

# Ehkäisevä päihdetyö

Kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajien kokemukset sekä toimintatavat  
Ylä-Savon SOTE ky:n alueella

Anni Primetta & Jasmin Ruotsalainen

Opinnäytetyö



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Anni Primetta & Jasmin Ruotsalainen	
Työn nimi Ehkäisevä päihdetyö – Kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajien kokemukset sekä toimintatavat Ylä-Savon SOTE ky:n alueella	
Päiväys	28.5.2014
Sivumäärä/Liitteet	46/8
Ohjaaja(t) Raija Pulkkinen & Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, aikuispsykiatrisen poliklinikka	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin, millaisin keinoin kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä ja millaisia kokemuksia heillä on siitä. Opinnäytetyö on kohdennettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikan käyttöön. Teimme kyselyn Ylä-Savon SOTE:n kuntien kotihoidon ja työterveyshuollon yksiköihin.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin kirjallisella kyselylomakkeella, jossa oli kymmenen kvalitatiivista kysymystä. Kysely toteutettiin huhtikuussa 2014. Kyselyyn vastasivat Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotihoidon sairaanhoitajat ja työterveyshuollon terveydenhoitajat. Vastauksia palautettiin 14. Suurin osa vastaajista oli kotihoidon sairaanhoitajia (79 %). Lomakkeessa selvitettiin avoimin kysymyksin ehkäisevän päihdetyön kokemuksia ja toimintatapoja sekä ehkäisevän päihdetyön koulutusta ja koordinoitua työyksiköissä.</p> <p>Vastausten perusteella suurin osa kotihoidon sairaanhoitajista ottaa päihteiden käytön puheeksi vasta, kun päihteiden käyttö on aiheuttanut ongelmia. Työterveyshuollossa ehkäisevä päihdetyö toteutuu suurimmaksi osaksi hyvin. Vastauksista kävi myös ilmi, että suhtautumisessa ehkäisevää päihdetyötä kohtaan on ongelmia. Ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyvät kaikki, mutta tämä tuli esille vain harvoissa vastauksissa. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että he kohtaavat työssään vain harvoin ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyviä asiakkaita. Työterveyshoitajienkaan vastauksissa ei tullut ilmi, että kaikki asiakkaat hyötyisivät ehkäisevästä päihdetyöstä.</p> <p>Lisäksi vastaukset kertovat siitä, että ehkäisevän päihdetyön koulutusta ja koordinoitua pitäisi kehittää. Tätä asiaa olisi hyvä tutkia jatkossa. Voisi esimerkiksi tutkia sitä, miten ehkäisevästä päihdetyöstä saisi yhtenäistä ja jokapäiväiseen työnkuvaan kuuluvaa. Toiminnallisena työnä voisi kehittää ehkäisevän päihdetyön toimintaohjeita.</p>	
Avainsanat ehkäisevä päihdetyö, terveyden edistäminen, päihteet, päihdeongelman tunnistaminen,	
varhainen puuttuminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Anni Primetta & Jasmin Ruotsalainen			
Title of Thesis Substance abuse prevention – Experiences and practices of nurses in home care and occupational health care in the area of Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health care.			
Date	28.5.2014	Pages/Appendices	46/8
Supervisor(s) Raija Pulkkinen & Annikki Jauhiainen			
Client Organisation/Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health care, psychiatric outpatient clinic for adults.			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to find out how the nurses in home care and occupational health care carry out substance abuse prevention and what kind of experiences they have from it. The thesis was targeted to psychiatric outpatient clinic for adults in Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health care. A survey was done to the home care and occupational health care units in the municipalities of Ylä-Savon SOTE.</p> <p>The material of the thesis was gathered by a questionnaire on paper which had ten qualitative questions. The survey was carried out in April 2014. The nurses of the home care and occupational health care in Ylä-Savon SOTE responded to the survey. 14 responses were received. The majority of the respondents were nurses of the home care (79 %). The open questions of the form dealt with the experiences and practices of substance abuse prevention. There were also questions about training and coordination of substance abuse prevention.</p> <p>Based on the answers the majority of the nurses in home care bring up in discussions the use of intoxicants when it is already a problem. The substance abuse prevention is mostly carried out well in the occupational health care. The results also showed that there are problems in attitudes towards substance abuse prevention. Everybody benefits from substance abuse prevention but that came up only in a few answers. The majority of the nurses thought that they rarely face patients who benefit from substance abuse prevention. Even the occupational health nurses did not think that all the patients would benefit from substance abuse prevention.</p> <p>In addition, the answers indicate that training and coordination of substance abuse prevention should be developed. It would be good to study this matter in the future. For example one could study how to make substance abuse prevention coherent and part of everyday work. As a functional study one could develop guidelines for the work in substance abuse prevention.</p>			
Keywords substance abuse prevention, health promotion, intoxicants, substance abuse recognition, early intervention			

## SISÄLTÖ

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	9
3	EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ.....	10
4	EHKÄISEVÄN PÄIHDETYÖN KOORDINOINTI .....	13
5	PÄIHTEET .....	14
6	PÄIHDEONGELMA- JA RIIPPUVUUS .....	19
	6.1 Työssäkäyvien päihteiden käyttö.....	19
	6.2 Ikääntyneiden päihdeongelmat .....	20
7	PÄIHDEONGELMAN TUNNISTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN.....	22
	7.1 AUDIT ja mini-interventio.....	22
	7.2 Motivoiva haastattelu .....	23
	7.3 Hoitoonohjaus.....	24
8	PÄIHDETYÖ.....	25
	8.1 Sairaanhoidtaja päihdetyön toteuttajana.....	25
	8.2 Päihdetyö kotihoidossa.....	27
	8.3 Päihdetyö työterveyshuollossa .....	28
9	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT .....	29
10	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	30
	10.1 Aineistonkeruu.....	30
	10.2 Aineiston analyysi .....	31
11	TUTKIMUSTULOKSET .....	33
	11.1 Hoitajien kokemukset päihdeasiakkaista.....	33
	11.2 Ehkäisevän päihdetyön toimintatavat.....	35
	11.3 Ehkäisevän päihdetyön koulutus ja koordinointi.....	36
12	POHDINTA .....	37
	12.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	37
	12.2 Tulosten tarkastelu .....	38
	12.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehittyminen .....	40
	12.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	41
	LÄHTEET .....	42

## LIITTEET

Liite 1 Saatekirje ja kyselylomake

Liite 2 Esimerkki aineiston analyysistä

Liite 3 Tutkimuslupa

Liite 4 Korjattu tutkimuslupapäätös

## 1 JOHDANTO

Suomessa päihteiden, varsinkin alkoholin, käyttö on runsasta. Vuonna 2012 erilaisten alkoholijuomien kokonaiskulutus asukasta kohti oli 9,6 litraa (100 %:na alkoholina). Kulutus on ollut laskusuunnassa, ja ensimmäistä kertaa noin kymmeneen vuoteen se oli alle 10 litraa asukasta kohti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.) Huumeiden käytössä on ollut kaksi isompaa aaltoa, toinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla. 2000-luvulle tultaessa huumeiden käyttö on tasaantunut, mutta se on kuitenkin runsaampaa kuin 1990-luvun alussa. (Forsell, Perälä, Tanhua & Varjonen 2012, 36.)

Vuonna 2010 alkoholin aiheuttamat taloudelliset haitat julkiselle sektorille olivat noin 0,9–1,1 miljardia euroa. Terveydenhuoltoon liittyvät haittakustannukset, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ja avohoito, olivat 81–136 miljoonaa euroa. Huumeiden käytöstä aiheutuneet haitat samana vuonna olivat 229–284 miljoonaa euroa. Alkoholi- ja huumeekustannukset koostuivat pääosin haittojen hoitamisesta ja korjaamisesta. (Jääskeläinen 2012, 1–3.) Tupakoinnin kustannuksista sanottakoon esimerkkinä, että tupakointi aiheuttaa työnantajalle noin 2 000 euron kustannukset tupakoivaa työntekijää kohden vuodessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Yhdysvalloissa vuonna 2005 päihdekustannukset olivat 468 miljardia dollaria, ja ne aiheutuivat huumeiden, alkoholin ja tupakan käytöstä. Suurin osa aiheutui terveydenhuollon kustannuksista, kuten keuhkosyövistä tai yliannostuksista. (Eckholm 2009.)

Päihteiden käytöstä aiheutuvat kustannukset sekä sosiaali- ja terveyshaitat ovat siis merkittäviä. Ehkäisevä päihdetyö on tärkeä osa terveydenhuoltoa ja hyvinvointia. Ehkäisevällä päihdetyöllä voidaan välttää päihdekäyttäjän sosiaali- ja terveysongelmat, ja sen myötä säästää kustannuksissa. Tulevina sairaanhoitajina meidän tulee huomioida ehkäisevä päihdetyö työssämme, ja meidän tulee osata käyttää erilaisia menetelmiä päihteiden käyttäjiä auttaessamme. Olemme suuntautuneet mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön, ja päihdehoitotyö kiinnostaa meitä erityisesti.

Toimeksiantajamme on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikan. Toimeksiantajamme on tuonut esille, että on tärkeää tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia ehkäisevästä päihdetyöstä ja sitä, kuinka he toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä omassa työssään eri yksiköissä. Kohderyhmä on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueen kotihoidon ja työterveyshuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa ehkäisevän päihdetyön toteutuksesta.

ta ja sen mahdollisista kehittämiskohteista sekä herättää keskustelua ehkäisevästä päihdetyöstä.



## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen, terveystkasvatus ja -neuvonta, haittojen ja sairauksien ehkäiseminen sekä terveystriskien vähentäminen ovat ehkäisevään päihdetyöhön liittyviä käsitteitä. Terveyden edistäminen voidaan ajatella toimintana, jossa terveys on yksilön ja yhteisön voimavara. Se on terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, sairauksien ja terveystongelmien vähentämistä sekä väestöryhmien välisten terveystserojen kaventamista. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 104; Perttilä 2006.) Terveyden edistämisen keinoin yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia ja omatoimisuutta voidaan tukea ja lisätä. Se vaikuttaa terveyden ja hyvinvoinnin taustatekijöihin, esimerkiksi elämäntapoihin ja -hallintaan, elinoloihin ja -ympäristöön sekä palveluiden toimivuuteen ja saatavuuteen. (Havio ym. 2009, 104; Paahtama 2012.)

Nykykäsityksen mukaan terveys ymmärretään yksilön kyvyksi vaikuttaa terveyteensä tai sairauteensa. Laajemmin terveys voidaan ymmärtää niin, miten ihminen asettaa tavoitteita ja suhteuttaa niitä voimavaroihinsa. (Havio ym. 2009, 104.) Terveyden edistämällä pyritään parantamaan väestön terveyttä ja toimintakykyä, vähentämään kansantauteja, tapaturmia, ennenaikaisia kuolemia ja muita terveystongelmia sekä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveystseroja (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 26). Terveyden edistämiseen kuuluvat terveyttä lisäävä ja suojaava yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristön suunnittelu ja rakentaminen, turvallisuuden, yhteisöjen, kansalaistoiminnan ja peruspalveluiden kehittäminen sekä kasvatukselliset menetelmät (Havio ym. 2009, 104–105).

Terveyden edistämässä sekä ehkäisevässä päihdetyössä on syytä ottaa huomioon yksilölliset voimavarat ja niiden rajat sekä sosiaalisen kanssakäymisen tuloksena muotoutunut terveystkäyttäytyminen. Pelkästään tieto terveellisistä elämäntavoista ei riitä terveyttä ylläpitävään ja edistävään käyttäytymiseen. Tarvitaan myös terveyden arvostamista, motivaatiota sekä halua ja kykyä toimia terveyttä ylläpitävällä ja edistävällä tavalla. Tällainen toiminta edellyttää kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja sekä realistisia, konkreettisia tavoitteita, jotka tähtäävät oman terveyden ylläpitoon. Koettu hyvinvointi syntyy siitä, miten ihminen arvioi tavoitteidensa olevan saavutettavissa ja miten merkittäviä ne hänelle ovat. (Havio ym. 2009, 105.) Lisäksi yhteiskunnassa täytyisi edistää psyykkistä hyvinvointia lisäämällä tietoa mielenterveyden merkittävyydestä, taistelemalla häpeää, syrjintää ja eristäytymistä vastaan sekä mielenterveysongelmia ennaltaehkäisemällä (Kuhanen ym. 2010, 26).

