olevan vaikutusta alkoholinkäytön vähentymiseen. Ruotsissa tehdyssä

väestötutkimuksessa 12 % kertoi vähentäneensä alkoholinkäyttöään keskustelun seurauksena. Käyttö väheni todennäköisemmin, jos keskustelu kesti 1-10 minuuttia kuin alle minuutin. Alkoholiin liittyvää keskustelua ei pääsääntöisesti koettu potilaiden mielestä kiusallisena. (Nielsen ym. 2011, 1748, 1752.) Käypä hoito -suosituksen mukaan lyhytneuvontaan tulee käyttää aikaa noin 5-10 minuuttia (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Asiakkaan kanssa samaan asiaan tulee siis palata yhä uudelleen (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019). Alkoholitottumusten seulonta ja neuvonta terveydenhuollossa vaikuttavat yksilöiden tarpeeseen ja kykyyn vähentää alkoholinkäyttöään (Lundin ym. 2016, 190). On arvioitu, että joka kymmenes neuvontaa saanut riskikäyttäjä tai ongelmakäyttäjä vähentää alkoholinkäyttöään kohtuutasolle tai raitistuu (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019).

3.3.1 Puheeksiottaminen

Varhaisvaiheen päihdetyötä on päihteistä keskustelun käynnistäminen aidosti ja rehellisesti. Käytännössä puheeksiotto on pintapuolinen puuttuminen, jolla asiakas saadaan miettimään päihteiden käyttöään (Behm 2015, 67). Puheeksiottamisen tulisi olla luontevaa ja tapahtua muiden asioiden yhteydessä. Tavoitteena on, että päihteiden käytöstä keskustellaan avoimesti kuten muistakin asioista. (Behm 2015, 67; Järvinen ym. 2013, 73.) Puheeksiottaminen koettiin päivystysoloissa tärkeäksi potilaan ensimmäisellä käyntikerralla. Potilaat pitivät hyödyllisenä, että päihteiden käyttö huomioitaisiin esimerkiksi lääkkeitä määrätessä. (Behm 2015, 67, 72.) Asiakkaan alkoholinkäyttö tulisi huomioida tilanteissa joissa asiakas valittaa sellaisia oireita jotka saattavat viitata alkoholin riskikulutukseen kuten: masentuneisuus, ahdistus, unettomuus, sukupuolielämän häiriöt, kohonnut verenpaine, rytmihäiriöt, epämääräiset vatsavaivat, muisti-, tasapaino- ja raajojen tuntohäiriöt tai, jos kysymyksessä on tapaturma tai toistuvat sairaslomapyynnöt (Seppä 2005).

Keskushermostoon määrättäviä lääkkeitä oli määrätty suhteellisesti enemmän alkoholisiihiin kuolleille, kuin muille potilaille. Tämän vuoksi alkoholin ongelmallisen käytön varhaisista puuttumista tulisi tehostaa potilaille, joille määrätään ahdistus-, masennus- tai rauhoittavia lääkkeitä. (Palvjärvi & Mäkelä 2019, 4.) Yli 65-vuotiaista lääkkeitä käyttävistä (n=1142) kolmannes (62,2%) käytti myös alkoholia. Alkoholia käyttävien lääkkeitä 42-52 % saattoivat aiheuttaa merkittäviä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Näistä mainittana varfariini, unilääkkeet ja rahoittavat lääkkeet sekä metformiini. (Immonen ym. 2013,

73, 75-76.) Interventiossa sekä lääkkeitä määrätessä tulisi huomioida ja tuoda ilmi lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutuksen alkoholin kanssa.

Päihdetyön asiantuntijat pitivät tärkeänä kysyä alkoholin käytöstä systemaattisesti kaikilta potilailta päivystysolosuhteissa (Behm 2015, 67). Tavallisimpia kysymyksiä alkoholin käyttöön liittyen ovat käytön tiheys, kerralla käytetty määrä ja laatu (Seppä 2005). Perusterveydenhuollon ja sosiaalialan toimipaikassa lähes joka toiselta asiakkaalta oli kysytty alkoholin käytöstä viimeisen vuoden aikana. Eniten puheeksiottoja oli tapahtunut terveysasemilla. Puheeksioton tukena käytettiin AUDIT-kyselyä ja siihen liittyvää palautteen antamista tai vapaamuotoista keskustelua alkoholiin liittyen. (Alho 2017, 43-44, 51.)

3.3.2 Seulontamenetelmät

Lääkärit, terveydenhoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat käyttivät puheeksiottamisen tukena AUDIT -kyselyä ja siihen liittyvää palautetta (Alho 2017, 51). Päivystyksessä puheeksioton tukena voidaan käyttää esimerkiksi AUDIT-C -mittaria (Behm 2015, 67). AUDIT (alcohol use disorders identifiaion test) on suositeltava menetelmä alkoholinkäytön seulonnassa sekä itsehavainnoinnissa. AUDIT sisältää kymmenen kysymystä, joiden vastaamiseen menee noin pari minuuttia. Jokainen kysymys on pisteytetty nollassa neljään, jolloin maksimipistemäärä on 40. Kahdeksan pistettä tai enemmän on yleisesti pidetty riskikäytön raja Suomessa. (Seppä ym. 2013, 33.) AUDIT raja-arvot on esitetty tarkemmin taulukossa 2 (s. 14).

AUDIT-C on lyhytversio alkuperäisestä AUDIT:sta. AUDIT-C sisältää AUDIT kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä ja sen on tutkitusti osoitettu toimivan lähes yhtä hyvin kuin AUDIT:in. Lyhytversiota käyttäessä ei kuitenkaan saada keskustelun pohjaksi tietoa alkoholin aiheuttamista haitoista. (Seppä ym. 2013, 33-34.) AUDIT ja AUDIT-C -kysely tarjoaa seulontaan toimivan työkalun. AUDIT-pisteillä mitattuna alkoholiongelman vaikeus sekä tiheämpi humalajuominen olivat yhteydessä heikompaan elämänlaatuun niin masentuneilla kuin kokonaisväestössä. Joten juomatapoihin erityisesti humalahakuisen juomiseen tulisi kiinnittää huomiota. (Levola 2018, 8.) Tutkimuksista ilmenee, että AUDITin spesifisyys on inaan AUDIT-C:tä parempi. Tilastollisesti merkityksellisiä eroja ei kuitenkaan perusterveydenhuollon potilailla todettu, kuten ei myöskään miesten ja naisten välillä. Eli AUDIT-C:n voidaan tutkimusten perusteella todeta olevan tehokas. (Aalto & Komulainen 2015.)

Taulukko 2. AUDIT -mittarin raja-arvot (Päihdelinkki. AUDIT – Alkoholin käytön riskit. Tu-
lostettava AUDIT -mittari).

AUDIT pisteet aikuisilla	Naiset	Miehet	Vaikutukset
Riskit vähäisiä	0–6 pistettä	0-7 pistettä	<ul style="list-style-type: none"> • rentouttava • sosiaalista vuorovaikutusta helpottava • ajoittainen humalajuominen voi altistaa tapaturmille • joissakin tapauksissa kohtuukäyttökin on riski (autolla ajaminen, raskaus, jotkut sairaudet ja lääkkeet)
Riskit lievästi kasvaneet	• 7-10 pistettä	8–10 pistettä	<ul style="list-style-type: none"> • väsymys • unettomuus, unihäiriöt • korkea verenpaine • ongelmat ihmissuhteissa • tapaturmariski
Riskit selvästi kasvaneet	• 11-14 pistettä		<ul style="list-style-type: none"> • rattijuoppous • alakulo, masennus, impotenssi
Riskit suuria 15–19 pistettä			Kaikki yllä olevat riskit sekä: <ul style="list-style-type: none"> • maksan, haiman ja aivojen vaurioituminen • suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja mahan syöpä • fyysinen alkoholiriippuvuus
Riskit erittäin suuria (mahdollinen alkoholiriippuvuus) 20+ pistettä			

Yli 65-vuotiaille on kehitetty oma alkoholinkäyttöä selvittävä mittari. Mittari on työväline-
sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille, jotka arvioivat asiakkaiden alkoholin käyttöä ja
antavat siihen liittyvää neuvontaa. Mittari sisältää yksitoista alkoholin käyttöön liittyvää
kysymystä. Mittarin avulla selvitetään alkoholin käyttöä viimeisen vuoden aikana. Ter-
veydenhuollon toimijoiden versio sisältää täsmentäviä ohjeita arvioinnin ja ohjauksen tu-
eksi. (Huohvanainen ym. 2012, 2.)

Yhden seulonnan kysymys, eli SSQ (single screening question) pystyy tunnistamaan
päihteiden riippuvuuden joskus paremmin, kuin pidemmät seulontatyökalut. SSQ voi olla
hyödyllinen sekä seulonnassa ja yksinkertaisuudessaan helpottaa seulonnan toteutta-
mista ja mini-interventiota perusterveydenhuollossa. (Saitz ym. 2014, 153.) Yhdysvalta-
lainen tutkimus osoittaa, että tutkimuksessa käytetty lyhytseulontamenetelmä on yksin-
kertainen, tehokas ja yleisesti hyväksytty menetelmä alkoholin ja tupakoinnin seulonnan
toteuttamiseksi perusterveydenhuollossa. Sisällyttämällä lyhytseulonta

toimintaympäristöjen toimintaohjeisiin se lisää alkoholi-interventioiden määrää. (Seale ym. 2010, 1.) Yhden seulonnan kysymyksenä on tutkittu mm. ”Montako kertaa kuluneen vuoden aikana olet juonut X tai enemmän annosta päivän aikana?”, jossa X oli miehillä viisi annosta ja naisilla 4 annosta. Tutkimuksessa seulonnatuloksen katsottiin olevan positiivinen, jos vastaukseksi tuli yli 1. Tutkimuksen perusteella yhden seulonnan kysymyksen avulla tunnistetaan tarkasti epäterveellinen alkoholinkäyttö perusterveydenhuollon potilailla. (Smith ym. 2009.) Eurajoen terveysasemalla erityisesti lääkärien käytössä oleva potilaiden itse täyttämä terveystarkastuslomake noudattaa alkoholin osalta yhden kysymyksen seulonnamenetelmää: ”Olen tai läheisesi on huolissaan alkoholin käytästäni”, johon asiakkaan on mahdollista vastata kyllä tai ei. (Rehunen 2020). Eurajoella käytössä oleva terveystarkastuslomake taulukossa 3.

Taulukko 3. Terveystarkastuslomake (Rehunen 2020).

TERVEYSTARKASTUSLOMAKE							
1. VALITSE KOLME TERVEYSTEKIJÄÄ: Rastita alta kolme itsellesi tärkeintä omaan terveyteesi vaikuttavaa tekijää.							
<input type="radio"/> Yleinen hyvinvointi	<input type="radio"/> Liikunta ja hyötyliikunta	<input type="radio"/> Ruoka	<input type="radio"/> Paino	<input type="radio"/> Lääkitys	<input type="radio"/> Alkoholi	<input type="radio"/> Tupakka	
2. NYKYTILA: Kirjaa kaikille terveystekijöille tämänhetkinen tilanne.							
Voin <input type="radio"/> Erinomaisesti <input type="radio"/> Hyvin <input type="radio"/> Kohtalaisesti <input type="radio"/> Huonosti	Liikun hieken tai hengästymiseen asti <input type="radio"/> kertaa viikossa	Syön kasviksia (hedelmät, vihannekset, marjat) <input type="radio"/> kertaa päivässä	Olen tyytyväinen painooni <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> En Painan <input type="radio"/> kg Pituuteni <input type="radio"/> cm	Olen tyytyväinen lääkitykseeni <input type="radio"/> Ei lääkitystä <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> En	Olen tai läheiseni on huolissaan alkoholin käytästäni <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En tupakoi lääkitykseeni Tupakoin <input type="radio"/> savuketta päivässä	
3. TAVOITE: Kirjaa kaikille terveystekijöille tavoite.							
Haluun voida <input type="radio"/> Kuten nyt <input type="radio"/> Paremmin	Liikun ainakin <input type="radio"/> kertaa viikossa	Syön kasviksia ainakin <input type="radio"/> kertaa päivässä	Tavoitepainoni on <input type="radio"/> kg	Olen tyytyväinen lääkitykseeni <input type="radio"/> Ei lääkitystä <input type="radio"/> Kyllä	Juon <input type="radio"/> Kohtuudella <input type="radio"/> En lainkaan	<input type="radio"/> En tupakoi Tupakoin max. <input type="radio"/> savuketta päivässä	
4. Ota terveystarkastuslomake mukaan vastaanotollesi. Terveystarkastuslomakkeen ja terveysarvosien (lasketaan terveysasemalla) perusteella mietitään yhdessä terveydellesi parhaat toimenpiteet.							
8-10 <input type="radio"/>	Loistavaa, jatka samaa malliin! Olet hyvä esimerkki läheillesi. Anna terveellisten elintapojesi tarttua.	5-7 <input type="radio"/>	Hyvä, saat olla tyytyväinen itseesi. Voisiko kenties jokin terveystekijäsi olla vieläkin paremmin?	3-4 <input type="radio"/>	Pärjät kyllä. Voisitko olla itsellesi armollisempi asettaessasi tavoitteitasi? Onnistut varmasti parantamaan terveystekijöitäsi. Tarvitsetko kenties myös Eurajoen terveysaseman asiantuntijoiden apua?	1-2 <input type="radio"/>	Älä lannistu, usko itseesi! Parempi hyvinvointi tulee askel kerrallaan. Olemme Eurajoen ja Luvian terveysasemilla tukenasi, jotta huominen olisi parempi. Anna meidän auttaa sinua parantamaan terveyttäsi.
YLEINEN SUOSITUS							
Voin ja nuku hyvin.	Liikun vähintään 3 kertaa viikossa.	Nautin kasviksia vähintään 2 kertaa päivässä.	Painan 5 kg vähemmän tai BMI:ni on alle 30.	Olen tyytyväinen lääkitykseeni.	Käytän alkoholia korkeintaan kohtuudella - hallitusti.	En tupakoi.	

