

Carita Huttunen, Sinikka Tolvanen

HOITAJIEN PÄIHDEOSAAMINEN
ALKOHOLIN KÄYTÖN
PUHEEKSIOTOSSA
KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä 7.5.2014
Tekijät Carita Huttunen, Sinikka Tolvanen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma
Nimeke Hoitajien päihdeosaaminen alkoholin käytön puheeksiotossa kotihoidossa		
Tiivistelmä Itä-Savon sairaanhoitopiirissä eli Sosterissa painotetaan vanhusten terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Kotihoidon asiakkaan alkoholin käyttö tulee tunnistaa ja siihen pitää puuttua. Tarkoituksena on, että jokainen työntekijä ottaa rohkeasti asiakkaan alkoholin käytön puheeksi. Varhaisvaiheen päihdehoitotyötä tarkastellaan alkoholin suurkuluttajan tunnistamisen, hoidon ja terveyden edistämisen lähtökohdista, ja se on pääasiassa terveysneuvontaa ja itsehoidollisen muutoksen tukemista. Opinnäytetyö toteutettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitajien päihdeosaamista alkoholin käytön puheeksiotossa kotihoidossa. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Millaiset valmiudet hoitajilla on tunnistaa asiakkaan alkoholin käyttö? Millaiset valmiudet hoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan alkoholin käyttö? Millaiset asenteet hoitajilla on alkoholin käytön puheeksiotossa? Lisäksi halusimme tarkastella, ovatko erilaiset puheeksioton välineet juurtuneet kotihoidon käyttöön. Tutkimusmenetelmänä käytimme kvantitatiivista lähestymistapaa. Keräsimme aineiston Webropol- ohjelman avulla. Kyselylomakkeemme sisälsi 48 strukturoitua kysymystä. Kysely toteutettiin neljän viikon aikana syyskuussa 2013. Kyselyyn vastasi 48 kotihoidon työntekijää, jolloin vastausprosentiksi muodostui 28 %. Aineisto analysoitiin Webropol- ohjelmaa sekä Microsoft Excel -taulukko-ohjelmaa käyttäen. Tulosten mukaan lähes kaikki vastaajat totesivat varhaisen puuttumisen tärkeyden riskikäyttäjän varhaisessa tunnistamisessa. Alkoholi ongelmien ehkäisy ja puheeksiotto koettiin tärkeänä. Kaikki eivät kuitenkaan kysyneet alkoholin käytöstä suoraan. Mini-interventio koettiin vaikeammaksi kuin motivoivien menetelmien käyttö. Mini-interventio toteuttamiseen todettiin olevan riittävästi aikaa kotihoidossa. Tutkimustuloksista löytyy kehittämiskohteita. Alkoholin käytön puheeksioton välineiden juurruttamista sekä hoitajien koulutuksia on jatkettava. Puheeksioton työvälineiden käytön olisi oltava aktiivisempaa.		
Asiasanat (avainsanat) päihdeosaaminen, varhainen puuttuminen, mini-interventio, alkoholin käytön puheeksiotto		
Sivumäärä 45 s. + 13	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Tuula Okkonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri)/kotihoito	

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 7 May 2014
Author(s) Carita Huttunen ja Sinikka Tolvanen		Degree programme and option Degree Program in Nursing
Name of the bachelor's thesis Nurses' substance abuse knowledge in bringing up alcohol use in home health care		
Abstract <p>In East Savo Hospital District (SOSTERI) the emphasis is on the promotion of elderly people's health and functional capacity. The alcohol use of the clients of home health care should be identified and intervened. It is intended that all employees are ready to bring up a client's use of alcohol. Early substance abuse nursing is practiced from the viewpoint of identification, care and health promotion of a major consumer of alcohol, and it is basically health advice and supporting the client in self-care during the change.</p> <p>The study was carried out in SOSTERI home health care. The purpose of our study was to describe nurses' knowledge of substance abuse when bringing up alcohol use in home care. The survey questions were: what is the nurses' capacity to identify a client's use of alcohol, what is the capacity of nurses to bring up the use of alcohol and what kind of attitudes do the nurses have when bringing up use of alcohol? In addition, we wanted to examine whether the different tools for bringing issues up are entrenched in home care nursing practice.</p> <p>As our research method we used quantitative approach. The material was collected via a Webropol questionnaire including 48 structured questions. The survey was carried out during four weeks in September 2013. There were 48 responses from home care employees, giving a response rate of 28%.The answers was analysed using Webropol-program and Microsoft Excel- program.</p> <p>Based on the results we can say that all the respondents stated the importance of early intervention in identification of an alcohol risk user. Prevention and bringing up alcohol use were seen as an important issue. Yet all nurses did not ask directly about the use of alcohol. Mini-intervention seemed to be more difficult than the motivating methods. There was enough time for the implementation of mini-intervention in home care.</p> <p>According to the results development targets can be found. In the future it is essential to continue to train nurses and entrench tools for bringing up alcohol use. The tools should be used more actively than now.</p>		
Subjectheadings, (keywords) knowledge of substance abuse, brief intervention, early intervention, bringing up alcohol use		
Pages 45 + 13	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Tuula Okkonen	Barcelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District Home Health Care	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA PÄIHDETYÖ	2
3	IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ KOTIHOIDOSSA	5
	3.1 Kotihoito	5
	3.2 Ikääntyneet ja alkoholi	6
	3.3 Alkoholin käytön eri tasot	7
	3.4 Lääkkeet ja alkoholi	8
4	VARHAINEN PUUTTUMINEN JA HUOLEN VYÖHYKKEISTÖ	9
	4.1 Mini-interventio varhaisen puuttumisen menetelmänä	11
	4.2 Alkoholin käytön puheeksioton työvälineitä yli 65-vuotiaille	16
5	HOITAJIEN PÄIHDEOSAAMINEN	19
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	24
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
	7.1 Tutkimukseen osallistujat	25
	7.2 Aineiston keruu ja analyysi	26
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27
9	TULOKSET	28
	9.1 Taustatiedot	28
	9.2 Hoitajien valmiudet asiakkaan alkoholin käytön tunnistamisessa	29
	9.3 Hoitajien valmiudet asiakkaan alkoholin käytön puheeksiotossa	32
	9.4 Hoitajien asenteet alkoholin käytön puheeksiotossa	36
10	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
	10.1 Tulosten pohdinta	39
	10.2 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia	43
	10.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia	43
	LÄHTEET	
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsaus	
	2 Saatekirje	
	3 Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Alkoholin käyttö Suomessa on jatkuvassa kasvussa ja erityisesti riskikäyttäjien osuus kasvaa. Tämä on lisännyt sairaus- ja kuolemantapausten määrää. Vuonna 2007 Suomessa noin 37 580 hoitojakson pää- tai sivudiagnoosina oli alkoholikäyttöön liittyvä sairaus. (Holmberg 2010, 19.) Kaste-ohjelma korostaa terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävien olosuhteiden ja palveluiden vahvistamista, ongelmien ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista. Ne ovat kustannustehokkaita ja usein myös vaikuttavia tapoja parantaa ihmisten elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä eli Sosterissa painotetaan vanhusten terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Myös asiakkaan päihteiden käyttö tulee tunnistaa ja siihen pitää puuttua. Tarkoituksena on, että jokainen työntekijä ottaa rohkeasti asiakkaan alkoholin käytön puheeksi vastaanotollaan. Itä-Suomen alueella päihdetyön haasteena on ollut palvelujärjestelmien pirstaleisuus, kokonaisuus on ollut koordinoimaton. Ennaltaehkäisevä työ on ollut vähäistä ja kehittämistyö on painottunut erityispalveluihin. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2010.)

Suurien ikäluokkien vanhenemisen myötä väestön ikärakenne muuttuu. On arvioitu, että vuonna 2030 yli 65-vuotiaita suomalaisia on lähes 1.3 miljoonaa. Ikääntyvät suuret ikäluokat ovat tottuneet käyttämään alkoholia eri tavoin ja eri määriä kuin aiemmat sukupolvet. Oletetaan, että päihdeongelmaisten ikääntyneiden määrä kasvaa tulevaisuudessa. Yhdenkin prosentin lisäys ikääntyneiden päihdeongelmaisten osuudessa väestöstä tarkoittaisi, että päihdeinterventiota ja -hoitoa tarvitsevien joukko kasvaisi tuhansilla ihmisillä. (Holmberg, 2010, 93.)

Alkoholiohjelman 2008–2011 tavoitteena oli saada alkoholin kokonaiskulutus laskuun, vähentää riskikäyttöä sekä alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Mahdollisimman varhainen puuttuminen alkoholin käyttöön vaikuttaa myönteisesti ihmisen terveyteen. Alkoholin käyttöön puuttuminen saa ihmisen miettimään omaa tilannettaan, toimintaansa, valintojaan ja vastuutaan tarjotun avun vastaanottamiseksi. Asiakas näkee käyttäytymisensä muutosten vaikutukset ympäristöönsä ja läheisiinsä. Puuttumista voidaan tarvita kerran tai toistuvasti. Jokainen kerta jää joksikin aikaa elämään ihmisen mielessä. (Holmberg 2010, 26–27.) Tunnistamatta jäänyt tai jätetty päihdeongelma on hoitovirhe (Heimala 2013).

Teemme hoitotyön ammattikorkeakouluopintojemme opinnäytetyön Itä-Savon sairaanhoitopiirin Savonlinnan kotihoitoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien päihdeosaamista alkoholin käytön puheeksiotossa. Hoitajat kohtaavat päivittäin päihdeasiakkaita työssään. Alkoholin käytön puheeksiottaminen on usein haasteellista, ja se vaatii motivaatiota, asennetta, tietoa, taitoa, rohkeutta ja vuorovaikutustaitoja. Tutkimuksella haluamme haastaa hoitajat pohtimaan omia päihdetyön valmiuksiaan ja löytämään omat vahvuutensa ja kehittämistarpeensa. Opinnäytetyöllä haluamme muistuttaa varhaisvaiheen päihdehoitotyön tärkeydestä.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA PÄIHDETYÖ

Terveyden edistämisen periaatteet on määritelty vuonna 1986 Kanadassa ensimmäisen kansainvälisen konferenssin Ottawan asiakirjassa, Ottawa Charter for Health promotion. Tuolloin terveyden edistämiseksi määriteltiin viisi toimintastrategiaa: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja palvelujen uudelleen suuntaaminen. (WHO 1986.) Samat toimintastrategiat ohjaavat tälläkin vuosikymmenellä Suomen terveystaloutta ja terveyden edistämistä. Myös päihdetömyyden edistämiseksi on tärkeää huomioida nämä viisi toimintastrategiaa. (Pirkanen 2007, 42–43.)

Päihdetyö on osa kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävä toimintaa, ja se edellyttää monien toimijoiden ja hallinnonalojen yhteistyötä. Päihdetyö kattaa ehkäisevän päihdetyön sekä päihdehoitoon ja kuntoutukseen liittyvien päihdepalvelujen järjestämisen. Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Päihdehoitoa varten ei tarvita erillistä päihdepolitiikkaa tai kalliita erityishoitojärjestelyitä, vaan päihdehoitotyön normalisoimista osaksi terveystaloutta ja palveluita sekä perusammattitaitoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.) Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan terveydenhuollon henkilökunnan on muistettava alkoholiongelman yleisyys ja etsittävä sitä aktiivisesti kaikista potilasryhmistä. Sosterin terveyden edistämisen- painopistealueena on myös päihdeiden käytön ja siihen liittyvän sairastavuuden tunnistaminen ja puuttuminen. Jokaisen työntekijän on puhuttava rohkeasti alkoholinkäytöstä vastaanotollaan. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2011.)

Päihdehoitotyön tarkoituksena on edistää terveyttä, ehkäistä päihteiden käyttöä, vähentää päihdehaittojen riskejä sekä hoitaa ja kuntouttaa yksilöä ja perhettä (Holmberg 2010, 13–15). Behmin (2005) mukaan varhaisvaiheen päihdehoitotyötä tarkastellaan alkoholin suurkuluttajan tunnistamisen, hoidon ja terveyden edistämisen lähtökohdista, ja se onkin pääasiassa terveysneuvontaa ja muutoksen itsehoidon tukemista.

Keväällä 2011 voimaan tulleen Terveydenhuoltolain 1326/2010 keskeisiä painopistealueita ovat asiakaslähtöisyys, palvelujen ja hoidon laatu, eri toimijoiden välinen yhteistyö ja terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 32). Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat vaikuttavan ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 18). Koko väestölle suunnatun hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn lisäksi huomio on suunnattava erityisesti riskiryhmiin. Päihdeongelmia tulisi pyrkiä vähentämään. Kunnissa pyritään lisäämään kohdennettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen muotoja ja matalan kynnyksen palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 20.)

Ikäihmisille suunnataan mielenterveyttä edistäviä ja päihteiden käyttöä ehkäiseviä palvelukokonaisuuksia KASTE - ohjelmaan kuuluvan Arjen Mieli -hankkeen mukaisesti. Palvelujen sisältöä ja vanhenemiseen liittyvää osaamista on myös kehitettävä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 25.) Kaste-ohjelma kannustaa myös toimivien käytäntöjen hallittua käyttöönottoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 27). Alkoholin laki ja raittiustyölaki tullaan uudistamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja haittojen vähentämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 33).

Phepa-projekti on Euroopan komission ja Katalonian hallituksen terveysosaston rahoittama monikansallinen hanke. Hankkeen päämääränä on ollut edistää mini-intervention eli alkoholin suurkuluttajiin kohdennetun varhaisvaiheen neuvonnan tekemistä perusterveydenhuollossa. Hankkeessa on tuotettu Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio-hoitosuositus. Hoitosuosituksen tarkoituksena on koota vahva näyttö alkoholin aiheuttamista haitoista ja siitä, miten hoitaa alkoholin riskikuluttajia perusterveydenhuollossa. Suositus sisältää kuvauksen alkoholiriippuvuudesta ja sen hoidosta. Suosituksen tarkoituksena on kertoa perusterveydenhuollon työntekijöille, mitä tiedetään eri hoitomuotojen tehosta alkoholin suurkuluttajien hoi-

dossa. Suositus perustuu näytönastekatsauksiin ja suosituksen laadintaan nimetyn työryhmän kliiniseen kokemukseen. Ohjeet pohjautuvat hyvin suunniteltuihin tutkimuksiin. Jos tällaisia tutkimuksia ei ole, ohjeet perustuvat parhaaseen käytännön kokemukseen. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio-hoitosuositus on Suomessa hoitotyön perustyöväline. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti Mini-interventiohankkeen perusterveydenhuollossa eli VAMP-hankkeen, joka toimi yhteistyössä työterveyshuollon mini-interventiohankkeen ja Alkoholiohjelman kanssa. VAMP-hanke oli Suomen edustaja PHEPA-hankkeessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Alkoholin käytön puheeksiottoon ja toteuttamiseen on laadittu Käypä hoito -suositus. Useiden kuntien perusterveydenhuolto osallistui Alkoholiohjelman 2004–2007 valtakunnalliseen mini-interventioprojektiin. Käypä hoito -suositusten tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia, suomalaisen terveydenhuoltoon soveltuvia hoitosuosituksia ja pitää niitä ajan tasalla. Suositusten avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Lähtökohtana on diagnostiikan, hoidon ja seurannan kattava hoitosuositus. Käypä hoito -suositukset ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia, tieteellisesti mahdollisimman hyvin ja avoimesti perusteltuja kannanottoja. Ne eivät ole konsensuslausumia eivätkä yhden asiantuntijan mielipiteitä asiasta. Kuitenkin hoitosuosituksien päätöksenteossa vain yksi työkalu, ne eivät ole määräyksiä tai viranomaisohjeita. Yksittäisen potilaan hoidossa potilaan kokonaistilanne ja toiveet sekä lääkärin tai muun hoidonantajan kokemus täydentävät tieteellistä tietoa. Alueellisten ohjelmien sisältöön vaikuttavat alueen erityispiirteet ja käytettävissä olevat henkilöstö- ja muut voimavarat. (Käypä hoito 2011.)

Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi -hanke vuosina 2005 - 2011 oli valtakunnallinen hanke, jonka kokonaistavoitteena oli tuoda ikääntyvien päihdeongelmat keskusteluun ja tiedottaa ikääntyvien alkoholin käytön riskeistä. Sen yksi osahanke oli Seniori-hanke, joista Itä-Suomen kunnista oli mukana Pieksämäki, Haukivuori ja Savonlinna. Hanke tuotti paljon tutkimustietoa, sekä kehitti ikääntyvien päihdetyön käytänteitä. Hankkeen aikana järjestettiin alueellamme paljon koulutuksia, mikä lisäsi päihdeosaamista hoitajien keskuudessa. (Laapio 2010, 12–15.)

Kohderyhmänä hankkeessa olivat hoitotyöntekijät, joiden tietotaitoa hankkeessa pyrittiin lisäämään ja tuomaan alkoholin käytöstä puhuminen helpommaksi. Hankkeessa

tiedotettiin mm. alkoholin ja ikääntymiseen liittyvistä yhteisvaikutuksista. Seniori-hankkeessa päihdepalvelujen sisällön ja menetelmien lisäksi painopistealueena oli asiakastyön kehittäminen. Siinä tavoitteena ei ollut raitistaa ihmisiä eikä määritellä, mikä on alkoholin oikeaa käyttöä, vaan mikä on ikäerityistä ja ikäeettistä päihdetyötä. (Laapio 2010, 67 - 68.)

Senioriprojektin jatkohankkeessa vuosina 2009–2011 on alueemme kotihoitoon koulutettu ikä -erityisiä senioripäihdevastuuhenkilöitä. Koulutuksessa oli mukana hoitajia kaikista työntekijäryhmistä, myös kotihoidosta. Senioripäihdevastuuhenkilö- prosessikoulutuksessa kehittämiskohteena on ollut erilaisten työkäytänteiden sekä yhteistyö- ja toimintamallien kehittäminen. Projektin juurruttamisesta on tehty myös ulkoinen arviointi, jonka vaikuttavuudesta on saatu arvokasta tietoa. (Viljanen 2010, 118.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ KOTIHOIDOSSA

Käytämme työssämme termiä ikäihminen. Kotihoidossa valtaosa asiakkaista on yli 65-vuotiaita. Myös Seniori- hankkeessa ikäihmiseksi on määritelty 60- 65 vuotta. (Nykky ym. 2010, 6).

3.1 Kotihoito

Useissa kunnissa asiakkaan hoivasta ja huolenpidosta vastaa kotihoito, jossa toimivat yhdessä sosiaalihuollon kotipalvelu sekä perusterveydenhuollon kotisairaanhoito. Näin on myös osin Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdessä toimimisen tavoitteena on parantaa ikäihmisten ja muiden asiakasryhmien sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista ja edistää osaltaan laadukkaiden palvelujen järjestämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Kotisairaanhoito on asiakkaan kotona tapahtuvaa, hoitosuunnitelman mukaista kokonaisvaltaista hoitoa ja vaativaa sairaanhoitoa. Pääasiassa kotisairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat. Työn tavoitteena on tukea pitkäaikaisesti sairaita ja iäkkäitä ihmisiä selviytymään itsenäisesti, tukea kuntoutumista ja arvioida asiakkaan toimintakykyä. Myös eri elämäntilanteiden, ympäristön sekä elämäntilanteen ymmärtäminen on hoitajan tärkeä ymmärtää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kotipalvelutoiminta on asiakkaan avustamista kotona sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Työ on arkipäivän toiminnoissa avustamista, asiakkaan voimien seuranta ja hygieniasta huolehtimista. Ohjaaminen ja opastaminen ovat kiinteästi osia tätä työtä. Kotipalvelussa työskentelee pääasiassa lähi- ja kodinhoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Savonlinnan kotihoidossa, joka käsittää Savonlinnan lisäksi entisen Kerimäen, Punkaharjun ja Savonrannan alueet, toimii yhteensä 142 kotipalvelun työntekijää sekä 28 kotisairaanhoidon työntekijää (Kemppanen 2013).