### 3 EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ

Päihdehoitotyö on kokonaisuus, johon kuuluvat terveyden edistäminen, päihteiden käytön ja sen haittojen ehkäiseminen sekä korjaava päihdetyö (Havio ym. 2009, 11). Päihdeongelmat näkyvät koko kunnallisessa palvelujärjestelmässä, eivät ainoastaan päihdepalvelujen erityispalveluissa. Päihteiden käytön lisääntyminen ilmenee kasvavina sosiaalisina, terveydellisinä sekä turvallisuuteen kohdistuvina haittoina. Päihteistä aiheutuvien haittojen kustannukset voitaisiin kääntää laskusuuntaan panostamalla laadukkaisiin päihdepalveluihin sekä eri toimijoiden yhteistyönä toteutettuun ehkäisevään päihdetyöhön. Päihdetyön toteutuessa oikein saadaan aikaiseksi säästöjä ja vähennetään muiden palvelujen tarvetta. (Strand 2011, 12.) Yhteiskunnan pyrkiessä säätelemään päihteiden käyttöä suunnitelmallisesti voidaan puhua ehkäisevästä päihdetyöstä (Havio ym. 2009, 50).

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on kansalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vähentämään ja ehkäisemään päihdehaittoja, edistämään yksilön päihteettömiä ja terveellisiä elämäntapoja sekä vaikuttamaan ihmisten päihteitä koskeviin tietoihin, heidän asenteisiinsa ja päihteiden käyttötapoihin. Ehkäisevä päihdetyö pyrkii kiinnittämään ihmisten huomion haitoilta suojaaviin tekijöihin ja niiden riskitekijöihin sekä saamaan ihmiset ymmärtämään ja hallitsemaan päihdeilmiöitä. (Strand 2011, 12–13.) Sairaanhoidtaja kohtaa työyksiköstä riippumatta päivittäin jollakin tavalla päihderiippuvaisia ihmisiä. Sairaanhoidtajan tulee keskustella kaikkien asiakkaidensa kanssa terveyttä edistävästä asioista sekä terveystyöskäytännöihin liittyvistä asioista. (Havio ym. 2009, 11.)

Ehkäisevässä päihdetyössä on keskeistä huomioida ihmis- ja perusoikeudet. Ihmisten yleinen asenne päihteidenkäyttäjiä kohtaan voi loukata heidän perus- ja ihmisoi-keuksiaan. Päihteidenkäyttö aiheuttaa käyttäjän identiteetin rakentumisen ongelmia ja lisää käyttäjän riskiä syrjäytyä tai riskiä siitä, että hänet syrjäytetään omista lähisuhteistaan, yhteisöistään ja yhteiskunnasta. Edellytyksenä ehkäisevän päihdetyön onnistumiselle on se, että yksilö voi rakentaa oman ja ehyen identiteetin ja että hänet hyväksytään ja sisällytetään lähisuhteisiin, yhteisöihin sekä yhteiskuntaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013c.)

Ehkäisevän päihdetyön säätelyssä ovat Strandin (2011, 14) mukaan olennaisessa osassa raittiustyölaki (L1982/828), raittiustyöasetus (A822/76) sekä päihdehuoltolaki (L1986/41). Raittiustyölaissa (L1982/828) on määrätty, että raittiustyön tarkoitukse-

na on totuttaa kansalaiset terveisiin elämäntapoihin sekä ohjata kansalaisia välttämään päihteiden käyttöä. Valtio ja kunnat ovat ensisijaisesti vastuussa raittiustyön mahdollistamisesta. Käytännön raittiustyöstä vastaavat kunnat sekä erilaiset raittiuus- ja kansanterveysjärjestöt. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa raittiustyön yleisestä johdosta, ohjauksesta ja valvonnasta.

Raittiustyöasetuksessa (A233/1983) säädetään, että jokaisessa kunnassa on oltava raittiustyöstä vastaava toimielin. Sen tehtävänä on seurata kunnassa toteutettua raittiustyötä sekä kunnan alkoholioloja. Se laatii myös ehdotuksen kuntasuunnitelmaan liittyväksi raittiustyön suunnitelmaksi. Toimielimen olennainen tehtävä on järjestää valistus-, koulutus- ja tiedotustoimintaa. Se päättää määrärahoista, jotka ovat kunnan talousarvioissa varattu raittiustyöhön. Se myös valvoo määrärahojen oikeinkäyttöä. Raittiustyöstä vastaava toimielin toimii yhteistyössä sellaisten yhteisöjen kanssa, jotka toteuttavat raittiustyötä sekä kunnan sosiaali-, terveys-, koulu- ja vapaa-aikatoimen kanssa.

Päihdehuoltolain (L1986/41) tavoitteena on, että päihteiden ongelmakäyttöä saadaan vähennettyä, ja että sitä saataisiin ehkäistyä. Myös päihteistä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy on oleellista. Päihdehuoltolain tavoitteena on huomioida päihteen käyttäjä ja hänen läheisensä sekä edistää heidän toimintakykyään ja turvallisuuttaan. Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on pyrittävä ehkäisemään sellaisia olosuhteita ja elämäntapoja, jotka mahdollisesti lisäävät päihteiden ongelmakäyttöä. Sosiaali- ja terveyslautakunnan tulee seurata päihteiden ongelmakäyttöä sekä välittää tietoa ongelmakäytöstä. Päihdehuoltolain nojalla päihdehuollon palvelut tulee järjestää niin, että hoidon piiriin voi hakeutua omaaloitteisesti. Päihdehuollon palvelujen tulee perustua luottamukseen ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista tulee tukea.

Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Se on osa koko yhteiskuntaa, ja sitä tulee toteuttaa kaikkialla yhteiskunnassa. Kun kyseessä on päihdeongelmien korjaava työ, puhutaan päihdehuollon omista hoito- ja kuntoutuspalveluista. Niitä toteutetaan yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa. Syynä tähän on mielenterveysongelmien yleisyys päihdeongelmaisilla. Päihdehuollon korjaavaa työtä tehdään myös kunnan yleisissä palveluissa, joita ovat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä lastensuojelu. (Strand 2011, 12.)

Yhteiskunnan keinoja ehkäisevään päihdetyöhön ovat muun muassa alkoholi- ja huumevalvonta, alkoholin hintapolitiikka, päihdetiedotus sekä terveyskasvatus. Yhteiskunta ja kunnat voivat myös tarjota vaihtoehtoisia toimintamalleja. (Havio ym. 2009, 50.) Jokaisen kunnan tehtävänä on varmistaa, että ehkäisevä päihdetyö on pitkäjänteistä, koordinoitua ja kaikkiin kuntalaisiin kohdistettua. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään kustannustehokkuuteen sekä kuntalaisten kärsimysten ja turvattomuuden poistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

Ehkäisevä päihdetyö tavoittelee päihteiden kysynnän, saatavuuden ja tarjonnan vähentämistä. Monet eri toimialat pyrkivät ehkäisevän päihdetyön tavoitteisiin. Esimerkkinä terveydenhoitajan ammatti vaatii, että hoitaja pyrkii ottamaan päihteiden käytön puheeksi asiakkaan kanssa ja motivoimaan asiakasta riskikäytön vähentämiseen. Tärkeää on, että jokainen tietää oman ammattinsa aseman ehkäisevässä päihdetyössä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 7.) Päihdetyön järjestämistä ohjaavat muun muassa perustuslaki, kuntalaki, päihdehuoltolaki, kansanterveyslaki ja lastensuojelulaki. Kunnat ja valtio ovat ensisijaisesti vastuussa ehkäisevän päihdetyön yleisten edellytysten luomisesta. Perustana kaikelle on kuitenkin kuntien peruspalvelut ja niiden toimivuus. (Leimio-Reijonen 2009, 4.)

Ehkäisevä päihdetyön järjestö EHYT ry järjestää ja organisoii erilaisia hankkeita, joilla pyritään ehkäisemään päihteiden käyttöä. Hankkeita ovat esimerkiksi Arjen ammattilaiset -hanke AMIS, joka kehittää käytäntöjä, joilla parannetaan ammattiin opiskelevien terveyttä sekä elämänlaatua. Hanke toimii yhteistyössä koulujen, järjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa. HUUGO on puolestaan työelämän alkoholiohjelma, ja se tarjoaa tukea työelämässä näkyviin alkoholihaittoihin ja niiden ennaltaehkäisyyn. Yhteistyössä hankkeen kanssa toimii työturvallisuuskeskus. Tupakoinnin lopettamiseksi ja ehkäisemiseksi on olemassa paljon hankkeita, kuten Lopettaja, Savuton kunta ja Smokefree. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.a.)

#### 4 EHKÄISEVÄN PÄIHDETYÖN KOORDINOINTI

Valtakunnallinen ehkäisevän päihdetyön koordinointi ja ohjaus kuuluvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Kunta vastaa puolestaan alueensa ehkäisevän päihdetyön koordinoinnista ja siitä, että ehkäisevä päihdetyö on pitkäjänteistä ja kaikkiin kuntalaisiin kohdistuvaa. Lisäksi suurimmassa osassa kuntia on ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, ja joissakin kunnissa on ehkäisevän päihdetyön työntekijä tai koordinaattori, joka työskentelee osa- tai kokopäiväisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 5, 18.)

Koordinaattorin tehtävänä on auttaa eri tahoja sekä yhdessä että omassa työssään kehittämään ja toteuttamaan päihdehaittojen ehkäisyä. Jos alueella ei ole koordinaattoria, voi käydä niin, että ehkäisevää päihdetyötä ei toteuteta lainkaan. Riskinä ovat myös irralliset toimet, hankkeet ja tapahtumat. Niiden hyötyä ja laatua on vaikea arvioida. Vastuu kunnan ehkäisevästä päihdetyöstä kuuluu aina johtavalle viranhaltijalle, ei ainoastaan koordinaattorille. Johtava viranhaltija on sosiaali- ja terveysjohtaja tai peruspalvelujohtaja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 18.)

Koordinaattorin toimenkuvaan kuuluu muun muassa niiden tavoitteiden edistäminen, joita eri organisaatiot ovat päihdetyölleen asettaneet. Hän tunnistaa ja laittaa tärkeysjärjestykseen paikalliset tarpeet sekä tukee niihin vastaamista. Merkittävänä tehtävänä on kartoittaa paikalliset ongelmat, edistää tiedon kulkua eri toimijatahoille ja pitää järjestelmällisesti esillä hyvinvointi- ja kansanterveysnäkökulmaa. Koordinaattori ottaa osaa ehkäisevän päihdetyön suunnitteluun ja päätöksentekoon kunnassa. Hän pitää huolen siitä, että kunnan tai alueen päihdetilanne tunnetaan ja huomioidaan kuntasuunnittelussa. Lisäksi hänen täytyy olla varma siitä, että myös muut suunnittelijat ja kunnan keskeiset päätöksentekijät tietävät kunnan päihdetilanteesta ja siihen vaikuttavista keinoista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 18–19.)

## 5 PÄIHTEET

Päihteiden käyttöä esiintyy lähestulkoon kaikissa kulttuureissa ympäri maailman, ja käytetyt päihteet vaihtelevat kulttuurista toiseen. Päihteenä käytetään alkoholia, erilaisia rauhoittavia, uni- ja kipulääkkeitä, huumausainelaisissa määriteltäviä huumausaineita sekä muita päihdyttäviä aineita, kuten liuottimia. (Havio ym. 2009, 50.) Myös tupakka luetaan päihteksi (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2010). Suomessa käytetyimmät huumeet ovat kannabistuotteet (marihuana ja hasis), heroini sekä muut opiaatit. Myös kokaiinia, amfetamiinia ja muita psykosimulanteja, hallusinogeenisiä, synteettisiä päihteitä sekä hengitettäviä tai impattavia inhalanteja, kuten puhdistusaineita, käytetään runsaasti. Päihteet eroavat toisistaan niin psykogeenisten vaikutusten kuin jatkuvan käytön aiheuttaman toleranssin sekä vieroitusoireiden suhteen. (Huttunen 2013b.)