Alkoholinkäyttöä voidaan seuloa myös laboratoriokokein, mutta ne eivät yksiselitteisesti osoita alkoholin ongelmakäyttöä. Kyseiset arvot voivat olla koholla myös muista kuin alkoholista johtuvista syistä. Kaikilla arvot eivät myöskään kohoa tavanomaisesti runsaasta alkoholin käytöstä huolimatta (Seppä ym 2013, 35.). Laboratorikokeiden herkkyys on huono erityisesti liikkakäytön varhaisessa vaiheessa (Simojoki 2019). Tärkeimmät alkoholin käytöstä kertovat laboratoriokokeet ovat CDT (niukkahiilihydraattinen transferriini, GT (glutamyyli transferaasi) ja MCV (punasolujen keskitilavuus) (Seppä ym 2013, 35). B-PEth (fosfatidyylietanioli) arvo kohoo ainoastaan alkoholinkäytön seurauksena, jolloin runsaan ja pitkään jatkuneen alkoholin käytön seurauksena verisolut rikastuvat fosfolipidillä (yli viikon kestänyt säännöllinen käyttö yli 60g/vrk) (Simojoki 2019).

Coulton ym. (2017) tutkivat kohdennettujen alkoholiseulontojen vaikutusta väestön alkoholin riskikäyttöön yleisiin seulontoihin verrattuna perusterveydenhuollossa Isossa-Britanniassa. Potilaat joiden asiointisyinä olivat mielenterveydelliset syyt, maha-suolikanavaoireet, kohonnut verenpaine, pienet vammat tai he olivat perusterveydenhuollossa ”uusia potilaita” osallistuivat kohdennettujen seulontojen tutkimusryhmään. Toisessa tutkimusryhmässä alkoholin käytön seulonta suoritettiin kaikille potilaille. Tutkimuksen mukaan kohdennettuihin seulontoihin otetuilla alkoholin riskikäyttö on todennäköisempää kuin muilla. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että kaikkien potilaiden seulonta on tehokkaampaa, kuin alkoholiseulontojen tekeminen vain kohdennetulle joukolle. Myös iän tai sukupuolen mukaan kohdentaminen oli hyödyllisempää, kuin kliinisen tilan mukaan. Merkittävä osa alkoholi-interventiosta hyötyvistä jäisi kohdentamisen takia interventioiden ulkopuolelle. (Coulton ym 2017, 314-316.) Hoitohenkilökunta koki epämukavuutta seuloessaan alkoholinkäyttöä potilailta systemaattisesti ja he suosivat mieluummin lyhyiden toimenpiteiden käyttämistä harkitsemisissaan tilanteissa (Kääriäinen 2010, 54).

Ihmisillä joilla on kohonnut verenpaine alkoholin käytön seulonta ja interventio sekä alkoholiriippuvuuden hoitoon liittyvät toimet ovat vähäisiä (Rehm ym. 2016, 1, 5). Alkoholiseulonnan määrää voidaan lisätä perusterveydenhuollossa parantamalla lääkäreiden tuntemusta alkoholista yhtenä kohonneen verenpaineen riskitekijänä sekä lisäämällä lääkäreiden koulutusta alkoholista ja seulontatavoista. Tämä voi parantaa niin alkoholi-ongelmien kuin kohonneen verenpaineen hoitoa. (Kraus ym. 2016, 285). Myös masentuneilla ihmisillä on tärkeää alkoholiongelmien tunnistaminen ja hoitaminen. (Levola 2018, 8.)

3.3.3 Motivointi ja neuvonta

Lyhytneuvonnan avulla potilaalle kerrotaan yksilöllisesti alkoholinkäytön haittavaikutukset ja häntä motivoidaan suullisesti ja tarvittaessa kirjallisilla ohjeilla vähentämään alkoholin käyttöään. Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää myös laboratoriokokeita. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Interventio mukailee usein esimerkiksi RAAMIT -lyhytneuvonnan mallia (Kuvio 2, s 18). Ruotsin väestötutkimuksen mukaan alkoholin käyttöön liittyvät interventiot olivat sisältäneet tietoa alkoholin vaikutuksesta terveyteen, kysymyksiä alkoholinkäytöstä ja halusta vähentää alkoholin käyttöä, neuvoja alkoholinkäytön vähentämiseksi tai kirjallista materiaalia. (Nilsen ym. 2011, 1752). Myös Helsingin terveysasemien hoitohenkilökunta käytti interventioidensa tukena kirjallista materiaalia kuten ”Juomalaskijan opasta”, jossa oli sekä juomapäiväkirja että perustietoa alkoholinkäytöstä ja sen riskirajoista. Tutkimusaikana yli puolet potilaista täytti AUDIT-lomakkeen. AUDIT:in vastanneista alkoholin riskikäyttöä oli 16,4 %:lla. Suullista neuvontaa sai 18,4 %. Juomapäiväkirja annettiin 12,9 %:lle, ja erillinen opaskirja 10,1%:lle. Seurantakäynnille tuli vain 3 % potilaista. (Kuokkanen & Seppä 2010, 1323.) Potilaat kokivat kirjallisen materiaalin käyttämisen alkoholin interventioissa hyödyllisenä (63 %). Tutkimuksessa käytettiin ”Voittajana perille” -opasta ja lääkitykseen perustuvaa alkoholiriippuvuuden hoito-ohjelmaa, jotka soveltuvat käytettäväksi perusterveydenhuollossa. Opaskirjaan sisältyivät itsehoito-ohjeet kuuden käyntikerran tueksi. Lääkärit ja suurin osa potilaista piti opaskirjaa hyödyllisenä. (Laaksosen 2015, 75, 80.)

Haitallisesti alkoholia käyttävät vähensivät juomistaan alkoholin lyhytneuvonnalla. Alkoholin lyhytneuvonnalla ja muilla tavanomaisilla keinoilla ei ollut keskenään eroa. Tavanomaisella hoidolla tarkoitetaan alkoholin käytön perusteellista seulontaa, henkilökohtaista neuvontaa sekä mahdollisesti annettua kirjallista materiaalia. Alkoholin lyhytneuvonnalla tarkoitetaan tarkemmin jäsennellympää lyhytneuvontaa. Alkoholinkäytön seulonta ja juomisesta kysyminen rutiininomaisesti ovat osoittaneet vähentävän riskikäytön ylittävää juomista samalla tavalla kuin jäsennelly lyhyt interventio. (Clossick & Woodward 2014, 468, 476.) Alkoholin käyttöön liittyvät interventiot olivat sisältäneet tietoa alkoholin vaikutuksesta terveyteen, kysymyksiä alkoholinkäytöstä tai halusta vähentää alkoholin käyttöä, neuvoja alkoholinkäytön vähentämiseksi tai kirjallisen materiaalin antamista (Nilsen ym. 2011, 1752).

Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen.
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin.
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se.
Myötätunto (empathy)	Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektiivisesti, empaattisesti ja ymmärtävästi.
Itsemääräämismääräisyys (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan.
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.

Kuvio 2. Käypähoitosuosituksen mukainen RAAMIT- lyhytneuvonnan sisältö (eli FRAMES) (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

3.3.4 Seuranta tai jatkohoito

Alkoholinkäytön vähentämisen tueksi sovitaan tarvittaessa seurantakäyntejä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Alkoholiongelmaisen käytön voi muuttaa raittiudeksi tai kohtuukäytöksi lääkehoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. On huomattava, että alkoholiongelmaa voidaan hoitaa tavallisen vastaanoton puitteissa, mutta hoidon tulee olla riittävän pitkä pysyvämpien tulosten saavuttamiseksi. Laaksosen tutkimuksessa vuoden kuluttua tutkimuksen alusta 92 % potilaista sanoi käyttävänsä vähemmän alkoholia kuin ennen tutkimusta, kun mukana oli vielä noin puolet potilaista. Heistä 65 % koki lääkehoidon hyödylliseksi. Kahden ja puolen vuoden kuluttua tutkimuksen alusta 42 % oli mukana alkuperäisestä otoksesta. Heistä 62 % sanoi olevansa raitis (24 % koko otoksesta) tai käyttävänsä vähemmän alkoholia. (Laaksonen 2015, 75.) Alkoholiriippuvuuden hoito on yhteydessä elämänlaadun paranemiseen (Levola 2018, 60). Suomessa alkoholiongelmiin tarkoitettu lääkitys on jäänyt lähinnä päihdehoitoon erikoistuneiden toimipaikkojen käyttöön, vaikka alkoholiongelmaiset käyttävät kuitenkin runsaasti perusterveydenhuollon palveluita. Lääkehoitoa tulisi lisätä perusterveydenhuollossa. Kaikki eivät lääkähoidosta hyödy, mutta kokeilemalla voisi löytää ne, jotka hyötyvät (Laaksonen 2015, 94).

Eurajoen päihdehoitopolussa (Lampela & Leskinen 2019) on kuvattuna päihdetyön osa-alueita ja palveluja eurajokelaisille. Päihdepalvelujen piiriin voidaan ohjautua monen tahon kautta. Huoli päihdeiden käytöstä voi tulla asiakkaalta itseltään, omaiselta, terveyden

– tai sosiaalihuollon työntekijältä tai muulta taholta. Päihdepalveluihin voi ohjautua myös kenen tahansa työntekijän puheeksioton seurauksena. Puheeksiottoa suoritetaan mm. sairaanhoitaja, terveydenhoitajan, lääkärin, kotihoidon ja sosiaalitoimen asiakaskontakteissa. Aikuisten terveystarkastuksissa ja kontrollivastaanottokäynneillä kysytään alkoholin käytöstä ja tarvittaessa täytetään AUDIT -kysely. Ikäihmisten alkoholin käytöstä kysytään 70-vuotiaiden, omaishoitajien ja perhehoitajien terveystarkastuksissa, sekä ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä, jotka tarjotaan 75- ja 80-vuotiaille. (Lampela & Leskinen 2019, 5, 10.)

Päihteiden käytöstään huolestunut asiakas voidaan ohjata varaamaan aika psykiatriselta sairaanhoitajalta, jossa tehdään päihteiden käytön alkukartoitusta selvittämällä mm. päihteiden käytön taustoja ja tottumuksia sekä muille elämän osa-alueille liittyviä asioita, kuten työssä käymistä ja esimerkiksi raittiusjaksoja. Yleensä suositellaan, että asiakkaalla olisi jonkin verran halua tai motivaatiota muutokseen ja psykiatrisen sairaanhoitajan hoitokontaktiin. Asiakasta tuetaan muutokseen ja tarvittaessa aloitetaan alkoholin vähentämistä tai raittiutta tukeva lääkitys lääkärin harkinnan mukaan. Tarvittaessa hoidon tukena käytetään alkometripuhallutuksia tai verinäytteitä. (Lampela & Leskinen 2019, 10.)