3.2 Ikääntyneet ja alkoholi

Suomalaisen tutkimustiedon mukaan 65–85-vuotiaiden alkoholia käyttävien määrä on lisääntynyt tasaisesti vuodesta 1985 lähtien. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 0,7 prosentilla 65 vuotta täyttäneistä täytyi joko alkoholin haitallisen käytön tai alkoholi-riippuvuuden kriteerit. Eläkkeellä olevien alkoholiongelmien ovat yleensä jatkoa työiän ongelmakäytölle, sillä vain kolmasosalle ongelma kehittyy eläkkeelle jäämisen jälkeen. (Holmberg 2010, 93.)

Kansanterveyslaitoksen tekemän seurantatutkimuksen mukaan 65 - 84-vuotiaiden naisten ja miesten alkoholin käyttö yleistyi vuosina 1985 - 2005. Vuonna 2005 53 % naisista ja 78 % miehistä ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana ja viikoittain alkoholia ilmoitti käyttäneensä 16 % naisista ja 36 % miehistä. Vuonna 2007 20 % yli 65-vuotiaista miehistä täytti riskikäytön kriteerit. Huomattavin yksittäinen muutos on alkoholia säännöllisesti käyttävien naisten määrän kaksinkertaistuminen 20 vuoden seuranta-aikana. Samalla täysin raittiiden yli 65-vuotiaiden määrä on vähentynyt. Terveys 2000 -kyselytutkimuksen mukaan riskikäytön rajat eli yli 8 alkoholiannosta viikossa ylittävä alkoholin käyttö todettiin 20,3 %:lla miehistä ja vain 1,2 %:lla naisista. (Seppä ym. 2010, 120). Alkoholin käyttö on arkipäiväistä myös ikäihmisillä, vaikka suurin osa ikääntyneistä on edelleen alkoholin kohtuukäyttäjiä. (Nykky ym. 2010, 8.)

Raittius ei ole ikäihmisten keskuudessa enää yleistä eikä sitä pidetä niin hyveenäkään, kuin aikaisempien sukupolvien aikana. Suuret ikäluokat käyttävät alkoholia eri tavoin.

Alkoholin sietokyky pienenee ikääntyessä, koska kehon vesipitoisuus vähenee. Alkoholin riskikäytön annosmäärät ovat pienempiä. Ikäihmisillä se tarkoittaa kerta-annoksina kahta ja yhtä annosta säännöllisesti käytettynä esim. päivittäin, tai seitsemän kertaa viikossa. Viikoittain tapahtuvien riskirajojen ylittäminen lisää varmuudella fyysisiä ja psyykkisiä oireita, sairauksien pahenemista ja alkoholiriippuvuuden syntymistä. Kertakulutusannosten kasvu altistaa tapaturmille ja onnettomuuksille. (Levo ym. 2008, 27; Nykky ym. 2010, 11.)

3.3 Alkoholin käytön eri tasot

Alkoholin sietokyky, eli toleranssi liittyy alkoholin toistuvaan käyttöön ja toimii elimistössä välineenä sopeutua alkoholin monille vaikutuksille. Humalluttava vaikutus vähenee, kun alkoholin käyttö on jatkuvaa tai lisätään alkoholin määriä. Toleranssi vähenee, kun alkoholin käyttöä vähennetään tai lopetetaan. (Levo ym. 2008, 25.)

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan melko vähäistä tai satunnaista käyttöä, jolloin tarkoituksena ei ole humaltuminen. Käyttö ei aiheuta vahinkoa ikäihmisen terveydelle. Kohtuukäytössä annosmäärä on yksi annos kerralla tai seitsemän annosta viikossa. (Levo ym. 2008, 26.)

Suurkulutuksessa alkoholin käyttö muistuttaa kohtuukäyttöä, koska siinä motiivit juomiselle ovat myös sosiaalisia. Tavoitteena ei ole voimakas humaltuminen, juominen on yleensä käyttäjän omassa hallinnassa. Suurkulutuksessa voi olla kyse alkavasta alkoholin ongelmakäytöstä ja kehittyvästä alkoholiriippuvuudesta. Jos viikoittaiset riskirajat ylittyvät pidemmän aikaa, voi tämä aiheuttaa selkeän terveysriskin käyttäjälle. Vaikutukset kohdistuvat haittaavasti perheeseen, harrastuksiin ja työelämään. (Levo ym. 2008, 26.)

Suurkulutuksen ohella puhutaan myös alkoholin käytön riskikulutuksesta. Ikäihmisten kohdalla riskikulutus on suurkulutusta parempi mittari alkoholin haittavaikutuksia testattaessa. Hyvin vähäinenkin alkoholin käyttö voi olla haitallista sairauksien, lääkkeiden tai niiden yhteisvaikutusten vuoksi, kun toimintakyky on alentunut. Myös ikäihmiselle alkoholi aiheuttaa sosiaalisten suhteiden kaventumista ja taloudellisia ongelmia. (Levo ym. 2008, 27; Sulander 2007, 25.)

Alkoholin suurkulutuksen tai riippuvuuskäytön alkamisella on merkitystä kuntoutumisen sekä tarjottavien palvelujen kannalta. Varhain aloittaneilla sekä pitkään juoneilla ikäihmisillä keskusteluun ja motivointiin perustuva kuntoutus ei ole välttämättä tehokainta, vaan asiakas hyötyy arjen selviytymisestä tukevasta avusta. (Nyky ym. 2010, 15.)

Ikääntyneet eivät itse ota puheeksi alkoholin käyttöönsä. Varsinkin ikääntyneiden naisten kohdalla alkoholin käyttöä leimaa häpeän tunne. Alkoholiriippuvuuden osittaisella periytyvyydellä sekä muilla ongelmilla on osuutta ikäihmisten alkoholiriippuvuuteen. Eläkkeelle jääminen, leskeys, yksinäisyys ja tyhjyyden tunne saattaa riistää aiemmin viikonloppukäytön kokonaan hallitsemattomaksi alkoholin käytöksi. (Rintala 2010, 122.)

3.4 Lääkkeet ja alkoholi

Ikääntyneillä tapahtuvaa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksen tutkimusta ei ole paljon tehty. Ikäihmisillä on sairauksien myötä paljon lääkkeitä käytössään. Monet lääkkeet keskenään aiheuttavat yhteisvaikutuksia, mutta lisättynä siihen alkoholi on vaikutuksia vaikea ennakoita. Ikääntyessä lääkkeiden aineenvaihdunta saattaa hidastua. Yhteisvaikutukset saattavat tulla pitkänkin ajan kuluttua lääkkeen ottamisesta. Varovaisuutta on noudatettava varsinkin uusien lääkkeiden aloitusajankohtana tai jos alkoholin käyttö on vähäistä. (Levo 2008, 34; Aira 2007, 38.)

Otetaan selvää -oppaassa esitellään, minkä lääkkeiden kanssa ei tulisi käyttää alkoholia. Niitä ovat esim. unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, kipulääkkeet, epilepsialääkkeet, diabeteslääkkeet, allergialääkkeet, eräät masennuslääkkeet sekä matkapahoinvointilääkkeet. Lääkkeet, joiden kanssa on noudatettava erityistä varovaisuutta alkoholin kanssa, ovat eräät diabeteslääkkeet, tulehduskipulääkkeet, nesteenpoistolääkkeet, sydän- ja verenpainelääkkeet, eturauhasen liikakasvulääkkeet ja potenssilääkkeet sekä verenohennuslääkkeet. (Levo 2008, 34; Aira 2007, 40.)

4 VARHAINEN PUUTTUMINEN JA HUOLEN VYÖHYKKEISTÖ

Varhaiselle puuttumiselle on monia määritelmiä riippuen siitä, mitä näkökulmaa halutaan käyttää. Varhaista puuttumista voidaan kutsua varhaiseksi avoimeksi yhteistoinnaksi. (Heimala 2013.) Varhaisella puuttumisella alkoholin käytön puheeksiotossa tarkoitetaan sitä, että työntekijä ilmaisee huolensa asiakkaan alkoholinkäytöstä ja etsii asiakkaan kanssa yhdessä hyvinvointia ja toimintakykyä tukevia ratkaisuja. Mitä varhaisemmassa vaiheessa alkoholin riskikäyttö otetaan puheeksi, sitä enemmän työntekijällä on keinoja auttaa asiakasta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Mahdollisimman varhainen puuttuminen alkoholin käyttöön vaikuttaa myönteisesti ihmisen terveyteen ja sillä on positiivisia vaikutuksia ihmisen koko elämään (Holmberg, 2010, 26–27).

Puheeksiotto johtaa parhaimmillaan asiakkaan havahtumiseen ja muutokseen ennen kuin päihteistä on tullut ongelma. Alkoholiohjelman tavoitteena on, että kaikki asiakastyötä tekevät ottaisivat asiakkaan kanssa hänen alkoholinkäyttönsä puheeksi mahdollisimman varhain, jotta alkoholin riskikulutus tunnistettaisiin ja haitalliseen käyttöön puututtaisiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 17.) Varhainen puuttuminen on asiakkaalle inhimillistä, oikeutettua ja yhteiskunnalle taloudellista toimintaa. Vastuu varhaisesta puuttumisesta on sillä, jolla huoli herää. (Heimala 2013.)

Uuden Alkoholiohjelman mukaan, puheeksioton kulttuurinedistämällä tarkoitetaan alkoholin käytön puheeksiottoa mahdollisimman varhain, alkoholin riskikulutuksen tunnistamista tai haitalliseen käyttöön puuttumista. Varhainen puuttuminen on huolen esille ottamista, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukevien ratkaisuvaihtoehtojen etsimistä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 17.)

Ennalta ehkäisevä lähestymistapa alkoholin käytön puheeksiotossa merkitsee sitä, että kaikilta aikuisilta kysytään asiakaskohtaamisen yhteydessä alkoholin käytöstä. (Andersson, ym. 2005, 123–131). Varhaisen puuttumisen lisäksi tarvitaan hyvinvointia edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä. Toimivat palvelut ovat varhaisen puuttumisen perusta. Puheeksiotossa hoitajan on tiedettävä palvelujärjestelmästä, mistä saa tarvittaessa asiakkaalle apua. (Heimala 2013.)

Ikäihmisten kunnioittavaa varhaista puuttumista on huolen puheeksi ottaminen. Puheeksi oton hienovaraisuus voi ikääntyneillä motivoida ja tuottaa tuloksia päihdehoidossa. (Eriksson & Arnkil 2005, 7.) Tietoa ikäihmisten todellisesta alkoholin käytöstä ei saada suorilla kysymyksillä. Asiaa voidaan lähestyä keskusteltaessa esim. lääkkeiden yhteisvaikutuksista alkoholin kanssa. Hoitajan on helppo samalla kertoa riskeistä sekä osoittaa, mistä huoli on ilmennyt. (Eriksson & Arnkil 2005, 24.)

Varhaisessa puuttumisessa keskeinen työväline on huolen vyöhykkeistö. Vyöhykkeistö tarjoaa kaikille ymmärrettävän ja yhteisen käsitteen; oma huoli. Huoli on henkilökohtainen, subjektiivinen ennakointi tilanteeseen. Huoli on ainutlaatuinen; kahdella hoitajalla voi olla aivan erilainen huoli samasta asiakkaasta. Huolet myös vaihtelevat, tulevat ja menevät. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Huolen vyöhykkeistö on työntekijöiden varhaisen avoimen yhteistyön väline työskentelysuhteiden jäsentämiseksi ja avoimen yhteistyön kehittämiseksi. Sen tarkoituksena on auttaa selkiyttämään asiakkaiden ja työntekijöiden keskinäistä yhteistyötä. Huolen vyöhykkeistön avulla työntekijä arvioi huolensa senhetkistä astetta suhteessa omiin mahdollisuuksiinsa tukea asiakasta. Hän myös kartoittaa lisävoimavarojen tarvetta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Vyöhykkeistö jakautuu neljästä seitsemään osaan jotka ovat; ei huolta, pieni huoli, huolen harmaa vyöhyke ja suuri huoli. Huolen vyöhykkeistö osoittaa, työntekijän toimintamahdollisuudet huolen asteen mukaan. Vyöhykkeistöä käytetään subjektiivisen huolen tunnistamisessa ja omien voimavarojen arvioimisessa suhteessa asiakkaan tilanteeseen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Seuraavassa taulukossa 1 kuvataan huolen harmaata vyöhykettä puuttumisen avuksi kotihoidossa.

**TAULUKKO 1. Puuttumisen avuksi huolen harmaa vyöhyke (Senioripäihdevas-
tuushenkilökoulutus 2009 - 2011/ Kehittämiskeskus Tyynelä)**

EI HUOLTA	PIENI HUOLI	HUOLEN HARMAA VYÖHYKE	SUURI HUOLI
Hoitaja kokee, että ikään- tyvällä asiat hyvin. Omatoiminta sujuu ja usko omiin kykyihin vahva	Pieni huoli ja ihmettely mie- lessä, jopa toistuvasti. Hoitajalla on usko omiin kykyihin ja osaamiseen hyvä.	Huoli tuntuva ja kasvaa. Omat voimat vähenevät, osaaminen horjuu. Lisävoimien tarve. Tilanteet kuormittavia, työn- jako epäselvää.	Huolta on paljon ja jatku- vasti. Hoitajan keinot ovat loppu- massa. Lisävoimavarojen tarve on suuri.
HOITAJAN TOIMINTA	HOITAJAN TOIMINTA	HOITAJAN TOIMINTA	HOITAJAN TOIMINTA
Kokemus hyvin menosta varmennetaan keskustele- malla alkoholin käytöstä sekä uusien, että vanhojen asiakkaiden kanssa. Hoitaja seuraa ja kehittää asiakasta hyödyntävää toi- mintaa yhdessä työkave- reiden, asiakkaan itsensä ja omaisten kanssa	Puheeksiotto. Annetaan tietoa ja tarjotaan tukea. Selvitetään ja ohjataan asia- kasta häntä kiinnostavien toimintojen ja palvelujen pariin. Konsultoidaan työkavereita, yhteistyökumppaneita, omaisia jne.	Puheeksiotto. Tiedon antaminen, moti- vointi avun hakemiselle. Selvittää paikallisen päihde- huollon toiminta ja pyytää käytännön konsultointiapua. Selvittää päihdeongelmien lisäksi muut asiakkaan on- gelmat. Kutsua verkostopalaveri koolle.	Viimeistään konsultoitava päihdepalveluja, asiakkaan omaa lääkäriä jne. Asiakkaan tiukka motivoimi- nen hoidon piiriin. Toimintavaihtoehtojen ja pal- velujen etsiminen. Olla mukana jatko työskente- lyssä. Omaisten tuki ja info.

4.1 Mini-interventio varhaisen puuttumisen menetelmänä

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja varhaisvaiheen hoito on tärkeää. Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin käytön puheeksiottoa, suurkulutuksen tunnistamista, riskikuluttajiin kohdistettua ohjausta ja kulutuk-
sen seurantaa. Mini-interventiolla pyritään tukemaan asiakasta alkoholin käytön vä-
hentämisessä silloin, kun käyttö on runsasta, mutta siitä ei vielä ole ehtinyt aiheutua
mainittavia haittoja. Mini-interventio sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen,
neuvonnan ja mahdollisesti muutaman seurantakäynnin. (Sosiaali- ja terveysministe-
riön selvityksiä 2008b:10.) Mini-interventiota toteuttaa joko hoitaja tai lääkäri. Mene-
telmän käytön tavoitteena on yleensä kohtuukäyttö ja se että, asiakas itse asettaisi ta-
voitteet alkoholin käytön vähentämiselle. (Käypä Hoito -suositus 2011.) Pelkkä alko-
holin käytöstä kysyminen ei ole mini-interventiota (Kejonen 2009).

Mini-interventio soveltuu erityisen hyvin toteutettavaksi perusterveydenhuollossa, koska perusterveydenhuollon piirissä on vuosittain valtaosa alueen asukkaista. Mini-interventio on helposti opittava ja nopeasti toteutettava menetelmä. Tavallisesti mini-interventiota toteutetaan kolme tai neljä kertaa n. 20 minuuttia kerrallaan kestävillä käynneillä, mutta lyhyimmillään se voi koostua yhdestä viiden minuutin käynnistä. (Käypä hoito – suositus 2011.)

TAULUKKO 2. Lyhytneuvonnan sisältö

RAAMIT-LYHYTNEUVONNAN (FRAMES) SISÄLTÖ.	
Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaikeuksiin ja löydöksiin
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se
Myötätunto (empathy)	Lämmin, refleктоiva, empaattinen ja ymmärtävä suhtautuminen
Itsemääräämismääräisyys (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomista
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

Mini-intervention sisältö on tiivistetty kuuteen pääkohtaan eli Raameihin (taulukko 2). Raamit sisältävät asiakkaan rohkaisun (Rohkeus) ja auttamisen (Apu) juomisen vähentämisessä tai lopettamisessa. Alkoholitietoisuuden (Alkoholitietous) lisäämistä empaattisessa (Myötätunto) ja refleктоivassa ilmapiirissä, jossa asiakkaan omia päätöksiä kunnioitetaan juomisen vähentämisessä (Itsemääräämisoikeus). Asiakkaan kanssa mietitään eri vaihtoehtoja juomisen vähentämiseksi (Toimintaohjeet) (Seppä 2003, Käypä Hoito -suositus 2011.) Alla olevassa taulukossa 3 kuvataan lyhyesti mini-intervention kulkua ja sisältöä.

TAULUKKO 3. Mini-intervention sisältö

1. Kartoita alkoholin kulutus (AUDIT ja/tai haastattelu) riittävän yksityiskohtaisesti.
2. Jos suurkulutuksen kriteerit ylittyvät:
 - Anna potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen sopivaa palautetta. (”Verenpainenne todennäköisesti alenee, jos vähennätte juomista”)
 - Anna potilaalle vastuu muutoksen tekemisestä ja luota häneen.
 - Anna suullista ja kirjallista tietoa alkoholiin liittyvistä terveyshaitoista. (Vähennä vähäsen -opas)
 - Kannusta muutokseen.
 - Sovi tavoitteista yhdessä potilaan kanssa. (”Yksi mahdollisuus olisi, että pyrkisitte käyttämään alkoholia korkeintaan joka toinen päivä päivittäisin käytön sijasta”)
 - Ole empaattinen ja kunnioita potilaan valintoja.
3. Kirjaa tiedot.
4. Sovi 1- 3 kontrollikäyntiä, jotka voidaan useimmiten toteuttaa muun hoidon yhteydessä.

Alkoholin käyttö tunnistetaan asiakkaan kirjallisesti täyttämän Audit-testin avulla tai haastattelemalla asiakasta. Keskustelun voi käynnistää niistä vaivoista, jotka asiakas itse tuo esille. Portaittain etenevänä mini-interventio sisältää riskikäytön tunnistamisen jälkeen motivoivan neuvonnan, muutoksen suunnittelun ja tuen muutokseen. (Seppä 2005, 21). Neuvonnassa käydään läpi tehdyt havainnot. Keskeisenä asiana on keskustella alkoholin käyttömääristä ja alkoholin käytön mahdollisesta yhteydestä asiakkaan oireisiin, sairauteen ja hoitoon. Myös humalajuomisesta kysytään. Usein tarvitaan ko-keilu, milloin juomista vähennetään tai lopetetaan jopa kokonaan. Lisäksi AUDIT-pisteet ja mahdollisesti otettujen laboratoriotestien tulokset käydään läpi. Asiakkaan käyttäessä liikaa alkoholia, asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa mahdollisimman yksityiskohtainen tavoite. Näin alkoholin käytön vähentämistä on helpompi seurata. Apuna voidaan käyttää neuvontamateriaalia. Tavoitteen asettamisen jälkeen keskustellaan keinoista, esimerkiksi pitääkö joko juomakertojen tai alkoholiannoksien määrää vähentää vai molempia. Asiakkaan oma halu muutokseen huomioidaan, ja sitä tai sen puutetta kunnioitetaan. Käyty keskustelu kirjataan asiakkaan sairauskertomukseen ja sovitaan jatkoseuranta. (Seppä ym. 2010, 36–37; Päihdelinkki 2011.)