Lääkkeitä voidaan käyttää päihtymistarkoitukseen, jos lääke on nopeasti vaikuttava. Tällaisia ovat nopeasti vaikuttavat ahdistus- ja nukahtamislääkkeet. Päihteenkäyttäjät saattavat myös liottaa lääkkeitä nesteeseen, jolloin ne voidaan käyttää suonensisäisesti. Päihteenkäyttäjät voivat väärinkäyttää lääkkeitä sen vuoksi, että niillä voidaan lievittää vieroitusoireita. Lääkkeiden väärinkäyttöä pyritään ehkäisemään seuraamalla ja kirjaamalla käytetyt lääkkeet ja määrät tarkasti. Lääkärin tulee myös olla tarkka siitä, milloin ja kenelle määrää esimerkiksi keskushermostoon vaikuttavia aineita. (Huttunen 2008.) Bentsodiatsepiinia käytetään alkoholiongelman vieroitushoitoon, mutta valitettavan usein lääke jää potilaan käyttöön hoitojakson jälkeenkin. Bentsodiatsepiiniriippuvuus kehittyy vähitellen joidenkin kuukausien kuluessa. Lyhytvaikutteisiin valmisteisiin riippuvuus syntyy usein lyhyemmässä ajassa. Yleensä lääkkeiden päihdekäyttäjät ovat sekakäyttäjiä, eli he käyttävät lääkkeiden lisäksi jotain muuta päihdettä. (Salaspuro 2013.) Päihteiden sekakäytön muotoja on monia. Lääkkeillä pyritään yleensä tehostamaan alkoholin ja huumeiden vaikutusta, tai niillä yritetään tehdä muista aineista tulevia vieroitusoireita lievemiksi. Sekakäyttö voi olla erittäin päihdehakuista käyttöä, ja tällöin elämä alkaa muuttua kaoottiseksi. Elämänhallinta vähenee ja riskikäyttäytyminen kasvaa. (Havio ym. 2009, 64–65.)

Kannabista voi käyttää eri tavoilla, ja sen vaikutukset voivat olla voimakkaatkin. Vaikutukset ovat riippuvaisia siitä, millaiset odotukset käyttäjällä on ja millaisissa olosuhteissa sitä käytetään. Valvotuissa oloissa testattuna cannabis aiheuttaa takykardiaa, huimausta ja suun kuivumista. Haluttuja vaikutuksia ovat euforia (hyvänolontunne), onnentunne ja rentoutuminen. Myös painottomuuden tunne ja ajankäsityksen muu-

tokset ovat kannabiksen käytön vaikutuksia. Pitkään kestäneellä käytöllä voi olla haittavaikutuksena keuhkosityöpä; myös immuunijärjestelmän heikkeneminen, fertiiliteetin eli hedelmällisyyden aleneminen, lähimuistin huononeminen ja keskittymiskyvyn aleneminen ovat käytön haittavaikutuksia. (Salaspuro 2013.) Kannabiksen vieroitusoireita ovat levottomuus, hermostuneisuus, ärsyyntyminen ja ruoka- sekä unihäiriöt. Jos kannabiksen käyttö aloitetaan jo nuorena, se voi haitata henkistä kehittymistä ja aikuistumista. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kannabiksen käyttö lisää akuutin psykoosin riskiä ja se voi aiheuttaa pitkäaikaisempia riskejä, kuten skitsofreniaa. Käyttö lisää muidenkin mielialahäiriöiden riskiä. (A-klinikkasäätiö 2011b.)

Alkoholi on yksi tärkeimmistä terveyteen haitallisesti vaikuttavista tekijöistä. Sen on tutkittu liittyvän ainakin 60 erilaiseen terveyteen liittyvään ongelmaan. Liiallisesti alkoholia käyttävällä on kaksinkertainen kuolemanvaara. (Aalto & Seppä 2009, 11.) Alkoholi on Suomessa laillinen päihde, jonka saatavuutta yritetään rajoittaa erilaisin keinoin, kuten ikärajoituksilla, hinnan nostamisella ja myyntiaikojen rajoituksilla. Alkoholi vaikuttaa hermojärjestelmään monella eri tavalla. Kun sitä nautitaan vähäinen määrä, se virkistää, vilkastuttaa, kohentaa mielialaa ja alentaa estoja. Alkoholi tuo mukanaan myös pahoinvointia, kömpelyyttä, valppauden ja reagointikyvyn alenemista, onnettomuusalttiutta sekä arvostelukyvyn laskua. (A-klinikkasäätiö 2011a.)

Alkoholin vaikutukset ovat riippuvaisia annoskoosta ja siitä, kuinka pitkäjaksoista käyttö on ollut. Haitat lisääntyvät silloin, kun alkoholia käytetään pari kolme annosta päivässä tai ajoittain erittäin runsaasti. Verenpaineen kohoaminen, aivoverenkierron häiriö ja maksavauriot lisääntyvät, kun alkoholia käytetään runsaasti. (Aro 2013.) Suomessa alkoholinkulutus oli 54,5 miljoonaa litraa eli noin 10,1 litraa asukasta kohden vuonna 2011. Kolmessa Pohjoismaassa, Islannissa, Norjassa ja Suomessa alkoholinkulutus on kasvanut, kun muissa Euroopan maissa se on pysynyt vakaana tai laskenut. Suomi on siirtynyt vähiten alkoholia kuluttavasta maasta eniten kuluttavaksi maaksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 21, 25.)

Alkoholismi on krooninen sairaus. Siinä elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholista. Alkoholiriippuvuudelle olennaista on se, että käyttäjä ei välitä alkoholinkulutuksesta sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Olennaista on myös toleranssin kasvu, jolloin käyttäjän kyky sietää alkoholia kasvaa. Käyttäjä huomaa erilaisia vieroitusoireita alkoholinkulutuksen lopettamisen myötä. Vieroitusoireet saavat usein käyttäjän jatkamaan alkoholinkäyttöä, jotta oireet väistyisivät. (Huttunen 2013a.)

Alkoholin käytön kestäessä pidempään tai jos sitä otetaan tarkoitettua enemmän, kehittyä alkoholiriippuvuus. Käyttäjää ei pysty lopettamaan tai vähentämään alkoholin käyttöä, vaikka hän niin haluaisikin. Alkoholin liikkakäyttö voi tuoda mukanaan muistikatkoja, riitaa läheisten kanssa, vaikeuksia työssä tai irtisanoutumisen, taloudellisia haittoja, rattijuopumusta tai muita rikkeitä. Pakonomainen ja jatkuva alkoholin käyttö ei ole tahdonalaista toimintaa vaan vakava sairaustila. Alkoholi voi aiheuttaa tai pahentaa ahdistus-, pelko- ja masennusoireita. (Huttunen 2013b.) Osa alkoholin vaikutuksista näkyy vasta vuosien kuluttua. Nuorten elimistö on huomattavasti hauraampi kuin aikuisen. Ehkäisevä päihdetyö on siis tässä tärkeässä osassa. Nuorilla alkoholi voi aiheuttaa murrosiän viivästymistä ja muita vaikutuksia seksuaalisuuteen. Lisäksi mielihyvän saaminen muista asioista kuin alkoholista vaikeutuu. Aivoissa tapahtuu muutoksia säännöllisen alkoholin käytön myötä, mikä ilmenee esimerkiksi muistihäiriöinä. Myös nuoren henkinen sekä fyysinen kasvu viivästyy. On hyvä tietää, että nuorilla riippuvuus voi syntyä huomattavasti nopeammin kuin aikuisella. (Mannerheimin lastensuojeluliitto s.a.)

Kansanterveyden näkökulmasta alkoholismi on keskeinen ongelma. Miehistä noin 10–15% kärsii alkoholismista jossakin elämänsä vaiheessa, ja naisten alkoholiriippuvuuden osuus on viime vuosina selkeästi lisääntynyt. Alkoholismi kuormittaa terveydenhuoltoa ja yhteiskuntaa myös taloudellisesti. Alkoholismiin liittyvät liitännäissairaudet voivat olla vakaviakin ja pitkiä hoitajaksoja vaativia. (Huttunen 2013b.)

Monet asiat vaikuttavat siihen, mitä alkoholi aikaansaa aivoissa: kuinka paljon ja kuinka usein henkilö juo. Myös ikä, jolloin alkoholin käyttö on aloitettu ja kuinka kauan henkilö on juonut, ovat vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi sukupuoli, ikä, koulutus, perimä ja suvun alkoholikulttuuri sekä yleinen terveydentaso vaikuttavat asiaan. Alkoholin vaikutus aivoihin voi näkyä kävelyn vaikeutumisena, sumentuneena näköinä, puheen sammaloitumisena ja reaktiokyvyn hidastumisena. Jotkin näistä oireista voivat ilmetä jo parin alkoholiannoksen jälkeen, ja ne häviävät melko pian alkoholinkäytön loputtua. Jos kuitenkin alkoholin käyttö jatkuu pitkään ja runsaana, voivat nämä oireet jäädä pysyviksi. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2004.)

Alkoholi- ja muut päihdehaitat heijastuvat paitsi käyttäjään myös hänen läheisiinsä ja yhteiskuntaan. Päihdehaittojen hoidosta ja järjestyksen pidosta seuraa suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Päihtyneet aiheuttavat julkisilla paikoilla häiriötilanteita, ja poliisirekistereiden mukaan pahoinpitelyjen esiintyvyydessä ilmenee nousupiikki sen jälkeen, kun jatkoaikaluvan saaneet anniskelupaikat sulkeutuvat eli kello kolmen ja



neljän aikoihin yöllä. Alkoholihaitoista, niiden hoidosta ja järjestyksenpidosta tulevat kustannukset ovat Suomessa miljardiluokkaa. Vuonna 2010 alkoholista aiheutuneet välittömät kustannukset olivat noin 1,3 miljardia euroa. (Holmila, Tigerstedt & Warpenius 2013.)

Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset riippuvat lääkkeen laadusta, lääkkeen ja juodun alkoholin määrästä sekä siitä, onko kyseessä alkoholin kertakäyttö vai pitkään jatkunut käyttö. Alkoholi voi muuttaa lääkkeen vaikutuksia, ja lääke voi vaikuttaa alkoholin vaiheisiin elimistössä. (Havio ym. 2009, 79; Seppälä 2010, 190.) Satunnainen alkoholin käyttö estää lääkkeen hajoamista maksassa, jolloin lääkkeen vaikutus saattaa voimistua elimistöstä poistumisen hidastuessa. Näin ollen on vaara, että toistuvasti otettua lääkettä kertyy elimistöön, mikä aiheuttaa yliannostusta vastaavan tilan. Pitkäaikainen säännöllinen alkoholin käyttö kiihdyttää lääkkeiden hajoamista, mikä saa aikaan liian pieniä lääkepitoisuuksia ja heikon vaikutuksen. (Havio ym. 2009, 79.)

Alkoholi hajoaa maksassa niin, että alkoholidehydrogenaasi hapettaa alkoholin ensiksi asetaldehydiksi, jonka aldehydidehydrogenaasi hapettaa edelleen asetaatiksi. Jotkut lääkkeet estävät aldehydidehydrogenaasin toiminnan, ja näin asetaldehydiä kertyy elimistöön. Tällainen lääke on esimerkiksi disulfiraami (Antabus), jota käytetään alkoholistien hoidossa. Jos kyseistä lääkettä nauttii alkoholin kanssa, syntyy niin sanottu antabusreaktio, johon kuuluu muun muassa ihon punoitusta, sydämentykytystä ja pahoinvointia. Lisäksi jotkut klooripropamidia sisältävät diabeteslääkkeet voivat aiheuttaa antabusreaktion. Reaktio voi syntyä myös joidenkin mikrobilääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytöstä. Puolestaan antihistamiinit voivat altistaa rytmihäiriöille alkoholin kanssa otettuna ja trisykliset masennuslääkkeet voivat laukaista poikkeavan käyttäytymisen. Lisäksi haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa käytettynä on seuraavilla lääkkeillä: asetyylisalisyylihappo, metformiinia sisältävät diabeteslääkkeet, verenohennuslääkkeet, verenpainelääkkeet sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. (Havio ym. 2009, 79–80.)

Kun päihteitä käytetään pitkään, elimistö tottuu aineeseen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin. Päihteiden käytön loputtua elimistö reagoi päihteen puutteeseen vieroitusoireilla. (Holopainen 2008, 9.) Kaikki päihteet ovat erilaisia, aivan kuten niiden tuomat vieroitusoireetkin. Vieroitusoireet ovat muutenkin yksilöllisiä. Jotkin päihteet aiheuttavat merkittäviä fyysisiä vieroitusoireita, ja joidenkin aiheuttamat vieroitusoireet ovat lähinnä emotionaalisia. Jos vieroitusoireet ovat fyysisesti vähäisiä, ei se tarkoita sitä, ettei riippuvuutta olisi ollenkaan. Emotionaalisia vieroitusoireita ovat

ahdistuneisuus, levottomuus, ärtyneisyys, väsymys, päänsärky, alentunut keskittymiskyky, masennus ja sosiaalinen eristäytyminen. Fyysisiä vieroitusoireita ovat hikoilu, kiihtynyt syke, lihasjäykkyys, puristus rintakehässä, hengitysvaikeudet, pahoinvointi, oksentelu ja ripuli. (Melemis 2013.)