Alkoholin katkaisuhoidon tarvetta arvioidaan pääsääntöisesti psykiatrisen sairaanhoitajan avulla. Avokatkaisuhoito on mahdollista toteuttaa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla tai A-klinikalla. Laitoskatkaisuhoidot toteutetaan Eurajoen kunnan terveyskeskussairaalan osastolla tai Porin katkaisuhuoltoasemalla. Satasairaalaan päivystyksen yhteydessä olevaan Selmaan (Selviämishoitoyksikkö) potilas ohjautuu, jos hänellä on päihetympäristön lisäksi somaattista hoidon tarvetta. Päihdehuollon laitostuntoutus arvioidaan psykiatrisen sairaanhoitajan arviointikäynneillä. Hoitotiimiin liittyy aikuissosiaalityön sosiaaliohjaaja, jos laitostuntoutus nähdään sopivana vaihtoehtona. Päätös laitostuntoutuksesta tehdään sosiaalitoimistossa. Laitostuntoutusta järjestetään esimerkiksi Kankaanpään A-kodissa, Marjalinna-yhteisössä tai Kan-Kodissa. Muita tukipalveluja tai kolmannen sektorin palveluita ovat esimerkiksi A-klinikka palvelut Kokemäellä, Harjavallassa, Nakkilassa, Eurajoella, Luviolla ja Porissa. Muita auttavia tahoja ovat esimerkiksi Ehkäisevä päihdetyö eli Ehyt Ry ja AI anom eli AA-kerho. (Lampela & Leskinen 2019, 11-13.)

3.4 Ehkäisevän päihdetyön kehittäminen perusterveydenhuollossa

Perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida entistä paremmin osaksi perusterveydenhuoltoa. Ennaltaehkäisevillä ja varhaisilla keinoilla on vaikutusta myös kustannuksiin. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018, 4-5.) Ylemmän johdon tuki ja ymmärrys alkoholin puheeksiottamisen merkityksestä on tärkeää, kuten myös heidän sitoutumisensa sovittuihin toimintakäytäntöihin (Behm 2015, 67; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 47). Ammattilaisten osaamisen ja kohtaamistaitojen kehittäminen sekä asenteisiin vaikuttaminen on tärkeää (Behm 2015, 147; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018, 4).

Puheeksi ottamisen edistämiseksi tulisi potilastietojärjestelmiä kehittää automaattisten rutiiniseulontojen osalta esimerkiksi käynnin syyn tai lääkityksen perusteella (Paljärvi & Mäkelä 2019, 5). Potilasjärjestelmiin liitetyt alkoholin seulontaan ja interventioon kehitetyt ohjelmat koettiin terveydenhuollossa hyödylliseksi. Sähköisten seulontaohjelmien myötä kaikista potilaista melkein puolelta seulottiin alkoholin käyttöä sekä yli puolelle positiivisen seulonnan saaneista toteutettiin lyhytneuvontaa. Kuukausittaiset seulontaprosentit nousivat vuoden tutkimusjakson aikana. (Bachhubber ym 2017, 1.) Puheeksiottamista seurattiin kirjatulla AUDIT-pisteillä, vaikka potilastietojärjestelmät eivät erityisemmin tukeneet puheeksioton kirjaamista tai seurantaa (Alho 2017, 76).

Alkoholiseulonnan ja interventioiden lisäämiseksi sekä potilaiden alkoholinkulutuksen vähentämiseksi täytäntöönpanostrategioiden tulisi sisältää sekä potilas-, asiantuntija-, ja organisaatiosuuntatuneita lähestymistapoja ja niiden toteutuksesta tulisi vastata moniammatillisesti (Keurhorst ym. 2015, 1877). Lyhytneuvonnan sisällyttäminen toimintaohjeisiin lisää alkoholi-interventioiden määrää (Seale ym. 2010, 1.) Henkilökunnan kouluttaminen edesauttaa interventioiden juurruttamista perusterveydenhuollon toimintatapoihin (Rehm ym. 2016, 1). Pirkanmaalla terveydenhuollossa vahvistettiin alkoholin käytön tunnistamista ja hoitoa tuomalla hoitohenkilökunnan tietoon päihteiden käytön paikallisesta yleisyydestä sekä ammattilaisten asenteiden, tietojen ja taitojen yhteydestä lyhyisiin interventioihin. Käyttöönottoa vauhditti työyhteisön toiminta ja yksinkertaiset ohjeet, jotka oli luotu yhteistyössä ammattilaisten kanssa. (Kääriäinen 2010, 53.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Tässä kehittämissuunnitelmassa käytettiin konstruktivistista kehittämismallia, jossa kehittäminen perustui yhteistyöhön, osallisuuteen, arvioivaan työotteeseen ja kehittämismenetelmien käyttöön. Konstruktivistisessa kehittämismallissa pyritään osallistavaan johtamiseen ja inhimillisten tekijöiden huomioon ottamiseen. (Salonen ym. 2017, 53.) Jos kehittämisen tavoitteena on luoda jokin konkreettinen tuotos esimerkiksi toimintamalli, on konstruktivistinen toimintatapa hyvä valinta. Uuden rakenteen luomiseen tarvitaan jo olemassa olevaa teoreettista ja käytännöstä kerättävää tietoa. (Ojasalo ym. 2009, 65). Konstruktivistisessa lähestymistavassa voidaan käyttää kehittämismenetelmiä varsin kirjavasti. Tyypillisimpiä tapoja ovat havainnointi, ryhmäkeskustelut, kyselyt ja haastattelut, mutta kehittämistyössä on syytä painottaa yhteistyötä. Usein on tarpeen tuntee perusteellisesti tuotoksen tulevien käyttäjien tarpeet. (Ojasalo ym. 2009, 68.)

Tämän kehittämissuunnitelman aikana käytettiin asiantuntijahaastattelua, dialogista keskustelua, aivoriihettä ja benchmarking -menetelmää. Kehittämissuunnitelmassa pyrittiin alusta asti osallistavaan otteeseen ja avoimeen keskusteluun sekä projektiorganisaation johdon että työyhteisöjen edustajien kanssa. Kehittämissuunnitelmaa ohjasi myös projektipäällikön oma asiaan perehtyneisyys ja havainnot käytännön työssä olevista ongelmista liittyen alkoholi mini-intervention toteuttamiseen. Kehittämissuunnitelmaa ohjasi vahvasti myös epävirallisissa asiantuntijahaastatteluissa ilmi tulleet asiat ja projektin alussa toteutettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Projektiryhmän panos toimintamallin luomisen kannalta oli merkittävä.

4.1 Kehittämissuunnitelman aikataulu

Kehittämissuunnitelma alkoi tammikuussa 2020. Kirjallisuuskatsaus ja projektisuunnitelma valmistuivat 2020 kevään aikana. Projektiryhmä aloitti työskentelyn toukokuussa 2020 ja tapasi ryhmänä projektin aikana kaksi kertaa. Suunniteltu viimeinen, eli kolmas projektiryhmän tapaaminen muutettiin edelleen vallitsevasta epävarmasta COVID-19 tilanteesta johtuen sähköpostitse tapahtuvaksi yhteydenpidoksi. Projektin ja ohjausryhmä hyväksyi toimintamallin syyskuussa 2020. Lokakuussa 2020 raportti viimeisteltiin julkaisua varten. Kehittämissuunnitelma raportoitui marraskuussa 2020. Projektin eteneminen kuvattu tarkemmin taulukossa 4 (s. 22) konstruktivistisesta kehittämismallin vaiheita mukaillen.

Taulukko 4. Kehittämiprojektin aikataulu ja prosessikuvaus.

Vaihe ja aikataulu	Kehittämiprojekti	Osalliset	Tuotetut materiaalit
ALOITUS 1-2/2020	<ul style="list-style-type: none"> -Kehittämistarpeen tunnistaminen -Tapaamiset eri tahojen kanssa aiheen rajaamiseksi -Toteutuksen suunnittelu -Kirjallisuuskatsauksen aloittaminen -Projektisuunnitelman luonnostelu 	Sidosryhmät, ohjausryhmä, mentori,	<ul style="list-style-type: none"> -Muistiinpanot -Alustava kirjallisuuskatsaus -Alustava projektisuunnitelma
SUUNNITTELU 3-5/2020	<ul style="list-style-type: none"> -Kirjallisuuskatsaus ja manuaalinen tiedonhaku -Projektiryhmän kokoaminen -Henkilökunnan koulutusten ajankohdan ja sisällön sopiminen -Riskianalyysin tekeminen käyttäen SWOT -analyysia -Projektisuunnitelma 	Ohjausryhmä, projektiryhmä, Selvinpään Satakunnassa -hanke	<ul style="list-style-type: none"> -Kirjallisuuskatsaus -Lähdeaineisto -Riskianalyysi -Projektisuunnitelma
TOTEUTUS 5-9/2020	<ul style="list-style-type: none"> -Osallistava tehtävä projektiorganisaation työpisteiden henkilöstölle (4/2020) -Projektiryhmän 1. tapaaminen (5/2020) -Toimintamallin työstäminen -Toimintamalli luonnoksen esittely ohjausryhmälle, väliseminaari. (8/2020) -Projektiryhmän 2. tapaaminen (8/2020) -Toimintamallin päivittäminen -Yhteydenpito projekti ja ohjausryhmän kanssa -Henkilökunnan koulutukset (9/2020) 	Projektiryhmä, projektipäällikkö, Selvinpään satakunnassa -hanke, henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> -Projektiryhmän ja henkilöstön tuottama materiaali -Toimintamalli
ARVIOINTI 9-11/2020	<ul style="list-style-type: none"> -Toimintamallin päivitys ja arviointi - Kehittämiprojektin raportointin kirjoittaminen ja arviointia 	Projektiryhmä Projektipäällikkö	<ul style="list-style-type: none"> -Raportin viimeistely -Päivitetty toimintamalli
VIIMEISTELY & VALMIS TUOTOS 10-11/2020	<ul style="list-style-type: none"> -Kehittämiprojektin raportointi 	Projektipäällikkö	<ul style="list-style-type: none"> -Kehittämiprojektin raportti -Toimintamalli

4.2 Aloitus ja suunnitteluvaihe

Kehittämiprojektin aloitusvaiheessa tunnistetaan kehittämisen tarve, kartoitetaan toimintaympäristö ja projektissa mukana olevat toimijat sekä heidän roolinsa (Salonen 2013, 18). Kehittämistarpeen tunnistamisessa on hyvä nostaa esille eri tahojen ja sidosryhmien näkemyksiä sekä keskustella yhdessä niistä asioita, joilla on merkitystä projektin onnistumisessa (Salonen 2013, 18; Salonen ym. 2017, 56). Kehittämiprojektin aloitusvaiheessa tammikuussa 2020 projektin aihetta rajattaessa ja toteutusta suunniteltaessa aihealuetta kartoitettiin kevennetyillä asiantuntijahaastatteluilla. Asiantuntijakartoituksella tavoitellaan tarvittavan tiedon keräämistä kyselyn tai haastattelun avulla ja se sopii syvällisen tiedon hankkimiseen (Haukijärvi ym. 2014, 57). Asiantuntijahaastattelu toteutettiin epävirallisesti ilman varsinaista haastattelurunkoa vapaasti keskustellen. Projektipäällikkö otti yhteyttä asiantuntijoihin organisaation sisällä ja sen ulkopuolella. Asiantuntijakartoituksella saatiin runsaasti tärkeää informaatiota ja näkökulmaa sekä kannustusta projektin toteuttamiseen. Asiantuntijakartoituksen avulla projekti saatiin rajattua riittävän tarkasti. Aloitusvaiheessa alettiin suunnitella tarkemmin toimintaympäristöä ja projektiorganisaation toimijoita, sekä tutustuttiin aiempiin tutkimuksiin ja jo luotuihin mini-intervention toimintamalleihin.

Suunnitteluvaihe alkaa aloitusvaiheen jälkeen, jossa täsmennetään kehittämiprojektin idea (Salonen 2013, 18). Suunnitteluvaiheeseen sisältyy taustaselvityksen tekeminen perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Kehittämisen kohde rajataan mahdollisimman täsmällisesti ja tehdään projektisuunnitelma. (Salonen ym. 2017, 60.) On tärkeää huomata, että aloitus ja suunnitteluvaiheessa toimijoiden ei ole mahdollista suunnitella tarkasti kaikkia työskentelyn osioita. On kuitenkin tarpeellista suunnitella projekti mahdollisimman huolellisesti. (Salonen 2013, 18; Salonen ym. 2017, 60.) Kehittämiprojektin suunnitteluvaiheessa tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja projektisuunnitelma. Suunnitelmavaiheessa muodostettiin projektiryhmä. Projektisuunnitelman hyväksyi kehittämiprojektin ohjausryhmä huhtikuussa 2020.

