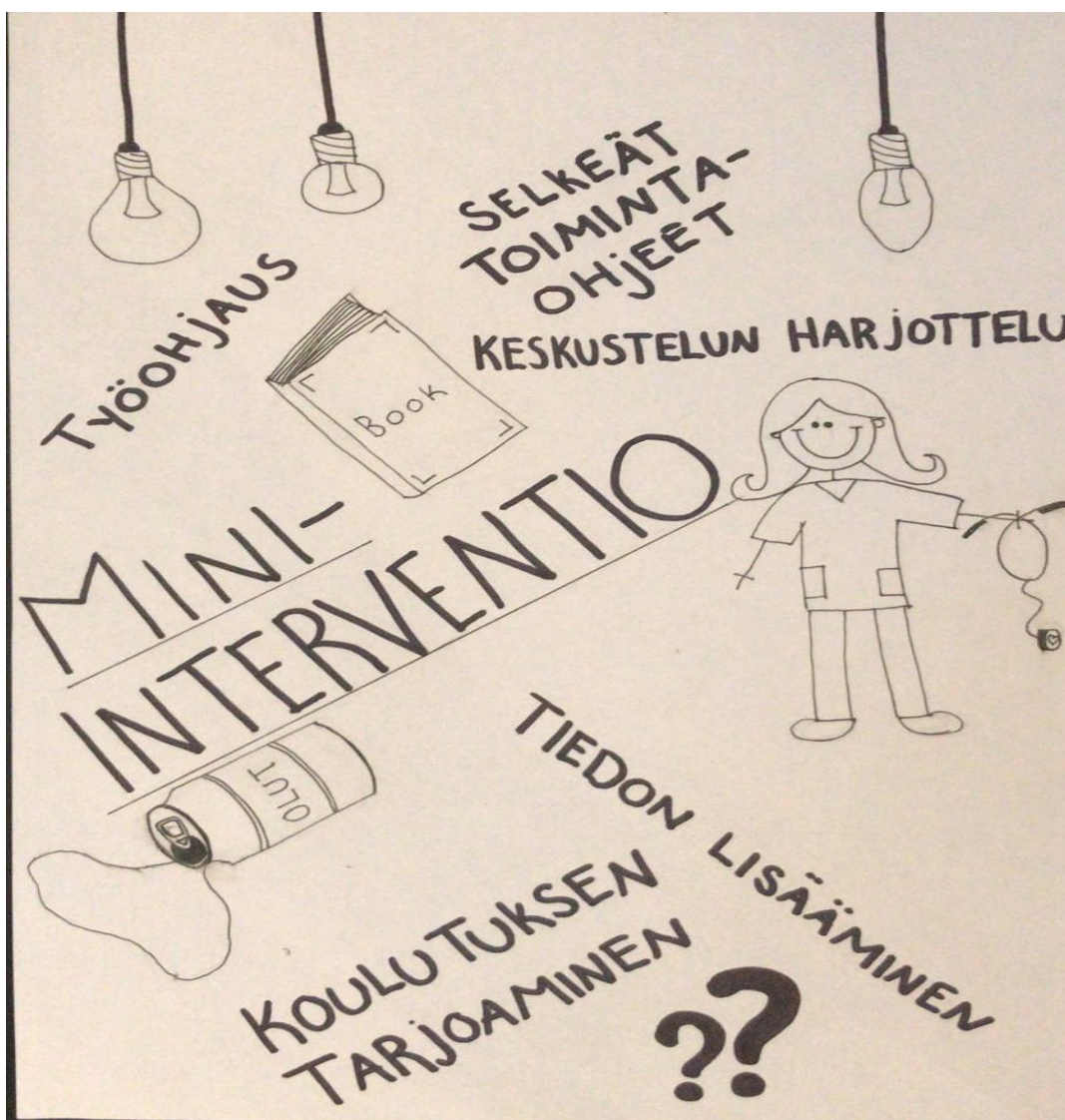


Holappa Esko SMM18K / Väisänen Mari SMM16K

**“Ei oo mikää helppo asia ottaa puheeksi”  
-Mini-intervention käyttö perusterveyden-  
huollossa Kainuun sotessa**



Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Monimuotototeutus

Syksy 2020



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## **Tiivistelmä**

**Tekijät:** Holappa Esko ja Väisänen Mari

**Työn nimi:** Mini-intervention käyttö perusterveydenhuollossa Kainuun sotessa

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (AMK), sosiaali- ja terveysala

**Asiasanat:** Alkoholiongelmat, mini-interventio, perusterveydenhuolto, sairaanhoitajat, teemahaastattelu

Suomessa alkoholista aiheutuvat kustannukset perusterveydenhuollossa ovat merkittävät. Mini-interventio on alkoholin riskikuluttajan lyhyt neuvontaa ja sen tavoitteena on herättää potilaan huomio alkoholin riskikulutuksesta ja sen tuloksien pohjalta vähentää alkoholin kulutusta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää mini-intervention käytön edistämistä perusterveydenhuollossa. Tutkimustehtävänämmä on selvittää perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusmenetelmänä käytimme teemahaastattelua mini-intervention käytön kokemuksia Kainuun sotien alueelta perusterveydenhuollon sairaanhoitajilta. Aineiston analysoimme deduktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyömme viitekehyksenä on mini-interventio, jota tarkastellaan RAAMIT- käsitteellä. Käsiteellä tarkoitetaan rohkeutta, alkoholitietoisuutta, apua, myötätuntoa, itsemääräämisvastuuta ja toimintaohjeita. Haastateltaviksi valikoitui viisi kainuulaista perusterveydenhuollon sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutimme sairaanhoitajien työpaikoilla heidän työaikanaan.

Opinnäytetyön tuloksena saimme koottua haastattelujen pohjalta sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä. Johtopäätöksenä on, että sairaanhoitajien tiedon ja taidon riittämättömyys riippuvuusongelmaisten kohtaamisessa ja hoitoon ohjaamisessa vaikuttaa mini-intervention vähäiseen käyttöön perusterveydenhuollossa Kainuun sotessa.

Jatkotutkimusaiheina syntyivät opiskelumateriaalin ja tietopaketin tuottaminen sairaanhoitajille mini-intervention käyttöönotosta ja käytöstä. Mini-intervention tutkiminen sen käytön lisääntymisestä ajan saatossa. Lisäksi määrällisenä tutkimuksena, kasvaako riippuvuuksien hoitoon ohjautuvien määrä mini-intervention tietoisuuden myötä tulevaisuudessa.

## **Abstract**

**Authors:** Holappa Esko and Väisänen Mari

**Title:** Use of Mini-Interventions in Primary Health Care within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority

**Degree title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Key words:** alcohol abuse issues, mini-intervention, primary health care, nurses, theme interview

In Finland, primary health care costs resulting from alcohol abuse issues are significant. A mini-intervention is a short meeting with an at-risk alcohol user, and the goal of the mini-intervention is to bring the at-risk alcohol use to the attention of the patient and to reduce the patient's alcohol use based on the results of the mini-intervention. The purpose of this thesis was to map out primary care nurses' experiences from mini-interventions. The goal was to promote the use of mini-interventions in primary health care. The research task was to study primary care nurses' experiences from the use of mini-interventions.

The thesis was carried out using a qualitative research method. Theme interviews with primary care nurses working within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority focused on their experiences from the use of mini-interventions. The material was analyzed using deductive content analysis. The frame of reference of this thesis was mini-interventions which was explored using the FRAMES concept. The concept is comprised of feedback, responsibility, advice, menu, empathy, and self-efficacy. Five primary care nurses working within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority were chosen to be interviewed. The interviews were conducted at the nurses' workplaces during their working hours.

As the result of this thesis, nurses' experiences from the use of mini-interventions were compiled on the basis of interviews. The conclusion is that the nurses' lack of knowledge and skill in encountering patients with addiction problems and in counselling them to seek help results in mini-interventions being used less frequently in primary health care within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority.

Topics for further research are the creation of study materials and information kits about the implementation and use of mini-interventions for nurses as well as research on the increased use of mini-interventions over time. In addition, quantitative research could study if increased awareness of mini-interventions will lead to an increased number of persons seeking addiction treatment in the future.

## ALKUSANAT

Teimme tämän opinnäytetyön sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien sairaanhoitajien arjesta, miten mini-intervention näyttäytyy alkoholin suurkuluttajien hoidossa ja hoitoon ohjaamisessa. Tavoitteena edistää mini-intervention käyttöä tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa ja samalla saada mini-interventio tutummaksi menetelmäksi osaksi sairaanhoitajien työtä.

Opinnäytetyöprosessi on vienyt paljon aikaa. Kiitokset kuuluvat kannustaneelle ja kärsivällisesti tukeneelle lähipiirillemme ja ystävillemme sekä työpaikojemme joustavuudesta. Usko valmistumiseen on ollut vahvana läsnä ja tarvittaessa olemme saaneet tukea ja rohkaisua onnistumisesta myös toisiltamme. Yllättävän hyvin olemme puhaltaneet ”yhteen hiileen”, vaikka emme tunteet ennen opinnäytetyöprosessia toisiamme ollenkaan.

Tämä on ollut myös rankkaa molempien tehdessä täysiaikaisesti töitä, jolloin yhteisten tapaamisien järjestäminen on tuonut haasteita ajallisesti. Olemme kuitenkin kehittyneet ja kasvaneet ammatillisesti opinnäytetyön mukana ja saaneet työhömmme uusia näkökulmia.

Haluamme kiittää Kajaanin ammattikorkeakoulua joustavuudesta opiskeluihin sekä ammattitaitoisista opettajista ja henkilökunnasta, jotka ovat olleet tukenamme koko prosessin ajan.

Suuret kiitokset opinnäytetyön koordinoivalle opettajalle Anitta Juntuselle ja ohjaavalle opettajalle Raila Arpalalle tuesta sekä neuvoista opinnäytetyön eri vaiheissa ja mukavista tunteista. Teiltä olemme saaneet paljon oppeja kasvaa ja kehittyä tulevaan sairaanhoitajan ammattiimme.

Kiitos Elisa Väisäselle kansikuvan ideoinnista ja tekemisestä opinnäytetyöhömmme.

Opiskelumme päättyvät tutkintoon loppuvuodesta 2020 ja olemme saavutuksestamme ylpeitä.

Syksyllä 2020

Esko Holappa ja Mari Väisänen

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Alkoholin käytön yleisyys ja ennaltaehkäisy maailmalla ja Suomessa .....	3
2.1	Alkoholin riskikäyttö ja ongelmakäyttö .....	4
2.1.1	Alkoholiriippuvuus.....	5
2.1.2	Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen .....	6
2.2	Alkoholiongelmien lainsäädäntö ja hoidon järjestelmä .....	7
2.3	Mini-interventio .....	8
2.3.1	AUDIT-testi .....	10
2.3.2	Mini-intervention vaikuttavuus.....	10
2.3.3	Tutkimustuloksia mini-intervention käytöstä .....	10
2.4	Terveydenhuollon palvelut .....	11
2.5	Päihdetyö ja sen tulevaisuus terveydenhuollossa .....	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä .....	15
4	Opinnäytetyön toteutus .....	16
4.1	Laadullinen tutkimus .....	16
4.2	Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä.....	16
4.3	Aineiston kerääminen .....	18
4.4	Aineiston analyysi.....	18
5	Tutkimustulokset ja johtopäätökset.....	22
5.1	Rohkeus (self efficacy).....	22
5.2	Alkoholitietous (feedback) .....	23
5.3	Apu (advice).....	24
5.4	Myötätunto (empathy).....	24
5.5	Itsemääräämisvastuu (responsibility) .....	25
5.6	Toimintaohjeet (menu) .....	25
5.7	Johtopäätökset.....	26
6	Pohdinta .....	28
6.1	Jatkotutkimusaiheet.....	30
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	31

6.3	Ammatillinen kasvu .....	33
-----	--------------------------	----

Lähteet .....	35
---------------	----

Liitteet

## 1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön (WHO) tehtävänä on koordinoida kansainvälistä terveystyötä ja edistää yhteistyötä kansainvälisesti. WHO kerää terveyteen liittyvää tietoa ja avustaa hallituksia terveyteen liittyvissä asioissa. Päätöksien toimeenpano jää kuitenkin aina kansallisen tason sovitettaviksi. WHO:n vahvuutena on kerätä tutkimustietoa maailmalta terveyteen liittyen. Alkoholipainotus on WHO:n tiedossa sairauskuormituksen ja ennen aikaisten kuolemien aiheuttajana. Maailmanlaajuisesti katsottuna alkoholi on kolmanneksi suurin terveyshaittojen ja ennen aikaisten kuolemien aiheuttaja. WHO painottaa alkoholin kulutuksen vähentämistä alkoholipolitiikassaan. (Sailas 2013, 195. Pääasiana alkoholi.)

Suomessa alkoholin suurkulutuksen ehkäisyn tutkimukseen ja kehittämistyöhön on pitkät perinteet. Keväällä 2004 Euroopan Unionin laajenemisen myötä vapautui alkoholin tuonti Suomeen, lisäksi hallitus alensi alkoholiveroa (Seppä & Melkas 2008, 23). Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluvat päihteisiin liittyvän politiikan suunnittelu, ohjaus ja lainsäädäntö. Päihdepolitiikan tavoitteena on tiivistetysti ennaltaehkäistä päihteiden haittoja ja hoitaa niiden aiheuttamia ongelmia (Päihdehaittojen ja riippuvuuksien ehkäisy, n.d.) Alkoholin kulutuksen kasvun uhkan lisääntyessä käynnistyi Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke (VAMP) (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008, 3). Yhtenä tavoitteena VAMP-hankkeella oli vähentää alkoholin riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja. Hankkeessa korostettiin ennaltaehkäisyä, perusterveydenhuollon toimivuutta ja ihmisten omaa vastuuta terveydestä. (Seppä & Melkas 2008, 23.)