## 6 PÄIHDEONGELMA- JA RIIPPUVUUS

Valtaosalle päihteiden käyttäjistä ei aiheudu haittoja, sillä heidän päihteiden käytönsä on pientä. Siirtyminen haittoja aiheuttamattomasta päihteiden käytöstä ongelmallisen päihteiden käytön piiriin tapahtuu yleensä vähittäin ja huomaamatta. Ihminen liikkuu elämänsä aikana usein päihteenkäyttötasolta toiselle, ja hän voi välillä olla myös kokonaan ilman päihteitä. (Havio ym. 2009, 53.) Päihderiippuvuus on monimutkainen sairaus, ja lopettaminen vaatii muutakin kuin tahdonvoimaa ja hyvän tarkoituksen. Tutkimusten myötä tiedetään, miten päihteet vaikuttavat aivoihin, joten lopettaminen voi olla todella vaikeaa. (National Institute on Drug Abuse 2012.) Päihteiden jatkuva käyttö muuttaa aivoja siten, että omaehtoinen lopettaminen voi olla todella vaikeaa tai mahdotonta (Huttunen 2013b). Jotkin ihmiset voivat käyttää esimerkiksi kipulääkkeitä ilman, että niihin syntyy riippuvuus, mutta toisille ne aiheuttavat ajan myötä riippuvuuden. Riippuvuuden myötä voi tulla ongelmia töissä, kotona, koulussa ja parisuhteessa. Ongelmat voivat tulla tullessaan häpeän, avuttomuuden ja eristyneisyyden tunteita. (Robinson, Saisan & Smith 2013.)

Fysiologisen riippuvuuden syntyminen kuuluu useimmiten päihde- ja huumeriippuvuuteen. Tällöin henkilö sietää enemmän päihteiden vaikutuksia eli hänen toleranssinsa on kasvanut. Myös lopettamisen jälkeiset vieroitusoireet liittyvät fysiologiseen riippuvuuteen. Riippuvuus voi olla myös psykologista riippuvuutta, jolloin se perustuu aineen tuomaan hyvään oloon eli euforiaan tai muihin toivottuihin vaikutuksiin. (Huttunen 2013b.) Päihdeongelmainen käyttäjä kokee tarvetta päihteiden käyttöön sen aiheuttamista haitoista ja ongelmista huolimatta (Pouttu 2013, 8). Päihderiippuvuus syntyy yleensä hitaasti, ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään estämään riippuvuuden muodostumista. Sairaanhoidajan tulee omassa työssään huomioida, millaisin keinoin hän edistää terveyttä ja ehkäisee päihteiden käyttöä. (Havio ym. 2009, 43–44.) Käsitlemme pääluvussa 7 päihteiden ongelmakäytön tasoja lisää, sillä niiden tunteminen on tärkeää päihdeongelmaa tunnistaessa.

### 6.1 Työssäkäyvien päihteiden käyttö

Koska työterveyshuolto on toinen kyselymme kohderyhmistä, käsitlemme seuraavassa päihteiden käyttöä työelämän näkökulmasta. Alkoholia käyttää noin 90 % työikäisistä suomalaisista. Alkoholin ongelmakäyttäjiksi arvioidaan puolestaan olevan 500 000–600 000, ja suurin osa heistä eli noin 85 % alkoholin ongelmakäyttäjistä on työelämässä. (Kaarne & Juntunen 2010, 87.) Suomalaisten työntekijöiden huumeiden

käyttöä on vaikea arvioida huumeiden laittomuuden takia. Nuoremmissa ikäluokissa ilmenee lyhytaikaisia huumekeiluja aika yleisesti, mutta säännöllisesti huumeita käyttäviä lienee alle prosentti kaikista työelämässä olevista. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.c.) Keskitymme siis tässä osiossa alkoholin käyttöön.

Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa luonnollisesti haittoja työelämässä. Tämän vuoksi alkoholin käyttö työaikana on lähes kaikkialla kielletty. Toisaalta alkoholi saattaa näyttyä työelämässä, sillä sitä saatetaan käyttää esimerkiksi työpaikan virkistyspäivänä, markkinoinnin apuvälineenä asiakastilaisuuksissa tai työstressin purkukeinona. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT s.a.c.)

Alkoholin suurkulutuksen ja alkoholiriippuvuuden aiheuttamat haitat työpaikoilla voidaan jakaa neljään eri osioon: terveys- ja työturvallisuushaittoihin sekä taloudellisiin ja sosiaalisiin haittoihin. Terveyshaittojen, kuten suurkulutuksen aiheuttaman vastustuskyvyn alenemisen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskin lisääntymisen myötä työntekijän työhyvinvointi ja työkyky voivat kärsiä. Suuren työturvallisuusriskin aiheuttaa puolestaan päihtyneenä tai krapulaisena työskentely. Taloudellisia haittoja ovat sairauspoissaolojen lisääntyminen, työn laadun heikentyminen sekä imagotappion aiheuttaminen työnantajalle päihtyneenä tai krapulaisena työskentelemisen myötä. Sosiaalisia haittoja ovat erilaiset ristiriidat työpaikalla. Esimerkiksi alkoholin käytöstä johtuvat yllättävät poissaolot sekä tarve tekemättömien töiden paikkaamiseen ja vuorovaihtoihin voivat aikaansaada ristiriitoja. Lisäksi yhden työntekijän päihdeongelma voi tehdä suurta haittaa työyhteisölle, jos yhteisö rupeaa suojelemaan kyseistä työntekijää peittelemällä ja hänen työnsä tekemällä. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.c.) Työkaverin päihdeiden käytön puheeksiotto on usein hankala asia, vaikka hänen ongelmallinen käytöksensä olisikin yleisesti työyhteisön tiedossa. Jos työyhteisössä on yhteinen päihdeohjelma, se voi helpottaa asiaa. Ohjelma antaa konkreettisia toimenpiteitä puheeksiottoon ja ehkä myös oikeutuksen. (Havio ym. 2009, 183.)

## 6.2 Ikääntyneiden päihdeongelmat

Kotihoidossa suurin osa asiakkaista on ikääntyneitä, joten on syytä tarkastella ikääntyneiden päihdeongelmien erityispiirteitä. Kun aiheena on ikääntyneiden päihdeongelmat, tarkoitamme yleensä alkoholiongelmia, sillä ikääntynyt väestömme käyttää harvemmin huumausaineita. On syytä kuitenkin huomioida, että lääkkeiden tahallista liikakäyttöä sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä esiintyy myös ikäihmisten keskuudessa. Jotkut käyttävät lääkkeitä väärin tietoisesti, jotkut tietämättään. Lisäksi

tärkeää on muistaa se, että päihderiippuvuus voi tietenkin syntyä minkä ikäisenä vain eikä korkea ikä suojaa riippuvuuden syntymiseltä. (Havio ym. 2009, 194.)

Alkoholin vaikutukset voimistuvat iän myötä, sillä ikääntyessä elimistön vesipitoisuus pienenee ja rasvan suhteellinen osuus suurenee. Tämän takia vesiliukoisen alkoholimolekyylin pitoisuus elimistössä kasvaa ja aiheuttaa suuremman veren alkoholipitoisuuden iäkkäällä. Toinen syy alkoholin vaikutuksien voimistumiseen on keskushermoston sietokyvyn eli toleranssin heikkeneminen iäkkäällä. Kohtuullisen alkoholin käytön ja riskikäytön rajat ovat lisäksi iäkkäällä paljon tiukemmat kuin työikäisillä, sillä iän myötä sairastavuus ja lääkemäärät yleensä lisääntyvät. Sosiaali- ja terveysministeriö on suositellut yli 65-vuotiaiden riskikäytön rajoiksi enintään seitsemän alkoholiannosta per viikko ja enintään kaksi annosta kerrallaan. (Rintala 2010, 121.)

lääkkäiden alkoholiongelmien taustalla on useita eri tekijöitä. Ongelman taustalla voivat olla esimerkiksi työelämästä poisjäämisen aikaansaama tyhjiys ja yksinäisyys. Tällöin aiemmin hallinnassa ollut, yleensä viikonloppuihin painottunut runsas alkoholin käyttö voi riistäytyä käsistä. Ikäihmisen alkoholiongelman tunnistaminen on kuitenkin haastavaa. Iäkäs henkilö ei yleensä tuo esille ongelmallista alkoholin käyttöään ilman suoraa kysymystä. Tämä on nähtävissä eritoten iäkkäiden naisten kohdalla, jotka voivat hävetä ja piilotella alkoholiongelmaansa. Vasta jatkuvat lääkärikäynnit tai sairaalahoidot voivat herättää epäilyn runsaasta alkoholin käytöstä terveysongelmien syynä. Tavallisimpia oireita, joiden vuoksi alkoholiongelmainen ikäihminen joutuu lääkäriin tutkimuksiin, ovat sekavuus, muistihäiriöt, huimaus, toistuvat kaatumiset, ylävatsakivut, masentuneisuus ja unihäiriöt. Tukea alkoholiongelmaepäilyyn voidaan saada poikkeavista laboratorioarvoista, joita ovat kohonneet maksa-arvot, suurentunut punasolujen keskitilavuus, matala trombosyyttiarvo tai poikkeavat suola-arvot. Merkittävää taustatietoa saadaan keskustelemalla puolison, lasten ja muiden läheisten kanssa. (Rintala 2010, 122.)

## 7 PÄIHDEONGELMAN TUNNISTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN

Jotta alkoholin ongelmakäytön tunnistaa ennen alkoholiriippuvuuden syntymistä, on hyvä tuntea ongelmakäyttö käsitteenä. Kyseessä on alkoholin ongelmakäyttö, jos juomiseen liittyy jokin haitta tai merkittävä riski saada alkoholista johtuva haitta. Alkoholin käyttö voi siis olla liiallista, vaikkei siihen sisälly riippuvuutta tai muita haittoja. Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kolmeen luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön sekä alkoholiriippuvuuteen. Raja näiden luokkien välillä on kuitenkin liukuva eikä aina yksiselitteinen, mutta henkilö ei voi kuulua useampaan luokkaan samalla kertaa. Alkoholin riskikäytössä riskikäytön rajat ylittyvät, mutta huomattavia alkoholihaittoja tai riippuvuutta ei ole ilmaantunut. Puolestaan alkoholin haitallisessa käytössä henkilöllä on selkeästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on puolestaan oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat esimerkiksi juomisen pakonomaisuus, vieroitustoireet, toleranssin kasvu sekä juomisen jatkuminen haitoista huolimatta. (Aalto 2010a, 8.)

Alkoholin käyttö Suomessa on lisääntynyt merkittävästi, ja se on tuonut mukanaan paljon erilaisia haittoja ja kustannuksia. On siis erittäin tärkeää havaita ajoissa alkoholiongelma ja tunnistaa alkoholiongelmosta kärsivä henkilö. (Aalto & Seppä 2009, 11, 14.) Mitä aiemmin riskikäyttö huomataan, sen parempi. On tutkittu, että jopa viiden minuutin neuvonta vähentää suurkulutusta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa alkoholin käytön selvittämiseen harjaannutaan. Hoitajan tulee muistaa empaattisuus. Alkoholiin liittyvät asiat tulee kuitenkin käsitellä vastaanotolla. On olemassa erilaisia haastattelukeinoja, joilla voidaan selvittää asiakkaan alkoholin käyttöön liittyvät asiat. (Aalto & Seppä 2009, 15.)

### 7.1 AUDIT ja mini-interventio

AUDIT-testi (*Alcohol use disorders identification test*) on epäterveellisen alkoholin käytön seulontatesti. Siinä olevat kysymykset perustuvat Maailman terveysjärjestössä (WHO) kehitettyyn testiin. Kunkin kysymyksen vastauspisteet lasketaan yhteen, ja jos tuloksena on 11 pistettä tai enemmän, se on epänormaali tulos. (Hermanson 2012.) Valittu raja-arvo voi vaihdella käyttötarkoituksen mukaisesti. Pisteytyksen lisäksi on syytä tarkastella, miten henkilö on vastannut eri kysymyksiin. Ensimmäisessä kysymyksessä on kyse juomisen tiheydestä, toisessa tyypillisestä käyttömäärästä ja kolmannessa humalajuomisen toistumisesta. Kysymykset 4–6 selvittävät riippu-

vuusoireilua, joita voi siis esiintyä jo ennen varsinaisen riippuvuusoireyhtymän syntyä. Kysymyksissä 7–10 on puolestaan kyse alkoholista johtuvista haitoista. (Aalto 2010b, 33–34.)