4.3 Esivaiheen henkilöstöä osallistava ennakkotehtävä

Esivaiheessa siirrytään työskentälle. Esivaihe on yleensä ajallisesti melko lyhyt ja toimenpiteiltään se voi olla lähinnä suunnitelman nopeaa läpikäymistä. (Salonen 2013, 18.) Esivaiheessa osallistettiin koko projektiorganisaation henkilöstöä yhteisellä

työyksikkökohtaisella ryhmätyöllä. Ennakkotehtävän avulla työyhteisöjä informoitiin käynnistyvästä kehittämisprojektista ja sen sisällöstä tiiviisti. Ennakkotehtävän tarkoituksena oli osallistaa koko henkilökuntaa hyvin matalalla kynnyksellä, jolloin saataisiin karotettua mini-intervention toteutumisen nykytila ja ongelmat henkilökunnan näkökulmasta. Ennakkotehtävä jaettiin ryhmätyöksi jokaiseen projektiorganisaation työyksikköön ja toteutettiin aivoriihi menetelmää mukailen. Aivoriihi eli brainstorming on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jolla ideoita tuotetaan ryhmässä. Aivoriihen voi toteuttaa esimerkiksi mind mapin avulla. Aivoriihessä ryhmän koolla on merkitystä, sillä suuressa ryhmässä on helpompi jättäytyä taka-alalle. Suuren ryhmän osallistamista puoltaa se, että mahdollisesti kaikki ratkaisuun liittyvä henkilöt voidaan ottaa mukaan. (Ojasalo ym. 2009, 145-147).

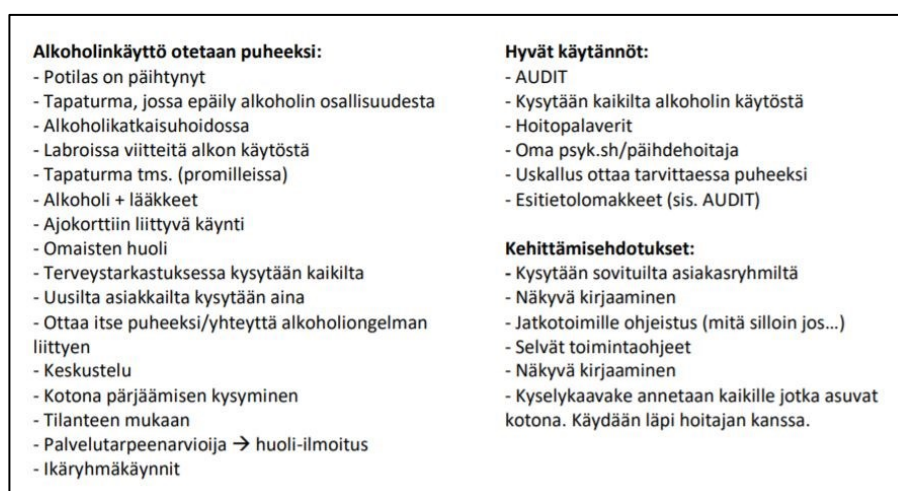
Tässä ennakkotehtävässä työyksiköiden tehtävänantona oli kuvata ”Alkoholin mini-intervention toteutuminen työpaikallani”. Toteutustavaksi tehtävänannossa ehdotettiin mind map -toteutusta. Tehtävässä pyydettiin listaamaan ”tilanteita, joissa alkoholin käyttö toteutetaan puheeksi asiakkaan kanssa”, ”ongelmat, joita kohtaatte mini-intervention toteuttamisessa”, ”syyt, miksi mini-interventio jää mahdollisesti toteuttamatta” ja ”hyväksi havaitut käytännöt”. Tehtävänannossa kannustettiin vapaaseen ja luovaan ideointiin ja annettiin mahdollisuus jalostaa tehtävää haluamallaan tavalla. Tehtävään pyydettiin myös kirjaamaan mahdollisia kehittämisideoita mini-intervention toimintamalliin liittyen. Projektipäällikkö teki ennakkotehtävän pohjalta yhteenvedon, jota hyödynnettiin projektiryhmän ensimmäisessä tapaamisessa ja toimintamallia luotaessa. Yhteenvedo työyksiköiden vastauksista kuvioissa 3 (s. 25) ja 4 (s. 25).

Kuviossa 3 (s. 25) on esitelty mini-intervention toteuttamisen haasteita ennakkotehtävän vastausten mukaisesti. Projektipäällikkö jaotteli vastaukset kolmeen ryhmään: asiakasnäkökulma, henkilöstönäkökulma ja työhön liittyvä näkökulma. Asiakkaan negatiivinen suhtautuminen puheeksiottoon vaikuttaa henkilökunnan mielestä mini-intervention toteuttamiseen tai estää sen kokonaan. Työhön liittyvässä näkökulmassa esiin nostettiin useammassa vastauksessa kiire tai lyhyet vastaanottoajat. Työn luonne koettiin myös mini-interventiota estävänä tekijänä tai ongelmana. Henkilöstönäkökulmasta asiaa tarkastellessa estävänä tekijänä mainittiin muiden muassa henkilökunnan asenne. Aihe saatettiin kokea hankalaksi ottaa esille tai sitä ei pidetty tärkeänä.



Kuvio 3. Työyhteisöjä osallistavan tehtävä vastausten yhteenveto projektiryhmälle. Mini-intervention toteutumisen ongelmat perusterveydenhuollossa.

Kuviossa 4 on eriteltynä tilanteet, joissa alkoholin käyttö otetaan puheeksi, hyväksi koettuja käytäntöjä ja kehittämissuhteita. Kehittämissuhteissa nostettiin esille esimerkiksi kirjaamisen parantaminen, ohjeistukset jatkotoimille ja selkeät toimintaohjeet. Tilanteet jossa alkoholin käyttö otetaan puheeksi liittyy usein potilaan tulosryhmän: potilas tuo itse alkoholiongelman esille, alkoholikatkaisuhoidon, päihtynyt potilas, tapaturma (promilleja), tai omaisten huoli alkoholinkäytöstä. Terveystarkastuksissa ja ajokorttiin liittyvissä tarkastuksissa alkoholinkäytöstä kysytään automaattisesti.



Kuvio 4. Työyhteisöjä osallistavan tehtävän yhteenveto vastauksista projektiryhmälle. Puheeksiottotilanteet, hyvät käytännöt ja kehittämissuhteet.

4.4 Työstövaihe ja projektiryhmän työskentely

Työstövaihe on suunnitelmavaiheen jälkeen tärkein vaihe, joka on myös usein vaativa ja kestää ajallisesti pitkään. Tässä vaiheessa toimijat työskentelevät kohti tavoitteita ja tuotosta suunnitelman mukaisesti. (Salonen 2013, 18.) Toteutusvaiheen suunnitelmallisuutta, yhteistoiminnallisuutta ja tavoitteiden saavuttamista voidaan tehostaa erinäisillä menetelmillä, kuten esimerkiksi työpajoilla (Salonen ym. 2017, 62). Työstövaihe alkoi projektiryhmän ensimmäisellä tapaamisella toukokuussa 2020. Projektiryhmä tapasi yhteensä kaksi kertaa. Kolmas ja samalla viimeinen tapaaminen peruttiin ja toteutettiin sähköpostitse. Projektiryhmän tapaamisilla syntyvää materiaalia ja pohdintoja aukikirjoitettiin raporttiin, niiltä osin kun se nähtiin tärkeäksi. Tuotettua materiaalia hyödynnettiin alkoholin mini-intervention toimintamallin luomisessa.

Projektiryhmän ensimmäinen tapaaminen oli toukokuussa 2020. Tapaamiselle oli varattu aikaa 2,5h. Tapaamisessa projektipäällikkö esitteli aihealuetta ja teoreettista viitekehystä tiivistetysti Powerpoint -esityksen avulla. Alustuksen tavoitteena oli herättää kiinnostus aiheeseen, sekä osoittaa projektin tärkeys. Suunnitelma toimintamallin alustavasta rakenteesta esiteltiin pääpiirteissään. Suunnitelma perustui vertailuorganisaatioiden toimintamalleihin ja kirjallisuuskatsauksen myötä havaittuihin asioihin sekä ennakkotehtävän vastauksiin. Alustavan toimintamallin rakenteen esitlemisen jälkeen ryhmän kanssa käytiin läpi työyksiköiden ennakkotehtävien vastaukset. Vastauksista ja niiden hyödyntämisestä keskusteltiin yhteisesti.

Kehitteillä olevaan toimintamalliin haettiin hyviä käytäntöjä tutustumalla jo olemassa oleviin toimintamalleihin. Benchmarking -menetelmässä perehdytään siihen, että miten toiset toimivat. Toisilta pyritään oppimaan hyväksi havaittuja käytäntöjä. Benchmarking toimii parhaiten sellaisten kohteiden kanssa, jotka voidaan määritellä selväpiirteisesti. (Ojasalo ym.2009,163.) Benchmarking eli vertailuanalyysi voidaan toteuttaa työpajatyypiksi, vieraillemalla valitussa organisaatiossa tai keräämällä tietoa erilaisista käytännöistä monenlaisia lähteitä käyttäen (Haukijärvi ym. 2014, 56). Projektiryhmälle esiteltiin ensimmäisessä tapaamisessa viisi suomalaista alkoholin mini-intervention toimintamallia eri organisaatioista, kun ennakkotehtävän vastaukset oli jo läpikäyty. Tarkoituksena oli, että ennakkotehtävän vastauksia olisi pystytty hyödyntämään jo toimintamallien benchmarkauksen aikana. Projektiryhmän tehtävänä oli poimia esitellyistä toimintamalleista mielestään hyviä ja huonoja käytäntöjä, joista keskusteltiin ryhmän kesken avoimesti ja vapaasti.

Projektiryhmän tapaamisen toisessa ”tehtävässä” päädyttiin käyttämään ideariihimene-
telmää. Ideariihellä tavoiteltiin aktiivista keskustelua aihepiiristä ja uusien näkökulmien
syntymistä. Jokaisen ryhmäläisen tehtävänä oli ideoida jokaiseen työyksikköön vapaasti
vähintään kaksi alkoholin puheeksioton ja seulonnan tapaa. Projektiryhmän tapaamisen
päätteeksi jokaisen työyksikön edustajaa teki alustavan päätöksen siitä, että missä tilan-
teessa alkoholinkäyttö otetaan puheeksi kyseisessä työyksikössä ja käytetäänkö pu-
heeksioton tukena seulontamittaria. Tapaamisen jälkeen kesän aikana projektipäällikkö
työsti toimintamallista luonnoksen, joka lähetettiin myös ohjausryhmälle arvioitavaksi en-
nen projektiryhmän toista tapaamista.

Projektiryhmän toinen tapaaminen toteutui elokuussa 2020. Projektiryhmän ja projekti-
päällikön lisäksi tapaamiseen kutsuttiin perusterveydenhuollon psykiatrinen sairaanhoi-
taja. Kotisairaanhoidon edustaja ei päässyt osallistumaan tapaamiseen. Ennen tapaa-
mistä projektiryhmälle lähetettiin sähköpostitse tapaamisen aikataulu ja sisältö, linkki in-
terventiomateriaaleista sekä luonnos toimintamallista. Viestissä pyydettiin arvioimaan
toimintamallia kriittisesti ja tutustumaan interventiomateriaaleihin. Projektiryhmän toisen
tapaamisen kehittämismenetelmänä käytettiin vapaata keskustelua projektipäällikön joh-
dolla.

Toimintamallia pidettiin pääosin selkeänä ja yksinkertaisena. Asiakkaan vastuuta
omassa hoitoketjussaan haluttiin toimintamallissa korostaa enemmän. Toisen tapaa-
mistensa jälkeen projektipäällikkö karsi lopullisesta toimintamalliversiosta terveysaseman päi-
vystyksen ja sairaanhoitajanvastaanoton pois, sillä puheeksiottoa ja seulontaa ei ollut
työyksiköiden mukaan mahdollista toteuttaa kyseisissä yksiköissä systemaattisesti työn
luonteen vuoksi. Toimintamalliin lisättiin elementtejä, joiden avulla asiakkaan osallisuutta
saatiin korostettua paremmin. Projektiryhmältä pyydettiin pian tapaamisen jälkeen säh-
köpostitse ajatuksia tapaamisen pohjalta päivitetystä toimintamallista. Projektiryhmä hy-
väksyi toimintamallin ja piti sitä selkeänä ja riittävän yksinkertaisena.

Projektipäällikkö toivoi kehittämissuorituksen tueksi järjestävän varhaiseen puuttumiseen
liittyvää koulutusta Eurajoen perusterveydenhuollon henkilökunnalle. Projektipäällikkö
otti yhteyttä Selvinpäin Satakunnassa hankkeen projektipäällikköön, joka mahdollisti ky-
seisen aihepiirin koulutuksen järjestämisen Eurajoella. Henkilökunnan varhaisen puut-
tuimisen koulutukset pidettiin syyskuussa 2020. Koulutusiltoja järjestettiin kaksi,
jotka olivat saman sisältöiset. Tällä tavalla pyrittiin mahdollistamaan mahdollisimman
monen osallistuminen koulutukseen. Koulutuksen toteuttivat Selvinpäin Satakunnassa -
hankkeen asiantuntijat.