Mini-intervention hoitotuloksen onnistumiseksi asiakkaan ja hoitajan välille on muodostuttava hyvä hoitokontakti, jotta potilas motivoituisi (Seppä 2003). Asiakkaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen rooli. Tähän liittyy William R. Millerin ja Stephen Rollnickin (2002) 1980-luvulla kehittämä motivoivan haastattelun menetelmä sekä James Prochaskan ja Carlo DiClementen määrittelemään transteoreettiseen muutosvaihemalli. (Päihdelinkki 2011). Motivoivan haastattelun avulla asiakasta valmennetaan muutokseen vahvistamalla hänen valmiuttaan, tahtoaan ja kykyjään muutokseen. Motivoivassa haastattelussa työntekijä ei painosta eikä neuvo, miten asiakkaan pitäisi toimia. Hoitajan vuorovaikutuksessa perustaitoja ovat vahvistaminen, avointen kysymysten käyttö, heijastava kuunteleminen, tiivistäminen ja itseä motivoivien lauseiden esiin kutsuminen. Haastattelussa hoitaja vahvistaa asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta, käyttää avoimia kysymyksiä, tarkistaa asiakkaan sanomaa ääneen ja vetää kuultua sanomaa yhteen sekä kutsuu esiin asiakasta motivoivia lauseita. Haastattelun etuna on leimaamattomuus, ja vastuu pysyy asiakkaalla itsellään. (Miller 2008, 45 - 54.)

Perusterveydenhuollon puolella tehdyissä tutkimuksissa puheeksiotosta ja mini-interventiosta on ollut eniten hyötyä niille asiakkaille, joilla ei ole vielä alkoholin haitallista käyttöä tai alkoholiriippuvuutta vaan nimenomaan varhaisvaiheen riskikäyttöä. Mini-interventioita tehdessä on tarkoitus tavoittaa ne riskikäyttäjät, jotka eivät tule todennäköisesti koskaan olemaan varsinaisten päihdepalvelujen piirissä. (Andersson ym. 2005.)

Mini-intervention käyttöä on pyritty lisäämään alkoholiohjelman suositusten avulla, Käypä hoito -suosituksilla ja valtakunnallisella mini-interventiohankkeella. Mini-intervention käyttö on hieman lisääntynyt valtakunnallisen mini-interventiohankkeen jälkeen sekä yleinen ilmapiiri ja asenteet ovat muuttuneet hyväksyvämmiksi. Päihdehoidoista mini-interventio on yksi tutkituimmista. Terveystieteiden tutkimuksessa on tehty eri puolilla maailmaa, Suomi mukaan luettuna, noin 50 lyhytneuvonnan tehoa selvittänyttä tutkimusta. Tutkimuksiin on osallistunut yhteensä yli 10 000 alkoholia liiallisesti käyttävää ihmistä. Mini-intervention vaikutuksesta ainakin 10 prosenttia näistä ihmisistä siirtyy kohtuukäyttäjäksi tai lopettaa alkoholin käytön kokonaan. (Seppä ym. 2010, 37). Mini-intervention hoitovaikutus säilyy ainakin 1- 2 vuotta. Mini-interventio on kustannuksiltaan edullista toteuttaa. Suomessa tehtyjen laskelmien mukaan yhtä mini-interventiota saanutta asiakasta kohden kustannukset ovat 84–241 euroa. (Seppä

ym. 2010, 37.) Yhden enneaikaisesti menetetyn elinvuoden hinta on vastaavasti noin 32 000, jos oletetaan, että asiakas eläisi 75 vuoden ikäiseksi (Kejonen 2009). Menetelmän tehokkuutta on kritisoitu siitä, että asiakkaat ilmoittavat alkoholin käyttömääränsä yleensä pienemmiksi kuin todellisuudessa ne ovat. Mini-interventiomenetelmällä voi laajasti käytettynä olla suuri kustannusvaikutus ja kansanterveydellinen merkitys. (Seppä 2005, 20, 25).

Huolimatta tutkimuksissa osoitetusta mini-interventioiden vaikuttavuudesta monet kansainväliset tutkimukset viittaavat siihen, että vain noin 30 prosenttia lääkäreistä ja hoitajista tekee mini-interventioita asiakkailleen. Syiksi mini-intervention toteuttamatta jättämiselle on esitetty muun muassa kiirettä, resurssipulaa, koulutusvajetta, selkeiden ohjeiden puutetta, epäuskoa omien taitojen riittävyyteen ja kohderyhmän tunnistamisen vaikeutta sekä terveystieteiden päätösten heikkoa tukea. Ammatillaiset myös kyseenalaistavat, onko heillä oikeutta kysyä asiakkaalta hänen alkoholin käyttöönsä. Potilaan yksityisyyttä halutaan kunnioittaa ja suojella. Lohdullista on se, että lähes kaikki ammatillaiset kuitenkin haluaisivat tehdä mini-interventioita tai tietävät, että niitä pitäisi tehdä. (Holmberg 2010, 27; Seppä, 2008, 22.)

Seppä (2005) toteaa useita meta-analyyssejä arvioituaan, että noin 10 % mini-intervention saaneista hyötyy neuvonnasta. Sutisen (2010) tutkimuksen Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön, tutkimustulokset tukivat Handmakerin ja Wilbournen (2001) kirjallisuuskatsauksen tuloksia siinä, että nuoret päihteitä käyttävät naiset ovat halukkaita puhumaan päihteiden käytöstään. Naisten päihteiden käytön tunnistamisen mahdollistivat pitkäaikaiset asiakassuhteet, käytettävissä olevat terveystietomukset, päihteiden käyttöä mittaavat kyselyt, kuten AUDIT, ja erilaiset laboratoriotestit. Myös Behmin (2005) tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä työssään AUDIT-kyselytestiä, asiakkaalle jaettavaa kirjallista materiaalia sekä alkometriin puhalluttamista ja laboratorionkokeita. (Behm 2005, 60, 86).

Heimo (2002) ja Sirviö (2006) havaitsivat tutkimuksissaan, että naiset olisivat halukkaita puhumaan vaikeistakin asioista, mutta työntekijät vierastavat puhumista. Keskeinen tavoite päihdehoitotyössä on asiakkaan saattaminen tietoiseksi päihteiden käytöstään (Sutinen 2010). Alkoholin suurkuluttajat eivät välttämättä ole itse tietoisia käyttömäärästään tai riskitekijöistään (Inkinen 2004).

Myös Behm (2005) totesi tutkimuksessaan tarpeen lisätä perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien taitoja ja mahdollisuuksia toteuttaa mini-interventiota. Alkoholin käytön puheeksiottoa pidetään vaikeana asiana kiireisessä vastaanototyössä. Sairaanhoitajat kokivat ennaltaehkäisevän työn tärkeäksi, ja he näkivät itsensä ehkäisijänä, tunnistajana, puheeksi ottajana, herättelijänä, tilaisuuden antajana, tukijana, auttajana ja kontrolloijana. (Behm 2005.)

Ikäihmisten kokemukset alkoholin käytön puheeksiotosta ja ohjauksesta ovat myös myönteisiä. Se koettiin tärkeäksi, hyödylliseksi ja luontevaksi. Alkoholin käyttöön liittyvässä ohjauksessa ikääntyneet kokivat hyödylliseksi saamansa uuden tiedon, omaan terveydentilaansa liittyvän tiedon, sekä tosiasiat ja yksilöllisen asiakkaan huomioivan tiedon. (Luonsinen 2011, 38.)

Ikäihmiset kokivat alkoholin käytön puheeksiottamisen terveyskeskuksessa luontevana, koska heitä koskeva terveystieto oli myös saatavilla siellä. Puheeksiottamista, ohjausta alkoholiin liittyen ei koettu negatiiviseksi vaan melko neutraaliksi kokemukseksi johon ei välttämättä kiinnitetty edes huomiota. Tämän vuoksi olisi tärkeää suunnata ohjaus perusterveydenhuoltoon tapahtuvaksi käytänteeksi. Hänen tutkimuksensa mukaan jatkotutkimuskohteena olisi hyvä selvittää hoitohenkilökunnan suhtautumista alkoholin käytön puheeksiottamiseen ja asiakkaan ohjaamiseen. (Luonsinen 2011, 40, 47.)

4.2 Alkoholin käytön puheeksioton työvälineitä yli 65-vuotiaille

Myös ikäihmisten päihdeongelmien hoitaminen on vaikuttavampaa, jos ongelmia päästään hoitamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen hoitajilla, jotka hoitavat ikäihmisiä, tulisi olla valmius päihdeongelmien tunnistamiseen ja ongelman puheeksiottamiseen. Tunnistamisessa ja puheeksiottamisessa voidaan käyttää apuvälineitä (KUVA 1), esim. Audit-lomaketta, mini-interventiota, ja erityisesti ikääntyneille suunnattua materiaalia. Mini-interventiossa keskeinen elementti on jakaa tietoa kirjallisesti tukimateriaalin muodossa. (Mäkelä & Teinilä 2010, 213; Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 13). Materiaalia on tuotettu runsaasti viime vuosina. Se on ollut pääasiassa maksutonta, mutta vuodesta 2011 alkaen maksullista. Aineistoa on saatavilla kuitenkin pdf- muodossa ilmaiseksi. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 13.)

Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -esite, on Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) julkaisema asiakkaille jaettava opas itse luettavaksi tai asiakastapaamisiin, esim. potilasohjauksiin ja ennaltaehkäisevien käyntien yhteyteen. Se antaa palautteen erilaisiin kysymyksiin ja väittämiin, joita oppaassa esitetään. Esitteessä kysytään mm. onko asiakkaan käyttämällä lääkkeillä haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. (Sosiaali- terveysministeriö 2006.)

AUDIT, kymmenen kysymystä alkoholinkäytöstä -mittaria voidaan käyttää myös ikäihmisillä, vaikka se ei auta tunnistamaan riskirajojen vuoksi riskikäyttäjiä. Se on keskustelun apuvälineeksi kuitenkin hyvä ja antaa tietoa jo aiheutuneista haittatekijöistä. Kyselyssä on kymmenen kysymyksen sarja, jonka täyttämiseen ei kulu kuin muutama minuutti. Suomessa on vähäisen riskin ja riskikäytön rajaksi audit- mittauksessa ikäihmisillä ajateltu 5 pistettä. (Öferström-Anttila & Alho 2011, 10–12.)

CAGE-kysely sopii ikä-ihmisten seulontaan, mutta se ei ole diagnosoinnin varsinainen väline. Kyselyssä on neljä kysymystä. 1. Oletko ajatellut, että sinun pitää vähentää juomistasi? 2. Onko juomistasi moitittu? 3. Oletko tuntenut syyllisyyttä juomisestasi? 4. Oletko ottanut krapularyyppyjä? Jos vastauksissa on yksi tai useampi kyllä-vastaus, viittaa se alkoholiriippuvuuteen. CAGE-kyselyä olisi hyvä käyttää tarkentavien kysymysten kanssa, esim. kuinka paljon yleensä käytätte alkoholia (määriä ja tiheyskerrotoja). (Öferström-Anttila & Alho 2011, 16.) Nykyn ym. 2010 mukaan CAGE-kysely sopii ensisijaiseksi käytettäväksi työvälineeksi ikäihmisille.

Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari on alkoholin käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. Esitteeseen liittyy käyttöopas ”keskustelua alkoholinkäytöstä voimavaraletoisesti”. Mittarissa on yksitoista alkoholin käyttöön liittyvää kysymystä. Ensimmäiset kolme kysymystä kartoittavat aikaisempaa alkoholin käyttöä sekä alkoholin käytön määriä ja käyttötiheyttä. Seuraavat viisi kysymystä ovat tarkentavia, avoimia kysymyksiä, joissa kysytään syitä alkoholin käyttöön sekä tiedustellaan lääkkeiden ja alkoholin käytöstä johtuvia haittoja, jotka voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Viimeiset kolme kysymystä mittaavat alkoholiriippuvuutta. Kaikissa vaiheissa on tarkentavia osioita, jotka ohjaavat puheeksiotossa ja lisämateriaalin käyttöön tarvittaessa. (Huohvanainen ym. 2012.)

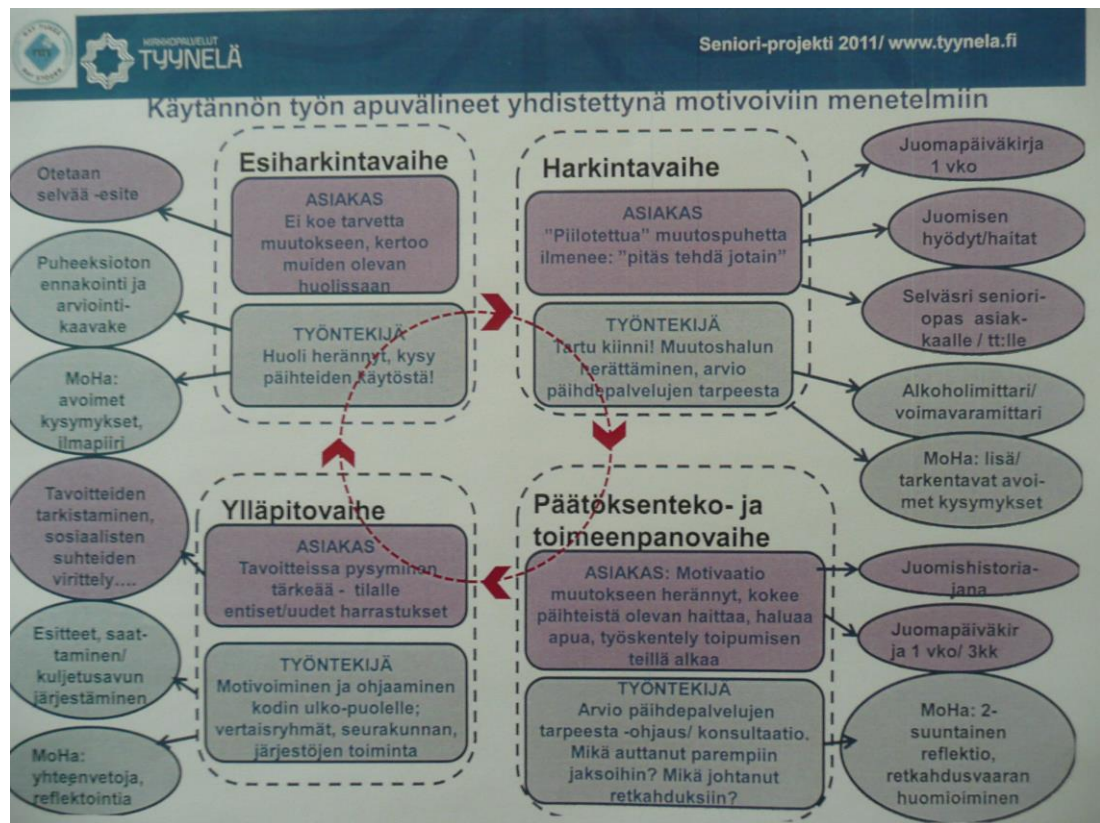
Yli 65-vuotias ARVIOI ALKOHOLIN KÄYTTÖÄSI, mittari alkoholin käytön itsearviointiin. Tämä itsehoitomittari on ikääntyneille tarkoitettu itsenäisesti täytettäväksi arviointilomakkeeksi. Mittari antaa tietoa alkoholin käytöstä sekä auttaa pohtimaan omaa alkoholin käyttöä ja mahdollisia sen tuomia haittoja. Mittarin toivotaan auttavan asioiden tiedostamisessa sekä madaltavan avun hakemisessa hoitoalan ammattilaisilta. Mittarissa on viisi kysymystä, joilla saadaan vastauksia alkoholin käytön tiheydestä, määristä, käytön syistä ja seurauksista. Samalla saadaan tietoa, onko asiakas tietoinen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista. (Huohvanainen ym. 2012.)

Juomapäiväkirjaa voi ikäihminen pitää muutaman viikon ajan. Sen avulla on helppo seurata alkoholinkulutustaan ja verrata sitä annettuihin suosituksiin. Erilaiset testit ovat hyvä keskustelun avaaja juomisen kartoitukseen ja herättelemään lisäkysymyksille. (Nykky ym. 2010, 18.)

Motivoiva haastattelu ikäihmisen kohdalla lähtee hänen omista tarpeistaan ja arvo maailmastaan. Siinä tavoitteena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota sekä muuttaa haitallista ja riippuvuutta aiheuttavaa käytöstä. Ohjausmenetelmän ajatuksena on, että muutovoimat löytyvät ikäihmisestä itsestään. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 18.)

Erilaisten työvälineiden ja materiaalien lisäksi on tärkeää jatkuva dialogi, vuoropuhelu hoitajan ja ikäihmisen välillä. Dialogissa on vuoropuhelun ohella kuuntelu yhtä tärkeää. Se on tasavertaista ja vastavuoroista eikä pelkästään kysymysten esittämistä ja vastaamista. Puheen lisäksi vuorovaikutukseen vaikuttavat myös sanat, kehon kieli sekä elinympäristö. (Nykky ym. 2010, 20.)

Motivoitunut ikäihminen on usein valmiimpi vähentämään alkoholin käyttöä; silloin voi asiakkaan kanssa käydä läpi tavoitteita, asettaa niitä tai miettiä yhdessä keinoja, kuinka ne saavutetaan. Rohkaisu ja palautteen antaminen onnistuneissa tilanteissa on hyvin tärkeää neuvonnassa. On hyvä asettaa pieni tavoite. On hyvä kirjata tavoitteet ja sopia seurantakäynneistä. Asiakkaalle on hyvä jättää tieto, että seuraavalla kerralla on mahdollista palata asiaan. Hoitajan on kunnioitettava asiakkaan päätöstä, mikäli hän ei aio muuttaa juomiskäytäntöjään. (Öferström-Anttila & Alho 2011, 20.)



KUVA 1. Käytännön apuvälineitä yhdistettynä motivoiviin menetelmiin

Itä-Savon Sairaanhoidopiirillä eli Sosterilla on käytössä päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen päihdehoitomalli. Sosterin päihdemallissa on avattu senioriprojektin myötä myös ikäihmisten päihdepolkumallia vuonna 2011. Ikäihmisten kohdalla siinä nousevat esiin ongelman tunnistamisen, kartoituksen, mini-intervention yms. lisäksi seuranta, asiakkaan puhtaudesta huolehtiminen, ravitsemus, muihin sairauksiin liittyvä hoito, ryhmätoiminta sekä jatkohoidosta sopiminen yhdessä kotihoidon, lääkärin ja kotihoidossa toimivan senioripäihdevastuuhenkilön kanssa. (Itä-Savon sairaanhoidopiiri 2011.)

5 HOITAJIEN PÄIHDEOSAAMINEN

Kaiken asiantuntijatyön lähtökohta on **tietoperusta**. Ehkäisevässä päihdetyössä se muodostuu riittävän laajasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuntemuksesta sekä päihdetyön ja sen erityisalueiden erityistuntemuksesta. Tietoperusta ei muodostu vain tutkitusta tiedosta, vaan se karttuu myös käytännön työn kokemuksista. Ehkäisevässä työssä niin sanotun hiljaisen tiedon merkitystä ei ole syytä vähätellä tai unohtaa.

Tärkeää on myös saada vertaistukea vastaavaa työtä tekeviltä ja aika ajoin käydä analyttisemmin läpi oman työn perusteita ja arvioida sen vaikuttavuutta. (Warsell & Soikkeli 2013, 17.)

Päihdehoitotyössä osaaminen on vahvan ammatti-identiteetin ja ammattiroolin tärkein tukipilari. Sen rakentuminen alkaa jo peruskoulutuksen aikana terveystalalla. Ilman selkeää kuvaa päihdehoitotyöstä on mahdoton toimia alalla. Päihdehoitotyön osaaminen jaotellaan perustietotaitoon, syventävään tietotaitoon ja erityisosaamiseen. Työn perusasiat opitaan ammatillisen peruskoulutuksen aikana ja syvennetään käytännön työssä tai jatko- tai täydennyskoulutuksilla. (Holmberg 2010, 128; Laapio 2007,49.) Sairaanhoidajien perustutkinnon päihdehoitotyön opetussisältö ja osaaminen on tiivistetty taulukossa 4 esitettyyn kirjainyhdistelmään TEHOT.