Mini-interventio on puolestaan alkoholinkäytön lyhytneuvontamenetelmä. Sen avulla voidaan ottaa alkoholinkäyttö puheeksi, tunnistaa riskikulutus sekä antaa neuvoja, joilla alkoholinkäyttöä voidaan vähentää. Mini-intervention avulla alkoholin käyttöön voidaan puuttua ennen kuin siitä on ehtinyt aiheutua käyttäjälle suurempia haittoja. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.) Sen pituus ja sisältö vaihtelevat. Keskeisintä neuvonnassa on keskustelu alkoholin käyttömäärästä ja sen mahdollisesta yhteydestä asiakkaan oireisiin, sairauteen ja hoitoon. Tavoitteiden asettaminen ja niiden toteutumisen seuranta ovat myös merkittäviä asioita. Tavoitteen asettamiseen kuuluu keskustelu keinoista. Voidaan esimerkiksi käydä läpi, täytyykö vähentää juomakertoja tai kerralla juotua määrää vai molempia. Mini-intervention tehosta on vahvaa tutkimukseen perustuvaa näyttöä alkoholin käytön vähentäjänä. Lisäksi se on edullista toteuttaa ja kustannusvaikuttavaa. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan säästöjä saatiin 5 600 dollaria, kun mini-interventioon sijoitettiin 1000 dollaria kouluttamalla henkilökuntaa ja lisäämällä työpanosta. Säästöt muodostuivat muun muassa ensiapukäyntien, sairaalapäivien ja liikenneonnettomuuksien vähenemisestä. (Aalto 2010b, 36–37.)

## 7.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on hyvä menetelmä ohjaukseen. Motivoivassa haastattelussa tuetaan asiakasta muutokseen ja punnitaan prosessin hyviä ja huonoja puolia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013d.) Se on asiakaslähtöistä, mutta silti työntekijän ohjaamaa. Asiakasta tuetaan kysymysten ja aktiivisen kuuntelun myötä tunnistamaan sen hetkisiä tai mahdollisia ongelmia. Tarkoituksena on saada asiakas itse puhumaan muutoksen puolesta. Lisäksi on tärkeää auttaa asiakasta toimimaan itse ongelmiansa ratkaisemiseksi. Motivoivaan haastatteluun kuuluu viisi alkuvaiheen strategiaa asiakkaan muutoshalukkuuden lisäämiseksi. Strategiat ovat avoimet kysymykset, heijastava kuunteleminen, myönteinen vahvistaminen, yhteenveto sekä itseä motivoivien lauseiden kehittäminen tiedon ja tietoisuuden kasvattamiseksi. (Havio ym. 2009, 128–130.)

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian ja kiinnostuksen osoittaminen, väittelyn välttäminen, vastahangan myötäileminen sekä asiakkaan itseluottamuksen

tukeminen. Itseluottamuksen tukemiseen kuuluu muun muassa hyvien asioiden esille ottaminen sekä pienenkin edistyksen huomioiminen. Vastahangan myötäilyllä tarkoitetaan puolestaan sitä, että ei provosoiduta, vaikkei asiakas toimisi niin kuin pitää. Asiakasta ei tule kritisoida tai moittia, vaan tilannetta myötäillään. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

### 7.3 Hoitoonohjaus

Hoitoonohjauksella tarkoitetaan laajasti ottaen tiedonantoa tarjolla olevista palveluista ja hoidoista sekä kannustamista niiden käyttöön. Suppeammin se ymmärretään henkilön ohjaamisena tiettyyn palveluun yleisten ohjeiden mukaisesti. (Alho, Öfverström-Anttila & Savolainen 2009, 5.) Hoitoonohjaus voi siis olla menettely, jossa esimies tai työterveyshuolto ohjaa päihdeongelmaisen työntekijän sopivaan päihdehoitoon. Hoidon tarkoituksena on palauttaa päihdeongelmaisen työkyky sekä poistaa työpaikalle aiheutunut haitta. Työntekijällä tulee olla mahdollisuus hakeutua hoitoon myös itse. Työpaikan tulisi korostaa tätä mahdollisuutta. Usealla suuremmalla työpaikalla voi olla käytössä päihdeohjelmaan sisältyvä tai päihdeohjelmasta irrallinen hoitoonohjausmalli. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.b.)

Toimivalla hoitoonohjausmallilla pyritään hoitoon hakeutumisen tukemiseen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, hoidon toteutuksen helpottamiseen, hoitoon hakeutuvan turvallisuuden tunteen kasvattamiseen sekä ongelmaisen ja häntä ympäröivien henkilöiden mahdollisimman hyvään sopeutumiseen. Useimmiten työntekijän hoitoonohjaus etenee seuraavanlaisten vaiheiden mukaisesti. Ensiksi työterveyshuolto arvioi omasta tai esimiehen aloitteesta työntekijän työkyvyn sekä päihdehoidon tarpeen. Hoitoonohjausmenettely saa alkunsa, jos päihdehoito todetaan olevan tarpeen. Työntekijän kieltäytyminen hoitoonohjauksesta voi vaikuttaa työsuhteeseen. Toinen vaihe on hoitoonohjausneuvottelu, johon osallistuvat työntekijä, esimies, työterveyshoitaja, luottamusesimies sekä tarpeen vaatiessa työterveyslääkäri. Neuvottelussa sovitaan kuntoutus- ja hoitotoimenpiteet työntekijälle. Neuvottelun pohjalta tehdään kirjallinen hoitoonohjaussopimus sekä tarvittaessa kuntoutussuunnitelma, joka täydentää sopimusta. Näihin asiakirjoihin sisältyvät tiedot hoitoajoista ja -paikasta sekä hoidon edistymisen seurannasta. Neuvottelussa työnantajan edustaja tekee päätökset oikeudesta olla poissa töistä sekä muista mahdollisista järjestelyistä töihin liittyen. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.b.; Havio ym. 2009, 183.)



## 8 PÄIHDETYÖ

Päihdehoitotyö määritellään terveyttä edistäväksi sekä päihteenkäyttöä ja sen haittoja ehkäiseväksi ja korjaavaksi hoitotyöksi. Se voidaan ymmärtää ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön kokonaisuudeksi. Sairaanhoidaja toteuttaa päihdehoitotyötä muun muassa terveyskeskusten avopalveluyksiköissä, kotihoidossa, vuodeosastoilla, päi-vystysalueilla sekä erilaisissa mielenterveys- ja päihdeyksiköissä. Sairaanhoidaja koh-taa työssään jatkuvasti asiakkaita tai potilaita, jotka kärsivät erilaisista päihteenkäyt-töön liittyvistä haitoista, päihderiippuvuuteen johtavasta riskikäyttäytymisestä tai jo olemassa olevista päihdesairauksista, esimerkiksi päihderiippuvuudesta. Kyseessä voi olla suurkuluttaja, kokeilukäyttäjä tai satunnainen ensikertalainen, ja päihdehoito-työn asiakkaat tai potilaat voivat olla vastasyntyneitä, ikäihmisiä tai jotain siltä väliltä. Sairaanhoidajan toimenkuva päihdetyössä on siis kirjava. (Havio ym. 2009, 11.)

### 8.1 Sairaanhoidaja päihdetyön toteuttajana

Terveyden edistämisen ja terveystottumuksiin vaikuttamisen nimissä sairaanhoidajan täytyy keskustella jokaisen asiakkaansa kanssa yleisistä terveystottumuksiin liit-tyvistä kysymyksistä. Kyseiseen alueeseen kuuluvat puheeksi ottaminen, ammatilli-nen keskusteleminen sekä tiedon antaminen päihteenkäytöstä, käytön tasoista, terveysvaikutuksista ja riskeistä. Hoitaja voi kertoa myönteisestä ja kielteisestä riip-puvuuskäyttäytymisestä sekä päihderiippuvuudesta ja sen kehittymisestä. (Havio ym. 2009, 11.) Joskus päihdeasian puheeksi ottaminen edes sen yhden kerran voi riittää, ja usein päihteenkäyttäjä muuttaa toimintatapojaan ilman ammattiauttajan apua. Esi-merkiksi jokin tieto tai ympäristöstä tai hoitajalta saatu palaute pystyy vaikuttamaan niin, että päihteenkäyttöä halutaan muuttaa pienemmän haittariskin tasolle. (Havio ym. 2009, 119–120.) Riskien ja varhaisten haittojen tunnistaminen ehkäisee haittojen ja riippuvuuden syntymistä tai pahenemista (Havio ym. 2009, 120).

Puheeksi ottamista ja neuvontaa helpottavat (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 34)

- Yhteisesti sovitut käytänteet; esimerkiksi ”Meillä tehdään AUDIT-testi kaikille raskaana oleville”.
- Erilaiset testit ja työvälineet sekä niiden käytön osaaminen.
- Hoitajan ja asiakkaan välinen luottamus.
- Puheeksi ottamisesta tiedottaminen etukäteen.
- Puheeksi ottamisen käsittäminen auttamiseksi ja välittämiseksi.
- Seuranta ja työn tekeminen näkyväksi.
- Luottamus päihdepalveluiden saatavuuteen.

- Puheeksi ottamista tukevat kampanjat, esimerkiksi Ehkäisevän päihdetyön viikko.

Puheeksi ottamista ja tunnistamista vaikeuttavat (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 34)

- Pelko hoitajan tai asiakkaan ylireagoinnista.
- Oletetaan, ettei hyvässä asemassa olevasta henkilöstä voi tulla päihdeongelmaista.
- Hoitaja ei tiedä, kuinka päihdeasiat voi ottaa puheeksi.
- Kiire.
- Kulttuuri, jossa päihteistä puhutaan vasta silloin, kun ne ovat jo ongelma.
- Näkemys, että vain asiakas saa määritellä sen, mistä keskustellaan.
- Kontrollinäkökulma auttamisnäkökulman sijasta.
- Päihteiden käytön pitäminen asiakkaan henkilökohtaisena asiana.
- Hoitajalla on heikko tietopohja päihteistä.

Sairaanhoitaja toimii tiedonantajan, neuvojan ja ohjaajan rooleissa, ja hän kertoo vaihtoehtoista ja antaa päihteenkäyttäjälle tietoa tuki- ja hoitomahdollisuuksista. Tietopohjan täytyy perustua erilaisten menetelmien ja moniammatillisen työskentelyn hallintaan. On myös tärkeää tukea, kannustaa ja motivoida asiakasta tai potilasta hoitosuhteeseen, elämäntilanteensa pohtimiseen sekä tarvittaessa jatkohoitoon. Hoitaja auttaa tiedostamaan ja ymmärtämään omaa käyttäytymistä, päihteiden käyttöä sekä siihen liittyviä ongelmia. Ensisijaisesti sairaanhoitajan täytyisi olla muutoksen väline, muutokseen tukija, motivoija sekä mahdollistaja. (Havio ym. 2009, 11; Kuhanen ym. 2010, 31.)

Tukijan roolissa sairaanhoitaja tarjoaa hyväksyvän, kunnioittavan, turvallisen sekä tukea antavan hoitosuhteen. Näin päihteenkäyttäjällä on mahdollisuus tarkastella elämäntilannettaan, ja hän saa apua päihdekeskeisen elämän muuttamiseksi. Lisäksi hoitaja tukee päihteenkäyttäjän persoonallista kasvua sekä yrittää aktivoida ja lisätä päihteenkäyttäjän voimavaroja ja elämönhallintataitoja. (Havio ym. 2009, 11–12.)

Vaikka sairaanhoitaja työskentelee useimmiten kahdenkeskisessä hoitosuhteessa päihteenkäyttäjän kanssa, päihdehoitotyön kokonaisuus edellyttää kuitenkin yhteistyötä asiakkaan tai potilaan omaisten kanssa. Lisäksi moniammatillinen yhteistyö on yksi päihdehoitotyön välttämättömistä ulottuvuuksista ja hyvän hoidon edellytyksistä. Sairaanhoitaja toimii oman alansa asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä sekä erilaisissa verkostoissa viranomaisten, yhteistyökumppaneiden, koulujen ja työyhteisöjen kanssa. (Havio ym. 2009, 12.)

Päihdehoitotyön kehittämisen merkeissä sairaanhoitaja yrittää vaikuttaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen päihteidenkäyttöön liittyviin uskomuksiin ja asenteisiin ehkäisevän päihdetyön saralla. Hoitaja voi tehdä aloitteita omassa työyksikössään ja sen organisaatiossa päihdetyön järjestelmälliseksi huomioimiseksi kaikenlaisessa asiakas- tai potilastyössä. Lisäksi päihdehoitotyön kehittämiseen kuuluu sairaanhoitajan oman ammatillisen osaamisen ajan tasalla pitäminen. (Havio ym. 2009, 12.) Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmä on tehnyt ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä. Ne linjaavat kansallisesti merkittävät periaatteet ja painotukset, joita sairaanhoitajan tulisi mielenterveys- ja päihdetyön toteuttajana noudattaa. (Kuhanen ym. 2010, 25.)