Perusterveydenhuolto kattaa keskeiset toiminnot, jotka ovat kaikkien kansalaisten saatavilla. Se toimii maan terveysjärjestelmän ytimenä. Perusterveydenhuoltoa tarjoavat terveyskeskukset. Terveyskeskusten tehtävänä on tarjota yleislääkärin vastaanottoa, terveyskeskussairaalan palveluja, ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa (äitiys- ja lastenneuvolatoiminta), kouluterveydenhuoltoa, hammashuoltoa ja työterveyshuoltoa sekä elinympäristön valvontaa (Perusterveydenhuolto, 2019).

Alkoholinkäytön yleisyys ja sen terveyshaitat ovat terveydenhuollon tietoisuudessa. Asia on tullut esille mediassa ja terveydenhuollon piirissä. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen olisi merkittävä osa monien kansantautien diagnostiikkaa ja hoitoa.

Perusterveydenhuollon asiakkailta tulisikin tiedustella heidän alkoholin käytöstään etenkin, kun terveydenhuollon ammattilaisella herää huoli ja epäily kohdatessaan asiakas. Mini-interventio on kehitetty menetelmäksi perusterveydenhuollon tarpeisiin. Perusterveydenhuollon on katsottu soveltuvan hyvin alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen, lyhyeen neuvontaan ja siten alkoholisairauksien ehkäisyyn. Perusterveydenhuollossa tavataan koko väestö, jolloin kohdennettu mini-interventio tuottaa todennäköisesti parhaan tuloksen. Pääosa väestöstä käy perusterveydenhuollon palveluissa vuosittain. (Kuokkanen & Korpilähde 2008, 21.)

Riippuvuuksien hoidossa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on noussut epäily, että perusterveydenhuollossa mini-interventio on liian vähäisellä käytöllä tai se on unohtunut etenkin päivystys- ja vastaanottopoliklinikoilla sekä vuodeosasto toiminnassa. Epäilyksen pohjalla on tieto riippuvuusongelmaisten vähäinen hoitoon ohjautuminen perusterveydenhuollon puolelta. Riippuvuuksien hoidon yksiköstä saamiemme tietojen perusteella työterveyshuolto on melkein ainoa yksikkö perusterveydenhuollon puolella, missä mini-interventio on osa asiakkaan haastattelua ja perustutkimusta. Tämän vuoksi opinnäytetyömme aiheeksi valikoitui mini-intervention käyttö perusterveydenhuollossa Kainuun sotessa.

Tavoitteenamme on edistää mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollossa Kainuun sotessa. Tarkoituksena kartoittaa perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä.

Perusterveydenhuollossa opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää arvioimalla tutkimustamme ja tuloksia. Esimerkiksi millaisia kokemuksia ja asioita mini-interventiosta ja sen käytöstä on noussut esille ja sen perusteella arvioida miten tarpeellista olisi kouluttaa, perehdyttää ja kannustaa sairaanhoitajia mini-intervention käyttöön ottamisessa.



## 2 Alkoholin käytön yleisyys ja ennaltaehkäisy maailmalla ja Suomessa

WHO:n terveystieteiden kokouksessa on hyväksytty 2010 alkoholistrategia. Se koskee kaikkia 197 jäsenmaata. Siihen on koottu tiivistetty tieto ja toimenpiteet, joiden avulla alkoholihaittoja vähennetään tehokkaimmin. WHO:n Euroopan alueeseen kuuluu 53 jäsenmaata, jotka hyväksyivät vuoden 2020 asti alkoholihaittojen vähentämistä koskevan toimintasuunnitelman. Jokaisen jäsenmaan osalta seurataan tavoitteiden toteutumista ja tuloksia. Päätökseen sitouduttuaan maat toteuttavat strategioita ja toimintasuunnitelmia kansallisella tasolla. Suomessa suurin osa WHO:n alkoholistrategian toimenpiteistä on toteutettu. Ehdotuksia puolestaan alkoholihaittojen vähentämiseksi on vielä keskusteluissa pohdinnan alla, esimerkiksi alkoholimainonnan rajoittamisella. Vapaaehtoisjärjestöillä sekä eri sektoreilla on merkittävä rooli alkoholihaittojen ehkäisyssä (Sailas 2013, 195–197.) Väestön kaikista terveyshaitoista arvellaan alkoholin osuudeksi maailmalla jopa 4 % ja Euroopassa 12 % (Aalto 2015, 13).

Alkoholin käytön kasvusta ja haitoista kuulee nykyään paljon keskustelua. Suomessa alkoholi-juomien käyttö onkin liittynyt paljon vapaa-aikaan ja viikonloppuihin. Etenkin suurien juhlapyhien aikaan alkoholin käyttö kasvaa. Suomessa juodaankin noin 65 % alkoholista viikonloppuisin, Euroopassa vain 30 %. (Poikolainen 2013, 32.) Nykyään noin 90 % suomalaisista aikuisista käyttää alkoholia (Aalto 2015, 12). Kuitenkin Suomessa kulutetusta alkoholista eniten käyttävä eli kymmenesosa väestöstä juo puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. Miesten osuus alkoholinkulutuksesta on selkeästi suurempaa, vaikka naisten alkoholinkulutus onkin lisääntynyt. (Österberg 2013, 21–23.) Suomalaiset juovat suhteellisesti ja absoluuttisesti enemmän keskiolutta ja mietoja viinejä kuin aiemmin, mutta myös väkevien juomien käyttö on lisääntynyt. Tulevaisuuden osalta merkittävää on se, miten ihmisten asenteet ja keskustelut siitä miten alkoholin aiheuttamien haitat vaikuttavat kanssaihmiin ja sivullisiin. Tästä keskustelu puolestaan voi hillitä alkoholin kulutusta. (Tigerstedt 2013, 28–29.)

Juomatapatutkimuksissa on tullut esille juomatapojen muuttuminen, sillä alkoholin käyttö on kytköksissä parisuhteisiin ja täten siirtynyt koteihinkin. Suomessa vapaa-ajalla on merkityksensä alkoholijuomien kulutuksessa. Viinin merkitys Suomessa hauskanpidossa ja seurustelussa esimerkiksi ruokajuomana on lisääntymässä toisin kuin Etelä-Euroopassa se on laskusuuntaista. (Österberg 2013, 21–23.) Kulttuurillisesti merkittävin muutos on naisten aktivoituminen, joka on muuttanut juomisen sosiaalisia kuvioita. Naisten joukkomittainen siirtyminen alkoholiin tapahtuu useammin myös kotioiloissa sekä erilaisia arkisia ja juhlallisia tilanteita kilistellään alkoholilla.

Tämän myötä humalan arvostus ja hyväksyttävyys on myös nostattanut kulutuslukuja. Toiseksi kulttuurillisesti on merkittävää myös valvonnan löystyminen, jonka vuoksi alkoholin esilläolo ja näkyvyys on lisääntynyt. (Tigerstedt 2013, 26–27.) Taloudellisesta näkökulmasta Suomalaisten alkoholikulutuksen kasvu on ollut rintarinnan hyvinvoinnin ja ostovoiman lisääntyttä. Tämän myötä olemme saaneet lisää alkoholinkäyttäjiä, jotka juovat useammin ja ottavat alkoholia keskimäärin isompia määriä kerrallaan. (Tigerstedt 2013, 25–29.)

Käypähoito- suosituksissa kerrotaan, että terveydenhuolto on keskeisessä asemassa alkoholiongelmiin ehkäisyssä, havaitsemisessa sekä hoidossa. Käypähoito -suositus arvioi suuren riskin tasoksi naisilla 12–16 ja miehillä 23–24 alkoholiannosta viikossa. Riskitason täytyessä terveydenhuollossa tulisi puuttua asiaan. Lyhyt neuvonnalla eli mini-interventiolla voidaan vaikuttaa tehokkaasti alkoholin käyttöön ja sen haittoihin. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

## 2.1 Alkoholin riskikäyttö ja ongelmakäyttö

Alkoholin riskikäyttöä määritellään sen perusteella, kuinka paljon alkoholia henkilö käyttää. Alkoholin käyttöön liittyy terveydellisiä riskejä eikä riskikäytön rajat määrittele turvallista juomista. Riskikäytön rajat ovat vain ohjeellisia. Niihin miehillä pidetään vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai viikoittain vähintään 7 annosta kerrallaan. Naisten luvut ovat 16 annosta viikossa tai 5 annosta kerrallaan. Tällöin rajojen lähellä painotellessa tulisi terveydenhuollossa potilasta neuvoa vähentämään alkoholin käyttöä. (Aalto 2015, 11–12.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että alkoholin ongelmakäyttö kasvaa kokonaiskulutusta nopeammin. Alkoholin kulutuksen lisääntyessä 30 %, ongelmakäyttö väestössä kasvaa noin 50 %. Tämä kertoo siitä, että ongelmakäyttö Suomessa on oletettavasti lisääntynyt. Puuttuvat tutkimukset eivät kerro, miten ongelmakäytön lisääntyminen jakautuu riskikäyttäjien, alkoholia haitallisesti käyttävien ja alkoholiriippuvaisten osalta. (Aalto 2015, 12.)

Tutkimuksessa Terveys 2011 mukaan 30–64 vuotiaista miehistä 23 % ja naisista 12 % täyttivät kriteerit ongelmakäyttöön. Alkoholiriippuvuutta voidaan sanoa kansansairaudeksi, koska arviolta 600 000–700 000 henkilöä Suomessa käyttää liikaa alkoholia. (Aalto 2015, 10.)

### 2.1.1 Alkoholi riippuvuus

Alkoholi riippuvuus luokitellaan oireyhtymäksi. Yksilöjen väliset oireilujen erot vaihtelevat ja piirteet muotoutuvat yksilön mukaan. Tämän vuoksi ei ole täysin kuvailtavaa alkoholi riippuvuutta. Riippuvuus näkyy kuitenkin käyttäytymisen muuttumisena. Alkoholi aiheuttaa aivoissa muutoksia, joka vaikuttaa väistämättä yksilön havainnointiin, tunteisiin ja ajatuksiin. Kyseessä on psyykinen riippuvuus, jolloin juominen on pakonomaista. (Aalto 2015, 10.) Alkoholi riippuvuus kehittyy asteittain ja on aivojen sairaus. Kehittyttyään se vaikuttaa yksilön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin heikentävästi. Alkoholin käytön myrkkövaikutukset altistavat muille sairauksille. (Kiianmaa 2015, 36.)

Alkoholi riippuvuus perustuu sen mielihyvää tuottaviin keskushermostovaikutuksiin. Uskotaan, että mielihyvämekanismit ovat olennaisia keskeisten elämää ylläpitävien toimintojen kannalta kuten esimerkiksi syöminen, juominen ja imettäminen. Ihminen hakee mielihyvän tunnetta omalla käyttäytymisellään toistaen elämää ylläpitäviä toimintoja. Puhutaan eräänlaisesta mielihyväradasta ja tämä ohjaa ihmisen käyttäytymistä. Tämä rata vapauttaa dopamiinia etuaivojen tumakkeista. (Kiianmaa 2015, 36.) Riippuvuudella tarkoitetaan monesti psyykkisen puolen riippuvuutta. Alkoholin käyttö on tällöin hallitsematonta ja ohjaa elämää. Riippuvuuden kehittymistä lisää, jos alkoholia aletaan juomaan jo varhaisessa iässä. Oma vaikutuksensa on myös ympäristö ja perintötekijöillä. Eri geenejä on tutkittu ja alkoholi riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavia geenejä on löydetty. (Latvala 2015, 33.)

Ennen alkoholin käytön muodostumista riippuvuudeksi ja erilaisten alkoholisairauksien syntyä riskirajoilla käytetty alkoholin varhainen riskikulutus saattaa aiheuttaa monenlaisia oireita ja voi johtaa ei-toivottuihin tilanteisiin. Riskirajoilla käytetty alkoholi määrä vaikeuttaa muiden sairauksien hoitoa ja vaikuttaa joihinkin laboratorioarvioihin. Varhaisen riskikulutus haittojen oireina ja löydöksinä voi olla kohonnut verenpaine, unettomuus, epämääräiset vatsavaivat, masentuneisuus sekä sydämen rytmihäiriöt. Myös erilaisten perussairauksien hoidon laiminlyöntiä tapahtuu esimerkiksi diabeteksen huono hoitotasapaino, verenohennushoidon epäonnistuminen sekä hoidolle reagoimaton ihottuma. Riskikäyttäytyminen näkyy seksitauteina sekä onnettomuuksina ja tapaturmina. Laboratoriotuloksissa poikkeavuudet näkyvät MCV, S-GT, S-CDT, ASAT, ALAT, S-triglyserid sekä S-uraatti arvoissa. (Kinnunen & Vilenius 2008, 15.)