4.5 Arviointivaihe ja viimeistelyvaihe

Arviointivaihe on nimetty erilliseksi vaiheekseen, vaikka sen ajatellaan sisältyvän kehittämisprojektin jokaiseen vaiheeseen. Arviointivaiheessa toimijat arvioivat yhdessä syntynyttä tuotosta ja siten sen voi vielä tarvittaessa palauttaa takaisin työstövaiheeseen. Tarkistusvaiheesta voidaan siirtyä myös viimeistelyvaiheeseen. (Salonen 2013, 18.) Arviointia tapahtuu ennen kehittämissuunnitelman hyväksymistä, toteutuksen ja toiminnan aikana sekä toteutuksen päätyttyä. Arviointina voidaan käyttää itsearviointia, vertaisarviointia ja/tai ulkoista arviointia. (Salonen ym. 2017, 64). Erityisesti ennen hankkeen päättymistä on varmistettava, että projektin tavoitteisiin on päästy ja saavutettu haluttu tulos. Projektin aikana käydään jatkuvasti avointa keskustelua sidosryhmien ja projektiryhmän kanssa, että millaiseen tulokseen päästään. (Paasivirta ym. 2011, 93.) Viimeinen vaihe, eli viimeistelyvaihe kestää usein yllättävän pitkään ja siihen tulee varata tarpeeksi aikaa. Viimeisessä vaiheessa syntyy valmis tuotos. (Salonen 2013, 18.)

Tässä kehittämisprojektissa arviointi kuului tärkeänä osana jokaiseen projektin vaiheeseen. Kehittämisprojektissa arvioitiin jatkuvasti kehittämisprojektin tavoitteen ja tarkoituksen mahdollisuuksia toteutua, kun toimintamalli otetaan organisaatiossa käyttöön. Arvioitiin myös aikataulusuunnitelman toteutumista, kehittämisprojektin prosessin onnistumista ja kehittämisprojektin tuotosta eli toimintamallia kokonaisuudessaan. Arviointiin osallistui projektipäällikön lisäksi aktiivisesti myös työelämämentori. Projektiryhmä ja ohjausryhmä osallistuivat arviointiin pääosin vain toimintamallin osalta. Viimeistelyvaiheessa tuotos saatettiin valmiiksi ja kirjoitettiin kehittämisprojektin raportti.

5 ALKOHOLIN MINI-INTERVENTION TOIMINTAMALLI JA JATKOKEHITTÄMISIDEA

Alkoholin mini-intervention toimintamalli syntyi kehittämisprojektin tuotoksena. Toimintamalli kokonaisuudessaan kuviossa 5 (s. 31). Mini-intervention toimintamallin luomisessa hyödynnettiin työyksiköiden ennakkotehtävän vastauksia (Kuvio 3 ja 4, s.25), kirjallisuuskatsauksen tutkimuksia, kirjallisuutta ja projektiryhmän tuomaa asiantuntijatasoista tietoa myös käytännön työn näkökulmasta. Keskustelua käytiin myös ohjausryhmän kanssa. Toimintamallia päivitettiin havaittujen puutteiden tai muutosehdotusten pohjalta viimeimpään muotoonsa. Toimintamallissa on kuvattuna alkoholin mini-intervention prosessi eli: missä tilanteissa alkoholinkäyttö otetaan puheeksi asiakkaan/potilaan kanssa kyseisessä työyksikössä, alkoholinkäytön puheeksioton tukena käytettävä mittari, jatko-ohjauksen ohjeistus ja kirjaamisohjeet.

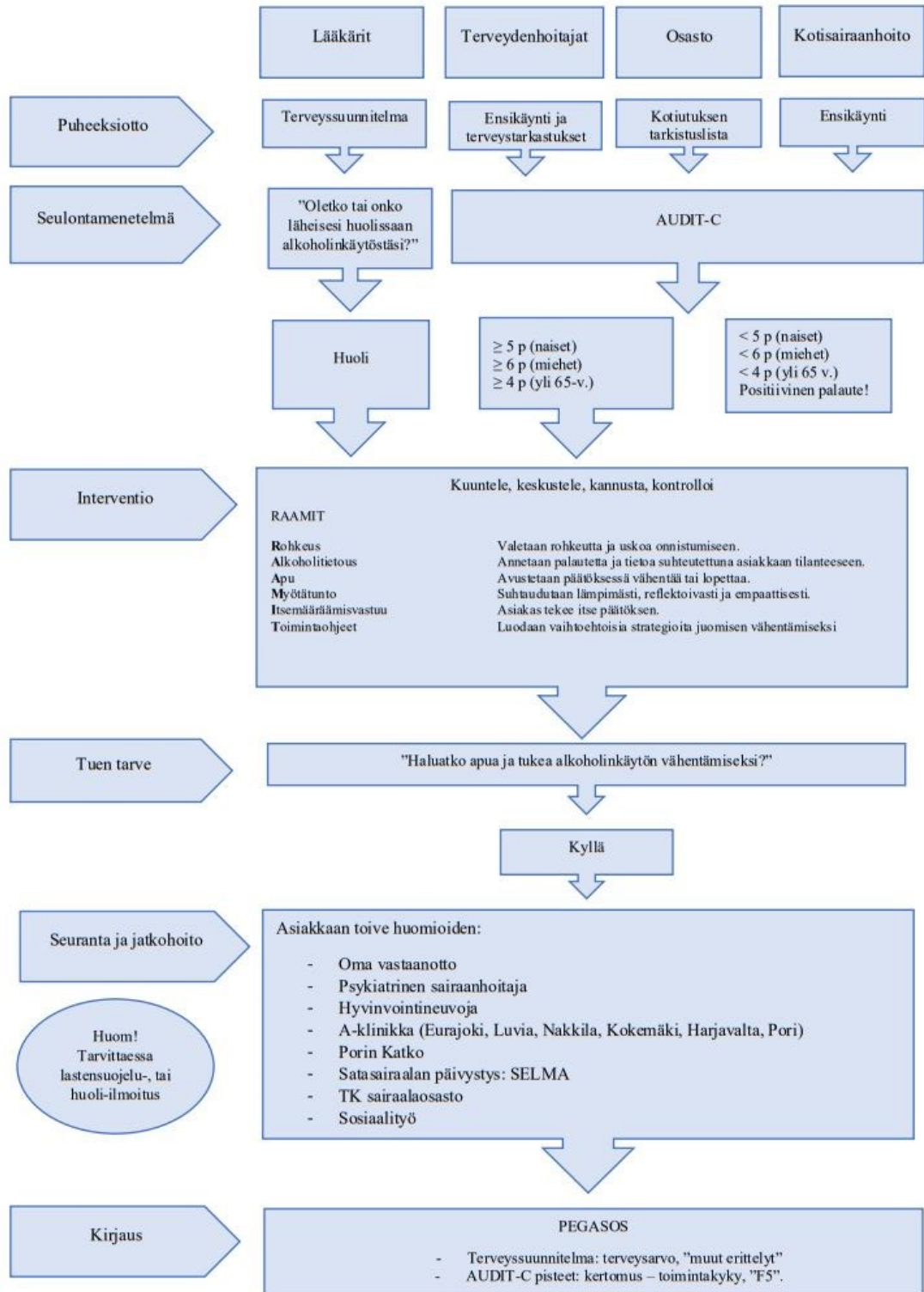
Toimintamallissa käytetään AUDIT-C -mittaria, joka oli projektiryhmän mukaan riittävän nopea ja yksinkertainen käyttää. Myös tutkimusten mukaan AUDIT-C on luotettava seulontaväline. Terveystarkastuksissa käytetään AUDIT -mittaria jatkossakin, mutta kaikilla uusilla asiakkaillaan he käyttävät AUDIT-C -mittaria haastatellen, kuten jo aiemminkin. Kotisairaanhoidossa alkoholi otetaan puheeksi jokaisen asiakkaan kanssa ensikäynnin yhteydessä. Osastolla alkoholin otetaan puheeksi kaikkien potilaiden kanssa kotiutussuunnitelmia tehtäessä. Lääkärien vastaanotolla alkoholi otetaan puheeksi potilaan itse täyttämän terveystarkastuksen (taulukko 3, s. 15) avulla. Päivystys ja sairaanhoitajien vastaanotto jätettiin lopulta toimintamallin ulkopuolelle, koska systemaattisia puheeksiottotilanteita ei kyetty valitettavasti nimeämään riittävän yksiselitteisesti.

AUDIT-C:n mukaiset pisterajat on kirjattu toimintamalliin selkeästi. Mikäli pisterajat ylittyvät, tulee interventio antaa RAAMIT -malli huomioiden. Lääkärien vastaanotolla interventio annetaan, jos potilas vastaa seulontakysymykseen myöntävästi ”Oletko, tai onko läheisesi huolissaan alkoholinkäytöstäsi?”, tai jos potilaan haastattelussa ilmenee huolta alkoholin käytössä. Intervention tukena henkilökunta voi käyttää jo olemassa olevaa materiaalia, kuten Vähennä vähäsen -opasta tai Päihdelinkin Apukorttia. Mikäli asiakas/potilas haluaa apua tai tukea alkoholinkäytön vähentämisessä tulee hänelle kertoa jatko-hoito/seuranta mahdollisuuksista, joita toimintamallissa listattuna. Tärkeintä on kuunnella asiakkaan/potilaan omaa halua ja motivaatiota.

Toimintamallin käyttöönoton ajankohdan päätöksestä vastaa kehittämisprojektin kohdeorganisaatio. Toimintamallin toteutusta tulee jatkossa seurata ja kehittää. Mikäli AUDIT-C:tä koskevat kirjaukset ovat määrällisesti kasvussa, jonka jälkeen kirjausten määrä pysyy halutulla tasolla, on alkoholin puheeksiottoja ja seulontoja tehty toimintamallin mukaisesti. Ammattilaisten kokemuksia tulee kerätä toimintamalliin liittyen toiminnan edelleen kehittämiseksi. Seuranta puheeksiottojen/seulontojen määristä, sekä henkilökunnan kokemuksia toimintamallista tulisi järjestää esimerkiksi 3kk ja 8kk kohdalla, jonka jälkeen kerran vuodessa.

Ehkäisevää päihdetyötä ja päihdehoitopolkuja tulee Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä kehittää edelleen. Jatkokehittämisideana on luontevaa ehdottaa, että alkoholin mini-intervention toimintamalli levitetään systemaattisempaan käyttöön koko Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Koska Eurajoella lääkäreiden vastaanotoilla käytetty potilaiden itse täyttämä terveystuunnitelma on monipuolinen, mutta myös alkoholin puheeksioton keinona uusi ja potilaita osallistava ja vastuullistava, tulisi sen käyttö levittää systemaattisesti koko Keski-Satakunnan kuntayhtymän alueelle. Oma olo -palvelun käyttöönoton myötä, myös digitaalisia palveluja päihdetyön osalta tulisi kehittää. Palveluihin ohjautumisen myös päihdetyön osalta tulisi olla helppoa ja tapahtua matalalla kynnyksellä. Sähköinen yhteydenotto terveydenhuollon asiantuntijaan voisi olla tarpeellinen, eli sähköisten yhteydenottopalvelujen kehittäminen matalan kynnyksen yhteydenoton tueksi. Eli kaiken kaikkiaan kehittämisen keskiössä ovat selkeät hoitopolut ja matalankynnyksen palvelut.

Alkoholin mini-intervention toimintamalli



Kuvio 5. Alkoholin mini-intervention toimintamalli Eurajoen perusterveydenhuollossa.

KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Arvioinnilla tavoitellaan toiminnan kehittämistä, joka tapahtuu vertaamalla jo saavutettuja tuloksia asetettuihin tavoitteisiin. Projektitoiminnassa arvioinnilla on suuri merkitys, jonka vuoksi arviointi tulisi olla osana jokaista projektia. Usein projektin toimijat ovat kaikki mukana arviointiprosessissa, tiedon antajina, sen tuottajina, analysoijina ja käyttäjinä. Kehittävää arviointia tuotetaan yleensä itsearviointeina tai yhteistyönä tutkijoiden ja käytännön työntekijöiden kanssa. (Hautala, Ojalehto & Saarinen 2012, 32-33.) Kehittämissessikuvauksissa arviointivaihe on usein eroteltu omaksi vaiheekseen, mutta todellisuudessa arviointia tapahtuu projektin jokaisessa vaiheessa (Salonen ym. 2017, 64). Arvioinnin kannalta ei ole olennaista katsoa ainoastaan projektin tavoitteiden saavuttamista, vaan havainnoida koko projektin prosessia. Kehittämistyössä opitaan yhdessä ratkaisemaan ongelmia eikä vain, että saadaan joitakin ongelmia ratkaistuksi. Eli olennaista on se, mitä tapahtuu projektin aikana ihmisten välisenä toimintana ja sen kautta. (Seppälä-Järvelä 2004, 20.)