## 8.2 Päihdetyö kotihoidossa

Kotihoidon työntekijät ovat tärkeässä asemassa asiakkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin havainnoinnissa. Huolta mahdollisesta päihteiden käytöstä voivat herättää esimerkiksi naapureille aiheutuneet häiriöt, asunnon tärvelly, tyhjät pullot asunnossa, kaatuilu, laboratorioarvot sekä riidat omaisten kanssa. Oleellista on oppia puhumaan asiasta asiakkaiden kanssa ottaen huomioon heidän yksilölliset tilanteensa. Kotihoidon työntekijän rooli ei ole toimia päihdehoitajana, mutta asiasta keskustellaan siinä missä vaikka diabeteksestakin keskustellaan ilman ”diabeteshoitajastatusta”. Päihteiden käyttöön liittyy yleensä salailua ja häpeää. Tämä näkyy siinä, millaisen kuvan ihmisen tilanteesta saa ja millaisen kuvan ihminen itse siitä antaa. (Sastamalan kaupunki 2009, 3, 8.)

Omassa kodissaan ihmisellä on tietenkin oikeus tehdä, mitä hän haluaa, mutta hoitotyöntekijöillä on kuitenkin velvollisuus yrittää puuttua terveydelle haitallisiin asioihin. Yhteistyön tärkeys korostuu tilanteessa, jossa asiakkaan päihdeongelma on ilmeinen tai jos asiakas on humalassa tai sammuneena kotikäynnillä. On tärkeää, että jatkossa mietitään yhteistyössä päihdehoidon mahdollisuudet ja konsultoidaan esimerkiksi lääkäriä lääkkeidenjaon tiimoilta. Toimintasuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, tiimin ja muiden hoitotahojen kanssa. Tavoitteiden täytyy olla asiakkaan omia, sillä työntekijän asettamat tavoitteet eivät välttämättä ole realistisia. Työntekijän rooli on motivoida, tukea ja kannustaa asiakasta. (Sastamalan kaupunki 2009, 3.)

### 8.3 Päihdetyö työterveyshuollossa

Työterveyshuolto tekee yhteistyötä työyksiköiden kanssa. Työterveyshuollolla on oma osuutensa ehkäisevän päihdetyön suhteen. Työnantaja ja työterveyshuolto sopivat keskenään siitä, kuinka menetellään päihdeasioissa. Eritoten alkoholinkäytön ja sen riskikulutuksen tunnistaminen on oleellista, ja se tapahtuu terveystarkastuksissa ja työterveyshuollon vastaanotolla. Työikäisten terveyden kannalta on oleellista, että jokaiselta selvitetään alkoholin käyttöä. (Haakana s.a., 2.)

Varhaisella puuttumisella pystytään vaikuttamaan henkilön työkykyyn ja sen ylläpitoon. Varhaiseen puuttumiseen voidaan myötävaikuttaa työpaikan kulttuurilla, henkilöstöpolitiikalla ja työpaikan omalla hyvinvointiohjelmalla. Työterveyshuolto käyttää apunaan mini-interventiota, AUDIT-kyselyä sekä puuttumista sairauspoissaoloihin ja alkoholihaittoihin havaitakseen alkoholiongelman ajoissa. Varhainen puuttuminen onnistuu paremmin, kun yhteistyö henkilöstöhallinnon, lähiesimiesten ja työterveyshuollon kanssa on tiivistä. Keskeistä on myös tiedottaminen ja koulutus työpaikoilla. (Haakana s.a., 7–12.) Alkoholin riskikulutuksen seulonta ja selvittäminen ovat osa terveydentilan arviointia ja seuranta. Puheeksi ottaminen, riskikulutuksen tunnistaminen, neuvonta ja seuranta ovat helpompaa, kun apuna on selkeä toimintamalli ja yhteiset toimintatavat. (Työterveyslaitos 2012.)

On tärkeää, että hoitohenkilökunta on motivoitunut ja osaava tekemään ehkäisevää päihdetyötä. Mini-interventio on oleellinen työkalu ehkäisevässä päihdetyössä työterveyshuollossa. (Haakana s.a., 8.) Mini-intervention periaatteena toimii ”RAAMIT” (Työterveyslaitos 2012)

- Rohkeus puhua alkoholista.
- Alkoholitietous (käyttö, rajat, riskit).
- Apu (autetaan asiakasta hänen omilla ehdoillaan).
- Myötätunto (ei moralisoida tai syyllistetä).
- Itsemääräämisyvastuu (asiakas päättää itse juomisen vähentämisestä).
- Toimintaohjeet (tukea ja käytännön välineitä juomisen vähentämiseksi).

## 9 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisin keinoin kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä, ja millaisia kokemuksia heillä on siitä. Totesimme aineistosta myös ilmiöiden esiintymistiheyksiä. Ylä-Savon SOTE ky on lisälmen, Sonkajärven, Kiuruveden ja Vieremän perustama sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Se aloitti toimintansa 1.1.2010. (Ylä-Savon SOTE ky 2013, 2.) Opinnäytetyömme on kohdennettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikan käyttöön. Teimme kyselyn Ylä-Savon SOTE:n kuntien kotihoidon ja työterveyshuollon yksiköihin.

Tavoitteenamme oli, että saamme kyselyn tuloksista tietoa mahdollisista kehityskoh-teista ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa. Lisäksi opinnäytetyön kohderyhmä sai mahdollisuuden tutkia suhtautumistaan ja toimintatapaansa ehkäisevää päihdetyötä kohtaan, minkä vuoksi työntekijät kiinnittänee enemmän huomiota ehkäisevään päihdetyöhön jatkossa. Näin ollen ehkäisevää päihdetyötä voidaan parantaa. Kun ehkäisevä päihdetyö tehostuu, on sillä terveyttä ja hyvinvointia edistävä vaikutus, mikä näkyy muun muassa yhteiskunnan taloudessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajilla on ehkäisevästä päihdetyöstä?
2. Kuinka kotihoidon ja työterveyshuollon hoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä?

## 10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Käytimme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää monia erilaisia käytänteitä, lähestymistapoja sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi, mutta elämismaailman tutkiminen on yhteistä tälle laadullisen tutkimuksen kirjolle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa oleellisia ovat merkitykset, jotka ilmenevät hyvin erilaisin tavoin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Valitsimme kvalitatiivisen tutkimustavan, koska olemme tekemisissä kertomuksien ja merkityksien kanssa eikä tilastollisesti yleistettävää tietoa ole mahdollista saada (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 16).

### 10.1 Aineistonkeruu

Esitimme valituille ryhmille lähinnä avoimia kysymyksiä. Kyselymme oli kuin haastattelutilanne, joka toteutettiin kyselylomakkeella. Kyselymme oli puolijäsentelemätön kysely, jossa kysymykset olivat ennalta määrättyjä, mutta vastaajat pystyivät vastaamaan omalla tavallaan ja omia sanojaan käyttäen. Koimme, että työntekijät pystyivät vastaamaan kysymyksiin avoimemmin anonyymeina kyselylomakkeen avulla kuin niin sanotusti kasvonsa paljastaen varsinaisessa haastattelutilanteessa, vaikka silloinkin he olisivat tietenkin pysyneet anonyymeinä. Lisäksi kyselylomaketta täyttäessä työntekijöillä oli mahdollisuus miettiä vastauksia pidempään ja palata aiempiin kysymyksiin. Varsinaisessa haastattelutilanteessa tämä ei niinkään olisi toteutunut.

Kyselymme kohdejoukoksi valikoituivat monien vaiheiden jälkeen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotihoito ja työterveyshuolto. Nämä yksiköt olivat vahvasti esillä jo keskusteluissa toimeksiantajamme kanssa. Opinnäytetyön suunnitelmissa oli siis mukana muitakin alueen terveydenhuoltoyksiköjä, mutta jätimme ne kuitenkin lopulta pois, ettei työstämme tulisi liian laaja ja sekava.

Laadimme opinnäytetyöhömme kyselylomakkeen (liite 1), jolla pyrimme kartoittamaan mahdollisimman kattavasti hoitotyöntekijöiden kokemuksia ehkäisevästä päihdetyöstä. Lisäksi pyrimme selvittämään, kuinka hoitohenkilökunta toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä. Käytimme teoretietoa ehkäisevästä päihdetyöstä kyselylomaketta tehdessämme. Lähetimme kyselylomakkeet kotihoiton ja työterveyshuollon yksiköihin. Emme käsittäneet aikaisemmin, että saatekirjeessämme luki kyselyn koskevan sairaanhoitajia, ja että emme olleet maininneet terveydenhoitajia. Saimme kuitenkin

muutamia vastauksia myös työterveyshuollosta. Näin saimme tutkimustuloksiimme hieman erilaista näkökulmaa.

Kyselyymme vastasi 14 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueen hoitajaa kotihoidon ja työterveyshuollon yksiköistä. Lomakkeessa oli ikää selvittävän monivalintakysymyksen lisäksi 10 avointa kysymystä, jotka koskivat ehkäisevän päihdetyön kokemuksia ja toimintatapoja sekä ehkäisevän päihdetyön koulutusta ja koordinoitua työyksiköissä. Hankimme tutkimusluvan Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hoito- ja hoivajohtajalta Anne Mikkoselta. Tutkimusluvan saatuaamme välitimme kyselylomakkeet valittuihin yksiköihin huhtikuun alussa 2014. Yksiköiden yhdyshenkilöt välittivät kyselyn yksikön työntekijöille, ja he täyttivät kyselyn työajallaan. Laitoimme kirjekuoriin kyselyt sekä palautuskuoret. Laitoimme mukaan myös viestin, jossa pyysimme, että tyhjät ja täytetyt lomakkeet palautettaisiin viimeistään 11.4.2014, jotta olisimme voineet jatkaa opinnäytetyömme tekemistä mahdollisimman pian. Emme kuitenkaan saaneet vastauksia silloin, kun oletimme; osa niistä saapui vasta kolmen viikon päästä. Työmme jatkaminen siis viivästyi.

## 10.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä käytimme aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Se voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Aineiston redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään niin, että tutkimukselle epäolennainen aines karsiutuu pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Koska aineistonamme oli kyselylomakkeelle kirjoitetut vastaukset, aineisto oli jo valmiiksi melko pelkistetty ja jäsennelty.

Aluksi luimme vastaukset ja perehdyimme niiden sisältöön. Sen jälkeen listasimme vastaukset eri kysymyskategorioiden alle. Tässä vaiheessa myös pelkistimme alkuperäisilmauksia. Sen jälkeen vuorossa oli aineiston klusterointi, jossa aineistosta esille nousseet ilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Käytimme klusteroinnin apuna erivärisiä kyniä, joilla merkitsimme samaan aihealueeseen liittyvät ilmaukset. Nimesimme syntyneet luokat sisältöä kuvaavilla käsitteillä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Lisäksi totesimme aineistosta ilmiöiden esiintymistiheyksiä.

Aineiston klusteroinnin jälkeen vuorossa on abstrahointi. Tällöin erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä valikoidun tiedon mukaisesti. Abstrahoinnissa edetään kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Sitä jatketaan luokituksia yhdistelemällä niin pitkään kuin se on aineiston sisällön puolesta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Aineistomme oli siis jo valmiiksi melko pelkistettyä, joten luokitusten yhdistelyä ei tullut kovin paljoa. Lopuksi raportoimme luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet, kategoriat ja niiden sisällöt (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Liitteessä 2 on esimerkki aineiston analyysistä.



## 11 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyymme vastasi yhteensä 14 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueen kotihoidosta ja työterveyshuollosta (N=14). Vastaajista suurin osa (43 %) oli yli 51-vuotiaita. Toiseksi eniten oli 31–40-vuotiaita (36 %). Loput vastaajista olivat 41–50- (14 %) ja 18–25-vuotiaita (7 %).

Merkille pantavaa on se, että vastauksista 79 % on kotihoidosta ja 21 % työterveyshuollosta. Saimme vastaukset kaikista Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotihoidon yksiköistä; työterveyshuollosta vain yhdestä yksiköstä. Kotihoidon hoitajilla on siis ”enemmistön ääni” opinnäytetyömme tuloksissa. Syy sille, miksi saimme työterveyshuollosta vähän vastauksia, oli varmasti saatekirjeen huolimattomuusvirheessä. Olimme siis ilmoittaneet siinä, että tutkimme sairaanhoitajien kokemuksia ja toimintatapoja. Emme olleet maininneet terveydenhoitajia.