TAULUKKO 4. TEHOT- sairaanhoidajan päihdehoitotyön opetuksen keskeiset painopistealueet

TIETÄÄ	EHKÄISEE	HOITAA	OHJAA	TUETUSTI
Tieto, taito ja asenne	Ennakointi, riskit, haitat ja puheeksi ottaminen	Hoito, oireet ja liitännäis-sairaudet	Läheisten, kunnan sekä yksityis- ja järjestösektorin yhteistyö	Konsultaatio, työnohjaus sekä työturvallisuus

Hoitajan tulee osata tunnistaa ongelmat ja puuttua niihin sekä hoitaa ja ohjata potilaita jatkohoitoon osana ammatillista perusosaamistaan. Puuttumisen vaikutukset vahvistuvat hoitavassa vuorovaikutussuhteessa. Päihdehoitotyön toteuttaminen kuuluu jokaiselle sosiaali- ja terveystalalla työskentelevälle. (Holmberg 2010, 13.)

Hoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu työmenetelmien, työvälineiden, työssä tarvittavan tietotaidon ja työturvallisuuden hallinta. Työntekijän tulee tuntea myös eri työmenetelmien ja toteutustapojen vaikuttavuus. **Ammattitaitoa** on vastuullisuus ja huolellisuus työssä, kiinnostus työtä kohtaan sekä työstä johtuvan kuormittumisen ja työkykyisyyden hallinta. Ammattitaitoinen hoitaja pystyy luomaan hoitamiselle selkeät puitteet ja toimimaan hoitotilanteissa turvallisesti ja luotettavasti. Hän vastaa henkilökohtaisesti tekemästään päihdehoitotyöstä ja sen tuloksista. Osaava ammattilainen

kunnioittaa omaa ammattialaansa ja muiden ammattiryhmien osaamista ja käyttää sitä oman työnsä tukena. Yhteistyö on joustavaa, helppoa ja asiantuntevaa. Hoitaja kantaa vastuunsa jaetusta työsuorituksesta ja tuo oman näkemyksensä päihdehoitotyöstä osaksi yhteistä asiakastyöskentelyä. Päihteitä käyttävät ihmiset arvostavat yleensä osaavaa, ihmisläheistä ja suvaitsevaista hoitohenkilökuntaa, jonka kanssa asioiminen on helppoa, kunnioittavaa ja yksilöllistä. (Holmberg 2010, 125).

Ikääntyneiden päihteiden käyttäjien hoitotyö on haasteellista. Työntekijöiden on pidettävä huoli omasta jaksamisestaan. Työssä on osattava sietämään asiakkaan tilanteen keskeneräisyyttä. Hoidon tavoitteet lähtevät asiakkaasta, ei hoitajasta. Usein edetään hyvin pienin askelin. Hoitajan on luotava toiveikkuutta hankalissakin elämäntilanteissa. Työnohjaus ja asioiden purku työyhteisössä on tärkeää. (Mäkelä & Teinilä 2010, 213 – 214.)

Asenteilla on suuri vaikutus alkoholin puheeksioton kannalta. Asenteet vaikuttavat hoidon onnistumiseen yksilöllisissä elämäntapoihin liittyvissä sairauksissa. Hoitajan asenteet vaikuttavat kaikissa hoidon vaiheissa; hoidon aloittamisessa, sisällössä sekä toteutumisessa. (Seppä 2003, 91.) Asenteet voivat olla joko myönteisiä tai kielteisiä jotakin kokonaisuutta kohden. Asenteiden muodostumiseen vaikuttavat hoitajan omat kokemukset, perheen arvomaailma ja ympäröivä kulttuuri. (Seppä 2003, 91.)

Hoitajan on kunnioitettava asiakasta huolimatta hänen elämäntavastaan. Hoitotilanteissa ja keskusteluissa tulisi välttää leimaamista, tuomitsemista ja arvostelua. Selkeä ja toteava tapa puhua luo hoidettavalle välittävää ja hyväksyvää asennetta. (Havio ym.2008, 23; Levo 2008, 67.)

Hoitajan suhtautumisen tulisi olla tasavertaista ohjaavaa keskustelua, ja tulisi välttää uhkailua, liioittelua, pelottelua tai asiakkaan väheksymistä. Tämä voi aikaansaada asiakkaassa uhmaavaa käytöstä. Hoitajan on uskottava omiin puheisiinsa ja oltava vakuuttava tietämyksestään, jotta asiakas aistii asian olevan tärkeä. Hoitajalla on oltava tietoa esimerkiksi alkoholiannoksista ja riskirajoista, koska asiakas ei aina niistä tiedä. Asiakkaat aistivat vääränlaiset asenteet äänensävyistä tai hoitajan sanattomasta viestinnästä. Alkoholin käytön puheeksiottajan pitäisi osata itse suhtautua neutraalisti alkoholiin. (Päihdelinkki 2011.)

Hoitajien olisi hyvä tiedostaa ikäihmisten ohjauksessa, että riskirajat ylittävä tai haitallinen alkoholin käyttö ei ole aina tahallista, vaan ikäihmisillä ei välttämättä ole tietoa riskirajoista tai mahdollisista yhteisvaikutuksista lääkitysten kanssa. Riskirajan ylittäneet tai haitallisesti alkoholia käyttävät ikäihmiset ovat otollinen ohjannan kohde. (Luonsinen 2011, 50.) Ikäihmisten kanssa alkoholista keskustellessa on huomioitava, ettei asiakas jää passiiviseen rooliin. Hoitajan tehtävänä ei ole määritellä, mikä on asiakkaan ongelma. Asiakkaan vahvuuksia olisi tuettava ja annettava myönteistä palautetta pienestäkin muutoksesta parempaan suuntaan. (Levo 2008, 67 – 68.)

Päihteiden käytön tunnistamista vaikeuttivat työntekijöiden kokemukset puutteellisesta osaamisestaan tai ennakoasenteet ja oletukset. Työntekijä saattoi kohdata päihteitä käyttäviä asiakkaita työssään vain harvoin. Kiire ja erilaiset rutiinit vaikuttivat työhön niin, ettei hoitajilla ollut aikaa päihteiden käytön varhaiselle tunnistamiselle, puheeksiottamiselle ja muutokseen motivoimiselle. Tietosuojakysymykset ja yhteisten työvälineiden sekä jatkohoitomahdollisuuksien puuttuminen vaikuttivat myös päihteiden käytön puheeksiottoon. Usein keskityttiin vain siihen asiaan, josta asiakas halusi keskustella. Jos asiakas kieltää alkoholin käytön tai vähättelee sitä, se aiheuttaa hoitajassa turhautumista tai väsymistä. Alkoholin käytön tunnistamista ja puheeksiottoa helpotti luottamuksellinen suhde hoitajan ja asiakkaan välillä ja säännöllinen asiakaskontakti. Jos hoitaja uskaltaa kysyä asiakkaan alkoholinkäytöstä, asiakas on yleensä halukas puhumaan siitä. Hoitajat pitivät AUDIT. in käyttöä puheeksiottamista helpottavana työvälineenä. (Sutinen 2010, 54.)

Alkoholin käytön puheeksiottoa edistäviä tekijöitä on, että asiakas myöntää ongelman ja pohtii asiaa jo. Hoitotoiminnassa hoitajan toiminta, työmenetelmät ja työnkuva edistävät puheeksiottoa. Hoitajan aktiivisuus ja rohkeus, kuunteleminen, neutraali suhtautuminen alkoholin suurkulutukseen, avoin ja suora vuorovaikutus nähtiin tärkeinä asioina. Hoitajat toivovat lisää koulutusta ja asiakaspalautteita. Työmenetelmissä korostuivat mini-intervention käyttö, hoitomallien kehittyminen, alkoholin käytön puheeksiotto, käytön pohtiminen, muutoksen tukeminen ja asiakkaan näkökulman huomioiminen. (Behm, 2005 74–75.)

Behmin (2005) mukaan hoitajien päihdehoitotyötä estäviä tekijöitä on muun muassa yhteisten toimintamallien puuttuminen, hoitajien osaamisessa, työvälineissä ja uskalluksessa on puutteita, asenteet voivat olla esteenä, kohtaaminen tapahtuu tunnetasolla,

koulutuksessa on puutetta, alkoholiasiat jätetään keskusteluaiheista pois ja asiakkaan tilanteesta voi olla erilaisia näkemyksiä. Asiakas saattaa kieltää alkoholiongelman tai peitellä, hoitomotivaatio on huono tai elämäntilanne vaikea. Tarvittaisiin pitempi hoitosuhde asiakkaan kanssa tai tiheämpiä tapaamisia. Henkilökemiat saattavat myös vaikeuttaa kohtaamisessa. (Behm 2005, 76–77.)

Palvelujärjestelmään liittyvät estävät tekijät liittyivät sijaispulaan ja työntekijöiden vaihtuvuuteen, salassapidon rajoittavuuteen, suuriin asiakasmääriin, kiireeseen ja ajan rajallisuuteen, pirstaleiseen työnkuvaan ja huonosti toimivaan moniammatilliseen yhteistyöhön. (Behm 2005, 77.)

Laitilan 2010 tutkimuksen mukaan asiakkaat odottavat työntekijällä olevan koulutuksensa ja kokemuksensa tuomaa osaamista ja ammattitaitoa. Jos työntekijällä ei olekaan osaamista, asiakas kokee itsensä petetyksi. Asiakkaat tarvitsevat myös lisää tietoa päihteistä ja niihin liittyvistä kysymyksistä. He kokevat myös tärkeäksi, että hoitaja on aidosti kiinnostunut heistä ja heidän asioistaan. Tämä välittäminen näkyy siinä, kuinka asiakkaille puhutaan, kuinka heitä kohdellaan, tullaanko tapaamisiin ajoissa tai ollaanko niissä aidosti läsnä. Asiakkaat toivovat myös, että työntekijä on heille lähimmäinen, ystävä, toinen ihminen. (Laitila, 2010, 107–109.)

Asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen kuuluu turvallisuuden ja luottamuksellisuuden tunne. Turvallisessa suhteessa asiakas voi luottaa työntekijään myös silloin, kun asiat eivät suju suunnitellusti tai niistä ei olla yhtä mieltä. Sekä asiakkaalla että työntekijällä on mahdollisuus olla rehellinen, palautetta uskaltaa antaa ja myös kyseenalaistaa tehtyjä ratkaisuja. (Laitila 2010, 106.) Päihdeasiakkaat kokevat, että heihin ja heidän kykyihinsä osallistua hoitoonsa liittyy kielteisiä asenteita, ennakkoluuloja ja tiedon puutetta. Heidän mielestään myös osa hoitajista käyttää valtaa. (Laitila 2010, 85.)

Halosen (2005) tutkimuksessa kehittämistarpeiksi nousivat varhaisen puuttumisen kehittäminen ja tehostaminen sekä tiedon lisääminen päihdeproblematiikan tunnistamisesta ja päihderiippuvuudesta. Olemassa olevia palveluita ja hoitoonohjausta tulisi kehittää myös väestölle annettavan informaation osalta. Perusterveydenhuollon henkilöstölle tarvittaisiin lisää koulutusta etenkin ennaltaehkäisevään ja varhaisvaiheen päihdetyöhön. Keskeisenä ennaltaehkäisevän päihdetyön menetelmänä tulisi hyödyntää

mini-interventiota entistä enemmän. Sen tulisi olla osa jokaisen perusterveydenhuollon työntekijän työvälineistöä varhaisen puuttumisen mallina. (Halonen 2005, 34–35.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Savonlinnan kotihoidossa toimivien hoitajien päihdeosaamista alkoholin käytön puheeksiotossa. Tavoitteena oli saada tietoa hoitajien päihdeosaamisesta alkoholin käytön puheeksiotossa tiedollisilla, taidollisilla ja asenteellisilla osa-alueilla. Tutkimustulosten avulla on mahdollista jatkossa kehittää päihdeosaamista lisä- ja täydennyskoulutusten avulla.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

Millaiset valmiudet hoitajilla on tunnistaa asiakkaan alkoholin käyttö?

Millaiset valmiudet hoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan alkoholin käyttö?

Millaiset asenteet hoitajilla on alkoholin käytön puheeksiotossa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksemme oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Menetelmänä kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskeistä johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittelyt ja hypoteesien esittäminen. Havaintoaineisto soveltuu myös määrälliseen, numeraaliseen mittaamiseen. Koehenkilömäärittelyt ovat tarkkoja. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2004, 16.9) Käytimme työssämme aiempaa tutkimustietoa, jota on laajasti. Haluamme mahdollisimman laajan kokonaiskuvan hoitajien päihdeosaamisesta, joten määrällinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksemme.

Tutkimuksemme oli kuvaileva tutkimus. Kuvailevassa tutkimuksessa kysytään, miten tai minkälainen tietty asia on. Etenimme yleisestä tiedosta erityiseen tietoon. Tutkimuksen suhde teorian kehittämiseen on teoriaa testaava tutkimus eli tulokset muuttavat tai vahvistavat olemassa olevaa teoriaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 130.)

Mittarin laadinnassa olemme ottaneet huomioon, että kysymykset pohjautuvat aiheeseen liittyvään teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen eli mittarin laadinnan apuna olemme käyttäneet mm. Behmin (2005), Luonsisen (2011) ja Sutisen (2010) tutkimuksia ja hyödyntämällä heidän laatimiaan kyselylomakkeita. Kysymykset nousevat teoriaosuudesta ja pyrkivät vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Opiskelijoiden itse tekemät kyselylomakkeet saattavat olla pinnallisia, jos lomaketta ei ole laadittu huolella. Hyvän kyselylomakkeen laatiminen on haastavaa ja vaatii osaamista. (Hirsjärvi ym.2004, 184.) Hyvällä ja aiemmin käytetyllä kyselylomakkeella voidaan lisätä tutkimuksen reliaabeliutta eli mittaustulosten toistettavuutta. Useilla eri tutkimuskerroilla voidaan saavuttaa sama tulos.(Hirsjärvi ym.2009,231.)

Kysymystyyppinä käytimme asteikkoihin eli skaaloihin perustuvaa kysymystyyppiä. Niissä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Käytämme Likertin 4-portaista asteikkoa. Pyrimme laatimaan kyselyn mahdollisimman helpoksi, nopeaksi ja kiinnostavaksi täyttää. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 182–193.) Likertin asteikko sopii asenteita selvittäviin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen avulla oletamme saavamme laajan tutkimusaineiston. Kyselylomake on myös helposti analysoitavissa, kun laadimme kyselylomakkeen huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 184–186.)

Kyselylomakkeen (liite 3) alkuosan kaksi kysymystä ovat taustatietokysymyksiä; koulutusta ja työkokemusta koskevia tietoja. Tutkimuskysymyksillä 2, 5, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 21,22, 25, 26, 27 ja 28 haetaan *tietoa hoitajien valmiuksista tunnistaa asiakkaan alkoholin käyttö*. Tutkimuskysymyksillä 3, 4, 6, 7, 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 43, 44, 45, 47 ja 48 haetaan tietoa *hoitajien valmiuksista alkoholin käytön puheeksiotossa*. Tutkimuskysymyksillä 1, 8, 11, 12, 13, 15, 23, 24, 34, 38, 39, 40, 41, 42, ja 46 haetaan tietoa *hoitajien asenteista alkoholin käytön puheeksiotossa*. Alkuperäisessä kyselylomakkeessamme kysymykset olivat tutkimuskysymyksittäin. Tämä ei mielestämme ollut luonteva ryhmittely, joten ryhmittelimme kysymykset lomakkeelle uudelleen mukailen puheeksioton mallia.

7.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksemme on kokonaistutkimus eli tutkimukseen otetaan mukaan kaikki Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kotihoiossa toimivat hoitajat. Osallistujina ovat

Sosterin Savonlinnan kotihoidon kotisairaanhoidon ja kotipalvelun hoitajat Savonlinnasta, Kerimäeltä, Punkaharjulta ja Savonrannalta. Kotihoidossa työskentelee noin 170 hoitajaa. Kotipalvelun noin 142 hoitajaa ovat lähi- ja perushoitajia ja muutama kodinhoitaja. Kotisairaanhoidossa työskentelee 28 sairaan- ja terveydenhoitajaa sekä muutama perus- ja lähihoitaja. (Kemppanen 2013.)

Päädyimme isoon perusjoukkoon, koska aiempiin tutkimuksiin perehtyessämme huomasimme vastausprosenttien olleen pieniä. Vastausprosentit ovat olleet 35 - 50 %:n luokkaa. Haluamme riittävän kattavan aineiston, jotta saamme kokonaiskuvan alkoholin käytön puheeksiotosta kotihoidossa. Perusjoukossa on myös hyvin edustettuna eri toimipaikat ja ammattiryhmät.

7.2 Aineiston keruu ja analyysi

Keräsimme aineiston kyselylomakkeella (liite 3), missä oli strukturoituja väittämiä. Kyselylomakkeen laadimme Wepropol-ohjelman avulla ja lähetimme kyselylomakkeen sähköpostilla tutkimukseen osallistuville kotihoidon hoitajille. Sosterin kotihoidon palvelupäällikkö välitti lähettämämme kyselyn kotihoidon työntekijöille sähköpostin muodossa. Kyselyn alussa oli saatekirje kyselystä ja linkki, jolla kyselyn sai auki. Kysely toteutettiin ajalla 28.8.13–24.09.13. Vastauksien määrä jäi pieneksi, joten kyselyn vastausaika pidennettiin kahdella viikolla suunnitellusta kahdesta viikosta. Lisäksi kotihoidon palvelupäällikkö muistutti työntekijöitä kyselyn tärkeydestä. Kysely jaettiin yhteensä 170:lle kotihoidon työsuhteessa olevalle työntekijälle. Vastauksia kertyi 48 kappaletta (N=48), jolloin vastausprosentiksi muodostui 28 %.

Esitämme tutkimustulokset tutkimuskysymyksittäin. Webropol-ohjelman avulla ajoimme perusraportin vastauksista. Sen jälkeen määrittelimme kysymyskysymykseltä, minkä tutkimuskysymyksen alle kyselykaavakkeen kysymys kuuluu. Käytimme kysymysten analysoimisessa Microsoft Excel -taulukko-ohjelmaa apuna.

Aineisto voidaan tallentaa ja analysoida tietokoneen avulla (Hirsjärvi ym. 2009). Vastaukset analysoimme määrällisellä eli kvantitatiivisella analyysillä. Määrällisellä analyysillä pyritään selvittämään eri ilmiöiden esiintymistä ja yleisyyttä. Sillä halutaan myös selvittää ilmiöiden välisiä yhteyksiä numeroiden ja taulukoiden avulla. Määrällisessä analyysissä on eri laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Analyysissä käytimme apuna graafista esitystä ja muutimme vastaukset tilastolliseen muotoon kuvioiksi. Mielestämme kuviot ovat selkeä tapa esittää tutkimustuloksia. Tämän jälkeen tuloksia tarkasteltiin ja teimme niistä johtopäätöksiä. (Hirsjärvi ym.2004.)

Huomasimme tuloksia analysoidessamme hajontaa vastauksien keskiarvoissa ja mediaaneissa eri ammattiryhmien vastauksien välillä. Halusimme tarkempaa tietoa koulutuksen tarpeesta ja kohdentamisesta eri työntekijäryhmien välillä, joten teimme hie-
man vertailua. Muutoin käsitelimme työssämme kotihoidon hoitajia yhtenä joukkona.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimustyön eettisyys edellyttää, että tutkimustyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Se edellyttää, että kaikki työn vaiheet selostetaan mahdollisimman totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, Vilka 2007,91.)