Esiarvioinnissa voidaan arvioida projektin sopivuutta organisaation strategiaan. Ennakoarvioinnissa arvioidaan projektin odotettuja vaikutuksia ja mahdollisuuksia onnistua. Väliarviointi on tarpeen pitkissä yli vuoden kestävässä projekteissa. Väliarviointi antaa mahdollisuuden "muuttaa kurssia" tai jopa keskeyttää projekti. Jälkiarvioinnissa tarkastellaan projektin onnistumista eli suunnitelmassa pysymistä. Projektin vaikuttavuusarvioinnissa keskitytään projektin tuomiin hyötyihin ja vaikutuksiin. Itsearviointissa arvioinnin kohde on myös arvioinnin tekijä. Arvioitsijana voi myös olla yksilö, yhteisö tai organisaatio. Projektien itsearviointissa tarkastelutaso keskittyy projektin tekijän, koko projektiin tai organisaatioon. Myös projektiryhmän, ohjausryhmän tai sidosryhmien palaverissa voi kerätä arviointitietoa. Itsearviointissa riskinä on omalle työlleen sokeutuminen. (Hautala, Ojalehto & Saarinen 2012, 35, 37.) Tässä kehittämissessiprojektissa esiarviointia ja ennakoarviointia tehti erityisesti projektipäällikön toimesta, mutta myös ohjausryhmä oli oleellisessa osassa projektia käynnistäessä ja projektisuunnitelmaa työstäessä. Oli tärkeää, että kehittämissessiprojekti koettiin mahdollisimman hyödyllisenä kaikkien osapuolten kannalta, jonka vuoksi ideoitiin ja aiheen rajaamiseen projektipäällikkö kävi keskustelua useiden tahojen ja toimijoiden kanssa. Vaikuttavuusarviointia tehtiin jo esi- ja ennakoarviointivaiheessa. Vaikuttavuuden arviointi kävi kovin luonnollisesti, sillä aihepiiristä löytyy varsin paljon luotettavia tutkimuksia. Mini-interventio ja AUDIT-C on todettu vaikuttavaksi mentelmäksi perusterveydenhuollossa. Väliarviointia taas puolestaan tehtiin ohjausryhmän toimesta projektin ollessa puolivälissä, jolloin toimintamalli oli jo

alustavasti hahmottunut. Väliarvioinnin myötä ”kurssia” olisi ollut vielä helppo kuitenkin muuttaa. Väliarvioinnissa ei noussut esiin muutostarpeita.

6.1 Projektin etenemisen ja projektipäällikön toiminnan arviointi ja pohdinta

Projektin hallintaan liittyy epävarmuuden ja vaihtelevien olosuhteiden hallinta. Riskien hallinnalla pyritään varautumaan odottamattomiin tilanteisiin ja vähentämään epävarmuustekijöitä. Projektiin kuuluvien riskien ja ongelma-alueiden tunnistaminen ja suunnitelma niiden eliminoimiseksi tai vähentämiseksi on oleellinen osa riskien hallintaa. Riskien hallinta voidaan luokitella koostuvaksi riskien analysoinnista, riskilistan laatimisesta, toimenpiteistä ja seurannasta ja riskilistan ylläpidosta. Riskejä hallitsee muiden muassa koko projektia koskeva mahdollisimman yksityiskohtainen suunnitelma. (Ruuska 2008, 248.) Tässä projektissa riskien hallintaa pyrittiin parantamaan tekemällä riskianalyysi käyttäen SWOT-menetelmää projektisuunnitelma vaiheessa projektipäällikön toimesta (Kuvio 6, s. 34). Riskianalysissä on pyritty huomioimaan projektin vahvuudet ja ongelmakohdat. Haasteisiin ja uhkiin pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota hyvällä suunnittelulla ja asioiden huomioimisella ennakoidusti.

Kehittämiprojekti eteni kokonaisuudessaan suunnitelman mukaisesti. Suunniteltua aikataulua kyettiin aikaistamaan vaivattoman etenemisen vuoksi. Riskianalysissä projektipäällikön aikataululliset haasteet minimoitiin hyvällä suunnittelulla. Projektipäällikön työpaikan vaihtuminen toiseen organisaatioon ei aiheuttanut suoranaista haittaa projektiin tai sen etenemiseen. Tiedonkulku ja tietojen vaihto tapahtui sähköpostitse, joka olisi ollut tiedonvaihtoväylänä myös projektipäällikön työskennellessä vielä projektin toteutumisympäristössä. Projektipäällikön työympäristön vaihtuminen pois projektin ympäristöstä saattoi jopa helpottaa projektin kulkua, koska projektipäällikön ei tarvinnut toimia työpaikan edustajana, vaan pystyi toimimaan ainoastaan projektipäällikön roolissa.



Kuvio 6. Projektin riskianalyysi SWOT- menetelmää käyttäen.

Projektipäällikön oman arvion mukaan projektiryhmän työskentelylle oli varattu ensimmäisessä tapaamisissa liian niukasti aikaa. Käytettävien kehittämismenetelmien teettäminen testaamistarkoituksessa ennen projektiryhmän tapaamista olisi saattanut helpottaa tapaamisten suunnittelua, mutta testaaminen ei ollut aikataulullisista syistä kuitenkaan mahdollista. Projektipäällikön kokemattomuus projektipäällikön roolissa tuskin aiheutti merkittäviä haittoja projektin aikana. Aikataulussa pysyminen ja aktiivinen ote kehittämisprojektiin mahdollistivat halutun tuloksen. Aktiivinen projektiryhmä mahdollisti toimintamallin kehittämisen suunnitellusti. Projektipäällikkö vastasi koko projektin suunnittelusta, sen etenemisestä ja toteutuksesta, ja oman arvion mukaan toimi itseohjautuvasti. Mentorin ja opettajatuutorin mielipidettä kysyttiin satunnaisesti joihinkin projektia koskeviin asioihin, kuten aiheen rajaamiseen tai raportointiin liittyviin seikkoihin. Projektipäällikkö teki kuitenkin itsenäisesti kaikki projektia koskevat päätökset mentorin ja

opettajatuutorin mielipiteet huomioiden. Projektipäällikön oman arvion mukaan projekti onnistui kokonaisuudessaan suunnitelman mukaisesti ja tavoitteiden voidaan arvioida täyttyneen. Projekti olisi ollut mahdollista toteuttaa yksityiskohtaisemmin ja laajemmin, mikäli projektipäälliköllä olisi ollut antaa projektille enemmän aikaa. Halutunlaiset tulokset saatiin kuitenkin tällä panoksella ja resursseilla, joten moitteita projektille on vaikea projektipäällikön toimesta antaa.

Tiivishenkinen toimintaympäristö loi omat haasteensa ja vahvuutensa. Projektiryhmän henkilöt tunsivat toisensa ennalta, joka varmasti helpotti ryhmäytymistä sekä lisäsi vapaata ja avointa keskustelua sekä ideointia. Toisaalta projektioraganisaatiossa oli useita hyvin erilaisia työyksiköitä, joiden toimenkuva on keskenään hyvinkin erilainen. Tämän vuoksi toimintamallin työstäminen oli välillä haastavaa. Projektiryhmän jäsenet kuitenkin tukivat toisiaan hyvin ja auttoivat hyvien ratkaisujen valinnassa toimintamallin suhteen. Projektin aikana vallitseva COVID-19 tilanne ei aiheuttanut projektin aikataululle tai toteutukselle merkittäviä muutoksia ja projektiryhmäläiset pystyivät osallistumaan sovittuihin tapaamisiin. Useat riskianalyysin mahdollisuudet ja uhat voi arvioida vasta projektin raportoinnin jälkeen.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli selkeyttää ja lisätä alkoholin mini-interventioiden toteuttamista luodun mallin avulla. Tavoitteena oli myös kehittää ehkäisevän päihdetyön toteutumista Eurajoen perusterveydenhuollossa, kun kehitetty toimintamalli saadaan juurtumaan käytäntöön. Ehkäisevää päihdetyötä on varmasti onnistuttu kehittämään jo projektin aikana henkilöstöä kouluttamalla ja asioista keskustelemalla. Toimintamalli tulee lisäämään ja selkeyttämään mini-intervention toteutusta, joten projektille asetetut tavoitteet on saavutettu.

6.2 Menetelmävalintojen arviointi ja toimintamallin arviointi

Menetelmävalinnat olivat pääosin onnistuneita. Kaikki menetelmävalinnat eivät toki olleet kiitettävän tasoisia suorituksia, mutta tavoiteltuihin tuloksiin päästiin siitä huolimatta. Projektipäällikkö mietti käytettyjä menetelmiä tarkoin ja teki kaikista projektiryhmän tehtävistä ennakkoon muistiinpanoja itselleen, että mitä kyseisellä tehtävällä tai kehittämismenetelmällä tavoitellaan. Kehittämismenetelmiä tai tehtäviä ei siis toteutettu ilman harkintaa tai tehtävälle asetettuja tavoitteita. Projektisuunnitelmassa olevista alustavista menetelmävalinnoista poikettiin ja kehittämismenetelmiä karsittiin runsaasti, jolloin projektiryhmän työskentely toimi selkeästi.

Projektiryhmän kanssa käytetty Benchmarking -menetelmä, jolla vertailtiin jo olemassa olevia toimintamalleja jäi tuloksiltaan melko niukaksi. Jälkeen päin pohdittuna Benchmarking hetki oli projektiryhmän tapaamisessa rauhattomin tilanne. Työpuhelut ym. herpaannuttivat tilannetta. Paine pysyä ryhmälle varatussa aikataulussa pakotti kiirehtimään siitä huolimatta eteenpäin, vaikka tulokset eivät olleet suunnitellun laajuisia. Täsmällisempi ohjeistus ja kannustus olisi saattanut tuottaa antoisampia tuloksia. Projektipäällikön aktiivisen kyselemisen kautta saatiin jotain tuloksia kirjattua ylös. Projektipäällikön arvion mukaan benchmarking oli tästä huolimatta hyvä kehittämismenetelmä valinta ja ”ei niin hyvin onnistuessaan” silti varsin hyödyllinen menetelmä käyttää kehittämisprojektin kannalta.

Kehittämisen menetelmistä dialoginen keskustelu oli projektiryhmän kannalta tuottavin ja sitä päädyttiin käyttämään ainoana menetelmänä toisessa tapaamisessa. Käydyissä vapaamuotoisissa keskustelussa jokainen osallistui ryhmän työskentelyyn ja projektipäällikölle välittyi, että jokainen uskalsi avoimesti tuoda ajatuksiaan ja ideoitaan julki. Projektiryhmän ollessa motivoitunut ja aktiivinen oli työskentely helppoa ja ryhmädynamiikka toimi hyvin.

Toimintamalliin liittyvä päätöksenteko tehtiin yhdessä projektiryhmän kanssa. Tavoitteena oli tehdä toimintamallista selkeä ja käytännönläheinen. Toimintamallin luomisessa projektipäällikkö halusi painottaa erityisesti toimintamallin helppokäyttöisyyttä käytännön asiakas- /potilastyön tukena, jonka vuoksi projektiryhmäläisillä oli kehittämisprojektissa suuri arvo. Toimintamallin luomisessa suurimmaksi haasteeksi koettiin niiden tilanteiden nimeäminen, jossa alkoholin puheeksiottaminen tai seulonta asiakkailta/potilailta tapahtuu. Ainut, jossa puheeksiottotilanne ja seulonta (AUDIT, tai AUDIT-C mittarin käyttö) oli täysin selvä oli terveydenhoitajien toteuttama aikuispotilaiden vastaanotto, koska siellä alkoholinkäytön seulonta oli jo systemaattista. Kotisairaanhoidon ja terveyskeskussairaalan osaston kohderyhmä oli myös lopulta melko selkeä päätös, sillä tavoitteena oli kysyä kaikilta asiakkailta/potilailta alkoholista systemaattisesti. Pohdintaa aiheutti kuitenkin se, että missä tilanteessa puheeksiottaminen tapahtuisi mahdollisimman luontevasti. Kotisairaanhoidon osalta tilanteeksi valikoitui kohtuullisen helposti asiakkaan luokse tehtävä ensikäynti ja siihen liittyvä kartoitus ja keskustelu. Osastolle juurrutettava käytäntö oli huomattavasti haastellisempi, sillä osaston rutiineihin sekä mahdolliseen kiireeseen ja potilaiden vointiin liittyi paljon muuttuvia tekijöitä, jotka saattavat oleellisesti vaikuttaa alkoholin puheeksiottamiseen. Päivystys, sairaanhoitajien ja lääkärien vastaanotto oli projektin kannalta työyksiköistä haasteellisin ympäristö. Kyseisissä ympäristöissä

alkoholin puheeksiotto ei olisi tapahtunut systemaattisesti toteutettuna luontevasti. Sen vuoksi toimitamallista karsittiin lopulta päivystys ja sairaanhoitajien vastaanotto pitkän pohdinnan jälkeen kokonaan pois.