Alkoholin käytön muuttuminen suurkulutukseksi altistaa ihmisen monenlaisille sosioekonomisille ongelmille ja vaikuttaa usein välillisesti myös terveyttä heikentävästi. Ääritilanteissa on myös henkirikoksen uhka olemassa. Alkoholin suurkulutukseen yhdistettyjä sairauksia on muun muassa

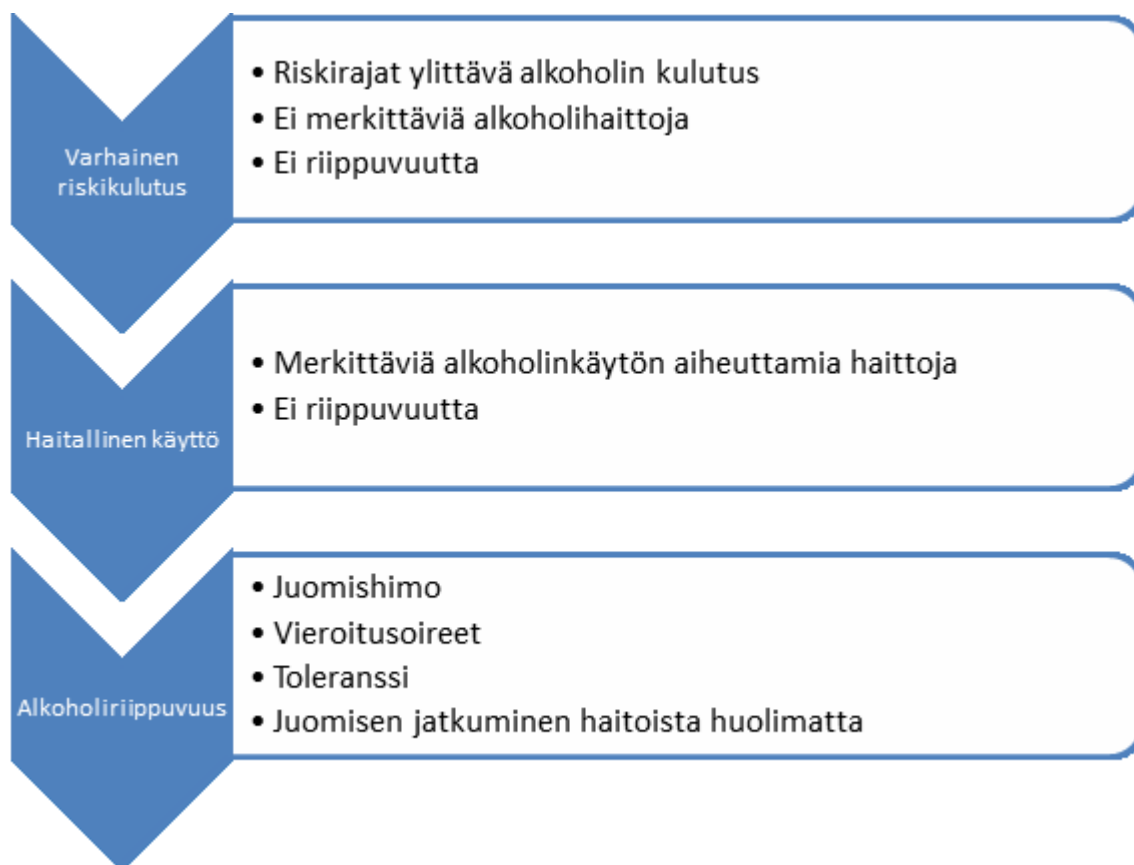
keskushermoston rappeuma eli pikkuaivovaurio, polyneuropatia, masentuneisuus, ahdistuneisuus, alkoholipsykoosi, unihäiriöt, suun tulehdukset, verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt, sydänlihastulehdus, vatsakatarri, ruokatorven verenvuodot, ruoansulatuselimistön syövät, rintasyöpä, maksatulehdus, maksakirroosi, haimatulehdus, hormonihäiriöt, impotenssi sekä alkoholin aiheuttamat sikiövauriot. (Kinnunen & Vilenius 2008, 14.)

Käypähoito -suosituksen mukaan alkoholiriippuvuuteen kuuluu voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia. Alkoholisti on kykenemätön kontrolloimaan juomisen aloittamista, lopettamista sekä annosmääriä. Alkoholiriippuvainen, alkoholin käytön vähentämisen tai lopetuksen yhteydessä, kokee yleensä vieroitusoireyhtymän F10.3 ja F10.4. Alkoholiriippuvaisen alkoholin sietokyky eli toleranssi kasvaa ja hän keskittyy pelkästään alkoholinkäyttöön siten, että kaikki muu aiemmin mielihyvää tuottaneet asiat jäävät huomiotta. Alkoholiriippuvaisen elämä kuluu alkoholin käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen ja sen käyttö on jatkuvaa tiedostetuista haitoista huolimatta. Edellä mainituista asioista, jos vähintään kolme asiaa on todettu yhtäaikaaisesti kolmen kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset jaksot toistuvat viimeisen vuoden ajan kuukautta lyhempinä on diagnoosina alkoholiriippuvuus. (Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit 2015.)

Alkoholiriippuvuus ja sen riskit ovat myös osittain geeneissä, jopa 40–60 % selittyy geeneillä. Alkoholin käytön alkuvaiheissa geeneillä ei ole niin paljon merkitystä, mutta korostuu taustatekijöinä, kun alkoholin käyttö on toistuvaa. ”Alkoholiriippuvuus ei periydy vaan taipumus siihen periytyy”. (Kiianmaa 2015, 41.)

### 2.1.2 Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen

Alkoholin ongelmakäytön tunnistamisessa tavoitteena on tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa asiakkaan runsas alkoholinkulutus. Tunnistamisen tarkoituksena on estää riippuvuuden ja alkoholista aiheutuvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien syntyminen. Tunnistamisessa erotetaan alkoholikulutuksen alaryhmät selvittämällä asiakkaan käyttämä alkoholimäärä. Alkoholin suurkulutuksen alaryhmät (Kuva 1.) ovat varhainen riskikulutus, haitallinen käyttö ja alkoholi riippuvuus.



Kuva 1. Alkoholisuurkulutuksen alaryhmät (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 16)

Varhaisen riskikulutuksen ja haitallisen käytön tunnistaminen voi olla hankalaa, koska alkoholin käyttö ei ole aiheuttanut merkittäviä haittoja ja riippuvuutta. Sen sijaan pitkälle edennyt alkoholiriippuvuus on helppo tunnistaa. Tunnistamisessa voi käyttää suoraa kysymistä asiakkaan alkoholimääristä ja mahdollisista sen tuomista haitoista. Haastattelijan taidolla ja empaattisuudella on merkitystä alkoholin suurkuluttajan tunnistamisessa. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 16–18.)

## 2.2 Alkoholiongelmien lainsäädäntö ja hoidon järjestelmä

Päihdehuoltolain (L 41/1986) tavoitteena on puuttua tavalla tai toisella päihteiden ongelmakäyttöön sekä sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisyyn. Lain tavoitteisiin on kirjattu itse päihteiden ongelmakäyttäjän kuin myös hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Päihdehuoltolaissa päihteistä puhuttaessa tarkoitetaan kaikkia päihtymystarkoitukseen käytettäviä aineita.

Laissa sanotaan, että kuntien on itse järjestettävä päihdehuollon sisällöt, laajuudet ja voimavarat sen tarpeen mukaisiksi, kuin se kunnissa vaatii. Sosiaalihuollon osalta päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen kuuluu sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. (L 41/1986.)

Sosiaalilautakunnan on yhdessä muiden kunnassa toimivien viranomaisten kanssa harjoitettava ehkäisevää päihdetyötä työryhmänä. Ehkäisevän päihdetyön työryhmän tarkoituksena ja tavoitteena on ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä, seurattava ja välitettävä tietoa päihteiden ongelmakäytöstä ja sen ehkäisyyn ja hoitettavuuteen liittyvistä tekijöistä sekä annettava asiantuntija-apua viranomaisille ja kunnan asukkaille ja yhteisöille. (L 41/1986.)

Päihdehuoltolaissa määrätään sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kehittämisestä riittäväksi päihteiden ongelmakäyttäjien hoitamiseen ja ohjaamiseen avun ja tuen piiriin ja erityisesti päihdehuoltopalveluun. Palvelut tulisi olla ensisijaisesti avohuollon toimenpiteitä ja helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palvelut kuuluvat jokaisella kansalaisella, jolla on päihteisiin liittyvää ongelmakäyttöä. Palveluja tulee tarjota myös heidän perheilleen ja läheisilleen heidän tukemisensa ja hoitonsa tarpeen perusteella. Palveluiden tulee olla helposti saatavilla ja potilaan on kyettävä käyttämään niitä oma-aloitteisesti, tällä tuetaan asiakkaan itsenäistä suoriutumista. Hoito perustuu ehdottomaan luottamukseen. Toiminnan ensisijainen huomion kohde on päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Palveluihin kuuluu myös toimeentulon, asumisen ja työhön liittyvien ongelmien ratkaisujen avustaminen. (L 41/1986.)

### 2.3 Mini-interventio

Mini-intervention eli lyhytneuvonnan kohderyhmänä ovat riskikäyttäjät sekä alkoholia haitallisesti käyttävät. Neuvonta pyrkii vähentämään alkoholin käyttöä ja se onkin osoittautunut kustannustehokkaaksi hoitomuodoksi. Lyhytneuvonnalla voidaan vaikuttaa tehokkaasti alkoholin käyttöön ja sen aiheuttamiin haittoihin. (Alkoholi ongelmaisen hoito 2015.) Mini-interventiolla pyritään mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen potilaan runsaan alkoholin kulutukseen sekä antamaan lyhyt neuvontaa tilanteessa. Tällöin potilaalle haittoja ei ole merkittävästi vielä esiintynyt. Tarkoituksena on estää riippuvuuden ja alkoholista johtuvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien kehittyminen. (Aalto ym. 2008, 16.) Mini-interventio menetelmänä on yksinkertainen sekä helppo oppia, eikä sen toteutus vie paljon aikaa (Kuokkanen & Korpilähde 2008, 21).

Lyhyt neuvonnan sisältöä luonnehditaan lyhenteellä RAAMIT (Kuva 2.). Tämän kaavion sisältö kertoo ydinasiat, joita mini-interventio lyhyesti käsittää. Avainsanat, joista RAAMIT koostuu ovat: rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämisvastuu ja toimintaohjeet. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015). RAAMIT-käsiteessä ensimmäinen kohta R (rohkeus) tarkoittaa potilaan rohkaisua ja luoda uskoa riippuvuudesta irti pääsemiseen. Toisessa kohdassa A (alkoholitietous) tarkastellaan alkoholin käyttöä ja käytön riskejä sekä annetaan potilaalle palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan tilanteeseen. Millaista käyttö on ja millaisia riskejä siihen liittyy. Kolmantena kohtana on A (apu), jolla tarkoitetaan asiakkaan auttamista hänen omilla ehdoillaan. Esimerkiksi alkuun tavoite voi olla pieni, mutta suunta oikea. Neljäs kohta on M (myötätunto), jolla pyritään siihen, että asiakasta ei moralisoida tai syyllistetä, vaan suhtaudutaan hänen empaattisesti ja ymmärtävästi. Viidentenä kohtana on I (itsemääräämisvastuu), jolloin asiakas pyrkii itse päättämään juomisensa vähentämisestä. Kuudes kohta on T (toimintaohjeet), joilla annetaan tukea ja käytännön välineitä juomisen vähentämiseen. Esimerkiksi juomispäiväkirja ja seurantatapaamiset. RAAMIT muistisääntönä tai kuvana on tärkeä työkalu sisäistää mini-interventiota toteutettaessa. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Rohkeus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen</li> </ul>
Alkoholitietous	<ul style="list-style-type: none"> <li>Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin</li> </ul>
Apu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avustetaan päätöksestä vähentää juomista tai lopettaa se</li> </ul>
Myötätunto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektioivasti, empaattisesti ja ymmärrettävästi</li> </ul>
Itsemääräämisvastuu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan.</li> </ul>
Toimintaohjeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.</li> </ul>

Kuva 2. RAAMIT (Käypä hoito- suositus, 2015)

### 2.3.1 AUDIT-testi

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -kysely on todettu tehokkaaksi ja suositeltavaksi työkaluksi etenkin mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa. Kysely sisältää kymmenen kysymystä ja niihin vastaamiseen menee aikaa muutama minuutti. Ensimmäinen kysymys selvittää alkoholijuomistiheyttä, toinen alkoholiannosten määriä ja kolmas humalanhakuisen juomisen toistumista. Neljäs, viides ja kuudes kysymys käsittelee riippuvuusoireita ja seitsemäs, kahdeksas, yhdeksäs ja kymmenes kysymys puolestaan alkoholista johtuvia haittoja. Tutkimuksilla on todettu, että AUDIT-testillä (LIITE 1.) tunnistetaan keskimäärin kahdeksan alkoholinsuurkuluttajaa kymmenestä. (Aalto ym. 2008, 17.)

### 2.3.2 Mini-intervention vaikuttavuus

Päihdetyössä mini-interventio on yksi tutkituimmista menetelmistä, joka vahvaan näyttöön perustuen vähentää alkoholin käyttöä. Suomessa on tehty terveydenhuollossa noin 50 tutkimusta, joissa on vertailtu neuvontaa saaneita ja niitä, jotka ovat jääneet ilman neuvontaa. Tuloksista on selvinnyt, että ainakin kymmenen % riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyi kohtuukäyttöön tai lopetti alkoholin käytön mini-intervention tulosten seurauksena. Mini-intervention käytön hoitovaikutusta on tutkittu ja on havaittu, että se säilyy noin 1–2 vuotta. Pitkäaikaisten hoitosuhteiden vaikuttavuutta ei ole tutkittu. (Aalto 2015, 57.)

Mini-intervention toteuttaminen on edullista, sillä se ei vie sairaanhoitajan työaikaa kohtuuttomasti, eikä se vaadi kalliita tutkimusvälineistöä ja tietokoneohjelmia. Yhdysvaltalainen tutkimus on osoittanut, että mini-interventioon sijoitettu 1000 dollaria henkilökunnan koulutukseen ja työpanoksen lisäämiseen toivat säästöä noin 5600 dollaria. Säästöt muodostuivat muun muassa päihdeongelmaisten ensiapukäyntien, sairaalapäivien ja liikenneonnettomuuksien vähenemisellä. Säästöjä näkyi muuallakin kuin terveydenhuollossa esimerkiksi työnantajien maksuissa ja vakuutusmaksuissa. (Aalto 2015, 57.)