Lähteiden luotettavuutta voi arvioida mm. tutkimusten sekä teosten iän, kirjoittajan tunnettavuuden ja arvostettavuuden perusteella. Tutkimuksia ja teoksia luettaessa täytyy ottaa huomioon myös, onko tutkimus objektiivinen ja kenelle ja mihin tarkoitukseen tutkimus on tehty. (Hirsjärvi ym. 2009, 109.) Käytämme työssämme ajanmukaisia ja ajankohtaisia lähteitä, mikä lisää työmme validiutta. Pyrimme käyttämään alkuperäislähteitä ja kunnioittamaan alkuperäistä tekstiä. Esitestaamme myös kyselykaavakkeen ennen kyselyn julkaisua; tämä parantaa tutkimustyön luotettavuutta. On tärkeää että tutkimuksen mittarit ovat päteviä ja ne mittaavat sitä mitä niiden on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym.2009, 230,231.)

Säilytämme hoitajilta saamamme vastaukset asianmukaisesti opinnäytetyön tekemisen ajan, minkä jälkeen ne tuhotaan heti opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja hoitajien identiteetti pidettiin salassa. Laitamme kyselylomakkeen mukaan saatekirjeen, jolloin vastaaja voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai vastaamatta jättämisestä (Vilka 2007,81). Tutkimukseen osallistujan oli kuitenkin vastattava kaikkiin kysymyksiin aloittaessaan vastaamaan. Tällä halusimme varmistaa, että saimme kaikkiin kysymyksiin vastauksen ja riittävästi vastauksia, mikä osaltaan parantaa luotettavuutta. Käsittelemme pohdinnassa lisää tulosten yleistettävyyttä, ulkoista validiteettia.

9 TULOKSET

Tutkimustulokset esitämme tutkimuskysymyksittäin. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Millaiset valmiudet hoitajilla on tunnistaa asiakkaan alkoholin käyttö?

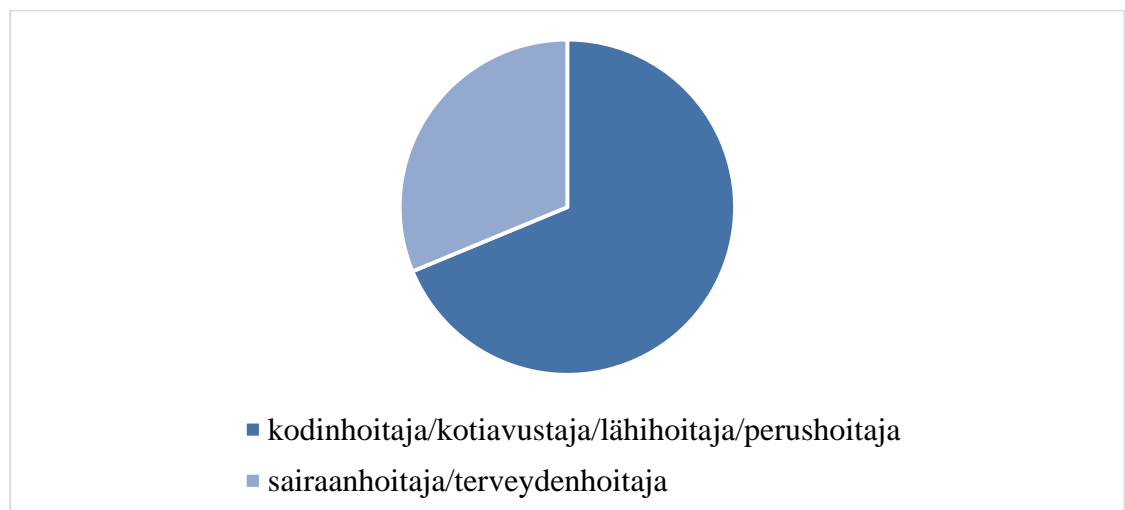
Millaiset valmiudet hoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan alkoholin käyttö?

Millaiset asenteet hoitajilla on alkoholin käytön puheeksiotossa?

9.1 Taustatiedot

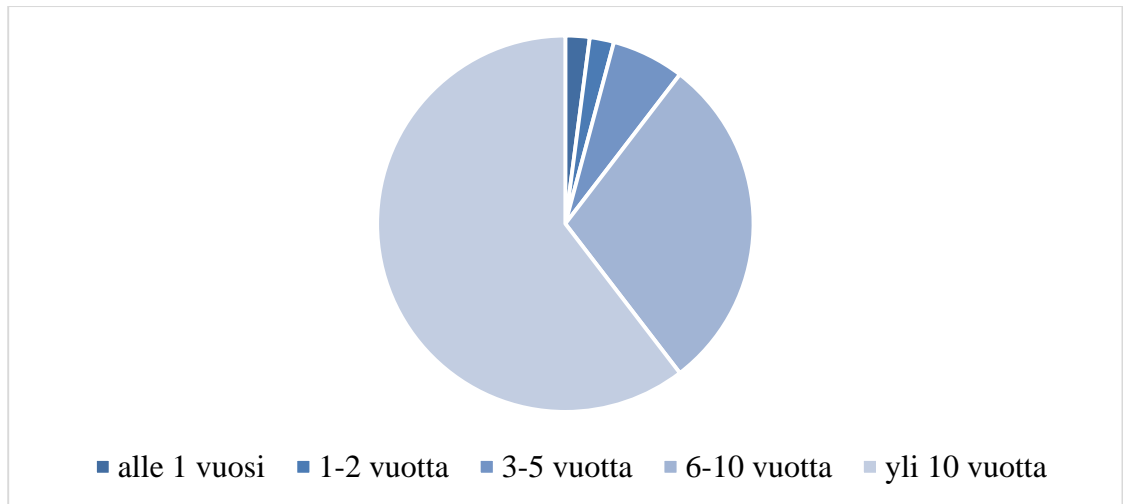
Taustatiedoissa kysyimme ainoastaan ammattia ja työkokemuksen pituutta. Mielestämme hoitajien päihdeosaamisessa iällä tai sukupuolella ei ole merkitystä. Peruskoulutuksessa opitaan päihdeosaamisen tieto- ja taitoperusta. Hoitajien päihdeosaaminen vahvistuu työkokemuksen lisääntyessä.

Kyselyyn vastasi yhteensä 48 hoitajaa kotihoidosta. 68,8 % (n=33) vastanneista oli koulutukseltaan kodinhoitajia, kotiavustajia tai lähihoitajia/perushoitajia. Sairaanhoitajia/terveydenhoitajia oli vastanneista 31,2 % (n=15).



KUVIO 1. Vastaajien ammatti (N=48)

Kotihoidon hoitajilla on pitkä työkokemus hoitoalalta. Enemmistö vastanneista eli 60,2 % (n=29) oli työskennellyt hoitoalalla yli 10 vuotta. 29,2 % (n=14) vastanneista oli työskennellyt 6 - 10 vuoden ajan. Vain 10,6 % (n=5) hoitajista oli työskennellyt hoitoalalla alle 5 vuotta.



KUVIO 2. Työkokemus hoitoalalla (N=48)

Vertaillessamme kodinhoitaja/kotiavustaja/lähihoitaja/perushoitaja-ammattiryhmää ja sairaanhoitaja/terveydenhoitaja-ammattiryhmää, käytämme vertailussa yli 10 vuotta hoitoalalla työskennelleitä hoitajia, koska alle 5 vuotta työskennelleiden osuus on niin pieni. Käytämme jatkossa kodinhoitaja/kotiavustaja/lähihoitaja/perushoitaja-ammattiryhmästä nimeä lähihoitaja ja sairaanhoitaja/terveydenhoitaja-ammattiryhmästä nimeä sairaanhoitaja.

9.2 Hoitajien valmiudet asiakkaan alkoholin käytön tunnistamisessa

Tässä osiossa haimme tietoa ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme, *millaiset valmiudet hoitajilla on tunnistaa asiakkaan alkoholin käyttö*.

Varhaista puuttumista riskikäyttäjän tunnistamisessa piti tärkeänä 85,4 % (n=41) hoitajista (kuvio 3). Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut suuria eroja.

Hoitajat näkevät tärkeänä asiakkaan alkoholin käytöstä kysymisen. Yli puolet vastanneista (n= 26) olivat sitä mieltä, että hoitajan *tulee kysyä asiakkaan alkoholin käytöstä ainakin kerran vuodessa*. Vastaajista seitsemän koki, ettei tämä ollut tarpeellista.

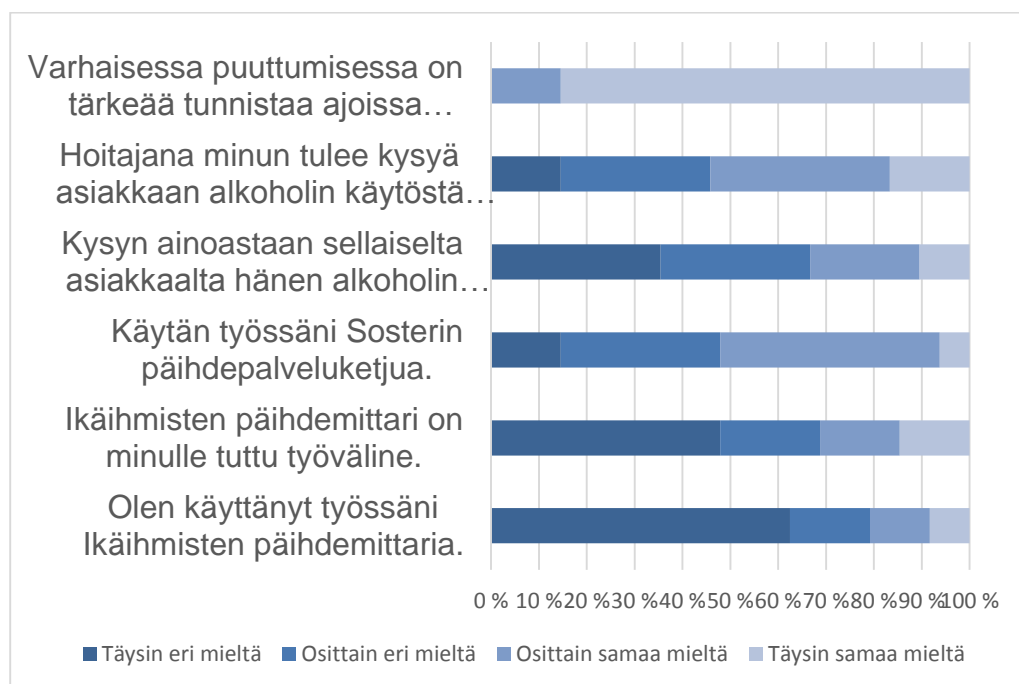
Hoitajista 66,7 % (sairaanhoitajista 70 % ja lähihoitajista 26,3 %) ilmoitti kysyvänsä asiakkaan alkoholin käytöstä, *vaikka asiakas ei ottaisi asiaa puheeksi*.

Sosterin päihdepalveluketju ei ole kovinkaan käytetty kotihoidossa. Kyselyyn vastanneista hoitajista vain 3 ilmoitti käyttävänsä työssään päihdepalveluketjua. Lähes 48 %

(n=23) vastaajista ei hyödyntänyt riittävästi päihdepalveluketjua asiakkaan alkoholin käytön tunnistamisessa. Eniten päihdepalveluketjua työssään käyttivät yli 10 vuotta hoitoalalla työskennelleet hoitajat.

Lähes puolelle hoitajista (n=23) *ikäihmisten päihdemittari* ei ollut tuttu työväline. Vain 7 vastaajaa tunsi ikäihmisten päihdemittarin.

Kotihoidossa ei käytetä aktiivisesti *Ikäihmisten päihdemittaria*. Peräti 62,6 % (n=30) vastaajista kertoi, etteivät olleet käyttäneet työssään Ikäihmisten päihdemittaria. Vain 10- 20 % lähi- ja sairaanhoitajista käytti jonkin verran mittaria.

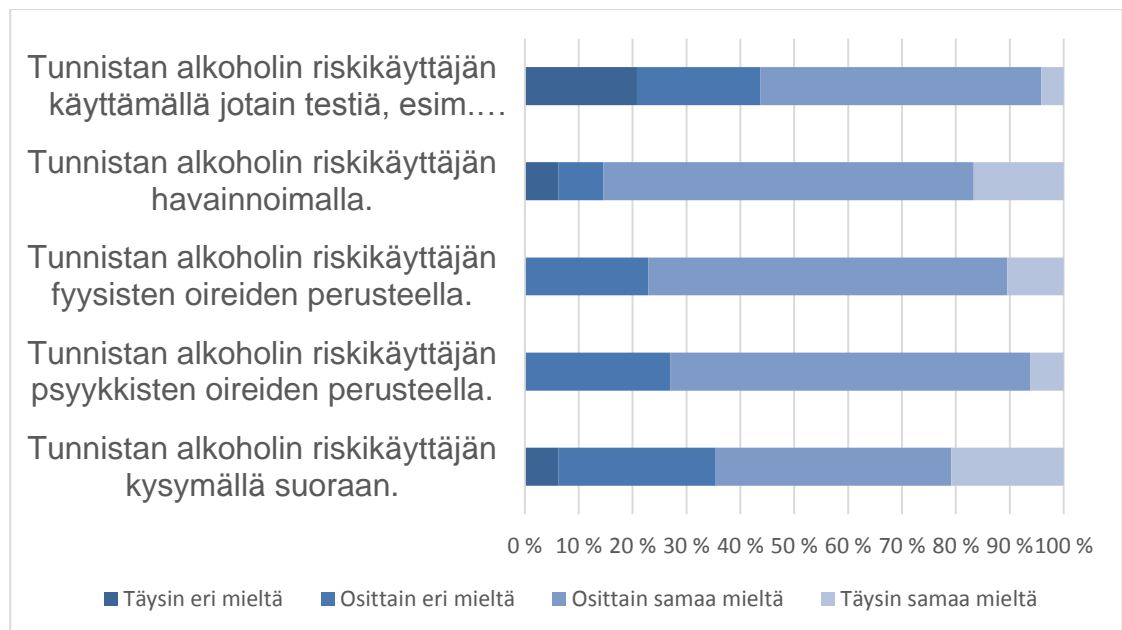


KUVIO 3. Puuttumisen menetelmät

Ikäihmisten päihdemittaria *riskikäyttäjän tunnistamisessa* käytti 2 hoitajaa (kuvio 4). Noin puolet vastaajista (n=25) ilmoitti välillä käyttävänsä jotain mittaria. 20 % hoitajista ei käyttänyt mitään mittaria riskikäyttäjän tunnistamisessa. Sairaanhoitajille Ikäihmisten päihdemittari on tutumpi työväline kuin lähihoitajille. Lähihoitajista vain reilu 15 % tunnistivat mittarin, kun taas puolelle sairaanhoitajista mittari oli tuttu työväline. Sairaanhoitajat (70 %) käyttivät myös aktiivisemmin Ikäihmisten päihdemittaria riskikäyttäjän tunnistamisessa kuin lähihoitajat (37 %).

Hoitajat tunnistavat alkoholin riskikäyttäjän hyvin. Noin 85 % vastaajista tunnisti riskikäyttäjän *havainnoimalla*. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja. Vastaajista 64,2 % (sairaanhoitajista 40 % ja lähihoitajista 15,8 %) tunnisti riskikäyttäjän *kysymällä suoraan* asiakkaan alkoholin käytöstä.

Vastaajista 66,7 % (n=32) tunnistivat jollain tasolla riskikäyttäjän *fyysisten ja psyykkisten oireiden* perusteella. Lähes kaikki sairaanhoitajat kokivat tunnistamisen onnistuvan, kun taas joka kolmas lähihoitaja koki tunnistamisen vaikeaksi.



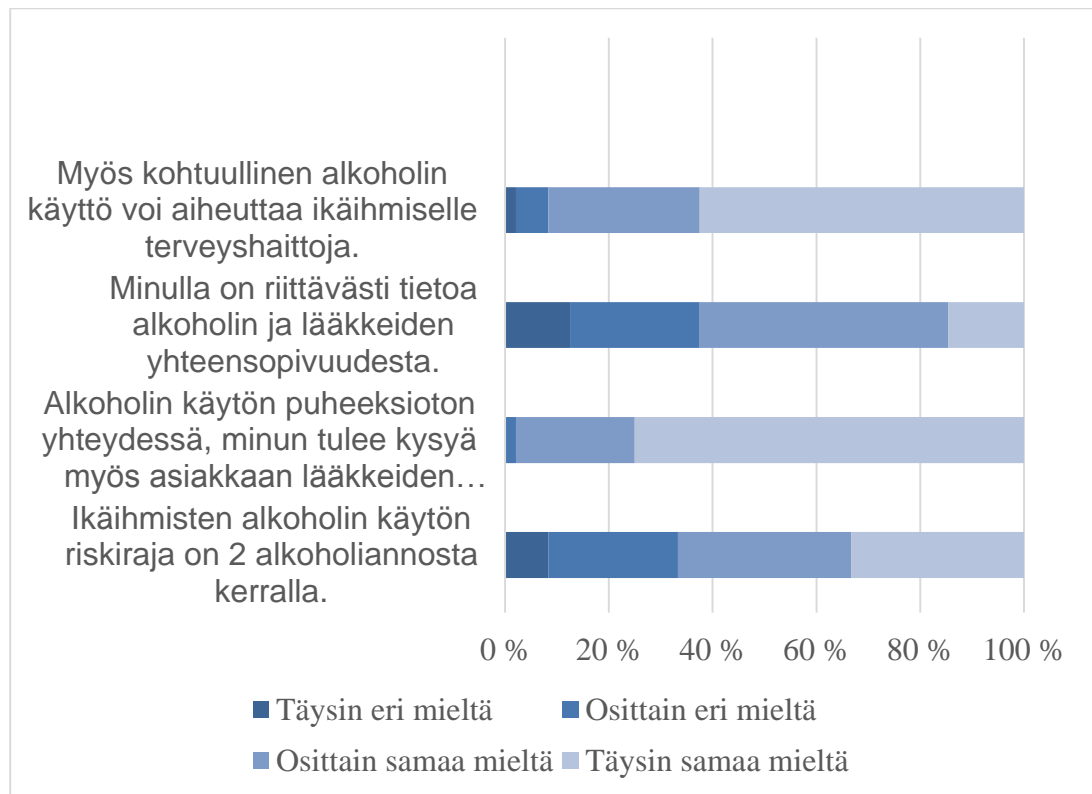
KUVIO 4. Riskikäyttäjän tunnistaminen

Hoitajien mielestä (91,7 %) myös *kohtuullinen alkoholin käyttö voi aiheuttaa ikäihmiselle terveyshaittoja* (kuvio 5). Tätä mieltä asiasta oli 80 % sairaanhoitajista ja 63,2 % lähihoitajista.

Vain seitsemän hoitajaa koki, että heillä on *riittävästi tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteensopivuudesta*. Vastaajista 37,5 % (n=18) kaipasi selkeästi lisää tietoa aiheesta. Lähes puolet vastaajista (n=23) oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Hoitajista 75 % (n= 36) koki, että alkoholin *käytön puheeksioton yhteydessä hänen tulee kysyä myös asiakkaan lääkkeiden käytöstä*. Sairaanhoitajista 90 % ja lähihoitajista 73,9 % ajattelivat asiasta näin.

Joka kolmas (n=16) hoitajista tietää varmasti, että ikäihmisten alkoholin käytön riskiraja on 2 alkoholiannosta. Joka kolmas vastanneista on osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Sairaanhoitajilla (70 %) on asiasta parempi tieto kuin lähihoitajilla (37 %).