Toimintamallin työstämisessä projektipäällikön suurin haaste oli olla puuttumatta toimintamallia koskeviin valintoihin ja rakenteeseen liikaa. Aihepiiriltään toimintamallin luominen jo itsessään oli haaste, jonka vuoksi oli äärimmäisen tärkeää kuunnella käytännön työtä tekevien ammattilaisten näkemyksiä asiassa. Projektin aihepiirin vuoksi päädyttiin käyttämään konstruktivistista kehittämisen mallia, eli henkilöstöä osallistavia menetelmiä, jotta saataisiin luotua käytännön työhön sopiva toimintamalli. Ilman projektiryhmän apua olisi toimintamalli saattanut joiltain osin olla erilainen, joka taas olisi voinut aiheuttaa sen, ettei toimintamallia olisi pystytty käytännön työssä hyödyntämään halutulla tavalla. Projektipäällikön arvion mukaan toimintamallista tuli käytännön työtä tukeva ja ohjeistava, eli tavoitteet täyttyivät myös tältä osin.

6.3 Vaikuttavuuden arviointi

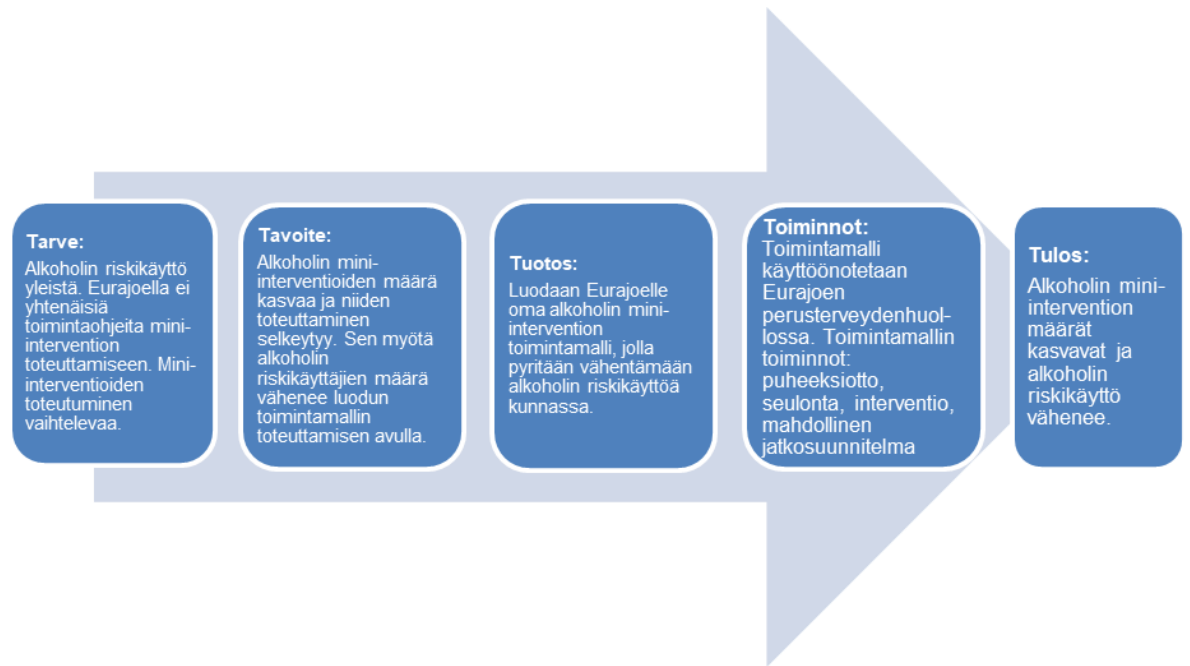
Kuntatasolla on hyödyllistä, että kehittämistyössä käytetään jo testattuja ja vaikuttavia käytäntöjä (Hätönen 2011, 79; Radoš ym. 2016, 17). On huolehdittava, että uudet toiminnot joita suunnitellaan otettavaksi käyttöön perustuvat tutkittuun tietoon niiden vaikuttavuudesta. (Hätönen 2011, 79.) On kuitenkin huomattava, että vaikka toiminnan vaikuttavuudesta saattaa olla jo näyttöä, sen onnistunut toteuttaminen ei ole selviö. Tulokset voivat tuottaa pettymyksen, jos toteuttajilla ei ole tarvittavia taitoja. Koulutusten järjestäminen voi siis olla tarpeen. (Radoš ym. 2016, 17.) Tämän kehittämisprojektin vaikuttavuuden arvioinnin kohteena tulisi olla sekä toimintamallin toteutettavuus että sen myötä syntyvät vaikutukset. Kehittämisprojektin toimintamallissa hyödynnettiin jo tutkimuksissa vaikuttavaksi todennettua mittaria (AUDIT-C). Myös mini-intervention vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on laadukasta tutkimusnäyttöä. Henkilökunnalle järjestettiin alkoholin mini-interventioon liittyvä koulutus projektin aikana. Toimintamallin vaikuttavuutta ei kuitenkaan voida vielä arvioida, sillä toimintamallia ei otettu projektin aikana käyttöön.

Terveysten edistämisen vaikuttavuutta pitäisi siis mitata monesta eri näkökulmasta. Myös usean eri mittausmenetelmän käyttö voi olla tarpeen kattavuuden takaamiseksi (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 9, 12.) Julkisten palvelujen onnistumista on pitkään arvioitu toimenpiteiden suoritusten avulla, mutta vaikuttavuus on kuitenkin toimenpiteen

aikaansaama tulos, ei suoritusten lukumäärä (Kettunen 2017, 7). Vaikuttavuus on kuitenkin mitattava intervention välittömien tavoitteiden suhteen muistaen, että kaikkien interventioiden vaikuttavuutta terveydentilaan tai terveyskäyttäytymiseen ei voida mitata. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö toimenpide voisi silti olla vaikuttavaa. (Ståhl 2017, 973.)

Tämän kehittämisprojektin vaikuttavuuden arvioinnin prosessia on esitetty kuviossa 7 (s. 39). Kuviossa on hyödynnetty sekä Koskinen-Ollonqvist ym. (2005, 6) vaikuttavuuden muodostumisen kuvausta sekä Kettusen (2017, 10) kuvailemaa prosessihahmoitusta. Tämä kehittämisprojekti voi onnistuessaan vaikuttaa varsin monella taholla, jonka vuoksi vaikuttavuuden mittaaminen yksiselitteisesti haastavaa. Ensisijaisesti tässä projektissa kuitenkin pyritään lisäämään ja selkeyttämään perusterveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin mini-interventiota. Eli tavoitellaan asiakkaan/potilaan parempaa hyvinvointia ja terveyttä panostamalla ehkäisevään päihdetyöhön perusterveydenhuollossa.

Ensisijaisena tavoitteena on, että kuntalaisten alkoholin riskikäyttö vähenee, jolloin luonnollisesti tulee selvittää, että väheneekö kuntalaisten alkoholin riskikäyttö mini-intervention avulla. Mini-interventioiden, erityisesti puheeksiottojen toteutumista voisi seurata kirjatuiilla AUDIT-C pisteillä (Alho 2017, 76). Eli mikäli AUDIT-C kirjausten lukumäärä potilastietojärjestelmässä on kasvussa, voidaan toimintamallin todeta olevan toimiva, sillä puheeksiottojen määrät ovat kasvussa. Interventioiden vaikuttavuutta kuntalaisten terveyteen voidaan seurata myöskin AUDIT-C pisteiden avulla, jolloin AUDIT-C tulisi toistaa esimerkiksi 6kk kuluttua ensimmäisestä interventiosta. Mikäli AUDIT-C pisteet olisivat puolen vuoden seurannassa laskenteet, voidaan intervention olettaa olevan positiivisia vaikutuksia yksilön terveyteen. On kuitenkin huomattava, että intervention vaikutusta voi olla lopulta vaikea selvittää, koska kohteeseen vaikuttaa muitakin tekijöitä. Eli vaikutus ei ole välttämättä suoraviivainen ja vaikutus voi syntyä hitaastikin (Kettunen 2017, 8-9; Ståhl 2017, 972).



Kuvio 7. Vaikuttavuuden muodostumista kuvaava ketju (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 6).

Koska kehittämissuunnitelmassa luotiin Eurajoelle mini-intervention toimintamalli, voi toimintamallin käytettävyyttä arvioida myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Toimintamallin osa-alueista olisi hyödyllistä muodostaa kysymyksiä, joihin hoitohenkilökunta vastaisi esimerkiksi webropol kyselynä. Kyselyn yhteenvedon pohjalta toimintamallia on helpompi jatkokehittää. Kysely voitaisiin toteuttaa esimerkiksi 3kk, 8kk kuluttua käyttöönotosta. Eli terveydenhuollon ammattilaisten tulee myös voida kyseenalaistaa antamansa hoidon vaikuttavuus. Vain siten voidaan terveystaloutta jatkuvasti parantaa ja taata se, että rajalliset voimavarat käytetään parhaalla tavalla. (Malmivaara & Roine 2013.) Vaikuttavuuden arvioinnissa voisi asiakaskyselynä selvittää, että miten asiakkaat kokevat mini-intervention toteutumisen, jolloin kehittämistyötä voisi tehdä myös asiakasnäkökulman perusteella.

6.4 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimus voi olla luotettava tai eettisesti hyväksyttävä vain, jos tutkimus on suoritettu noudattamalla hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Hyvän tieteellisen käytännön edellytyksiä ja eettisiä normeja pyrittiin tässä

kehittämisprojektissa noudattamaan. Kehittämisprojekti ei sisältänyt varsinaista tutkimuksellista osiota.

Aiheenvalinta on jo itsessään eettinen valinta. Kehittämisaiheen valinnassa on pohdittava, kenen ehdoilla kehittämistehtävä valitaan ja miksi kehittämiseen ryhdytään (Ojasalo ym. 2009, 49). Aiheenvalintaa on tässä kehittämisprojektissa perusteltu projektipäällikön mielestä riittävästi, varsin laajasti ja useasta näkökulmasta. Tässä kehittämisprojektissa aiheen valintaan ja rajaamiseen liittyvää keskustelua käytiin runsaasti organisaation sisällä, sekä asiantuntijataholla. Aiheen tärkeys nousi esille keskusteluja käymällä ja sen osoittavat myös useat tutkimukset sekä uudistuneet lait ja lakeja tukevat toimintaohjelmat. Projektin avulla pyrittiin mahdollisimman suureen hyötyyn kaikkien tekijöiden kannalta: yhteiskunta, organisaatio, työntekijä ja asiakas/potilas.

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkija käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Vilka 2015). Myös tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Projektisuunnitelma hyväksyttiin asiaan kuuluvalla tavalla ohjausryhmällä ja tehtiin opinnäytetyösopimus. Erilistä tutkimuslupaa ei tässä kehittämisprojektissa tarvittu. Kehittäjille eli tässä tapauksessa projektiryhmäläisille kerrottiin selkeästi, mihin tarkoitukseen tietoa kerätään ja miten sitä käytetään.

Kehittämisprojektin eettisyys korostuu tavoitteissa, joiden tulee olla korkean moraalin mukaisia. Työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti sekä seurausten on oltava käytäntöä hyödyttäviä. Tieteellisen tutkimuksen normit ovat tutkimuseettikan osalta myös työelämälähtöistä kehittämistoimintaa. (Ojasalo ym. 2009, 48.) Projektin tavoitteet ovat projektipäällikön arvion mukaisesti korkean moraalin mukaisia ja yksilön, mutta myös yhteisön ja yhteiskunnan etuun pyrkiviä. Projektin avulla pyritään edistämään terveyttä, ehkäisemään sairauksia, tapaturmia sekä sosiaalisia ja taloudellisia haittoja, mutta myös säästämään terveydenhuollon resursseja.

Kehittämisen kohteena olevien ihmisten on tiedettävä, mitä kehittäjä on tekemässä, mikä on toiminnan kohde ja tavoitteet sekä mikä on heidän roolinsa projektitoiminnassa. Kehittäjä joutuu erityisesti työyhteisössä pohtimaan suostuttelun ja pakottamisen rajaa. (Ojasalo ym. 2009, 48.) Projektiryhmäläisten valinta perustui vapaaehtoisuuteen ja projektiryhmäläisillä oli mahdollisuus avoimesti kieltäytyä osallistumasta ryhmään. Projektiryhmän jäsenille tiedoitettiin heidän roolinsa ja projektin sisältö sähköpostitse, sekä asia kerrattiin vielä tapaamisen yhteydessä. Materiaalin tai tuotosten käyttöön pyydettiin vielä

erillinen lupa ryhmäläisiltä suullisesti ensimmäisessä tapaamisessa. Mahdollisuus lisäkysymyksiin annettiin koko projektin ajan.