### 2.3.3 Tutkimustuloksia mini-intervention käytöstä

Aiempia opinnäytetöitä mini-interventioon liittyen on tehty eri ammattikorkeakouluissa. Kajaanin ammattikorkeakoulussa vuonna 2007 on valmistunut opinnäytetyö nimeltä Mini-intervention



käyttöön liittyviä esteitä ja ratkaisuehdotuksia hoitotyöntekijöiden kokemana. Tämän opinnäytetyön tuloksista selviää, että mini-intervention toteutumisen esteinä oli sairaanhoitajan asenteesta ja asiakastilanteesta johtuvat syyt sekä resurssien ja mini-interventioon liittyvien tietojen ja taitojen puute. (Kivioja, Mursu & Saarinen 2007). Samat asiat nousivat esille myös XAMK:lle vuonna 2019 tehdyssä opinnäytetyössä Alkoholiongelmaisen mini-interventio hoitotyössä. Vaikuttaisi myös siltä, että alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on joiltain osin edelleen ”tabu”-asia. (Kottila & Seppänen 2019). Ratkaisuehdotuksista keskeisenä meidän opinnäytetyömme kannalta nousi esille mini-intervention koulutuksen ja tuen lisääminen. Näin tietoa lisäämällä madallettaisiin sairaanhoitajien kynnystä alkoholinkäytön puheeksi ottamisessa.

Englannissa vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa on havaittu mini-intervention käytöllä olevan myönteinen vaikutus alkoholin käytön haittojen vähenemisessä. Tehdyssä tutkimuksessa analysoitujen tuloksien pohjalta on tehty johtopäätöksiä siitä, että lyhyt neuvonnalla potilaat ovat saaneet merkittävää lisäetua elämäntapa muutokseen ja alkoholista vieroittumiseen. Potilailla oli havaittu lisäetujen vaikutuksesta mm. verenpaineen laskua, mielenterveys ongelmien väheneminen ja loukkaantumisriskin alentuminen. (Kaner ym. 2013, 1-3.)

Vuonna 2009 Savonia ammattikorkeakoulussa on tehty opinnäytetyö nimeltä Aikuisväestön alkoholinkäytön varhainen tunnistaminen ja mini-interventio perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan työssä. Tuloksissa varhainen alkoholinkäytön tunnistaminen on koettu vaikeaksi. Lisäksi tuloksista selviää, että mini-intervention toteuttamiseen aikaa ei ole tarpeeksi. (Jäntti & Ollikainen 2009).

Vuonna 2013 tehdyssä opinnäytetyössä on perehdytty perusterveydenhuollon sijaan psykiatrian poliklinikalle ja kuinka mini-interventiota toteutetaan siellä. Tuloksista ilmenee, että psykiatrian poliklinikalla saadulla koulutuksella ja tiedolla mini-intervention toteuttamiseksi on vaikutusta hoitoon liittyviin tekijöihin. Mini-interventiota myös käytettiin psykiatrian poliklinikalla monipuolisesti. Henkilökunta piti mini-interventiota helppona ja toimivana työmenetelmänä. (Huusko 2013.)

## 2.4 Terveystenhuollon palvelut

Terveystenhuollosta tai sosiaalitoimesta tulee ohjata asiakas, jonka kohdalla on tarve kartoittaa mahdollista riippuvuusongelmaa, erikoissairaanhoidon palveluihin tai päihdehuollon erityispal-

veluihin. Terveyskeskuksissa alkoholiongelmia hoitavat lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät sekä psykologit. Päivystyspalveluista ja ajanvarauksista vastaa usein palvelunumero, josta saa tarkempaa tietoa oman kunnan palveluista. Työssäkäyvällä on usein työterveyshuolto. Sairaaloihin ja poliklinikoille ohjautuu usein vaativampaa hoitoa tarvitsevat. (Mäkelä & Simojoki 2015, 67.)

Alkoholi aiheuttaa tutkitusti paljon terveydelle haitallisia vaikutuksia. Tämän vuoksi terveydenhuollossa on paljon päihtyneitä ja alkoholia liiallisesti käyttäviä potilaita. (Aalto 2015, 12). Alkoholihaittojen vähentäminen on sisäistetty työterveyshuoltoon. Päihdeohjelma ohjaa työkyvyn ylläpidossa. Jos työpaikalla ilmenee päihdehaittoja, työntekijän kanssa voidaan tehdä hoitoonohjaussopimus. Työterveyshuolto ohjaa tarvittaessa sopivaan hoitopaikkaan. Terveys 2000 -kyselytutkimuksen tulokset osoittavat, että kaikista alkoholin riskikäyttäjistä 85 % on työelämässä. Samassa tutkimuksessa ilmeni, että alkoholiriippuvaisista 70 % on työelämässä. Tämä tarkoittaa sitä, että työterveyshuollolla on tärkeä merkitys alkoholiongelmaisten tavoittamisessa yhteiskunnassamme. Suomessa tehdään miljoona terveystarkastusta vuosittain. Työterveyshuollossa tehdään noin viisi miljoonaa sairauskäyntiä vuosittain. Osa on työlakisääteisiin kuuluvia työperäisten alttiuksien seurantaa. Kaikissa terveystarkastuksissa suositellaan AUDIT-kyselyn tekemistä. Kuitenkaan samaan aikaan alkoholin riskikäyttäjän tunnistusta ja neuvontaa ei kirjata systemaattisesti. Alkoholin käyttö otetaan vastaanotolla puheeksi, mutta vain osalla toteutetaan mini-interventioita työterveyshuollon vastaanotolla. Tämä on käynyt ilmi Työterveyshuolto Suomessa 2007 –tutkimuksessa. Alkoholihaitoista johtuva työkyvynmenetys on merkittävää. Tämä voi näkyä sairauspoissaoloina, alenevana työsuorituksena ja työkyvyttömyyseläkkeinä. (Kaarne 2013, 158–159.)

Nykyaikana on niin sanottuja matalan kynnyksen palveluja, esimerkiksi terveyskeskuksessa voi toimia avopalveluyksikkö, joka vastaanottaa asiakkaita ilman lähetettä ja on niin sanotusti ”matalan kynnyksen periaatteella” toimiva toimipiste. Siellä arvioidaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta.

## 2.5 Päihdetyö ja sen tulevaisuus terveydenhuollossa

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) järjestää 2015–2025 välisenä aikana tutkimushankkeen ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman suunnittelemiseksi. Toimintaohjelma perustuu lakiin ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015) ja sen tarkoitus ja tavoite on tukea kunnissa ja

alueilla tehtävää lakisääteistä työtä terveyttä edistäen ja hyvinvointia tasa-arvoisesti kunnioittaen. Toimintaohjelma on suunniteltu mahdollistamaan vaikuttavaa, laaja-alaista sekä kustannus-  
tehokasta päihdetyötä käytännössä. (Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma, 2018.)

Ehkäisevä päihdetyö tulisi näkyä kaikkien kuntalaisten arjessa ja työtä pitäisi tehdä sosiaali- ja terveyspalveluiden yksiköissä, työpaikoilla, oppilaitoksissa sekä myös vapaa-ajan ympäristöissä päivittäin. Olisi myös erinomaisen tärkeää mahdollistaa kuntalaisten osallistuminen henkilökohtaisesti päihdehaittojen ehkäisyyn. Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa valtakunnallista ehkäisevää päihdetyötä ja tämä takaa ehkäisevän päihdetyön perustumisen tutkittuun tietoon, laajaan seurantaan sekä arviointeihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos puolestaan vastaa työn kansallisesta kehittämisestä sekä ohjauksesta ja aluehallintoviranomaisten työhön kuuluu kuntien tukeminen ja ohjaus ja vastuullisen alkoholin myynnin ja anniskelun valvonta. (Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma, 2018.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Valvira, Työterveyslaitos, aluehallintovirastot, mahdolliset tulevaisuuden itsehallintoalueet sekä eri järjestöjen tulee tukea kuntia ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseksi. Näitä tukimuotoja ovat muun muassa seurantatietojen informointi, tietopakettien ja materiaalien hankinta, ammattiseminaarien ja yhdyshenkilötoiminnan mahdollistaminen sekä alueellisesti vuorovaikutteisten ohjauuskäyntien tarjoaminen. Kaikkien edellä mainittujen tahojen välinen yhteistyö on ehkäisevän päihdetyön onnistumisen lähtökohta. Terveystieteiden ammattilaisilla tulisi olla riittävästi tietoa ja osaamista päihdehaittojen ehkäisyä menetelmistä hyödyntäen päihdetyön materiaaleja sekä koulutuksia osana työtään perusterveydenhuollossa. (Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma, 2018.)

Tulevaisuuden haasteena onkin riippuvuuksien kasvu. Laitoshoidon purkaminen ja avohoidon riittämättömyys ovat tuoneet lisähaastetta terveyspolitiikkaan. Riippuvuuksien hoitoon ei ole taloudellisesti panostettu ja hoitojärjestelmä on repaleinen. Riippuvuuksien hoidon järjestämisestä on muovautumassa merkittävä terveyspoliittinen tekijä.

Sosiaali- ja terveyspalveluista erityisesti päihdehuoltoa ja psykiatrista hoitoa on ajettu alas kustannuksia karsimalla 1990-luvulta saakka. Päihdetyö ja psykiatrinen avohoito kärsivät potilaspaineen lisääntymisestä. Erikoistuneet yksiköt eivät voimavarojen vähentyessä kykene vastaamaan kysyttyyn tarpeeseen. Tämä puolestaan heijastuu perusterveydenhuoltoon lisääntyvänä paineena, jolloin myös potilaat eivät aina pääse oikeaan paikkaan tai oikeaan aikaan tarvitsemaansa hoitoon. Terveyskeskukset eivät tule toimeen uudenlaisen ja lisääntyvän paineen alla.

Tästä syntyy yhteiskuntaan epäkohdan kierre, jota terveystaloudellisessa päätöksessä ei ole huomioitu. Psykiatrisen hoidon ja päihdehuollon sujuvat hoitoketjut ovat tuki toimivalle perusterveydenhuollolle tulevaisuudessa. Rahoitus on edellytys kehityksen suunnan muuttamisessa. Lisäksi tarvitaan enemmän avointa keskustelua, tiedon tason lisääntymistä sekä hoitojärjestelmien kehittämistä. Mielenterveyshäiriöiden yhteys tulisi huomioida riippuvuuksiin hoitojärjestelmissä. (Pylkkänen 2013, 168–169.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kainuun soten perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mini-interventiosta.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollossa Kainuun sotessa

Tutkimustehtävänä on selvittää, millaisia kokemuksia Kainuun soten perusterveydenhuollon sairaanhoitajilla on mini-interventiosta.

## 4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa esitelemme opinnäytetyössämme käyttämämme tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmät ja kuvaamme, kuinka toteutimme tiedonkeruun. Luvussa selvitämme vielä tutkimusaineiston analysointitavan ja -prosessin.

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kontekstuaalisuuteen, tulkintaan ja toimijoiden näkökulman ymmärtämiseen. Se tuo esille tutkittavien havaintoja tilanteista sekä mahdollistaa menneisyyden ja kehityksen tekijöiden huomioimisen. Kvalitatiivinen ote tuo esille näkemyksiä tutkittavasta aiheesta. Tutkija Layderin (1993) mukaan sosiaaliseen toimintaan kohdistuvan tutkimuksen kuuluu perustua merkitysten analyysiin. Kvalitatiivinen ote korostuu syvemmin, mitä lähemmäksi mennään yksilöä ja vuorovaikutusta. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 22–27.)

### 4.2 Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä

Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen. Tarkoituksena on, että kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimys löytää tai paljastaa asioita teorian sekä käytännön taustalta. Siinä on pyrkimys kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan sekä aineiston kokoamiseen luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Ihminen on keskeinen tiedonkeruun väline. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.) Tutkimusote on fenomenologinen. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kohde tarkennetaan kokemuksen tutkimiseen. Kokemus muotoutuu yksilölle merkityksen mukaisesti. Varsinainen tutkimuksen kohde ilmentyy inhimillisinä kokemusten merkityksinä. (Tuomi, & Sarajärvi 2018.) Opinnäytetyötä tehdessä käytetään laadullisia metodeja aineiston hankinnassa kuten teemahaastattelu. Kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineisetoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.) Lähestymistapana laadullinen pyrkii löytämään keräämästään aineistosta yhtäläisyyksiä. Käsitteistä luodaan alustavia ehdotuksia sekä päätyy koherenttiin käsitteen määrittelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2003, 15.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Siinä korostuu metodologisesti ihmisten tulkinta asioista, ihmisten antamat merkitykset ja miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018). Haastattelu etenee ennalta pohdittujen ja keskeisten teemojen varassa.

Teemahaastattelussa valitaan muutamia avainkysymyksiä- tai aiheita, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Teemahaastattelussa haastattelukerroilla ei ole merkitystä eikä sillä, miten pitkälle tai syvälle haastattelun teemoissa edetään. Oleellista on, että haastattelu etenee teemojen varassa. Tarkoituksena tuoda tutkittavien ääni kuuluviin valituista teemoista. Haastateltavien tulkinnot asioista sekä asioille antamat merkitykset ovat keskeisessä asemassa. Tämän myötä saadaan tutkittavien ääni kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48.)

Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, eikä täten vaadi kokeellisesti saatua yhteistä kokemusta. Haastateltavan yksilön kaikkia kokemuksia, uskomuksia, ajatuksia sekä tunteita voidaan tulkita tällä menetelmällä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä. Tämä tarkoittaa sitä, että haastattelun aspekti, aihepiirit sekä teema-alueet ovat kaikille samat. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48.)