KUVIO 5. Terveystaitojen tunnistaminen

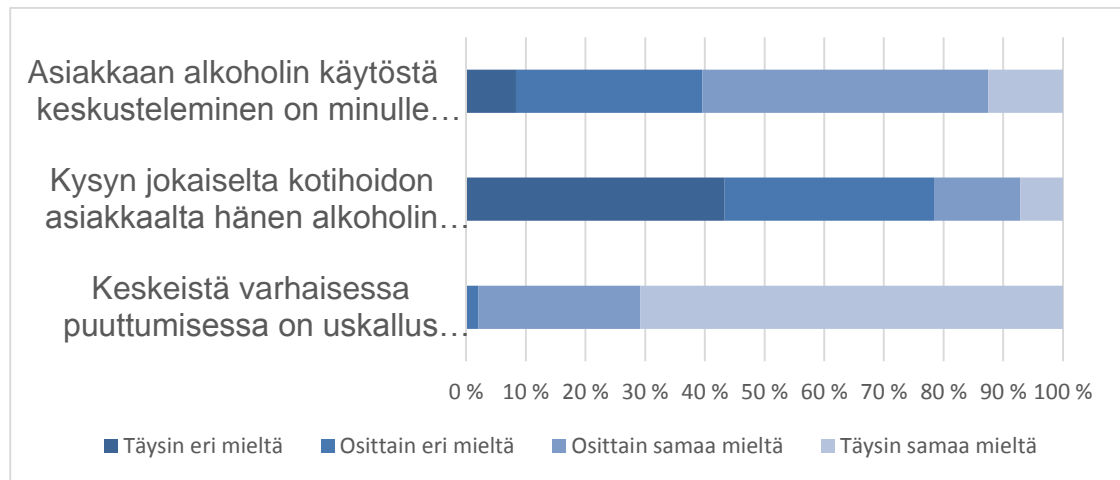
9.3 Hoitajien valmiudet asiakkaan alkoholin käytön puheeksiotossa

Tässä osiossa haimme tietoa toiseen tutkimuskysymykseemme, *millaiset valmiudet hoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan alkoholin käyttö*. Melkein kaikki hoitajat näkevät *keskeisenä asiana varhaisessa puuttumisessa uskalluksen puuttua* asiakkaan alkoholin käyttöön (kuvio 6). Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Hoitajista 60 % koki, että asiakkaan *alkoholin käytöstä keskusteleminen* oli luontevaa ja helppoa. Loput vastaajista kokivat keskustelun vaikeaksi. Lähihoitajista 15,8 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä.

Vajaa puolet (43,8 %) hoitajista ei kysy jokaiselta kotihoidon asiakkaalta hänen alkoholin käytöstään. Vain 10 vastaajaa kysyi asiaa jokaiselta asiakkaalta. Sairaan-

hoitajat kysyvät aktiivisemmin kotihoidon asiakkaan alkoholin käytöstä kuin lähihoitajat.



KUVIO 6. Asiakkaan alkoholin käytöstä keskustelu

Suurin osa hoitajista (n= 43) antaa asiakkaan ensin kertoa avoimesti alkoholin käytöstään, ennen kuin tekee tarkempia kysymyksiä esim. juomien määrästä (kuvio 7). Sairaanhoitajista 90 % ja lähihoitajista kaikki toimivat työssään näin.

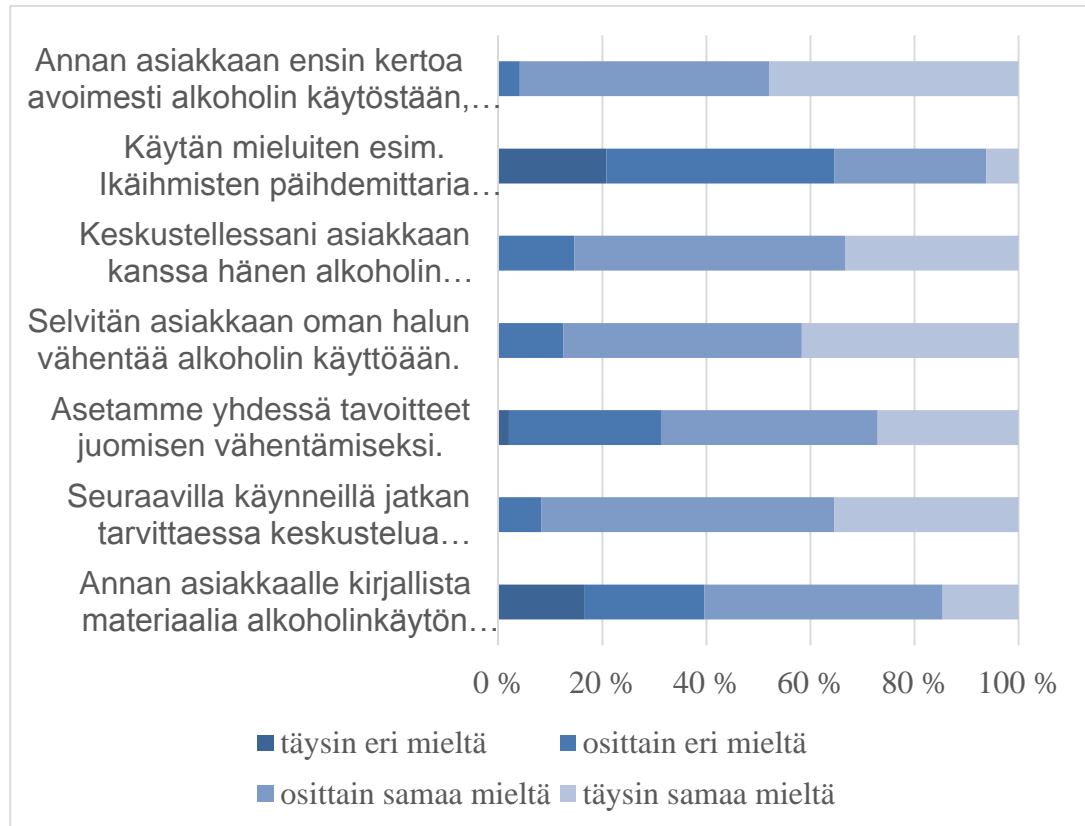
Yli 60 % hoitajista ei käytä mielellään *Ikäihmisten päihdemittaria keskustelun avajana*. Vain kolme vastaajaa ilmoitti käyttävänsä mittaria mielellään. Eri ammattiryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja.

Keskustelu asiakkaan alkoholin käytöstä aloitetaan mielellään avoimella kysymyksellä. Noin 85 % vastaajista koki tämän hyväksi menetelmäksi. Eri ammatti-ryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja.

Myös *asiakkaan oman halun selvittäminen* alkoholin käytön vähentämisessä nähtiin tärkeänä. Hoitajista 87, 5 % selvitti jollain tasolla asiakkaan motivaatiota. Eri ammattiryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja.

Hoitajat (68,8 %) asettavat yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet asiakkaan juomisen vähentämiseksi. Sairaanhoitajista 30 % ja lähihoitajista 15,8 % toimivat näin. Hoitajat (91,7 %) jatkavat seuraavilla käynneillä tarvittaessa asiakkaan alkoholin käytöstä *keskustelemistä*. Puolet sairaanhoitajista ja reilu neljännes lähihoitajista toimivat edellä mainitulla tavalla.

Asiakkaalle annetaan hyvin *kirjallista materiaalia* alkoholin käytön vähentämiseksi. Noin 60 % hoitajista tekee ainakin osittain näin. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.



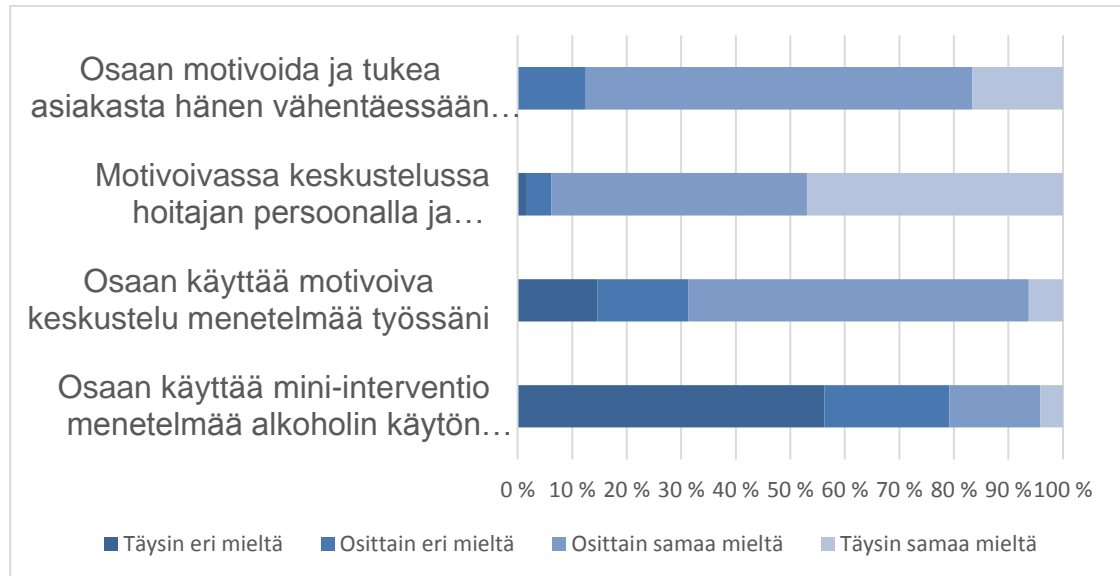
KUVIO 7. Alkoholin käytön puheeksioton menetelmät

Hoitajat (87,5 %) kokevat, että he *osaavat motivoida ja tukea asiakasta* hänen vähentäessään alkoholin käyttöä (kuvio 8). Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Lähes kaikki (n= 44) vastaajat kokivat, että *hoitajan persoonalla ja empaattisuudella* on tärkeä merkitys motivoivassa haastattelussa. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Motivoiva keskustelu -menetelmä koettiin helpompana kuin *mini-interventio*-menetelmä. Hoitajista 68,8 % (n=33) koki osaavansa jotenkin käyttää motivoiva keskustelu - menetelmää , kun taas 79,2 % (n=38) hoitajista koki, etteivät osanneet täysin käyttää mini-interventio-menetelmää alkoholin käytön puheeksiotossa. Peräti yli puolet vastaajista (n=27) kokivat, etteivät osanneet lainkaan käyttää mini-interventiota. Vain 2 hoitajaa koki osaavansa täysin käyttää mini-interventio -menetelmää. Sekä sairaanhoitajat (90%) että lähihoitajat (73,3%) kokivat motivoivan keskustelun

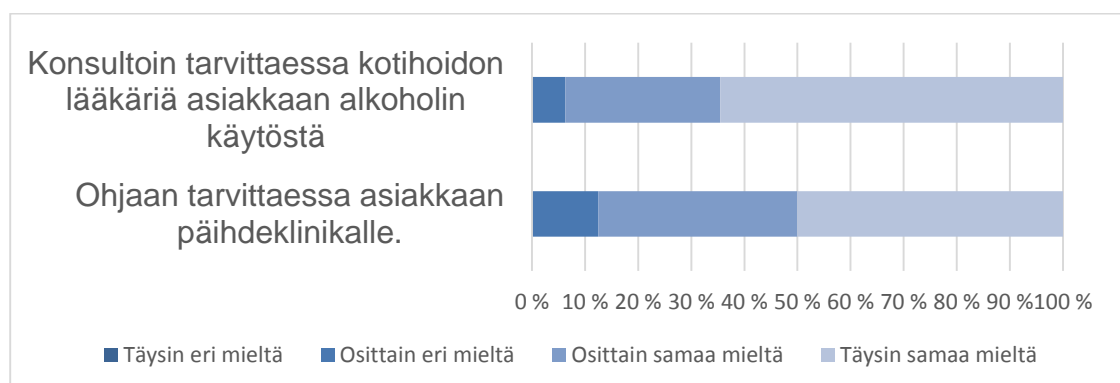
helppona. Sairaanhoitajista puolet ja lähihoitajista 68,4 % kokivat, etteivät osaa ollenkaan mini-interventio–menetelmää.



KUVIO 8. Motivoivien menetelmien käyttö

Lähes kaikki hoitajat *konsultoivat* tarvittaessa kotihoidon *lääkäriä* asiakkaan alkoholin käytöstä (kuvio 9). Sairaanhoitajat (90%) konsultoivat lääkäriä aktiivisemmin kuin lähihoitajat (52,6 %).

Hoitajista lähes 90 % *ohjasi asiakkaan tarvittaessa päihdekllinikalle*. Myös päihdekllinikalle ohjaamisessa sairaanhoitajat (80 %) olivat aktiivisempia kuin lähihoitajat (42,1 %).

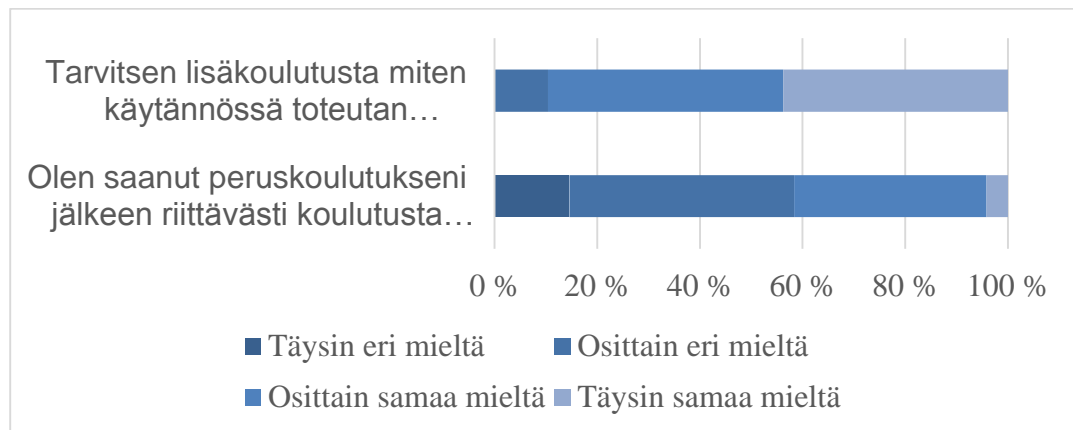


KUVIO 9. Asiakkaan jatkohoitoon ohjaaminen

Hoitajista 42,6 % (n=21) koki saaneensa *peruskoulutuksen jälkeen riittävästi koulutusta* alkoholin käytön puheeksiotosta (kuvio 10). Vastaajista 14,6 % (n= 7) halusi

koulutusta lisää. Yli 10 vuotta työskennelleet lähihoitajat kokivat saaneensa parhaiten koulutusta peruskoulutuksen jälkeen.

Hoitajista 89,6 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta, miten käytännössä toteuttavat kotioidossa varhaista puuttumista. Lähihoitajat (63,2 %) kokivat tarvitsevansa enemmän lisäkoulutusta kuin sairaanhoitajat (10 %).



KUVIO 10. Koulutuksen riittävyys alkoholin käytön puheeksiotossa

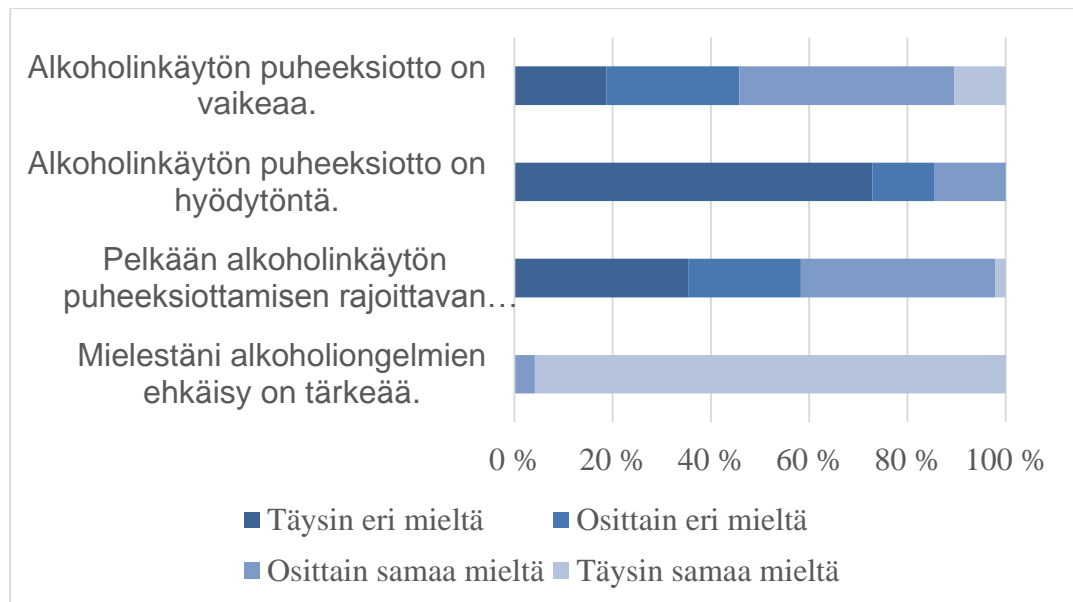
9.4 Hoitajien asenteet alkoholin käytön puheeksiotossa

Tässä osiossa haimme tietoa kolmanteen tutkimuskysymykseemme, *millaiset asenteet hoitajilla on alkoholin käytön puheeksiotossa*. Hoitajista 85,4 % (n=41) näki alkoholin käytön *puheeksioton tärkeänä* kotioidossa (kuvio 11). Lähihoitajat (68,4 %) näkivät asian tärkeämpänä kuin sairaanhoitajat (50 %).

Yli puolet (54,2 %) hoitajista olivat sitä mieltä, että alkoholin käytön *puheeksiotto on jollain tapaa vaikeaa*. Vain 9 vastaajaa koki alkoholin käytön puheeksioton täysin helppona. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Kotihoidon hoitajat (58,3 %) eivät *pelkää alkoholin käytön puheeksioton rajoittavan luottamussuhteen syntymistä*. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Lähes kaikki (95,8 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että *alkoholiongelmiin ehkäisy on tärkeää*.



KUVIO 11. Alkoholinkäytön puheeksiotto

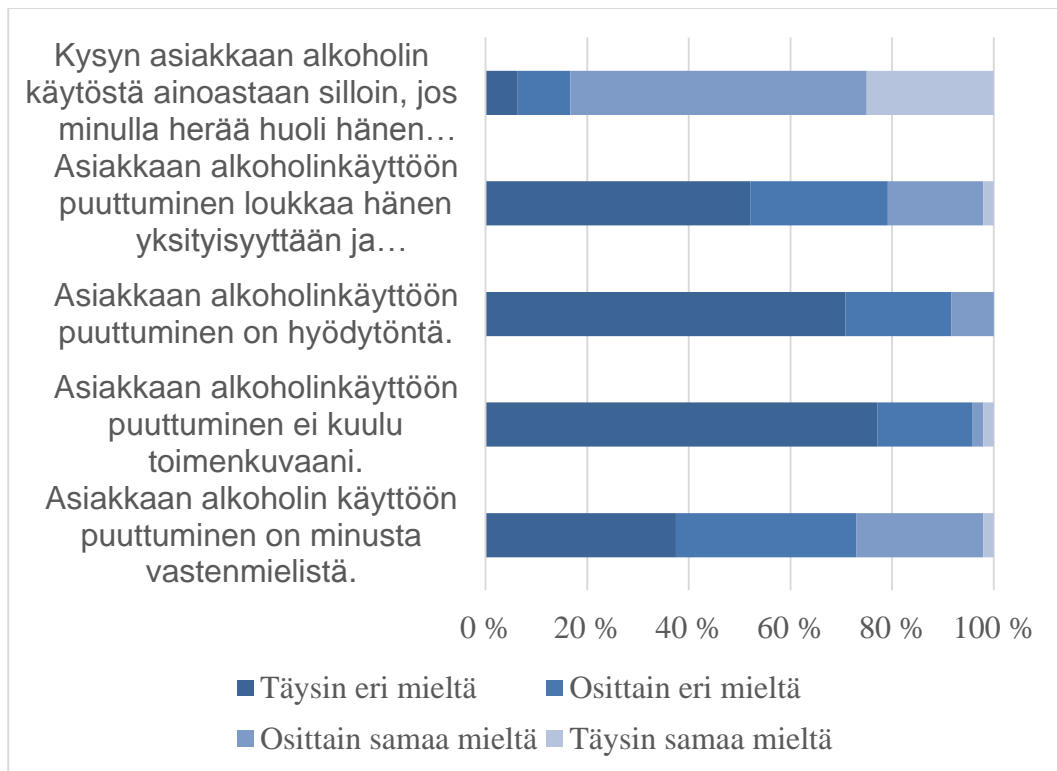
Yli 80 % (n=40) hoitajista kysyy asiakkaan alkoholinkäytöstä ainoastaan silloin, kun heillä herää huoli asiakkaan alkoholiongelmasta (kuviokuva 12). Ainoastaan 8 vastaajaa (3 sairaanhoitajaa ja 5 lähihoitajaa) kysyi asiasta muulloinkin.