Hyvän tieteellisen käytännön mukainen tiedonhankinta tarkoittaa sitä, että tutkija perustaa tiedonhankinnan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin ja sekä riittävästi esimerkiksi oman tutkimuksensa analysointiin. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijan noudattavan huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta sekä tutkimustyössä että tutkimustulosten esittämisessä. (Vilkkä 2015.) Epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa muodoissa. Epärehellisyyteen lukeutuu mm. toisten tekstien plagiointi, tulosten kritiikitön yleistäminen, harhaanjohtava tai puutteellinen raportointi. (Ojasalo ym. 2009, 49.) Projektin raportti pyrittiin kirjaamaan tarkasti, selkeästi sekä totuudenmukaisesti. Lähteiden valinnassa oltiin mahdollisimman tarkkoja ja lainauksia käytettiin asianmukaisin viittauksin. Lähteiksi valittiin aineistoja, jotka olivat vertaisarvioituja tai ne arviointiin projektipäällikön harkinnan mukaan luotettaviksi, kuten esimerkiksi Käypä hoitosuositukseen perustuvat lähteet.

LÄHTEET

Aalto M. & Komulainen J. 2015. Potilaan haastattelemisen: kolmen kysymyksen AUDIT-C. Näytönastekatsaus. Duodecim käypähoito. Viitattu 13.4.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04611>

Aalto M. 2015. Alkoholinkäyttöön liittyvän lyhytneuvonnan vaikutuksen kesto. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 9.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04626>

Alho L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteenlaitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2018. Suomalaisen Lääkärisseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 5.3.2020. www.kaypahoito.fi

Päihdelinkki. AUDIT – Alkoholien käytön riskit. Tulostettava testi. Viitattu 22.9.2020. <https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit.pdf>

Bachhuber MA, O'Grady MA, Chung H, Neighbors CJ, DeLuca J, D'Aloia EM, Diaz A, 2017. Delivery of screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in an urban academic Federally Qualified Health Center. *Addict Sci Clin Pract*, vol 12, no. 33.

Behm M-M 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla: Eettisten periaatteiden toteutuminen. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1944-1/urn_isbn_978-952-61-1944-1.pdf

Clossick, E. & Woodward, S. 2014, Alcohol brief interventions in general practice. *British Journal of healthcare management*. vol. 20, no.10, 468-477. Mark Allen Holdings Limited.

Coulton S., Dale V., Deluca P., Gilvarry E., Godfrey C., Kaner E., McGovern R., Newbury-Birch D., Patton R., Parrott S., Perryman K., Phillips T., Shepherd J. & Drummond C. 2017. Screening for At-Risk Alcohol Consumption in Primary Care: A Randomized Evaluation of Screening Approaches. *Alcohol & Alcoholism*, vol. 52, no. 3, 312-317. Duodecim 2010 vol. 126, no.11 s.1322-1327.

Eurajoen hyvinvointisuunnitelma 2017-2020. Viitattu 7.3.2020. <https://www.eurajoki.fi/wp-content/uploads/2019/12/Eurajoen-hyvinvointisuunnitelma-vuosille-2017-2020-paivitetty-21.11.2019.pdf>

Eurajoen kuntastrategia 2018-2021. Viitattu 6.3.2020. <https://www.eurajoki.fi/wp-content/uploads/2016/08/Strategia-2018-2021.pdf>

Findikaattori. Kuolemansyyt. Päivitetty 16.12.2019. Viitattu 30.3.2020. <https://findikaattori.fi/fi/65>

Halme J. T., Seppä K., Alho H., Pirkola S., Poikolainen K., Lönnqvist J. & Aalto M. 2008. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcoholism: clinical and experimental research*, vol. 32, no. 9, s. 1615-1622.

Haukijärvi N., Kangas A., Knuutila H., Leino-Richert E. & Teirasvuo N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen: Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 91.

Hautala T., Ojalehto M. & Saarinen J. 2012. Työelämää kehittämässä: Ammatikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 67. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf>

Huohvanainen J., Kejonen A., Kemppainen U, Pirskanen M-J. & Varjoranta P 2012. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari. Alkoholien käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. Alkoholiohjelma. Viitattu 12.4.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201601203343>

Hätönen H. 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti. s 78–81. <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf#page=77>

Immonen S., Vaalanne J. & Pitkälä KH 2013. The prevalence of potential alcohol-drug interactions in older adults. *Scand J Prim Health Care*, vol 31, 73-78. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.788272>

Isted, A., Fiorini, F. & Tillmann, T. 2015, "Knowledge gaps and acceptability of abbreviated alcohol screening in general practice: a cross-sectional survey of hazardous and non-hazardous drinkers", *BMC Family Practice*, vol. 16, no. 1, 1-8.

Itäpuisto & Selin 2013. Miten palvelut vastaavat päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeeseen? Teoksessa: Warpenius K., Holmila M. & Tigersted C. (toim.) 2013. Alkoholit ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino. Viitattu 30.3.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence

Juomisen riskirajat 2015. Päihdelinkki. Viitattu 10.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>

Järvinen M., Nätkin K., Santanen T., Paasiaho M. & Penttilä J. 2013. Asiakkaan alkoholinkäytön puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvakeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kotihoidossa. (s. 72-81). Teoksessa: Itä kohtaa lännen: Mielsuunnitelmaa toteuttamassa 2010-2013. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Työpäpaperi 19. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 5.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-935-0>

Kettunen P. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveyshuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017. Turku: Turun kaupunki. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Keurhorst, M., Glind, I., Bitarello do. Amaral-Sabadini, M., Anderson, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Braspenning, J., Wensing, M., Heinen, M. & Laurant, M. 2015. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction*, vol. 110, no. 12, 1877-1900.

Koskinen-Ollonqvist P., Peltö-Huikko A. & Rouvinen-Wilenius (Toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 4/05. Terveyden edistämisen keskus.

Kraus, L., Schulte, B., Manthey, J. & Rehm, J. 2016. Alcohol screening and alcohol interventions among patients with hypertension in primary health care: an empirical survey of German general practitioners. *Addiction Research & Theory*, vol. 25, no. 4, 285-292.

Kuokkanen M., & Seppä K., 2010. Soveltuvatko mini-interventio -suositukset käytäntöön. *Duodecim* vol. 126, 1322-1327.

Kääriäinen J., 2010. Stepwise, tailored implementation of brief alcohol intervention for risky drinkers in health care. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

L30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 4.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L523/2015. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. Viitattu 4.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523>

Laaksonen, E., 2015. Alkoholiriippuvuuden hoitotuloksiin vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Lampela M., Leskinen U. 2019. Eurajoen päihdehoitopolku. Viitattu 11.4.2020. <https://www.eurajoki.fi/wp-content/uploads/2019/06/Paihdepolku-Eurajoki-2019.pdf>

Levola J. 2018. Alcohol Problems in Depression: Screening, patterns of drinking and relationship with quality of life. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lintonen T., Niemelä S. & Mäkelä P. 2019. Vuoden 2016 juomatapatutkimuksen tuloksia. Alkoholinkäytön hälytysrajan ylittäviä käyttäjiä on Suomessa vähintään viisi prosenttia väestöstä. Duodecim 2019, vol. 135,1459-1466.

Lundin, A., Danielsson, A., Hallgren, M. & Torgén, M. 2016. Effect of Screening and Advising on Alcohol Habits in Sweden: A Repeated Population Survey Following Nationwide Implementation of Screening and Brief Intervention. *Alcohol & Alcoholism*, vol. 52, no. 2, 190-196.

Malmivaara A. & Roine, R. P. 2013. Hoidon arkivaikuttavuuden seuranta ja edistäminen. Suomen lääkärilehti vol. 68, no. 17, s. 1249–1253.

Mierzecki A, Kloda K, Guźmiński B, Morzak-Bożedajek A, Chelstowski K. 2018. Alcohol Drinking Pattern Is Associated with Demographic Features of Primary Health Care Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. *Med Sci Monit*. vol. 8, no. 24, s. 2083-2090.

Mäkelä P & Paljärvi T. 2015. Alkoholiongelmat ja työmarkkinoilla pysyminen: varhaista puuttamista tarvitaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 32/2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-534-9>

Mäkelä P. 2019. Alkoholit ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120

Nilsen P., McCambridge J., Karlsson N. & Bendtsen P. 2011. Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden", *Addiction*, vol. 106, no. 10, 1748-1756.

OECD 2015. Tackling harmful alcohol use: Economic and public health policy, OECD Publishing. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2010. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paasivaara L., Suhonen M., Virtanen P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Paljärvi T. & Mäkelä P. 2019. Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-294-9>

Paul, C., Sze, L.Y., Sanson-Fisher, R., Carey, M., Russell, G. & Makeham, M. 2014. Under the radar: a cross-sectional study of the challenge of identifying at-risk alcohol consumption in the general practice setting. *BMC Family Practice*, vol. 15, no. 1, 2-14.

Radoš K. S., Budde A., Wim van Dalen, Djoeke van Dale, Vegt K., Segura L., Palacio-Vieira J., Frango P., Mišič J., Rozman T., Lamut A. 2016. Näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen työkalupakki. Väestölle suunnattu tiedotus, päihdeehkäisy kouluissa ja varhainen puuttuminen alkoholihaittojen vähentämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131825/RARHA_tyokalupakki_Flversio.pdf?sequence=1

Rehm J., Arbesu Prieto J.A., Beier M., Duhot D., Rossi A., Schulte B., Zarco J., Aubin H., Bachmann M., Grimm C., Kraus L., Manthey J., Scafato E. & Gual A. 2016. The role of alcohol in the

management of hypertension in patients in European primary health care practices -- a survey in the largest European Union countries. *BMC Family Practice*, vol. 17, s.1-7.

Rehunen S. 2020. Eurajoen terveysaseman vastaavaa lääkäriä haastatteli 5.3.2020 Emilia Varjus.

Ruuska K. 2008. Pidä projekti hallinnassa: Suunnittelu, menetelmät ja vuorovaikutus. Helsinki: Talentum.

Saitz R, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Winter MR, Smith PC. The ability of single screening questions for unhealthy alcohol and other drug use to identify substance dependence in primary care. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 Jan; vol. 75, no. 1, 153-157.

Salonen K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja.

Salonen K., Eloranta S., Hautala T. & Kinos S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108.

Seale J.P., Shellenberger S., Velasquez M.M., Boltr, J.M., Okosun I., Guyinn M., Vinson D., Cornelius M. & Johnson J.A. 2010. Impact of vital signs screening & clinician prompting on alcohol and tobacco screening and intervention rates: a pre-post intervention comparison. *BMC Family Practice*, vol. 11, no. 18.

Selvinpään Satakunnassa 201. Yhteenveto Satakunnan päihdetilannekyselyn tuloksista. Viitattu 7.3.2020. <https://www.satakunta2019.fi/wp-content/uploads/2019/03/Satakunnan-paihdetilannekysely-2018-yhteenveto1.pdf>

Seppä K. 2005. Lyhytneuvonta (mini-interventio). Viitattu 3.4. 2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoisikut/paihdeyton-menetelmat-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

Seppä K., Alho H. & Kiiänmaa K. (toim.) 2013. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Seppälä-Järvelä 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa: Opas käytäntöihin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus julkaisuja. Helsinki: STAKES.

Simojoki K. 2016. Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen lääkärilehti* no 6, 403-407.

Simojoki K. 2019. Päihteidenkäytön tunnistaminen. Lääkärin käsikirja. Kustannus Duodecim. Viitattu 9.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/>

Smith P. C., Schmidt S. M., Allensworth-Davies D. & Saitz R. 2009. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *Journal of general internal medicine* vol. 24, no. 7, 783-788.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Ehkäisevän päihdetyönohjelma: Alkoholi-, huume- ja rahapeliliittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3746-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022: Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Viitattu 13.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>

Ståhl T. 2017. Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos*. Duodecim vol. 133, s. 971–973. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134732/Duodecim-lehti_p%a4%a4kirjoitus_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt verkkojulkaisu. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 5.3.2020. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018. Näin Suomi juo. Helsinki: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019. Puheeksiotto ja mini-interventio. Viitattu 5.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Mitä ehkäisevä päihdetyö on? Viitattu 5.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/mita-ehkaiseva-paihde-tyo-on>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020. Ehkäisevä päihdetyö. Viitattu 5.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo>

Tilastokeskus. Kuntien avainluvut 2018. Viitattu 3.3.2020. <http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2019&active1=SSS>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 7.8.2020. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta 2018. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ongelmia voidaan ratkaista. Policy brief.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 22.6.2020.

Wilson G.B., Lock C.A., Heather N., Cassidy P., Christie M.M. & Kaner E.F.S. 2011. Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On. *Alcohol & Alcoholism*, vol. 46, no. 5, 570-577.

World Health Organization 2012. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1