Teimme alussa pilottihaastattelun yhdellä sairaanhoitajalla. Testasimme apukysymyksillä teemojen sopivuutta varsinaiseen haastatteluun. Pilottihaastattelun tarkoitus on testata kysymysten sopivuutta ja toimivuutta, ja tarvittaessa muuttaa niitä toimivimmiksi. Pilottihaastattelun jälkeen pohdimme kysymysten toimivuutta ja sopivuutta varsinaisiin haastatteluihin. Säilytimme kysymykset alkuperäisessä muodossaan pilottihaastattelun onnistumisen vuoksi. Kysyimme myös luvan pilottihaastateltavalta, jotta saisimme käyttää haastattelua myös varsinaisessa otoksessa, koska palautteen myötä muutoksia ei tarvinnut tehdä haastatteluun.

Opinnäytetyönprosessin aikana työtä arvioidaan ja kehitellään koko prosessin ajan, saamiemme haastattelu tulosten, teoria pohjan ja palautteiden perusteella. Itse työntekijöinä arvioimme kriittisesti käyttämiämme lähteitä ja materiaaleja, tavoitteenamme on tehdä tutkittuun tietoon perustava laadukas kokonaisuus. Opinnäytetyömme viimeistely tehdään Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpohjalle ja siinä annettujen ohjeiden mukaisesti.

#### 4.3 Aineiston kerääminen

Aineiston keräämisen aikana tutkimuksen tekijälle kertyy paljon lisää tietoa tutkimusaineiston lisäksi. Tietoja tutkimukseen osallistujista, omista muistiinpanoista ja ajatuksista. Aineiston käsittely tarkoittaa tietojen tallentamista.

Aineiston käsittelyssä on pyrkimys säilyttää se mitä on sanottu ja miten on sanottu. Todellisuuden säilyttäminen on tärkeää (Kylmä & Juvakka 2007.) Haastateltaviksi valikoitui neljä perusterveydenhuollon sairaanhoitajaa, lisäksi hyödynsimme pilottihaastattelun varsinaisessa aineistossa. Laitoimme Kainuun sotien terveyskeskuksien päivystyksen ja vastaanottotoiminnan kahdelle esimiehelle sähköpostilla tiedotteen opinnäytetyöstämme ja pyysimme siinä kysymään heidän alaisistaan vapaaehtoisia haastateltaviksi. Lisäksi laitoimme liitteenä haastatteluun saatekirjeen (LIITE 4.), jossa kerroimme haastattelun tarkoituksesta. Laitoimme sähköpostitse kyselyn haastatteluun osallistumisesta suoraan potentiaalisille sairaanhoitajille ja viisi antoi suostumuksen haastatteluun. Heiltä suostuttua sovimme haastatteluiden ajankohdat ja paikat. Haastattelut suoritimme heidän työpaikoillaan ja työajallaan. Sairaanhoitajat, kenelle lähetimme sähköpostia, valikoituivat heidän pitkän työkokemuksensa perusteella ja jotka ovat olleet sairaanhoitajina, kun mini-interventio on tullut käyttöön Kainuun sotessa.

Nauhoitimme haastattelut älylaitteillamme olevilla äänentallennussovelluksilla. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluna. Haastattelimme neljää perusterveydenhuollossa toimivaa sairaanhoitajaa. Ennen haastattelujen alkua kertosimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja haastattelun merkityksen opinnäytetyöllemme ja haastateltavan oli allekirjoitettava haastatteluun suostumuslomake (LIITE 5.), jossa takasimme mahdollisuuden vielä lisäkysymyksille haastattelua koskien. Suostumuslomakkeessa takasimme myös muun muassa anonymisti osallistumisen ja että tietoja käytetään vain kyseiseen tutkimukseen.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Aineistonanalyysissä kerätty tietoaineisto tiivistetään siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai tutkittavien väliset ilmiöt esiintyvät selkeinä. Sisällönanalyysissa on merkityksellisintä erottaa samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi on menetelmä, joka auttaa tekemään havaintoja dokumenteista ja helpottaa analysoimaan niitä systemaattisesti.



(Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.) Sisällönanalyysissä tavoite on tuottaa tietoa kerätyn aineiston avulla tutkimuksen kohteena olleesta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007).

Saadakseen aineistosta tuloksia ja johtopäätöksiä on haastattelussa saatu aineisto muutettava analysoitavaan muotoon eli litteroitava. Litteroimme äänitykset auki eli kirjoitimme haastattelut sana tarkasti Word-tekstinkäsittelyohjelmalla tietokoneelle tekstimuotoon.

Litteroinnin jälkeen analysoimme tekstin ja poimimme sieltä esille tulleita asioita sairaanhoitajien kokemuksista riippuvuus ongelmaisten potilaiden riippuvuusongelmaan puuttumisesta ja avun piiriin ohjaamisesta. Litteroinnissa käytimme Calibri- fonttia, fonttikokona oli 11 ja riviväli 1,5. Teimme litteroinnit heti haastattelun jälkeen. Litteroitua tekstiä tuli viidestä haastattelusta yhteensä kahdeksan sivua. Haastattelut kestivät keskimäärin 10 minuuttia ja sen pituisen haastattelun litterointiin kului aikaa noin tunti.

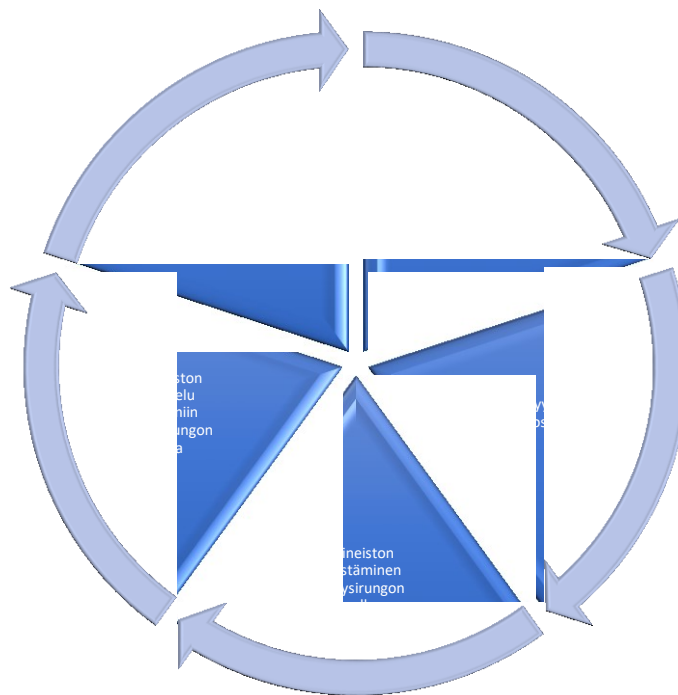
Sisällönanalyysi on jaettavissa prosessin eri vaiheisiin. Näitä ovat: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24.) Sisällönanalyysin tavoite on tuottaa tietoa tutkitusta ilmiöstä, johon aineistoa on kerätty. Se auttaa järjestelemään tutkimusaineistoa. Sisällönanalyysissä pääpaino on aineistolähtöisessä päättelyssä, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus sekä kysymyksenasettelu. Tällöin tiedon analysoinnissa korostuu tutkimuksen tutkimustehtävä ja tarkoitus. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kerätystä aineistosta yhtenäistä ja tulkittavaa tietoa. Sisällönanalyysi mahdollistaa johtopäätösten tekemisen ja vaikuttaa tuloksen laatuun ja luotettavuuteen. Teemahaastattelussa kysymykset pohjautuvat jo tiedossa olevaan teorial tietoon ja siinä käytetään deduktiivista sisällönanalyysia. Deduktiivisessa analyysissä aikaisemmalla tiedolla on pääpaino. Aikaisemman tiedon avulla tehdään analyysirunko, joka voi olla väljä tai strukturoitu. Sisällöllisesti siihen pyritään etsimään sopivia asioita aineistosta. Deduktiivisessa analyysin rungossa näkyvät käsitteet ja analyysin tuloksena saadaan käsitteiden sisältö ja rakenne esiin. (Kynäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139). Deduktiivisessa analyysissä tärkeää on, että tutkija ottaa teorian ohjaamaan päättelyä tutkimuksen alusta asti. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä ensimmäisenä vaiheena on analyysirungon muodostaminen. Sen sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia aineistosta. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään analyysirungon avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018). Alkuun luimme aineistoa useita kertoja läpi ja alleviivasimme oleellimmat. Poimimme aineistosta tietyn otteen ja pelkistimme sen paperille

taulukkoon ilmaukseksi. Kolmantena on aineiston ryhmittely alaluokkiin. Meidän keräämästä aineistosta alaluokiksi muodostui keskeiset sanat RAAMIT ympäriltä. Neljännessä vaiheessa muodostimme yläluokat ja pääluokat analyysirungon avulla. Samankaltaiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja ne eroteltiin pääluokiksi. Pääluokat olivat haastattelun RAAMIT mukaisesti rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämisvastuu ja toiminta. Viimeinen vaihe on mahdollisten uusien luokkien muodostus.

Alla olevassa kuvassa (Kuva 4.) on esitetty pelkistettynä kaaviona deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 5–7.) Tätä tehdessä pidimme mielessä koko ajan tutkimustehtävämme. Liitteissä esimerkki aineiston analyysistä (Liite 6.).



Kuva 4. Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet (Kygäs & Vanhanen, 1999.)

Tehdessämme opinnäytetyötä kahdestaan teimme työtä Office 365 OneDriven välityksellä. Työn tarpeenmäärittelyä johdatteli tarve tehdä opinnäytetyö liittyen sairaanhoitajan opintoihimme ja aiheen tuli liittyä meidän tuleviin vehto-opintoihin mielenterveyshoitotyö. Työmme ideoinnissa oli mukana Ylä-Kainuun riippuvuussienhoidon päihdetyöntekijä Olli-Pekka Vilenius, hänen ehdotuksena opinnäytetyömme aiheeksi valikoitui mini-intervention käyttö perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön suunnitelman esityksessä Kajaanin ammattikorkeakoulun opettajat Arpala Raila, Juntunen Anitta ja informaatikko Karjalainen Riitta-Liisa antoivat opinnäytetyömme haastatte-

luosioon idean käyttää mini-intervention ns. raameja haastattelun kysymysten teemoina, ja aiheanalyysissä selkeytyi lopullinen roolinjako sekä opinnäytetyön nimi ja sisältö. Luonnosteluvaiheessa laadimme opinnäytetyön suunnitelman rungon otsikot, joiden alle opinnäytetyönsuunnitelma ja itse opinnäytetyö rakentuvat.

Opinnäytetyöprosessin aikana työtä arvioidaan ja kehitellään koko prosessin ajan, saamiemme haastattelu tulosten, teoria pohjan ja palautteiden perusteella. Itse työntekijöinä arvioimme kriittisesti käyttämiämme lähteitä ja materiaaleja, tavoitteenamme on tehdä tutkittuun tietoon perustava laadukas kokonaisuus. Opinnäytetyömme viimeistely tehtiin Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpohjalle ja siinä annettujen ohjeiden mukaisesti.

## 5 Tutkimustulokset ja johtopäätökset

Tässä luvussa esittelemme tutkimuksemme tulokset. Opinnäytetyömme tutkimustarkoituksena on kartoittaa perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä Kainuun soten eri toimintayksiköissä. Haastateltaviksi saimme viisi sairaanhoitajaa, joista yksi oli pilottihaastateltava, jotka työskentelevät eri yksikössä eri puolilla Kainuun sotea.

Tulokset olemme luokitelleet mini-intervention RAAMIT mukaisesti. Raamien ydin asiasanat ovat olleet tutkimuksemme haastattelun ”punainen lanka”. Asiasanojen pohjalta laadimme haastattelun kysymykset ja luokittelimme opinnäytetyömme tulokset. Jokaiseen asiasanaan oli yksi tai useampi kysymys, jonka pohjalta tutkimme perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention käytöstä. Tällä tavalla saimme opinnäytetyömme tutkimustarkoitukseen ja tutkimustehtävään tutkimuksellisesti luotettavia tuloksia.

Tulokset ja johtopäätökset olemme laatineet teemahaastattelun vastausten ja analysoimamme aineiston pohjalta. Vastaukset litteroimme ja litteroinnin jälkeen kokosimme vastaukset aihealueittain teemojen alle. Litteroitua tekstiä tuli lähes kahdeksan sivua kirjoitettuna Calibri-fontilla, fonttikokona 11 ja rivivälillä 1,5. Vastausten kokoaminen selkiytti opinnäytetyömme tutkimustuloksia ja johtopäätösten tekemistä. Haastattelun litterointi parantaa aineiston laadullisuutta ja näin lisää johtopäätösten tutkimustulosten luotettavuutta. Pohdimme yhdessä kriittisesti haastattelumateriaalin pohjalta tutkimustuloksia ja johtopäätelmiä.

### 5.1 Rohkeus (self efficacy)

Saamiemme vastausten perusteella voimme päätellä, ettei sairaanhoitajilla ole riittävää rohkeutta ottaa puheeksi potilaan riippuvuusongelmaa ja sen pohjalta tehdä mini-interventio, jonka tulos ohjaisi mahdollisesti avun piiriin. Tulosten perusteella sairaanhoitajan rohkeuteen ottaa potilaan riippuvuus puheeksi vaikuttaa riippuvuuden aiheuttaja. Esimerkiksi alkoholi- ja tupakkariippuvuuksiin on helpompi puuttua kuin huume-, peli-, läheis- ja seksiriippuvuuksiin. Lisäksi puuttuminen on tulosten perusteella helpompaa useamman potilastapaamisen jälkeen.

”Ei oo mikään helppo asia ottaa puheeksi.”

”Vaihtelee riippuvuudesta.”

“Riippuu potilaasta.”

Koulutuksen ja työnohjauksen tarpeeseen kaikki vastaajat kokivat koulutuksen ja työnohjauksen olevan riittämätöntä ja sille on tarvetta. Esille nousi tarve jatkokoulutukseen katkaisuhoidon ohjaamiselle ja järjestämiselle sekä huumeriippuvuudesta kärsivälle.