Noin 20 % hoitajista koki, että asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen loukkaisi hänen yksityisyyttään tai itsemääräämisoikeuttaan. Sairaanhoitajista 70 % ja lähihoitajista 42,1 % oli täysin eri mieltä asiasta.

Asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen koettiin *hyödyllisenä*. Vain neljä hoitajaa epäili asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttumisen hyötyjä. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Lähes kaikki (n=46) hoitajat olivat sitä mieltä, että asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen on osa toimenkuvaa. Kaikki sairaanhoitajat näkivät puuttumisen osana työtä. Lähihoitajista n. 5 % koki, ettei alkoholinkäytön puheeksiotto kuulu toimenkuvaan.

Asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttumista ei koeta *vastenmielisenä*. Hoitajista 27 % näki puuttumisen vastenmielisenä, lähihoitajista 38,6 % ja sairaanhoitajista 20 %.

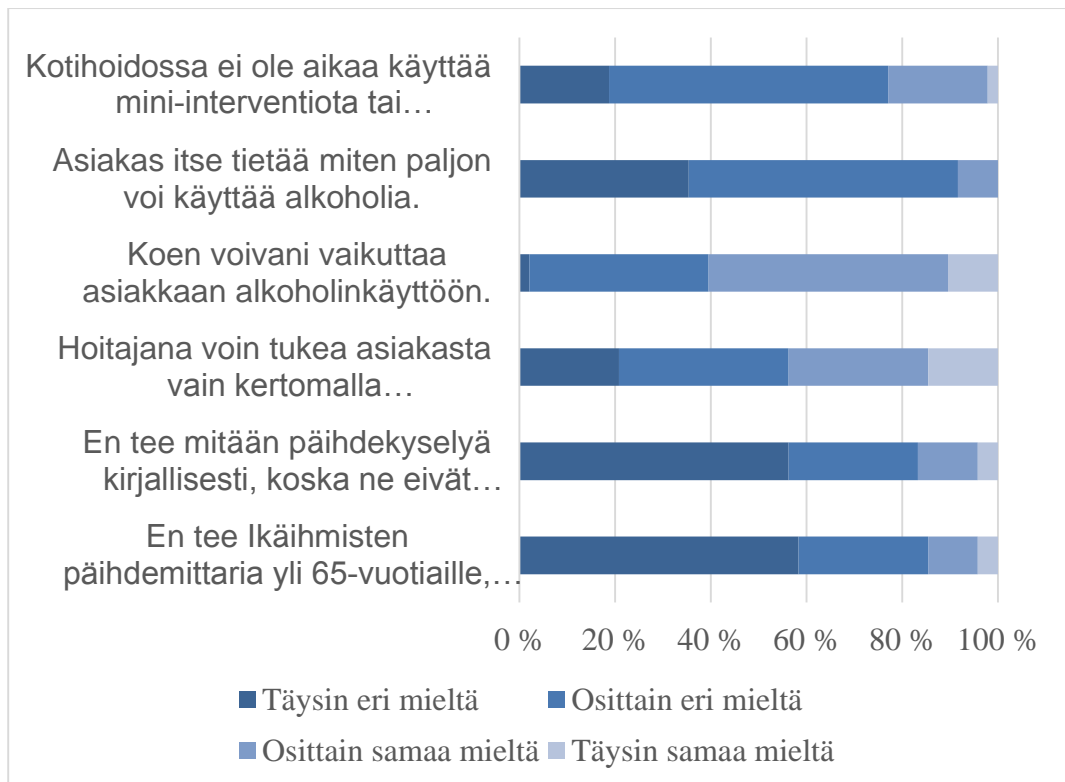


KUVIO 12. Asiakkaan alkoholin käyttöön puuttuminen

Hoitajista suurimman osan (74,1 %) mielestä kotihoidossa on *aikaa käyttää mini-interventiota tai motivoivan keskustelun* menetelmää (kuvio 13). Lähihoitajista 36,8 % ja sairaanhoitajista 10 % oli osittain sitä mieltä, ettei menetelmien käyttöön ole aikaa. Hoitajat (90 %) eivät usko, että asiakas *itse tietäisi kuinka paljon voi käyttää alkoholia*. Vastaajista 8,3 % (n=4) luotti asiakkaan tietämykseen. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja.

Hoitajista 60 % *uskoo, että pystyy vaikuttamaan* asiakkaan alkoholin käyttöön. Eri ammattiryhmien vastauksissa ei ollut merkittäviä eroja. Yli puolet (56,2 %) hoitajista uskovat, että *pystyvät tukemaan* asiakasta alkoholin käytön vähentämisessä *muutenkin kuin vain kertomalla alkoholin käytön haitoista*. Lähihoitajista 15,8 % (n=7) koki, etteivät pysty muulla tavoin tukemaan asiakasta.

Väittämiin en *tee Ikäihmisten päihdemittaria yli 65-vuotiaille, koska se ei mielestäni sovellu heille ja en tee mitään päihdekyselyä kirjallisesti, koska ne eivät mielestäni sovellu kotihoitoon*, tulivat samankaltaiset vastaukset. Reilu 80 % oli väittämien kanssa eri mieltä. Lähihoitajista reilu 30 % ajatteli molemmista väittämistä näin. Kaikki sairaanhoitajat olivat asiasta täysin eri mieltä.



KUVIO 13. Mini-intervention toteutuminen

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon hoitajien valmiuksia alkoholin käytön puheeksiotossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, kuinka erilaisten koulutusten ja projektien myötä alkoholin käytön puheeksiotto on juurtunut työyhteisön käyttöön. Myös koulutuksen tarpeesta haluttiin tietoa työnantajan käyttöön.

10.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tulokset voimme yleistää ainoastaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (Sosterin) kotihoitoon. Vastausprosentti oli alhainen. Huomasimme, että kyselyyn vastanneiden lisäksi myös 35 hoitajaa oli avannut kyselyn vastaamatta siihen. Kotihoidossa oli kuukausi aiemmin tehty aihepiiriltään samankaltainen kysely. Pohdimme, olisimmeko saaneet enemmän vastauksia kyselyymme, jos kotihoidossa ei olisi tehty kahta niin samankaltaista kyselyä niin lähemmäs. Hoitajat voivat olla myös väsyneitä vastaamaan kyselyihin kiireen keskellä. Osa vastaajista oli myös vielä vuosilomilla.

Sosterin (2011) strategian mukaan jokaisen työntekijän on rohkeasti puhuttava alkoholin käytöstä vastaanotollaan. Tämä tarkoittaa yksiportaisen hoitomallin mukaan, että kotihoidon hoitajien on otettava asiakkaidensa alkoholin käyttö puheeksi mahdollisimman varhaisessa hoidon vaiheessa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan tulee kysyä kerran vuodessa alkoholin käytöstä. Lähes kaikki vastaajat totesivat varhaisen puuttumisen tärkeyden riskikäyttäjän varhaisessa tunnistamisessa. Mielestämme puheeksioton tärkeys on ymmärretty hyvin ja tuloksista nousee selkeästi, että varhaisvaiheen päihdetyötä halutaan toteuttaa. On tärkeää, että jokainen omalla ammattiosaamisellaan ja persoonallaan toteuttaa puheeksiottoa työssään. Airan ja Haarin tutkimuksessa havaittiin, että vain harvoin otettiin alkoholin käyttö puheeksi ikäihmisten keskuudessa, vaikka se olisi esim. asiakkaan lääkityksen kannalta merkityksellistä (Aira 2007). Myös Piiraisen (2010) tutkimuksen mukaan kotihoidossa on alkoholin käytön puheeksiotto melko vähäistä.

Sosterin vastaanoton työntekijöille aiemmin tehtyyn tutkimukseen (Kiljunen & Kyläsorri 2012) verrattuna voi sanoa, että erilaiset työkalut ja materiaali ovat jo kotihoidossa tutumpia sekä esim. Sosterin päihdepolku tunnetaan nimeltä. Erilaisten työkalujen ja mittareiden olemassaolosta tiedettiin paremmin kuin aiemmin, mutta kuitenkin vain alle puolet vastaajista käytti Ikäihmisten päihdemittaria riskikäyttäjän tunnistamiseen ja noin puolelle vastaajista tämä ei ollut tuttu työväline. Seniori-projektin aikana järjestettiin alueellamme paljon koulutuksia, mikä lisäsi päihdeosaamista hoitajien keskuudessa (Laapio 2010, 12–15).

Alkoholin ja lääkkeiden yhteensopivuudesta sekä terveyshaitoista tiedettiin hyvin. Alkoholin käytön riskirajan tietämyksessä oli vastaajaryhmillä hajontaa vastauksissa. Sairaanhoitajaryhmällä tietämys oli parempi.

Kotihoidon hoitajilla näkyi vastauksissa selkeästi positiivista ja realistista asennetta puheeksiottoa kohtaan. Erilaisista koulutuksista ja pitkistä projekteista on ollut varmasti hyötyä. Lähes puolet vastaajista koki saaneensa peruskoulutuksen jälkeen riittävästi koulutusta alkoholin käytön puheeksiotosta. Myös pitkä ammattikokemus näkyi tuloksissa. On muodostunut vankka ammattitaito, ja työntekijät luottavat omiin taitoihinsa. Kuitenkin lähihoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta enemmän kuin sairaanhoitajat. Voi olla, että senioripäihdevastuuhenkilöiden osuus näkyi tutkimusessamme positiivisesti.

Hoitajien puheeksioton osaamisesta nousi muutamia mielenkiintoisia asioita esille. Alkoholin käytöstä keskusteleminen koettiin edelleenkin hankalaksi ja ei-luontevaksi. Myös Piiraisen (2010) tutkimuksessa hoitajat kokivat puheeksioton luonnolliseksi, mutta haastavaksi. Huomasimme, että kysymyslomakkeen kysymyksissä 8 ja 9 tulokset eivät olleet johdonmukaisia. Kysymykset olivat liian samankaltaiset. Meidän olisi pitänyt vielä kriittisemmin miettiä kyselykaavaketta. Toisaalta näillä kysymyksillä olimme saaneet luotettavampaa tietoa alkoholin käytön puheeksiotosta, jos tulokset olisivat olleet yhdenmukaisemmat.

Behmin (2005) mukaan alkoholin käytön puheeksiottoa pidetään vaikeana asiana kiireisessä hoitotyössä. Sairaanhoitajat kokivat ennaltaehkäisevän työn tärkeäksi ja he näkivät itsensä ehkäisijänä, tunnistajana, puheeksi ottajana, herättelijänä, tilaisuuden antajana, tukijana, auttajana ja kontrolloijana. Tutkimuksessamme suurin osa vastaajista koki, että kotihoidossa on aikaa toteuttaa mini-interventiota. Eri puheeksioton menetelmät soveltuvat työhön lähes kaikkien vastaajien mielestä. Suurin osa kokee voivansa vaikuttaa asiakkaan alkoholin käyttöön. Puheeksioton menetelmät pitäisi jatkossa ottaa aktiivisemmin käyttöön.

Kaikki hoitajat eivät kysyneet asiakkaan alkoholin käytöstä. Kuitenkin todettiin, että asiakkaan alkoholin käytön puheeksiotossa keskeisintä on uskallus puuttua. Ikäihmisten päihdemittaria ei käytetty työssä, mutta mittarin käyttöön oli halukkuutta ja se koettiin hyödyllisenä. Mikä estää ikäihmisten päihdemittarin käytön kotihoidossa? Yli puolet hoitajista jakaa kirjallista materiaalia asiakkaalle jossain määrin. Vaikuttaako tähän, että oppaat ovat nykyisin maksullisia? Mini-interventiossa keskeinen elementti on jakaa tietoa kirjallisesti tukimateriaalin muodossa (Mäkelä 2005). Hoitajat pitivät mm. AUDIT in käyttöä puheeksiottamista helpottavana työvälineenä (Sutinen 2010, 54).

Tutkimuksessamme riskikäyttäjän tunnistaminen havainnoimalla onnistui hyvin. Edelleenkin kaikki kotihoidon hoitajat eivät kysy suoraan asiakkaan alkoholin käytöstä. Behmin (2005) mukaan hoitajat tunnistavat päihteidenkäytön usein ulkoisen olemuksen, tapaturmien ja voinnin havainnoimisella, vähemmän psyykkisten oireiden perusteella.

Suurin osa sairaanhoitajista halusi selvittää asiakkaan oman halun alkoholin käytön vähentämisessä, mutta lähihoitajista suurin osa ei. Asiakkaan motivoimisessa ei kuitenkaan ollut eroa, ja se koettiin tärkeäksi. Behmin (2005) tutkimuksessa nousi esille kysymys, kenen tehtävä on ottaa asiakkaan alkoholin käyttö puheeksi. Moniammatillisesta yhteistyöstä puhuttaessa voi asiakas jäädä kysymysten alle, siirrellään vastuuta ja kysymyksiä eri ammattiryhmille. (Behm 2005, 77.) Muutosmotivaatiota hoitajat selvittivät Behmin (2005) tutkimuksessa keskustelemalla asiakkaan kanssa hänen halustaan ja aikeistaan tehdä asialle jotain. Hänen tutkimuksessaan pohdittiin, miten motivoivan haastattelun käyttöä työmenetelmänä voisi lisätä.

Mini-intervention käyttö alkoholin käytön puheeksiotossa koettiin edelleen vaikeaksi molemmissa työntekijäryhmissä. Vaikka päihdehoitotyöhön liittyvät samat hoitotyön arvot, periaatteet ja toimintatavat kuin muuhunkin hoitotyöhön, käytännön työssä kohtaaminen ja hoitaminen ovat yhä ongelmallisia (Behm 2005, 97). Tutkimuksestamme nousi, että hoitajat tietävät mini-intervention menetelmät. Herää ajatus, että he eivät miellä tekevänsä mini-interventiota. Hoitajat osasivat ohjata asiakkaan tarvittaessa jatkohoitoon tai lääkärille.

Kolmanteen tutkimusongelmaan halusimme tietoa hoitajien asenteista alkoholin käytön puheeksiottoa kohtaan. Levon (2008) mukaan asenteet ovat menetelmiä oleellisempi osa kotihoidon asiakkaiden kanssa tehdystä päihdetyöstä. Asenteet ovat joskus syvällä ja vaikuttavat kaikkeen toimintaamme. Myös Piiraisen (2010) mukaan mini-intervention estävänä tekijänä koettiin omat asenteet.

Alkoholiongelmien ehkäisy ja puheeksiotto koettiin tutkimuksestamme kaikkien mielestä tärkeänä. Alkoholin käyttöön puuttuminen kuului lähes jokaisen mielestä työn toimenkuvaan. Puheeksioton ei pelätty rajoittavan luottamussuhteen syntymistä. Asiakkaan alkoholin käyttöön puuttumisen ei koettu loukkaavan hänen itsemääräämisoikeuttaan. Neljännes vastaajista koki vastenmielisyyttä puuttua asiakkaan alkoholin käyttöön. Kuitenkin suurin osa kysyy alkoholin käytöstä, jos siihen herää huoli. Mielestämme asenteisiin pystyy vaikuttamaan koulutuksella. Myös Piiraisen (2010) mukaan koulutusta tarvittaisiin ohjaamiseen, neuvontaan ja hoitamiseen.

Varsinaista menetelmien juurtumista on vaikea mitata näin pienellä otoksella. Kuitenkin ajattelemme, että kyselymme ja tutkimustyömme auttaa edelleen juurtumistyössä.

Toivomme kyselymme aiheuttavan pohdintaa, mitä asioita voi alkoholinkäytön puheeksiotossa ottaa huomioon. Tutkimustamme voi jatkossa käyttää työvälineenä, ja toivomme ainakin senioripäihdevastuuhenkilöille siitä olevan tukea ja apua arjen haasteellisiin kohtaamisiin.

Uskomme työmme osaltaan madaltavan kynnystä alkoholin käytön puheeksiotosta sekä muistuttavan varhaisen puuttumisen tärkeydestä. Työmme antaa vahvistusta ja uskoa työntekijöiden jo olemassa oleviin taitoihin.

10.2 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia

Mielestämme on tärkeää, että koulutuksia aiheesta jatketaan. Sosterin kotihoidossa voidaan miettiä, mihin työntekijäryhmiin koulutuksia kohdennetaan, ja vahvistetaan esim. senioripäihdevastaavien osaamista. Jatkossa voisi tutkia myös senioripäihdevastuuhenkilöiden työnkuvaa ja sitä kuinka he ovat kokeneet vastualueensa kotihoidossa.

Kotihoidossa pyritään jatkossa lisäämään hoitajien määrää ja myös vahvistamaan erilaista osaamista. Kaste-ohjelman mukaan palvelujen sisältöä ja vanhenemiseen liittyvää osaamista on kehitettävä ja myös toimivien käytäntöjen hallittua käyttöönottoa lisättävä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 25, 27). Voisiko senioripäihdevastuuhenkilöillä olla myös ohjaava rooli työyhteisön sisällä?

Kehittämisen kohteena voisi nähdä kotihoidon yhteistyön syvenemisen myös eri toimijoiden välillä. Päihdetyö on parhaimmillaan yhteistyötä, johon jokainen työntekijä tuo oman vahvimman osaamisensa. Eri menetelmien käyttöönotto on varmistettava ja niiden vaikuttavuutta hoitotyöhön on seurattava. Työotteen olisi muututtava aktiivisemmaksi. Osaamisella vahvistetaan hoitotyön laatua ja sitoutuneisuutta. Keskiössä on aina asiakas, jonka hyväksi teemme hoitotyötä.

10.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Aloitimme opinnäytetyön aiheen työstämisen keväällä 2012. Pohdimme, mikä yhdistää kaksi pitkään ammatissa työssä ollutta terveydenhoitajaa ja sairaanhoitajaa. Tote-

simme yhdessä, että aiheena on alkoholi. Kyselimme palavereissa tahoillamme, olisiko työnantajalla mielessä aiheita opinnäytetyön laatimiseen. Kevään aikana idea varmistui ja saimme toukokuussa 2012 ideapaperin hyväksytyksi. Työmme jäi taka-alalle, kun kuulimme, että vastaavasta aiheesta on kysely menossa vastaanoton työntekijöille. Päätimme tehdä oman tutkimuksen kotihoidon työntekijöille ja muuttaa hieman näkökantaa aiheeseen. Kysyimme aiheesta Savonlinnan kotihoidon palvelupäälliköltä, ja hän oli aiheesta kiinnostunut.

Työstimme aihetta hieman eri näkökulmasta. Toinen meistä on keskittynyt terveyden edistämisen kannalta aiheeseen ja toinen vanhustyön kannalta, molemmat omilta vahvoilta osaamisalueiltamme. Tutkimustyön tekeminen on ollut hyvin kausittaista. Olemme kokoaikaisessa työssä, ja perheen ja opiskelun yhteensovittaminen on ollut haastavaa. Meillä molemmilla on myös ollut henkilökohtaisia haasteita elämässä. Saimme kuitenkin kannustusta opiskelutovereilta ja päätimme saada suunnitelmaseminaarin esitettyä toukokuussa 2013.