### 11.1 Hoitajien kokemukset päihdeasiakkaista

Kun kysyimme, millaisia päihdeasiakkaita hoitajat kohtaavat työyksikössään, suurin osa mainitsi ikäihmiset. Tämä johtuu varmasti siitä, että kotihoidossa suurin osa asiakkaista on ikäihmisiä. Esille tulivat myös asiakkaat, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelma. Kotihoidon vastauksissa tulivat esille mielenterveyskuntoutujat. Tuloksimme mukaan hoitajat kohtaavat myös alkoholin riski- ja liikkakäyttäjiä, sekakäyttäjiä sekä niin sanottuja piiloalkoholisteja, jotka juovat salaa eivätkä näe toiminnassaan ongelmaa. Luonnollisesti vastauksissa tulivat esille työssäkäyvät ja työikäiset työterveyshuollon hoitajien vastausten myötä. Kuitenkin työikäiset tulivat esille myös kotihoidon vastauksissa - työikäiset syrjäytyneet ja työikäiset, joiden terveys on heikentynyt päihteiden käytön vuoksi. Seuraavassa on muutama esimerkki vastauksista:

*Työikäisiä, viikonloppuna tai lomalla voi putki jäädä päälle, alkon vaikutuksen alaisena tai krapulassa töissä.*

*Vanhuksia, joilla käyttö lisääntynyt iän ja sairauksien myötä.*

*Entisiä alkoholisteja, jotka lopettaneet juomisen.*

*Piiloalkoholisteja, jotka juovat salaa eivätkä näe/tunnista ongelmaansa.*

Tulostemme mukaan päihdeasiakkaiden hoidossa on paljon monenlaisia ongelmia. Ne tulivat esille kysyessämme, millaisia kokemuksia hoitajilla on päihdeasiakkaista. Ongelmista eniten esille tulivat asiakkaiden aggressiivisuus, arvaamattomuus ja se, etteivät hoidot onnistu päihtyneisyyden takia. Lisäksi päihdeasiakkaiden ongelmat ovat usein hyvin mutkikkaita ja haastavia. Alkoholin vaikutukset näkyvät monilla elä-

män osa-alueilla. Esimerkiksi tapaturmia sattuu alkoholin vaikutuksen alaisena, ja alkoholi vaikeuttaa muiden sairauksien hoitoa. Kokemuksista kysyttäessä tuli esiin myös päihdeasiakkaiden määrä ja miten päihdeasiakkaiden hoitoa voisi kehittää. Määrän suhteen vastaukset olivat hieman ristiriidassa, sillä jotkut hoitajat olivat vastanneet päihdeasiakkaiden olevan tällä hetkellä harvassa ja toisaalta jotkut olivat vastanneet päihdeasiakkaiden määrän olevan nousussa. Kehitettävää olisi puolestaan päihdeasiakkaiden terapiassa ja tuessa, jotka nyt koetaan puutteellisiksi. Lisäksi koettiin ongelmia päihdeasiakkaiden hoitopolussa eri organisaatioissa. Seuraavassa on vielä poimintoja vastauksista:

*Nuoret alkoholistit varsinkin jos sekakäyttöä, arvaamattomia joskus jopa väkivallan uhka.  
 Helposti suuttuvia, välillä jopa aggressiivisia.  
 Ongelmakäyttäjät ei motivoituneita lopettamaan.  
 Huono hoitotasapaino – –.  
 Samanarvoisia asiakkaita kuin muutkin.*

Tuloksista tuli ilmi myös toinen ristiriitainen asia. Nimittäin hoitajat vastasivat kohtaan vansa työssään sekä usein että harvoin sellaisia asiakkaita, jotka voisivat hyötyä ehkäisevästä päihdetyöstä. Usein- ja harvoin-vastauksia tuli siis saman verran, ja ne muodostivat yhdessä vastausten enemmistön. Esille tuli kuitenkin myös ennalta ehkäisevän työn puolesta puhuvia vastauksia. Seuraavassa on muutama esimerkki tällaisista vastauksista:

*Kaikki asiakkaat hyötyvät ehkäisevästä päihdetyöstä.  
 Ennakointi jo tärkeää.  
 Päihdetyön aloitus aiemmin, päivittäiseen työnkuvaan.*

Vastauksien mukaan hyvin monenlaiset asiat aiheuttavat epäilyä tai huolta asiakkaan päihteen käytöstä. Saimme vastauksista kuusi eri kategoriaa. Monet ilmaukset liittyvät useaan kategoriaan, joten "lajittelu" ei ole tietenkään täysin mustavalkoinen. Kategoriat ovat laboratoriotulokset ja muut mittaukset, hoidon laiminlyönti (erityisesti lääkehoidon näkökulma), itsestä huolehtimisen ongelmat, masennus ja yksinäisyys, ympäristö ja hygienia sekä käytöksen tai ulkonäön muutos. Itsestä huolehtimisen ongelmia ovat esimerkiksi poissaolot töistä, talousasioiden vaikeutuminen, loukkaantumiset (eritoten kaatuilu) sekä sosiaalisen yhteydenpidon heikkeneminen. Hoidon laiminlyönti tuli myös esille, ja se linkittyikin itsestä huolehtimiseen. Hoitajat mainitsivat myös seikkoja, jotka liittyvät käytöksen ja ulkonäön muutokseen sekä ympäristön ja hygienian tilaan. Lisäksi mainintoja oli kategorioista masennus ja yksinäisyys sekä laboratoriotulokset ja muut mittaukset. Jälkimmäiseen kategoriaan kuuluvat muun

muassa seuraavat käsitteet: korkea verenpaine, kohonneet veriarvot, kohonneet maksa-arvot ja korkeat AUDIT-pisteet. Merkille pantavaa on se, että laboratoriotulokset ja muut mittaukset tulivat esille lähinnä työterveyshoitajien vastauksissa. Seuraavassa on esimerkkejä tämän osion vastauksista:

*Itsestä huolehtiminen unohtuu.  
Runsaat sairaspöissaolut työstä, liittyen viikonlopun yhteyteen.  
Ympäristön esille tuoma huoli.  
Välinpitämättömyys/psykyke muuttuu.*

## 11.2 Ehkäisevän päihdetyön toimintatavat

Kotihoidon hoitajat ottavat päihteiden käytön puheeksi asiakkaan kanssa, kun huomaavat jonkinlaisia ongelmia. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset, omaisen huoli, häiriökäyttäytyminen, päihtyneenä olo kotikäynnillä sekä se, että päihteiden käytöstä on haittaa terveydelle tai jokapäiväiselle toiminnalle. Kuitenkin vastauksia tuli tässäkin osiossa myös ennalta ehkäisevän työn puolesta. Terveystarkastajat vastasivat ottavansa päihteiden käytön puheeksi aina terveystarkastuksissa ja lisäksi verenpaineen mittauksen yhteydessä, verikoevastauksia annettaessa ja sairaanhoitovastaanotolla. Kotihoidon vastauksissa tuli muun muassa seuraavanlaisia vastauksia:

*Pitäisi ottaa jokaisen kanssa puheeksi.  
Varhainen keskustelu ensikohtaamisessa.  
Kotikäynnillä ensihaastattelu.*

Monet hoitajat ottavat päihteiden käytön puheeksi asiakkaan kanssa suoraan kysymällä ja puhumalla avoimesti. Tärkeäksi he kokivat myös sen, että keskustellaan asiallisesti eikä loukata asiakasta. Lisäksi hoitajat käyttävät erilaisia tiedonkeruun apuvälineitä päihteiden käytöstä kysyessä, kuten AUDIT-kyselyä, ensihaastattelun kysymyksiä tai hoitosuunnitelman tekoa. Hoitajat myös avasivat tarkemmin sitä, mitä he asiakkaalta päihteiden käytöstä kysyvät:

*Kyselen, onko alkoholin käyttöä, kuinka paljon ja mitä juo (miedot vai vahvat).  
Kysymällä paljonko käyttää, mitä käyttää ja montako annosta.  
Kysyn, millaisia juomia juot, kuinka usein, onko vähentynyt/lisääntynyt, oletko itse pohtinut käyttöä.*

Ehkäisevän päihdetyön menetelmistä kysyttäessä mainittiin keskustelu ja tuki sekä AUDIT-testi. Keskustelua ja tukea kuvattiin muun muassa niin, että hoitaja antaa asiakkaalle mahdollisuuden puhua päihteiden käytöstä ja että hoitaja yrittää tukea elä-

män kriiseissä, kuten muutoissa, sairauksien puhkeamisessa ja puolison kuollessa. Ennalta ehkäisevän päihdetyön periaatteista tulivat esille päihteiden käytön aikainen puheeksiotto sekä päihteiden käyttötottumusten kysyminen kaikilta. Hoitajat mainitsivat myös sisällön keksimisen päivään (kuten viriketoiminta ja sosiaaliseen elämään kannustus), valistamisen sekä ohjaamisen toiselle taholle (AA-puoli ja päihdeterapeutti).

Lomakkeen loppupuolella oli kysymys, kuinka tuet ja motivoit asiakasta, joka käyttää runsaasti alkoholia, mutta ei ole suurkuluttaja. Suurin osa hoitajista toi tässä kohdassa esille keskustelun. Hoitajat kannustavat asiakasta, etsivät hänen kanssaan elämän hyviä asioita ja syitä päihteiden käyttöön sekä keskustelevat vähentämisestä ja vahvojen juomien vaihtamisesta miedompiin. Lisäksi hoitajat kertovat päihteiden käytön terveysvaikutuksista esimerkiksi laboratoriotulosten ja painonhallinnan näkökulmasta.

### 11.3 Ehkäisevän päihdetyön koulutus ja koordinointi

Vastaajat kertoivat, että he eivät ole saaneet mitään ehkäisevän päihdetyön koulutusta työyksikössään. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että hoitajat ovat joskus olleet kuuntelemassa ”yleisluentoa”, kuten muutaman tunnin mielenterveyshoitotyön koulutusta. Lisäksi mini-interventiokoulutus nousi esiin.

Lisäksi vastaajat olivat sitä mieltä, ettei ehkäisevä päihdetyö ole selkeästi koordinoitua heidän työyksikössään. Yhteistyö perhe- ja mielenterveyskeskus Ankkurin kanssa koettiin kuitenkin hyväksi asiaksi ja lisäksi kerrottiin päihde- ja mielenterveystyön strategian olevan tulossa. ”Toimii jokapäiväisenä osana työtä” luki puolestaan yhdessä lomakkeessa ytimekkäästi.

## 12 POHDINTA

Valitsimme ehkäisevän päihdetyön aiheeksemme, koska aihe on mielestämme ajan-kohtainen ja se kiinnostaa meitä molempia. Toimeksiantajamme nosti esille, että olisi mielenkiintoista tutkia hoitajien kokemuksia ja toimintatapoja ehkäisevästä päihdetyöstä, joten teimme opinnäytetyömme siitä näkökulmasta. Kyselyllä saa arvokasta tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä ja mitä kehityskohteita ehkäisevän päihdetyön saralla mahdollisesti on.

Tulevina mielenterveystyöhön suuntautuvina sairaanhoitajina meidän on hyvä syventää teoriatietoamme ja osaamistamme ehkäisevästä päihdetyöstä, mitä tämän opinnäytetyön teko varmasti edesauttoi. Pystyimme arvioimaan myös omaa suhtautumistamme ehkäisevää päihdetyötä kohtaan. Lisäksi saimme hyödyllistä kokemusta kyselyn tekemisestä, koska emme ole tehneet aiemmin vastaavaa näin suuressa mittakaavassa.

### 12.1 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on vaikea tai lähes mahdoton arvioida. Käsitteet valideetti ja reliabiliteetti eivät sellaisenaan käy laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Objektiivisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija pystyy erottamaan itsensä tutkimuskohteesta niin, että tutkijan omat oletukset ja toimenpiteet eivät vaikuta tutkimuskohteen ominaisuuksiin tai vastauksiin. Tutkimusta tehtäessä tavoitteena on, että tutkimus tuo esiin tutkittavien käsityksiä ja ohjenuorana on totuudenmukaisuus. (Aaltio & Puusa 2011, 153–155.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta edisti se, että teimme kyselylomakkeesta selkeän ja monipuolisen, jotta saisimme kattavasti tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kysymykset olivat kuitenkin sellaisia, että haastateltavan omalle näkökulmalle jäi tilaa. Lisäksi kohderyhmä oli valittu tarkoitukseen sopivaksi, sillä kyseisissä työyksiköissä ehkäisevän päihdetyön asema on tärkeä verrattaessa vaikka yksikköön, jossa hoidetaan jo alkoholiriippuvaisia henkilöitä. Puolestaan laaja teoriaosuus antoi opinnäytetyöllemme luotettavan pohjan. Olemme myös perustelleet opinnäytetyön merkityksen ja nimenneet tutkimuskysymykset selkeästi. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 130–131.) Opinnäytetyömme luotettavuutta heikensi saatekirjeen huolimattomuusvirhe. Saatekirjeestä kävi ilmi, että teemme kyselyn sairaanhoitajille. Emme olleet maininneet terveydenhoitajia, vaikka he kuuluivat kyselyn kohderyhmään.