“Ihan varmasti tartteis.”

Vastauksista havaitsimme sairaanhoitajilla olevan monenlaisia keinoja rohkaista potilasta pääsemään eroon riippuvuudestaan, kohti onnistumista ja riippuvuuden voittamista. Vastauksissa ilmeni potilaan rohkaisuun riippuvuudesta irti pääsemiseen tukitoimista kertominen ja rohkaisu ottamaan matalalla kynnyksellä ottamaan yhteyttä riippuvuushoidon ammattilaisiin. Yksi haastateltava kertoi itse ottavansa yhteyttä suoraan oman paikkakunnan päihdetyöntekijään. Haastateltavat kertoivat myös tarjoavansa kuunteluapua riippuvuusongelmaiselle potilaalle.

## 5.2 Alkoholitietous (feedback)

Havainnoimme vastauksista haastateltavilla olevan vähäiset ja puutteelliset tiedot ja työkalut riippuvuusongelmaisen hoitoon ohjaamiseen. Vastauksista ilmeni työkaluina olevan erilaiset netistä löytyvät testit ja kyselyt. Haastateltavat kokivat potilaalle varatun ajan olevan liian lyhyt ja sen vuoksi ei ole mahdollisuutta tehdä monimutkaisia ja pitkiä kyselyitä. Johtopäätöksenä on, että kirjallisten kyselyiden tulisi olla nopeasti täytettävissä. Vastauksien perusteella haastateltavilla on työnsä puolesta kokemusta laitосkatkaisuhoidosta ja sieltä jatkohoitoon ohjaamisesta. Kokemuksesta huolimatta he kokevat tarvitsevansa lisää alkoholitietoutta ja tietoa riippuvuusongelmaisten hoitoon ohjaamisesta. Eräs haastateltava vastasi seuraavasti:

“Hyvin vähän periaatteessa, että välillä kun on ehtanut päihdepuolen kontaktia jonnekin ja asiakas on että haluaa, niin mulla ei ole tietoa mihin ohjaan sen.”

Haastatteluiden perusteella päätelimme vastaajilla olevan vähäisiä tietoja erilaisista mahdollisuuksista ohjata hoitoon ja antaa tietoa potilaalle, joten vastaajat kokevat tarvitsevänsä tarkempaa, selkeämpää ja yhdenmukaisempaa tietoa asiasta.

### 5.3 Apu (advice)

Riippuvuusongelman potilaan auttamisessa ja ohjaamisessa vastaustauksista nousi esille haastateltavien keinojen ja tapojen auttaa potilasta olevan vähäiset. Teimme tämän johtopäätöksen useissa vastauksissa ilmenneiden samankaltaisten toimintatapojen pohjalta. Haastateltavat kertoivat ohjaavansa potilasta ottamaan itse yhteyttä oman alueen päihdetyöntekijään tai Kajaanin päihdeyksikköön (entinen A-klinikka) ja antavansa potilaan kotiutuessa esitteen tai päihdetyöntekijän puhelinnumeron. Tällöin vastuu yhteydenottamisesta jää potilaalle itselleen. Päällimmäisenä ajatuksena vastauksista meille jäi potilaan auttamisen olevan suppeaa, tyyliin lappu käteen ja heippa.

Havaitsimme vastauksissa haastateltavien tarjoavan keskustelu- ja kuunteluapua potilaalle halukuudesta hoitoon ohjautumiseen. Vastausten perusteella näissä tapauksissa haastateltavat ottavat kontaktin päihdetyöntekijään ja järjestävät potilaalle mahdollisuuden riippuvuuksien hoitoon.

### 5.4 Myötätunto (empathy)

Myötätunnon tunteminen ja empatia näkyvät haastateltavien vastauksista. Vastausten perusteella riippuvuusongelmaa pidetään sairautena kuten mitä muutakin sairautta. Potilaan käyttäytyminen ja ulkoinen olemus vaikuttavat vastaajien tunteisiin ja kokemukseen potilaskohtaamisessa. Aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta kohtaan haastateltavat eivät kokeneet tuntevansa myötätuntoa. Potilaan oma käyttäytyminen näkyy vastausten perusteella vaikuttavan sairaanhoidajien myötätunnon ja empatian kokemiseen. Myötätunnon osoittamisena pidetään potilaan kuuntelua ja ymmärrystä potilasta kohtaan.

”Jos saa sen keskusteluyhteyden, niin kyllä mä kuitenkin koen, että se on semmonen sairaus muitten joukossa”

### 5.5 Itsemääräämismääräisyvastuu (responsibility)

Saamistamme vastauksista vastaajat kokivat omat taitonsa ja kykynsä riittämättömiksi saada potilas huomaamaan oma riippuvuusongelmansa ja herättää motivaatio hakeutua asianmukaisiin hoitoihin ja haluta eroon riippuvuudestaan. Vastauksista nousi päällimmäisenä puhuminen ja potilaaseen keskusteluyhteyden saaminen. Haastateltavat kokivat heillä olevan riittämättömät taidot motivoivaan keskusteluun riippuvuusongelmaiselle. Vastauksissa toivotaan lisää koulutusta ja harjoittelua motivoivaan keskusteluun. Vaikeutena koetaan potilasryhmä, joka on sairauden tunnoton riippuvuusongelmiensa kanssa, ja jotka eivät tiedosta omaa riippuvuuttaan.

“Ehkä ois hyväki niinku sitä potilaan kanssa keskustelua opetella, että miten sen sais motivoitumaan siitä lopettamisesta”.

Vastauksissa kerrottiin erilaisten testien ja kokeiden tuloksia, esimerkiksi AUDIT-testin ja laboratoriotuloksia, käytettävänä keinoina saada potilas huomaamaan oma riippuvuutensa ja herättämään motivaatio hoitoon hakeutumiselle ja riippuvuuksista eroon pääsemiseen. Yhdessä vastauksessa vastaaja sanoi käyttävänsä esimerkiksi huumeeseulan tulosta havainnointivälineenä riippuvuusongelmaan tuomaan totuus ilmi potilaan riippuvuudesta.

### 5.6 Toimintaohjeet (menu)

Toimintaohjeissa keskustelu on tärkein tapa ohjata riippuvuusongelmainen avun piiriin. Haastattelussa ilmeni vastaajien puhuvan rohkeasti riippuvuusongelmaiselle asian oikeilla nimillä ja asiat suoraan. Vastauksissa ilmeni myös potilaiden oma halu ottaa heidän riippuvuusongelmansa puheeksi ja halu päästä päihderiippuvuushoidon piiriin tai osastokatkaisuhoitoon. Tämä vaikutti ohjaamiseen.

Vastausten pohjalta haastateltavilla on vähäiset vaihtoehdot ohjata riippuvuusongelmainen avun piiriin. Haastateltavien avut riippuvuusongelmaiselle on eteenpäin ohjaus, osastokatkaisuun tai Kajaanin päihdeyksikköön ohjaaminen. Haastateltavat voivat itse keskustella potilaan kanssa hänen riippuvuusongelmistaan.

“Kyllä ne varmaan on se eteenpäin ohjaus ne vaihtoehdot”.

## 5.7 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä rohkeus kohdan vastausten perusteella voi todeta, ettei sairaanhoitajilla ole riittävää rohkeutta kohdata riippuvuusongelmaista potilasta. Rohkeuden puuttumiseen vaikuttaa vastausten mukaan koulutuksen ja harjoittelun vähäisyys, potilasaines ja kullekin potilaalle varatun ajan rajallisuus.

Kaikki vastanneet sairaanhoitajat kokivat riittämättömiksi työnantajan tarjoaman koulutuksen ja työnohjauksen. Koulutuksen ja työnohjauksen lisääminen toisi hoitajille enemmän rohkeutta puuttua potilaan riippuvuusongelmaan, tietoa erilaisista riippuvuuksista ja keinoista sekä työkaluista potilaan auttamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Lisäksi sairaanhoitajat kokevat, ettei heillä ole selkeää kuvaa riippuvuusongelmaisen potilaan hoitoketjusta ja hoidon mahdollisuuksista.

Potilaan rohkaisussa kohti onnistunutta riippuvuudesta eroon pääsemistä ja riippuvuuden voittamista vastausten johtopäätelmänä nousi joko ohjaamaan potilas itse ottamaan yhteyttä riippuvuussienhoitoon tai sairaanhoitaja ottaa suoraan yhteyttä päihdetyöntekijään.

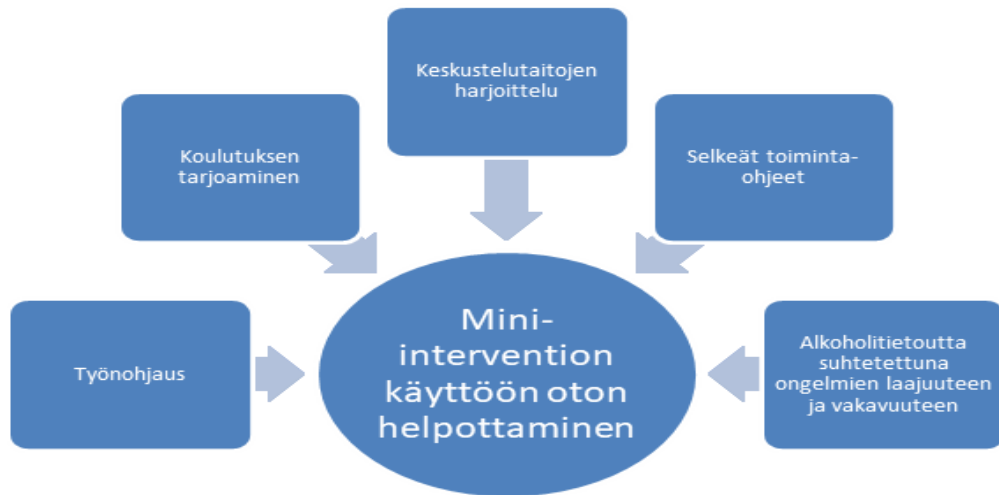
Itsemääräämismääräisyyn herättämisessä sairaanhoitajat pitivät tärkeänä ja ratkaisevana asiana saada riippuvuudesta kärsivä potilas huomaamaan oma riippuvuutensa ja saada herätettyä potilaan motivaatio hakeutua riippuvuuksien hoidon piiriin. Vastaajat kuitenkin kokivat omat taitonsa ja kykynsä riittämättömiksi edellä mainittuihin asioihin. Vastausten perustella sairaanhoitajat toivovat työn antajan tarjoavan mahdollisuutta harjoitella riippuvuuksista kärsivän potilaan hoitoon ohjaavaa motivoivaa keskustelua ja puhumista. Eräässä vastauksessa sairaanhoitaja käyttää erilaisia testejä ja tuloksia itsemääräämismääräisyyn herättelyssä. Erilaisen testin esimerkkinä nousi AUDIT- testi.

Kaikki vastaajat kokevat heiltä löytyvän myötätuntoa riippuvuusongelmaiselle potilaalle. Empatiakykyyn vaikuttaa potilaan ulkoinen olemus ja hänen käyttäytymisensä, lisäksi sillä onko riippuvuuden aiheuttajana päihde-, peli-, läheis- ja seksiriippuvuus on vaikutusta sairaanhoitajan empatiisuuteen. Yleinen ajatus vaikuttaa olevan, että sairaanhoitajat pitävät riippuvuutta sairautena muiden joukossa.

Johtopäätöksiä laatiessamme pääasiaksi sairaanhoitajien kokemuksista mini-intervention käytön vähäisyyteen nousi esille tiedon ja taidon puute riippuvuusongelmaisten potilaiden kohtaami-



sessä ja hoidossa. Näitä on mahdollista lisätä tarjoamalla perusterveydenhuollossa työskenteleville sairaanhoitajilla lisää koulutusta, harjoittelua, tietoa ja työnohjausta, kuten kävi ilmi vastanneiden sairaanhoitajien vastauksista. Alla olevan kaavioon (Kuva 5.) olemme koostaneet seikkoja, joilla katsomme olevan vaikutusta mini-intervention käytön yleistämiseksi ja sairaanhoitajilla mini-intervention käytön helpottamiseksi.



Kuva 5. Mini-intervention käyttämisen helpottamiseen vaikuttavia asioita

## 6 Pohdinta

Päihdehuoltolain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittavaikutuksia. Lisäksi lain tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjien ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laki velvoittaa kunnan huolehtimaan päihdehuollon järjestämisestä kunnan tarpeen mukaisesti. (L 41/1986.) Opinnäytetyömme tutkimustehtävänä on kartoittaa mini-intervention käyttökokemuksia perusterveydenhuollon sairaanhoitajien käyttämänä. Mini-interventio on liian vähän käytetty työkalu päihderiippuvaisten tunnistamisessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa. Päihde- ja riippuvuustyössä työskentelevien kanssa keskusteltaessa on tullut esille huoli, etteivät kaikki perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat osaa välttämättä käyttää mini-interventiota. He eivät myöskään tiedä sen hyötyjä terveydenedistämässä, sairauksien ennaltaehkäisyssä ja sairauksien hoidossa. Keskustelujen myötä tulikin idea lähteä tätä asiaa selvittämään opinnäytetyön merkeissä. Kysimme mahdollisuutta tehdä tästä meille tärkeästä aiheesta opinnäytetyö ja pian meille näytettiin vihreää valoa.

Opinnäytetyömme pohjalta on mahdollista saada koottua ja analysoitua perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mini-intervention mahdollisesta käytöstä. Haastattelun tuloksista ja tutkimastamme teoretiedosta kirjoitimme raportin. Raportista on hyötyä perusterveydenhuollon esimiehille ja sairaanhoitajille.