Olimme koko opiskeluvuoden aikana työstäneet aihetta eri töissämme, joten saimme napakasti tehtyä teoriaosuuden huhtikuun ja toukokuun aikana 2013. Mielestämme kyselylomakkeen kysymykset nousivat hyvin teoriasta ja saimme kyselylomakkeen laadittua melko helposti. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin toukokuussa 2013. Haimme luvan heti suunnitelman hyväksynnän jälkeen kesäkuun 5. päivänä hallintoylihoitaja Ulla Kemppaiselta. Hän esitti joitakin parannusehdotuksia kyselylomakkeeseen, jotka myös toteutimme.

Luvan saatuamme veimme kyselyn Webropol-ohjelmalle ja teimme esitestauksen neljälle Sosterin koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivalle terveydenhoitajalle ja yhdelle sairaanhoitajalle erikoissairaanhoidossa. Saimme heiltä myönteistä ja rakentavaa palautetta ehdotuksineen lomakkeesta. Otimme palautteen ja ehdotukset vastaan. Kyselyn toteutimme sovitusti vuosilomien jälkeen elo-syyskuun vaihteessa 2013. Aloitimme tulosten työstämistä loman aikana marraskuussa, mutta jatkoimme keväällä 2014 helmikuussa työn parissa aktiivisemmin.

Hidas aikataulu on ollut meille sopiva tapa jäsentää ajatuksiamme ja työstää aihetta eteenpäin. Pitkien taukojen jälkeen on ollut kuitenkin vaikeampaa tarttua nopeasti työ-

hön ja tietoteknisten valmiuksien osalta jopa turhankin vaikeaa välillä. Olemme saaneet ongelmiin apua heti tarvittaessa. Edellisistä opinnoista on meillä molemmilla jo yli kaksikymmentä vuotta aikaa. On kuitenkin hyvä huomata, että aina oppii uutta ja voi kehittyä monella tavalla. Olemme saaneet uutta intoa työelämään ja opiskelijaohjaukseen omassa työssämme. Parityönä tehty työmme lisäsi opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä, koska tarkastelimme ja lähestyimme aihetta kahdelta eri näkökulmalta, kahden erilaisen ammattilaisen silmin.

LÄHTEET

Anderson, P, A. Gual & Colom J 2005. Alcohol and Primary Health Care Clinical Guidelines on identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.

Apo, Heli 2007. Varhaisvaiheen puuttumisen toimintamalli psykiatriselle osastolle alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi. Etelä- Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

Aira, Marja 2007. Ikääntyminen ja alkoholi ja lääkkeet. Teoksessa Alanko, Anna & Haarni, Ilkka (toim.) 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.

Behm, Minna-Maria 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Eriksson, Esa & Arnkil, Tom Erik 2005. Huoli puheeksi. STAKES. Oppaita 60. Helsinki: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Handmaker, Nancy Sheehy & Wilbourne Paula 2001. Motivational Interventions in prenatal clinics. Alcohol research & Health.

Halonen, Merja 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heimala, Heli 2013. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Pääteet puheeksi. Koulutus Kuopiossa. [www-dokumentti. http://www.avi.fi/web/avi/tapahtumat-ja-koulutukset](http://www.avi.fi/web/avi/tapahtumat-ja-koulutukset). Päivitetty 2013. Luettu 31.1.2013.

Heimo, Eija 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Julkaisuja sarja C. Scripla Fennica Edita. Turku.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita

Huohvanainen, Jaana, Kejonen, Anne, Lehmuskoski, Kristiina, Leinonen, Sari, Nykky, Tiina, Pirskanen, Marjatta & Varjoranta, Pirjo, 2012. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Alkoholiohjelma. THL. [www-dokumentti. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046) Päivitetty 2012. Luettu 2.2.2013.

Inkinen, Maria 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategia 2011–2013, 2010. Sairaanhoitopiirin WWW-sivut. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Päivitetty 20.4.2014. Luettu 5.1.2013.

Kejonen, Anne 2009. Päätteet puheeksi. Koulutuksen Powerpoint-esitys 20.4.2009. Päivitetty 2009. Luettu 5.3.2013.

Kemppanen, Kirsti 2013. Puhelinkeskustelu 10.2.13. Palvelupäällikkö. Kotihoito. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Kiljunen, Sanna, Kyläsorri & Anna-Maija 2010. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen terveyskeskusten vastaanotoilla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitoalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Käypä hoito -suositus 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>. Päivitetty 7.2.2011. Luettu 13.1.2013.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/ Päivitetty 2010. Luettu 10.11.2012.

Laapio, Marja-Liisa 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien kohtaamisia. Teoksessa Alanko Anna & Haarni Ilkka.(toim.) 2007, Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.

Levo, Tarja, Viljanen, Maria, Heino, Taina, Koivula, Riitta % Aira, Marja 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen, taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.

Luonsinen, Mari 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottaminen ja ohjaus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Miller, William 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen. L. & Saarnio. P.(toim.) 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi

Mäkelä, Matti & Teinilä, Erkki 2009. Päihdeongelmainen ikääntynyt hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY

Nykky, Tiina, Heino, Taina, Myllymäki, Eija & Rinne Tuija 2010. Ikääntyminen ja päätteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Piirainen, Minna 2010. Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholimini-intervention toteuttamisesta. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulu.

Pirskanen, Sirkka 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Julkaisuja E 40. Väitöskirja. Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0510-8/urn_isbn_978-951-27-0510-8.pdf. Päivitetty 2007. Luettu 10.9.2012.

Päihdelinkki 2011. Alkoholineuvonnan opas WWW-dokumentti. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas>. Päivitetty 14.4.2014. Luettu 5.3.2013.

Rintala, Jyrki, 2010. Iäkkään henkilön alkoholiongelman tunnistaminen. Teoksessa Seppä, Kaija, Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Duodecim.

Seppä, Kaija 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Salaspuro, Mikko, Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.

Seppä, Kaija 2005. Mini-interventio- alkoholin suurkuluttajien lyhytneuvonta. Teoksessa Tommi 2005. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Helsinki.

Seppä, Kaija, Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo 2010. Alkoholiriippuvuus. DUODECIM. Helsinki.

Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Julkaisuja E132. Väitöskirja. Kuopio.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Esitteitä 6. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf. Luettu 24.10.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos 2006. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio-hoitosuosituksen yhteenveto. PDF-tiedosto. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/B346C821-931B-4D6D-80C8-73AA617D82B/13159/Alkoholi_perusterveydenhuolto_verkko.pdf. Päivitetty 2006. Luettu 23.2.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. STM:n julkaisuja 6. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf. Päivitetty 2008. Luettu 7.12.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 b. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. STM:n selviytyksiä 10. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614. Päivitetty 2008. Luettu 2.3.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut Päivitetty 2011. Luettu 15.3.2013.

Sulander, Tommi 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa, Teoksessa Alanko, Anna & Haarni, Ilkka (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauha-liitto.

Sutinen, Tiina, 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien äitien hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Terveyden-ja hyvinvoinnin laitos 2006. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. STAKES. WWW-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/fa9b7892-47ce-4c68-a419-640443b9c2a8>. Päivitetty 2006. Luettu 10.11.2012.

Terveyden-ja hyvinvoinnin laitos 2011. Alkoholiohjelma 2008–2011. THL Raportti 37/2011. PDF-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma. Päivitetty 2011. Luettu 28.4.2013.

Terveyden-ja hyvinvoinnin laitos 2012. Yhteistä ponnistelua alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi, Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012 -2015. Raportti 73/2012. PDF-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot/muut_julkaisut. Päivitetty 2012. Luettu 15.3.2014.

Terveyden-ja hyvinvoinnin laitos 2013. Varhainen puuttuminen. WWW-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/keinot/varhainen_puuttuminen. Päivitetty 2013. Luettu 1.2.2013.

Warsell, Leena & Soikkeli, Markku 2013. Laatutähteä kiertämässä, ehkäisevän päihdetyön laatukäsikirja. THL. Helsinki.

Viljanen, Maria & Levo, Tarja 2010. Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Liika on aina liikaa-ikäntyminen ja alkoholi-projektin raportti 2005-2008. Vammalan kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Öferström-Anttila, Hillevi & Alho Leena 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puhekesiotto ja lyhytneuvonta, Aikuisten ehkäisevä päihdetyö, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimus	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
Behm, M-M. 2005. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma, Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa	<p>Kuvattiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien tekemää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä alkoholin suurkulutuksen näkökulmasta.</p> <p>Kuvata hoitajien käsitystä omasta merkityksestään varhaisvaiheen päihdehoitotyötä, osana perustehtävää.</p>	<p>Mukana kaikki ko. kaupungin terveyskeskuksen avovastaanoton, neuvoloiden, työterveyshuollon, opiskelija- ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat N=56</p> <p>Teemahaastattelut, esseet</p>	<p>Hoitajat tunnistiivat suurkuluttajien sanallisen vuorovaikutuksen ja havainnoinnin, arvioinnin ja yhteistyön avulla. Hoitajat ottivat alkoholin suurkulutuksen puheeksi, lisäsivät asiakkaiden tietoisuutta, arvioivat kokonaisuutena, suunnittelivat muutosta, sekä järjestivät jatkohoitoa. Hoitajat kokivat oman merkityksensä vaikeaksi. Päihdytön toteuttamista edistävät tekijät liittyivät asiakkaaseen, hoitotoimintaan ja ympäristöön. Estävät tekijät asiakkaaseen, perheeseen, kohtaamistilanteeseen, palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan.</p>
Sutinen Tiina, 2010. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön, Väitöstyö.	<p>Kehittää äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön malli ja arvioida mallia. Kehittää mini-intervention ja motivoivan haastattelun osalta päihdeosaamista.</p>	<p>Toimintatutkimus 2003- 2005 osallistavan toimintatutkimuksen periaattein aineisto- triangulaatiota käyttäen. Haastattelu N=18, päihdeäideille. Kysely N=50, hoitohenkilökunnalle. Suunnitteluvaiheessa oli kehittämissyhmien kokousmuistiot.</p>	<p>Päihdehoitotyö osana terveyden edistämistä, työntekijöiden motivaatio hyödyntää päihdehoitotyön työmenetelmiä. Hoitomalli konkretisoi hoitajien työtä. Hoitomallin ytimenä oli motivoiva kohtaaminen. Varhaisvai-</p>

Kirjallisuuskatsaus

		Toteuttamisvaiheessa oli kyselyt ja haastattelut. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin, kvalitatiivinen aineisto teorialähtöisellä sisällön analyysillä.	heen päihdehoitotyö oli vähäistä. Moniammatillinen yhteistyö selkiytyi hoitomallin myötä, työote muuttui aktiivisemmäksi
Piirainen Minna, 2010. Saimaan AMK, Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta Ylempi AMK, Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta, Opinnäytetyö	Kuvata Imatran kotihoidon henkilöstön pilottiryhmän kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa. Kuvata mini-intervention tukevista ja estävistä tekijöistä.	Kvalitatiivinen, ryhmähaastattelu teema- haastattelun runkoa käyttäen, N= 10	Henkilöstö koki, että puheeksiotto vähäistä, vaikkakin koettiin luonnolliseksi. Tunnistaminen koettiin joskus hankalaksi, Motivointi keskustelua, tukemista ja hoitoon sitouttamista. Toteuttamista tuki ammatillinen toiminta, koulutus, omahoitajuuden toteutuminen ja toimintamallin toteuttaminen. Asiakkaasta johtuvia olivat asiakkaan innokkuus ja sitoutuneisuus.
Apo, Heli, 2007. Etelä-Karjalan AMK, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Varhaisvaiheen puuttumisen toimintamalli psykiatriselle osastolle alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi.	Kehittää toimintamalli keskussairaalan psykiatriselle osastolle alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi.	Kaikista psykiatrisista osastoilta osallistui sairaanhoitaja toimintamallin suunnitteluun. Kokoontumiskertoja oli neljä kertaa.	Toimintamalli psykiatriselle osastolle.
Luonsinen, Mari, 2011. Turun Yliopisto. Pro gradu-tutkielma, Hoitotiede. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiottaminen ja ohjaus	Kuvata miten ikääntyneet kokevat alkoholinkäytön puheeksiottamisen ja alkoholinkäyttöön liittyvän ohjauksen pe-	Teemahaastatteluna toteutettuna.N=8, 65-vuotiasta perusterveydenhuollon asiakasta.	Tuotti kuvailevaa tietoa, Ikäihmiset kokivat puheeksi ottamisen ja ohjauksen tärkeäksi. Puheeksi ottaminen ei herättänyt

LIITE 1(3).**Kirjallisuuskatsaus**

	rusterveidenhuollossa toteutettuna. Tavoitteena tuottaa tietoa, jonka avulla kehitetään ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottamista ja ohjausta.		asiakkaissa negatiivisia tunteita. Kokivat uuden tiedon tärkeäksi, myös yksilöllisen tiedon.
--	---	--	--

Hyvä kyselyyn vastaaja

Pyydämme vastaamaan lähettämäämme kyselylomakkeeseen. Tutkimuksella selvitetään hoitajien päihdeosaamista alkoholin käytön puheeksiotossa kotihoidossa. Tutkimus toteutetaan hoitotyön AMK- opintojen opinnäytetyönä.

Vastaaminen on erittäin tärkeää, koska saadun tutkimustiedon pohjalta kehitetään kotihoidossa tarvittavaa osaamista esimerkiksi alkoholin puheeksiotto – koulutusten muodossa.

Tutkimus toteutetaan elo-syyskuun aikana 2013. Kysely on lähetetty jokaiselle Savonlinnan kotihoidon hoitajalle Kerimäen, Punkaharjun, Savonlinnan ja Savonrannan alueella.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme teidän vastaavan kyselyyn kahden viikon sisällä. Tiedot kerätään nimettöminä ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Vastaukset hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vastauksesta kiittäen

Carita Huttunen ja Sinikka Tolvanen
hoitotyön AMK- opiskelijat
Mikkelin ammattikorkeakoulu

Lisätietoja:

Carita Huttunen carita.huttunen@edu.mamk.fi

Sinikka Tolvanen sinikka.tolvanen@edu.mamk.fi

Tuula Okkonen, ohjaava opettaja

tuula.okkonen@mamk.fi

Hoitajien päihdeosaaminen alkoholinkäytön puheeksiotossa kotihoidossa

Hyvä kotihoidon työntekijä

Opiskelemme sairaanhoitaja AMK -tutkintoa Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Tällä kyselyllä selvitämme hoitajien päihdeosaamista alkoholinkäytön puheeksiotossa kotihoidossa.

Kyselyyn vastaaminen vie ajastasi noin 10 minuuttia. Vastaamisesi on meille tärkeää. Henkilöllisyytesi ei tule esille missään kyselyn vaiheessa. Vastaathan 2 viikon kuluessa, viimeistään 16.9.13 mennessä.

Yhteistyöterveisin,

Carita Huttunen carita.huttunen@edu.mamk.fi

Sinikka Tolvanen sinikka.tolvanen@edu.mamk.fi

1. Ammattini on *

- kodinhoitaja/kotiavustaja/lähihoitaja/perushoitaja
- sairaanhoitaja/terveydenhoitaja

2. Työkokemukseni hoitoalalla on *

- alle 1 vuosi
- 1-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Hoitajien päihdeosaaminen alkoholinkäytön puheeksiotossa kotihoi- dossa

3. Ole hyvä ja vastaa väittämiin *

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain sa- maa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
1. Mielestäni alkoholiongelmien ehkäisy on tärkeää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Käytän työssäni Sosterin päihdepalveluket- jua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Olen saanut peruskoulutukseni jälkeen riit- tävästi koulutusta alkoholinkäytön puheek- siotosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Keskeistä varhaisessa puuttumisessa on us- kallus puuttua asiakkaan alkoholin käyttöön.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Varhaisessa puuttumisessa on tärkeää tun- nistaa ajoissa alkoholin riskikäyttäjä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tarvitsen lisäkoulutusta miten käytännössä toteutan kotihoiossa varhaista puuttumista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kysyn jokaiselta kotihoiossa asiakkaalta hänen alkoholin käytöstään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kysyn asiakkaan alkoholin käytöstä aino- astaan silloin, jos minulla herää huoli hänen alkoholiongelma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kysyn ainoastaan sellaiselta asiakkaalta hänen alkoholin käytöstään, joka itse ottaa asian puheeksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hoitajana minun tulee kysyä asiakkaan alkoholin käytöstä ainakin kerran vuodessa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pelkään alkoholinkäytön puheeksiottami- sen rajoittavan luottamussuhteen syntymistä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alkoholinkäytön puheeksiotto on hyödy- töntä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoitajien päihdeosaaminen alkoholinkäytön puheeksiotossa kotihoidossa

4. Ole hyvä ja vastaa väittämiin *

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain sa- maa mieltä	Täysin samaa mieltä
13. Alkoholinkäytön puheeksiotto on vaikeaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Asiakkaan alkoholin käytöstä keskusteleminen on minulle luontevaa ja helppoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Asiakkaan alkoholin käyttöön puuttuminen on minusta vastenmielistä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tunnistan alkoholin riskikäyttäjän fyysisten oireiden perusteella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tunnistan alkoholin riskikäyttäjän psyykkisten oireiden perusteella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tunnistan alkoholin riskikäyttäjän kysymällä suoraan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tunnistan alkoholin riskikäyttäjän havainnoimalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tunnistan alkoholin riskikäyttäjän käyttämällä jotain testiä, esim. Ikäihmisten päihdemittaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ikäihmisten päihdemittari on minulle tuttu työväline.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Olen käyttänyt työssäni Ikäihmisten päihdemittaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. En tee Ikäihmisten päihdemittaria yli 65-vuotiaille, koska se ei mielestäni sovellu heille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. En tee mitään päihdekyselyä kirjallisesti, koska ne eivät mielestäni sovellu kotihoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoitajien päihdeosaaminen alkoholinkäytön puheeksiotossa koti- hoidossa

5. Ole hyvä ja vastaa väittämiin *

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
25. Ikäihmisten alkoholin käytön riskiraja on 2 alkoholiannosta kerralla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Alkoholin käytön puheeksioton yhteydessä, minun tulee kysyä myös asiakkaan lääkkeiden käytöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Minulla on riittävästi tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteensopivuudesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Myös kohtuullinen alkoholin käyttö voi aiheuttaa ikäihmiselle terveyshaittoja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Annan asiakkaalle kirjallista materiaalia alkoholinkäytön vähentämiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Selvitän asiakkaan oman halun vähentää alkoholin käyttöönsä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Asetamme yhdessä tavoitteet juomisen vähentämiseksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Seuraavilla käynneillä jatkan tarvittaessa keskustelua asiakkaan alkoholin käytöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Konsultoin tarvittaessa kotihoidon lääkäriä asiakkaan alkoholin käytöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Hoitajana voin tukea asiakasta vain kertomalla alkoholinkäytön haitoista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Keskustellessani asiakkaan kanssa hänen alkoholin käytöstään, aloitan keskustelun mieluiten avoimella kysymyksellä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Käytän mieluiten esim. Ikäihmisten päihdemittaria keskustelun avaajana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoitajien päihdeosaaminen alkoholinkäytön puheeksiotossa kotihoi- dossa

6. Ole hyvä ja vastaa väittämiin *

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
37. Annan asiakkaan ensin kertoa avoimesti al- koholin käytöstään, ennen kuin teen tarkempia kysymyksiä esim. juomien määrästä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen ei kuulu toimenkuvaani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen on hyödytöntä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Asiakkaan alkoholinkäyttöön puuttuminen loukkaa hänen yksityisyyttään ja itsemääräämis- oikeuttaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Koen voivani vaikuttaa asiakkaan alkoholinkäyttöön.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Asiakas itse tietää miten paljon voi käyttää alkoholia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Osaan käyttää mini-interventio menetelmää alkoholinkäytön puheeksiotossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Osaan käyttää motivoiva keskustelu mene- telmää työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Motivoivassa haastattelussa hoitajan persoo- nalla ja empaattisuudella on tärkeä merkitys.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Kotihoidossa ei ole aikaa käyttää mini-inter- ventiota tai motivoivan keskustelun menetel- mää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Osaan motivoida ja tukea asiakasta hänen vähentäessä alkoholinkäyttöään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Ohjaan tarvittaessa asiakkaan päihdeklini- kalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>