Opinnäytetyötämme tarvitaan, koska Ylä-Kainuun riippuvuushoidon työntekijän Olli-Pekka Vileniuksen mukaan mini-interventio on liian vähän käytetty ja aliarvostettu perusterveydenhuollossa (Vilenius, 14.1.2020). Opinnäytetyön valmistuttua tavoitteena on saada mini-interventio perusterveydenhuollossa työskentelevien tietoisuuteen ja oikeanlaiseen käyttöön. Sen myötä muun muassa alkoholin suurkuluttajilla on mahdollisuus parempaan ja laadukkaampaan hoitoon perusterveydenhuollossa ja ohjautua tarvittaessa päihdehoidon piiriin.

Opinnäytetyötä oli mielenkiintoista tehdä ja yhdessä siihen sai enemmän näkökulmia ja oli helppompaa ratkaista eteen tulevia kysymyksiä. Yhteistyö opinnäytetyön parissa onnistui hyvin ja kumpikin teki osaltaan parhaansa. Kyselimme toisiltamme epäselviä asioita ja näin saimme varmuutta, miten yhdessä edetä. Olimme yhteyksissä lähes viikoittain ja ajatuksemme kohtasivat yksiin, jopa yllättävän hyvin. Koronakevät sotki jonkin verran aikatauluja ja myös molemmat

olimme työkentillä hoitamassa potilaita ja asiakkaita. Se oli haaste, koska opinnäytetyön tekemiseen tuli ajoittain pitempiä taukoja ja tämä vaikeutti jatkamista. Saimme kuitenkin aikaa myös prosessin käsittelyyn ja pohtimiseen, vaikka emme pysyneet suunnitellussa aikataulussa.

Haastateltavien saanti vaikutti alkuun vaikealta. Koronan kuormittavuuden vuoksi emme olisi halunneet rasittaa sairaanhoitajia heidän työssään enää ylimääräisellä seikalla eli meidän haastattelullamme. Jouduimmekin lopulta vähän tomerammin ottamaan yhteyttä esimiehiin, jotta saisimme sairaanhoitajia osallistumaan teemahaastatteluun. Monille myös sana mini-interventio kuulosti olevan unohdettu, minkä vuoksi muutama sairaanhoitaja alkuun kieltäytyikin haastattelusta tai pohti tämän vuoksi, olisiko haastatteluun sopiva henkilö. Meidät otettiin hyvin vastaan, haastattelut olivat vuorovaikutuksellisia, suunnitelmallisia ja tilanteet olivat luontevia ja rehellisiä.

Kehitimme osaamistamme ja tietoa mini-interventiosta lukemalla erilaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta. Lisäksi haastattelujen myötä saimme näkökulmia sairaanhoitajilta, siitä millaisia kokemuksia heillä on mini-interventiosta työvälineenä. Opinnäytetyöhömme saimme aitoja ja totuudenmukaisia vastauksia.

Olemme oppineet hahmottamaan opinnäytetyöprosessia kokonaisuutena. Prosessi on opettanut suunnitelmallista ja järjestelmällistä työskentelyä pitkällä ajalla. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan on vaatinut kärsivällisyyttä ja pitkäjännitteisyyttä. Prosessi on ollut ajallisesti pitkä ja se on antanut mahdollisuuden erilaisten näkökulmien havainnointiin ja jäsentelyyn. Opinnäytetyömme tekemisen myötä olemme saaneet kehittää lisää yhteistyötaitoja erilaisten tahojen kanssa ja toimimaan entistä joustavammin koronan tuomien muutosten edessä. Prosessin vaiheista tulosten analysointi osoittautui haastavimmaksi. Asiakirjoittaminen tuotti ajoittain vaikeuksia ja asioiden jäsentely oikein opinnäytetyöhön oli haastavaa. Opimme hakemaan tutkittua tietoa luotettavista lähteistä ja kirjaamaan ne opinnäytetyön vaatimalla tavalla. Järjestelmällinen, mutta joustava työtapo, toimi meillä opinnäytetyötä tehdessämme. Ohjaavalta opettajalta saimme tukea ja vinkkejä opinnäytetyömme eri vaiheissa ja opimme pyytämään ohjausta. Lisäksi luetuimme opinnäytetyötämme pariin otteeseen ulkopuolisella lukijalla, jotta saimme palautetta opinnäytetyömme ymmärrettävyydestä ja selkeästä kokonaisuudesta.

Opinnäytetyömme aihe kiinnosti molempia omien töidemme vuoksi. Vehto-opintomme sairaanhoitajaopinnoissa on mielenterveystyö ja se on antanut myös paljon teoriaa ja erilaisia näkökulmia opinnäytetyöhömme. Niitä olemmekin hyödyntäneet opinnäytetyömme prosessin aikana. Harjoittelut ovat tukeneet myös opinnäytetyön tekemistä. Kokemuksemme mielenterveystyön ja

riippuvuuksien hoidon parissa on antanut meille paljon ja opinnäytetyömme kautta mini-interventio on meille luonteva työkalu alkoholisuurkuluttajan hoidossa ja tulemme edistämään mini-intervention tuntemusta ja käyttöä omalta osaltamme hoitotyössä.

Opinnäytetyön tarkoitus onnistui mielestämme hyvin. Saimme kartoitettua perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mini-interventiosta. Korona-aika toi omat haasteensa, mutta se täytyi vain hyväksyä ja jatkaa sinnikkäästi. Toivomme opinnäytetyömme myötä tiedon mini-interventiosta lisääntyvän perusterveydenhuollon sairaanhoitajilla.

Työntilaajan kanssa olimme pääosin yhteyksissä sähköpostitse ja yhteistyö sujui kunnioittavasti. Saimme ”vapaat kädet” opinnäytetyömme tekemiseen ja saimme näin tehdä siitä meidän näköisemme opinnäytetyön. Saimme opinnäytetyön avulla arvokasta tietoa perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksesta mini-intervention käytöstä ja mahdollista kehitystarpeista. Tulosten perusteella on mahdollista kehittää hoitotyötä. Työnantaja voi esimerkiksi järjestää sairaanhoitajille koulutusta mini-interventiosta, riippuvuuksista ja niiden hoitoon ohjauksesta.

Opinnäytetyön osalta olisi pitänyt aikataulutusta kiristää, sillä jäimme hieman jälkeen suunnittelemastamme aikataulusta. Tähän vaikuttivat muun muassa molempien työssä käyminen ja vallitseva koronatilanne. Olimme liian itseohjautuvia, olisimme voineet kysyä enemmän ohjausta ja loppupuolella aikatauluttaa tarkemmin.

## 6.1 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta jatkotutkimusaiheeksi nousi erityisesti opiskelumateriaalin ja tietopaketin tekeminen sairaanhoitajille mini-interventiosta. Tulostemme perusteella sairaanhoitajat kokivat saaneensa liian vähän koulutusta ja työnohjausta työnantajalta mini-intervention toteuttamiseen. Opinnäytetyössämme kohderyhmä on perusterveydenhuollon sairaanhoitajat. Kuitenkin opiskelumateriaalia ja tietopakettia voisi hyödyntää myös muualla hoitotyössä. Etenkin niissä yksiköissä, joissa mini-interventio on nimenäkin unohdettu, mutta olisi tarpeellinen ja tuloksekas työväline.

Toinen jatkotutkimusaihe opinnäytetyöllemme voisi olla esimerkiksi meidän teemahaastattelumme pohjalta tehty saman kaltainen haastattelu tietyn ajan kuluttua. Ennen uutta haastattelua

voisi sairaanhoitajille antaa koulutusta ja työnohjausta mini-interventiosta. Siitä voisi verrata meidän opinnäytetyömme tuloksia saatuihin tuloksiin. Tulosten pohjalta on mahdollista tehdä johtopäätelmiä, onko sairaanhoitajien taidot ja kyvyt kehittyneet mini-intervention käyttämisessä riippuvuuksien hoitoon ohjaamisessa. Tämän jatkotutkimuksen tarkoituksena on selvittää mini-intervention tietoisuuden lisääntymisen, saadun koulutuksen tarkoituksenmukaisuuden ja työnohjauksen tärkeyden merkityksen. Lisäksi tutkimuksessa olisi hyvä ottaa esille myös sairaanhoitajien rohkeuden vahvistuminen ja asenteiden muuttuminen.

Kolmantena jatkotutkimusaiheena olisi määrällinen tutkimus, jossa tutkitaan perusterveydenhuollosta ohjautuvien riippuvuusongelmaisten määrää. Kävijämäärän muutosta tutkittaisiin tietyllä aika välillä. Perusterveydenhuollossa käy potilaita, jotka selkeästi kärsivät riippuvuuksista, mutta joita ei osata ohjata oikean avun piiriin. Perusterveydenhuollosta ohjautuvien riippuvuuksista kärsivien asiakkaiden määrän on havaittu olevan minimaalinen. Puuttuuko rohkeus ottaa riippuvuus puheeksi ja onko taitoa tai tietoa riittävästi ohjatakseen potilas oikean avun piiriin.

## 6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus on keskeinen asia tutkimusta tehtäessä. Tutkimuksesta saadut tulokset ja ratkaisut tulee olla luotettavia. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa ovat tarkastelun kohteena tulosten luottavuus ja aineiston keruu. Tutkimuksessa määritettyyn tutkimusongelmaan on oleellista saada tietoa. (Paunonen & Vehviläinen 1997, 206–207.) Tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluvat eettisesti kestävä tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmien käyttäminen. Edellä mainitut tavat lisäävät tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimuksen tulosten julkaiseminen on osa eettisyyttä. (Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje 2020.)

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan, että tutkimusta on tehty eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen mukaisesti. Oikeita tapoja edistetään tutkimustoiminnassa ja tieteeseen kohdistuvien loukkauksien ja epärehellisyyden tunnistamisella sekä torjumisella. (Tuomi & Sarajarvi 2018.)

Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa jos sitä on suoritettu ja tarkasteltu hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdilla. Lähtökohtiin kuuluu yhdeksän keskeisintä näkökulmaa, jotka tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut. Keskeisimpänä nousee rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkimuksessa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus ja

-arviointi menetelmiä. Tutkimuksessa on tärkeää toteuttaa avoimuutta ja vastuullisuutta tuloksissa ja niiden julkaisussa. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitetaan viittaamalla asianmukaisesti heidän julkaisujaan. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan, lisäksi tallennetaan vaatimusten mukaisesti. Tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 2013.)

Laadullisessa tutkimuksessa on omat yleiset luotettavuuskriteeristönsä, joilla luotettavuutta voidaan arvioida. Luotettavuuskriteerit voivat olla esimerkiksi: uskottavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Näissä on otettu huomioon useampien tutkijoiden näkemykset. Luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka analyysin raportointi. (Kyngäs ym. 2011, 140.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta tutkimuksessa. Tutkijan on tärkeää varmistaa, että tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla tuloksista toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. Lisäksi uskottavuutta vahvistaa myös se, jos tutkija perehtyy riittävän pitkän aikaa ilmiöön. Uskottavuutta lisää myös, jos tutkija pitää tutkimuspäiväkirjaa. Siinä tutkijalla on mahdollisuus pohtia valintojaan sekä kuvata kokemuksiaan. Näitä kuvauksia tutkija voi hyödyntää toimintansa tiedostamiseen tutkimuksessa. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan täytyy arvioida, miten vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Vahvistettavuus liittyy tutkimusprosessiin ja kirjaamiseen. Raporttia kirjoitettaessa tutkija kykenee hyödyntämään muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista. Näitä ovat esimerkiksi haastattelutilanteet tai omat oivallukset. Aineiston avulla esitetään johtopäätöksiä ja tuloksia. Jos tutkijoita on useampia, tutkijat eivät kuitenkaan välttämättä päädy vahvistettavuudessa samoihin tuloksiin. Todellisuuksia on monia. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on hyväksyttyä. Erilaiset tulkinnat puolestaan voivat lisätä ymmärrystä tutkimuksen ilmiöstä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten vertaamista muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tutkijan on käytettävä kuvailua osallistujista ja ympäristöstä, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida (Kylmä & Juvakka 2007.)

Aiemmat opinnäytetyöt vahvistavat myös meidän opinnäytetyömme tuloksia mini-intervention käytöstä. Savonia ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä vuonna 2009 tuli täysin samat tulokset kuin meidän opinnäytetyössämme, siitä että sairaanhoitajat toivoivat koulutusta mini-intervention käytöstä ja ohjeita, miten sitä tulisi toteuttaa (Jäntti & Ollikainen 2009). Lisäksi

voisi olettaa, että perusterveydenhuollossa mini- interventio on käsitteenäkin “unohdettu”. Puolestaan mielenterveystyön puolella mini-interventiota pidetään selkeänä ja toimivana työmenetelmänä. Mielenterveystyön puolella työnohjaus on lakisääteistä sen kuormittavuuden vuoksi. (L 1116/90.) Uskomme tämän vaikuttavan myös siihen miksi mini- interventio on psykiatrian poliklinikalla käytetty ja tunnetumpi menetelmä.

### 6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö prosessin aikana oma ammatillisuutemme kehittyy päihde- ja riippuvuushoidossa ja riippuvaisongelmaisten kartoittamisessa sekä ammatillinen osaaminen ja teoriapohja riippuvuuksien hoidossa syventyy. Opinnäytetyöprosessin tekeminen tukee ammatillista kehittymistämme ja kasvamistamme sairaanhoitajan työhön. Tehdessämme tätä työtä opimme ammatikorkeakoulussa vaadittuja tutkimuksellisia tietoja, taitoja ja valmiuksia. Opin-näytetyö perehdyttää tiedon hakemiseen ja sen kriittiseen arvioimiseen. Osaamme soveltaa tutkittua tietoa käytäntöön sekä katsoa kriittisesti näyttöön perustuvaa tutkimusnäyttöä. Saamme itse hyvät valmiudet mini-intervention käyttöön ja meistä tulee mini-interventio asiantuntijoita. Varmuus omaan ammatilliseen osaamiseen lisääntyy ja valmius sairaanhoitajan työn monipuolisuuteen vahvistuu.

Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opinto-oppaassa (2014–2015) on määritelty Kaajan ammattikorkeakoulun kompetenssit ja niiden sisällöt kyseisiin koulutuksiin. Tasolla kuusi on ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut, jolloin henkilö hallitsee oman alansa laaja-alaiset ja edistyneet tiedot teorioineen, keskeisine käsitteineen ja menetelmineen sekä osaa arvioida niitä kriittisesti. Tutkinnon suorittanut osaa soveltaa oppimaansa tietoa, arvioida omaa oppimaansa ja on valmis oppimaan jatkuvasti uutta. (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opinto-opas 2014–2015.)

Sairaanhoitajan koulutus perustuu valtakunnallisiin ammatillisiin osaamisalueisiin eli kompetensseihin. Näitä ovat asiakkuusosaaminen, terveyden edistäminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko ja ohjaus- ja opetusosaaminen. (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opinto-opas 2014–2015.)

Perehtymisemme mini-intervention käyttöön perusterveydenhuollossa syventää ymmärtämämme riippuvuuksien tunnistamisessa ja niiden hoidossa. Opinnäytetyöprosessin aikana meillä

vahvistuivat keskeisimmät sairaanhoitajan kompetenssit ja oma ammatillinen kasvu sairaanhoitajan työhön. Sairaanhoitajan kompetensseista hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden mukainen toimiminen ja holistinen ihmiskäsitys ovat olleet tärkeitä tekijöitä sairaanhoitajan työssä riippuvuuksien hoidossa. Vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys ovat keskeinen asia toimivan hoitosuhteen luomisessa ja luottamuksen aikaansaamisessa. Vuorovaikutuksen merkitys on ollut opinnäytetyössä läsnä. Olemme tavanneet uusia ihmisiä ja heidän kanssaan esimerkiksi haastattelutilanteissa luottamuksen luominen on ollut tärkeä osa haastattelujen toteutumisesta. Näin olemme saaneet vahvistettua omaa vuorovaikutuksellista kohtaamista. Riippuvuuksien tunnistamisessa ja hoitamisessa terveyden edistämisen osaaminen on merkityksellinen kompetenssi, jossa sairaanhoitajan tulee tietää tavallisimpien kansansairauksien etiologia sekä tuntea potilaan hoitoketjut ja palvelut. Lisäksi tulee osata suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitotyötä asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyömme myötä olemme syventyneet alkoholiriippuvuuden ja alkoholiongelman etiologiaan. Tieto alkoholiongelmaisen hoidosta on lisääntynyt ja vahvistunut. Lisäksi tietoa on vahvistanut uudemmat tutkimustulokset, joita opinnäytetyömme myötä olemme lukeneet. Päätösten teko osaamisen kehittyminen auttaa suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan asiakkaan hoitotyötä sekä dokumentoimaan hoitotyötä potilastietojen edellyttämän tietosuojan ja -turvan mukaisesti. Syventämäämme tietoa mini-interventiosta ja sen käytöstä voimme hyödyntää jatkossa ohjaus- ja opetusosaamisen myötä ammatissamme. Näin voimme viedä mini-intervention käyttöönottoa työmme kautta työyhteisöjen tai ammattihenkilöiden tietoisuuteen. Nämä kompetenssit ohjasivat meitä kehittymään opinnäytetyötä tehdessämme. Kompetenssit ohjaavat meitä tulevassa työssämme mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajina jatkossakin.

Opinnäytetyön tekeminen mini-interventiosta vaikuttaa valmiuteemme toteuttaa mini-interventiota jatkossa tulevassa työssämme. Olemme syventyneet aiheeseen ja tiedämme mini-intervention periaatteet. Tuntemme sen sisällä olevat käsitteet ja osaamme käyttää niitä oikein. Mini-intervention RAAMIT ovat nyt tutut ja haastattelujen myötä olemme ymmärtäneet niiden tarkemman sisällön. Apukysymyksien luominen haastatteluun on ollut tärkeä raamien sisäistämisessä. RAAMIT voisi toimia myös jatkossa hoitotyössä puheeksi ottamisen apuvälineenä. Sillä voisi kartoittaa myös muita mahdollisia ongelmia, kunhan luottamuksellinen vastavuoroinen hoitosuhde on olemassa.



## Lähteet

Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K-L. (2008). Alkoholin suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä K-L (toim.) *Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi.* (16–18). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Aalto, M. & Simojoki, K. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut alkoholiongelmien hoidossa. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholiriippuvuus.* Uud. p. Helsinki.

Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. (2015). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 30.12.2019. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Alkoholiongelman hoito. (2015). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 02.12.2019. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Fält, K. (2018). Mikä on aineistonhallintasuunnitelma. Viitattu 12.1.2020. <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuksen-suunnittelu/mik%C3%A4A4-aineistonhallintasuunnitelma>

Hannila, P. & Kyngäs, P. (2008). Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. AMK- opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu stadia. Viitattu 16.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1210852529-2>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2004). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita.* Uud. p. Porvoo: Tammi.

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heathear, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J., Drummond, C. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. 2013. BMJ Published 9 January 2013. Viitattu 16.10.2020. <https://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.e8501.full.pdf>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2003). Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Uud. p. Juva.

Jäntti, M. & Ollikainen, P. (2009). Aikuisväestön alkoholinkäytön varhainen tunnistaminen ja mini- interventio perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan työssä. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201004146442>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. (2014). Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opinto-opas 2014–2015. Viitattu 14.1.2020. <https://www.kamk.fi/loader.aspx?id=36e411a0-b112-4528-9723-38df417e7e1f>

Kinnunen, P. & Vilenius, Olli-Pekka. (2008). Alkoholit ja terveys. Teoksessa Seppä, K-L. (toim.) *Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi*. (15). Helsinki.

Kivioja, S., Mursu, K. & Saarinen, T. (2007). *Mini-intervention käyttöön liittyviä esteitä ja ratkaisuehdotuksia hoitotyöntekijöiden kokemana*. AMK-opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201101171414>

Kottila, J. & Seppänen, A. (2019). *Alkoholiongelmaisen mini-interventio hoitotyössä*. Kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019110420591>

Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. (2008). Mini- interventio perusterveydenhuollon työvälineenä. Teoksessa Seppä, K-L. (toim.) *Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi*. (21). Helsinki.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Teoksessa Kokkonen, H. (toim.) Helsinki.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11, 1, 3–12.

L 41/1968. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex Viitattu 30.12.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

L 1116/90. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. Viitattu 12.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Uud. p. Juva.

Perusterveydenhuolto. (2019). Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.1.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Ilt02591&p\\_hakusana=perusterveydenhuolto](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02591&p_hakusana=perusterveydenhuolto)

Puurula, H. "Me ei voida sillä tavalla ohittaa sitä, että niinkö sitä ei olis olemassa" -mini- intervention käyttö psykiatrian poliklinikalla. (2013). AMK- opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014102214889>

Pylkkänen, K. (2013). Suomalainen viinapää- totta vai tarua? Teoksessa Peltoniemi, T. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (32). Helsinki.

Reponen, S. (2017). "Ihan eka kerrasta lähtien siitä oli hyötyä" -perheiden sitoutuminen voima- perheet- etähoito-ohjelmaan Kainuun alueella. AMK- opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017080214211>

Seppä, K-L. & Melkas, T. (2008). Hankkeiden tausta ja tavoitteet. Teoksessa Seppä, K-L. (toim.) *Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi*. (23). Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Päihdehaittojen ja riippuvuuksien ehkäisy. Viitattu 24.3.2020. <https://stm.fi/paihdehaittojen-ja-riippuvuuksien-ehkaisy>

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. (2018). Tutkimus ja kehittäminen. Tutkimukset ja hankkeet. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Viitattu 7.1.2020. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/ehkaisevan-paihde-tyon-toimintaohjelma>

Tigerstedt, C. (2013). Suomalaisten alkoholin kulutuksen nousun salat. Teoksessa Peltoniemi, T. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (25–29). Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2020). Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje 2020. Viitattu 11.1.2020. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. (2013). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus epäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 15.10.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf?\\_ga=2.223740184.240085802.1602760935-1887148048.1602760935](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf?_ga=2.223740184.240085802.1602760935-1887148048.1602760935)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uud. p. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki

Vilenius, Olli-Pekka. (2020) Päihdetyöntekijä. Puhelinkeskustelu 14.1.2020.

Österberg, E. (2013). Alkoholin kulutus meillä ja maailmalla. Teoksessa Peltoniemi, T. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (21–23). Helsinki.

## Liitteet

Liite 1. AUDIT-testi

Liite 2. Haastattelun teemat

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Opinnäytetyöhön osallistuvilta pyydettävä kirjallinen suostumus

Liite 5. Esimerkki aineiston analyysistä

## AUDIT-TESTI

10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä

Kun vastaat tähän testiin, saat omaan käyttöösi tiedon, miten alkoholinkäyttösi sinuun vaikuttaa ja miten suuria riskejä se tuottaa.

Ympyröi se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

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

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

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

- 0p: 1-2 annosta
- 1p: 3-4 annosta
- 2p: 5-6 annosta
- 3p: 7-9 annosta
- 4p: 10 tai enemmän

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Yksi alkoholi annos on:**

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

**Alkoholinkäyttösi riskit:**

0-7	vähäiset
8-10	lievästi kasvaneet
11-14	selvästi kasvaneet
15-19	suuret
20-40	erittäin suuret



## Haastattelun teemat

Teemahaastattelu runko; RAAMIT mukaisesti

### 1. Rohkeus

Koetko riittävää rohkeutta ottaa asiakkaan/potilaan riippuvuusongelmat puheeksi? Tunnetko tarvitsevan työnohjausta/koulutusta tähän? Miten rohkaisisit asiakasta/potilasta kohti onnistumista ja riippuvuuden voittamista?

### 2. Alkoholitietous

Millaista tietoa ja mitä työkaluja sinulla on riippuvuuksista ja niiden hoitomuodoista? Miten jaat tietoa asiakkaalle/potilaalle?

### 3. Apu

Millä tavoin autat ja ohjaat riippuvuusongelmaista asiakasta/potilasta oikean avun piiriin? Tai jatkohoitoon?

### 4. Myötätunto

Mitä koet ja tunnet kun kohtaat riippuvuusongelmaisen asiakkaan/potilaan?

### 5. Itsemääräämismääräisyvastuu

Millaisia taitoja ja kykyjä sinulla on saada asiakas/potilas huomaamaan omat riippuvuusongelmansa? Entä herättää hänen oma-ajatuksensa ja halu (motivaatio) hakeutua asianmukaisiin hoitoihin/muutokseen?

### 6. Toimintaohjeet

Millä tavoin keskustele ja millaisia vaihtoehtoja osaat tarjota riippuvuusongelmaiselle?

**SAATEKIRJE**

**11.5.2020**

**Hoitotyön kehittäminen; opinnäytetyö teemahaastatteluna**

**Mini-intervention käyttö perusterveydenhuollossa**

Hyvä sairaanhoitaja!

Opiskelemme Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajan ammattitutkintoa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia mini-interventiosta. Opinnäytetyömme avulla voidaan jatkossa mahdollisesti edistää mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollossa. Tarvitsisimme vapaaehtoisia sairaanhoitajia haastateltaviksi kyseiseen aiheeseen liittyen.

Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistuminen tarkoittaa yhteisen ajan sopimista, jotta haastattelu voidaan toteuttaa. Haastatteluun kuluu aikaa noin 10-15 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastattelijoina meillä on vaitiolovelvollisuus ja haastattelun tiedot kerätään anonymisti.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu virallinen lupa. Antamanne vastaukset nauhoitetaan ja liitetään auki. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimuksen tulosten analysoinnin jälkeen hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan myöhemmin internetissä osoitteessa: theseus.fi

Toivottavasti haluatte kehittää hoitotyötä ja osallistua haastatteluun. Aikaa haastatteluun ilmoittautumiselle on \_\_\_\_\_ asti.

Ilmoittautumiset kiinnostuksestanne otamme mielellämme sähköpostitse, jotta voimme olla yhteydessä tarkemman ajan sopimista varten.

Mikäli haluatte lisätietoa tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä sähköpostitse tai soittaa.

Kiitos mielenkiinnostanne.

Ystävällisin terveisin,

Esko Holappa [eskoholappa@kamk.fi](mailto:eskoholappa@kamk.fi) ja Mari Väisänen [marivaisanen@kamk.fi](mailto:marivaisanen@kamk.fi)

Ohjaava opettaja Raila Arpala; [raila.arpala@kamk.fi](mailto:raila.arpala@kamk.fi); p:0447101633

## **Opinnäytetyöhön osallistuvilta pyydettävä kirjallinen suostumus**

### **Suostumus tutkimukseen osallistumisesta**

Opinnäytetyön nimi: Mini-intervention käyttö perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyön tekijät: Esko Holappa ja Mari Väisänen

Kuvaus: Opinnäytetyö

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä theseus.fi.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon, minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja antamani tietoja käytetään vain kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa minun työsuhteeseeni.

Päiväys

---

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

## Esimerkki aineiston analyysistä

Rohkeus: Koetko riittävää rohkeutta ottaa asiakkaan/potilaan riippuvuusongelmat puheeksi?

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Ihan varmasti"	Koulutus/työnohjaus	Rohkeus	RAAMIT
"Vaikeemmille"	Koulutus/työnohjaus	Rohkeus	RAAMIT
"Ehkä vois tarvita"	Koulutus/työnohjaus	Rohkeus	RAAMIT
"Kyllä"	Koulutus/työnohjaus	Rohkeus	RAAMIT