Opinnäytetyömme eettisyyden varmistimme toteuttamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Teimme tutkimuksen eettisiä ohjeita noudattamalla, joten kenenkään ei ollut pakko osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen teon lähtökohtana oli ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–25.) Lisäksi turvasimme vastaajien yksityisyyden: kyselyyn vastattiin anonyyminä. Mitään tunnistamiseen liittyviä tietoja ei raportissa julkaistu.

Yhteiskunnallinen ulottuvuus on yksi keskeinen eettinen tekijä, ja koimme opinnäytetyöstämme olevan hyötyä kanssaihmisille. Varmistimme myös opinnäytetyöhömmme osallistuvien tietoon perustuvan suostumuksen informoiden opinnäytetyöstä muun muassa saatekirjeen kautta. Olimme olleet yksiköiden esimiehiin aiemmin yhteydessä aiheen tiimoilta. Lisäksi olimme tietoisia siitä, että tutkimusympäristömme oli pienyhteisö ja toimimme sen vaatimalla tarkkuudella ja hienotunteisuudella. Oli esimerkiksi oleellista pohtia, mikä on raportoinnin kannalta oleellista ja mikä on tutkimuksen tekijän rooli. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 144–153.)

## 12.2 Tulosten tarkastelu

Kyselyyn vastasi 14 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa. Ajattelimme, että olisimme saaneet vastauksia enemmän, koska kyseessä olivat kuitenkin kaikki Ylä-Savon SO-TE kuntayhtymän alueen kotihoidon ja työterveyshuollon yksiköt. Esimerkiksi yhdestä kotihoidon yksiköstä saimme vain yhden vastauksen. Miksi vastausten määrä oli vähäinen, sitä emme voi tietää. Lisäksi vastausten saamisessa kesti odotettua pidempään, vaikka pyysimme lähettämään vastaukset tiettyyn päivämäärään mennessä. Työterveyshuollon vastauksien vähäisyyden ymmärrämme kuitenkin aikaisemmin mainitun huolimattomuusvirheen vuoksi.

Kun kysyimme, millaisia päihdeasiakkaita hoitajat kohtaavat työssään, suurin osa kertoi kohtaavansa ikäihmisiä. Tämä selittyy sillä, että suurin osa vastauksista oli kotihoidosta ja kotihoidon asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi ikääntyneitä. Kuitenkin sekä kotihoidon että työterveyshuollon vastauksista nousi esille myös työikäiset, esimerkiksi syrjäytyneet ja ne, joiden terveys on heikentynyt päihteiden käytön vuoksi. Jos heidän kohdallaan ehkäisevää päihdetyötä olisi toteutettu oikein, voisi tilanne olla toinen. Lisäksi vastausten mukaan suurella osalla päihteiden käyttäjistä on myös jonkinlainen mielenterveysongelma. Nämä kaksi asiaa linkittyvät vahvasti toisiinsa.

Päihdeasiakkaan hoidossa ilmenevät ongelmat nousivat esille, kun kysyimme, millaisia kokemuksia hoitajilla on päihdeasiakkaista. Ongelmat ovat hyvin mutkikkaita ja haastavia. Huolestuttavaa on se, että ongelmista esille nousi päihdeasiakkaan aggressiivinen käytös. Tämä luo monia haasteita päihdetyön onnistumiselle. Lisäksi vastaajat kertoivat päihdeasiakkaiden määrästä. Tämä tulos oli hieman ristiriitainen, sillä jotkut vastasivat päihdeasiakkaiden määrän olevan harvassa ja jotkut vastasivat määrän olevan nousussa. Kokemuksista kysyttäessä hoitajat vastasivat myös, että päihdeasiakkaiden hoidossa on kehittämistä. Esimerkiksi terapia ja tuki on puutteellista ja hoitopolussa ilmenee ongelmia eri organisaatioissa.

Vastauksissa tuli esille toinenkin ristiriita, liittyen ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyviin asiakkaisiin. Monet vastasivat kohtaavansa usein ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyviä asiakkaita, mutta yhtä moni vastasi, että kohtaa tällaisia asiakkaita harvoin. Lisäksi kotihoidon hoitajat kertoivat ottavansa päihteiden käytön puheeksi huomattessaan päihteiden käytöstä johtuvia ongelmia. Työterveyshoitajat kertoivat ottavansa päihteiden käytön puheeksi aina terveystarkastuksissa. Tämä liittyy sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan toimenkuvan eroihin. Mielestämme sairaanhoitajienkin pitäisi kuitenkin toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä tehokkaammin, esimerkiksi keskittymällä päihdeasioihin aikaisemmin.

Itsestä huolehtimisen ongelmat ja hoidon laiminlyönti nousivat esille, kun kysyimme, mitkä tekijät aiheuttavat epäilyä ja huolta asiakkaan päihteiden käytöstä. Mielenkiintoista oli se, että laboratoriotulokset ja muut mittaukset (kuten AUDIT) tulivat tässä osiossa ilmi vain pienissä määrin. Lähinnä työterveyshoitajat nostivat nämä asiat esille. Mielestämme sairaanhoitajat voisivat hyödyntää mittauksia enemmän ehkäisevässä päihdetyössä.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että päihteiden käytöstä tulee puhua suoraan ja avoimesti unohtamatta asiallisuutta. Ehkäisevän päihdetyön menetelmistä esille nousivat keskustelu ja tuki sekä AUDIT-kysely. Monet vastaajista avasivat omaa toimintaansa, ja ehkäisevän päihdetyön periaatteita tuli näissä esille, mutta varsinaisia ehkäisevän päihdetyön käsitteitä, kuten mini-interventio ja motivoiva haastattelu, ei tullut esille.

Tuloksista kävi selkeästi ilmi, etteivät vastaajat ole saaneet ehkäisevän päihdetyön koulutusta työyksikössään. Esimerkiksi mini-interventiokoulutus mainittiin vain yhdessä työterveyshoitajan vastauksessa. Lisäksi ehkäisevä päihdetyö ei ole työyksiköissä koordinoitua. Mielestämme ehkäisevä päihdetyö olisi tehokkaampaa, jos siitä olisi

selkeät toimintaohjeet ja jos hoitajilla olisi mahdollisuus osallistua ehkäisevän päihdetyön koulutuksiin päivittääkseen osaamistaan.

### 12.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehittyminen

Löysimme aiheemme opinnäytetöiden ideapankista syksyllä 2012, ja saimme sieltä selville myös toimeksiantajamme. Kävimme keskustelemassa aiheesta Ylä-Savon SOTE ky:n aikuispsykiatrisella poliklinikalla osastonhoitaja Raija Sirkan ja päihdehoitaja Riitta Ikäheimon kanssa. Keskustelun kautta saimme pian aiheeksi tehdä opinnäytetyömme sairaanhoitajien kokemuksista ja toimintatavoista ehkäisevässä päihdetyössä. Myöhemmin kävimme keskustelemassa myös apulaisosastonhoitaja Riitta Rönkön kanssa ja tarkensimme lähestymistapaamme.

Opinnäytetyömme aihekuvaus oli helmikuussa 2013, mutta suunnitelmaseminaarin saimme pidettyä vasta joulukuussa 2013. Tarkoituksemme oli pitää suunnitelmaseminaari jo huomattavasti aikaisemmin, mutta matkan varrella oli paljon erinäisiä syitä, jonka vuoksi esitys vain siirtyi ja siirtyi. Saimme palautteena korjauskehotuksia, jotka saimme tehtyä maaliskuussa 2014. Tutkimusluvan saatuamme (liite 3 ja 4) postitimme kyselylomakkeet valittuihin yksiköihin. Saimme vastaukset vasta huhtikuun lopulla, ja tämän jälkeen saimme analysoitua vastaukset ja kirjoitettua ne puhtaaksi raporttiin.

Suunnittelemamme aikataulu on mennyt uusiksi useasti opinnäytetyöprosessin aikana, ja välillä työn tekeminen tuntui todella haastavalta. Teoriaosuutta tehdessämme jaoimme osa-alueet, joista kumpikin etsii tietoa ja myöhemmin yhdistimme osat ja saimme kasaan hyvän kokonaisuuden. Yhteistyömme on toiminut hyvin, ja molemmat ovat ymmärtäneet, jos toinen ei ole pystynyt jollain hetkellä työtä tekemään. Molemmat ovat tehneet myös aina sovittuun aikaan sen, mitä on sovittu. Olemme löytäneet hyvin yhteistä aikaa, jolloin olemme voineet tehdä työtä yhdessä. Haasteita opinnäytetyöprosessiin ovat tuoneet koulutehtävät ja vapaa-ajan ongelmat. Silloin kun työtä on voinut tehdä ilman suurempia häiriötekijöitä, on opinnäytetyön tekeminen ollut mukavaa, huolimatta siitä, että siihen on mennyt paljon aikaa.

Kyselylomakkeen kanssa oli aluksi hankalaa, mutta sitten kun saimme siihen vinkkejä eri näkökulmista, siitä tuli suhteellisen toimiva. Kumpikaan meistä ei ole aikaisemmin tehnyt tämän mittakaavan opinnäytetyötä, joten tämä on ollut opettavainen kokemus. Tiedonkeruu ja tutkimusmenetelmien, erityisesti laadullisen tutkimuksen, käyttäminen



ovat asioita, joissa ainakin olemme harjaantuneet. Erilaisia lähteitä tutkiessa meistä on tullut lähdekriittisempiä.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet paljon tietoa ehkäisevästä päihdetyöstä ja sen toteuttamisesta. Ehkäisevä päihdetyö on suuressa roolissa sairaanhoitajan työtä, joten on tärkeää osata toteuttaa sitä. Olemme myös arvioineet omaa suhtautumistamme ehkäisevää päihdetyötä kohtaan, ja aiheesta on syntynyt paljon keskustelua.

#### 12.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Vastausten perusteella suurin osa kotihoidon sairaanhoitajista ottaa päihteiden käytön puheeksi vasta, kun päihteiden käyttö on aiheuttanut ongelmia. Ehkäisevä päihdetyön osuus kotihoidossa tulisi olla huomattavasti suurempi. Työterveyshuollossa ehkäisevä päihdetyö toteutuu suurimmaksi osaksi hyvin.

Mielestämme vastauksista kävi myös ilmi, että suhtautumisessa ehkäisevää päihdetyötä kohtaan on ongelmia. Ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyvät kaikki, mutta tämä tuli esille vain harvoissa vastauksissa. Suurin osa oli sitä mieltä, että kohtaavat työssään vain harvoin ehkäisevästä päihdetyöstä hyötyviä asiakkaita. Työterveyshoitajienkaan vastauksissa ei tullut ilmi, että kaikki asiakkaat hyötyisivät ehkäisevästä päihdetyöstä.

Toivomme, että kyselymme on herättänyt työyksiköissä keskustelua ehkäisevän päihdetyön toteuttamisesta. Ehkäisevän päihdetyön pitäisi kuulua jokapäiväiseen työnkuvaan työyksiköstä riippumatta. Vastaukset kertovat mielestämme siitä, että ehkäisevän päihdetyön koulutusta ja koordinoitua pitäisi kehittää. Tästä tulisikin hyvä jatkotutkimusaihe. Voisi esimerkiksi tutkia sitä, miten ehkäisevästä päihdetyöstä saisi yhtenäistä ja jokapäiväiseen työnkuvaan kuuluvaa. Toiminnallisena työnä voisi kehittää vaikka ehkäisevän päihdetyön toimintaohjeita.

## LÄHTEET

- A-klinikkasäätiö 2011a. *Alkoholi* [verkkosivu]. A-klinikkasäätiö [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>
- A-klinikkasäätiö 2011b. *Kannabis* [verkkosivu]. A-klinikkasäätiö [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Kannabis>
- Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Menetelmäviidakon raivaajat*. Vantaa: JTO-palvelut, 153–166.
- Aalto, M. 2010a. Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 7–15.
- Aalto, M. 2010b. Ongelmakäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 31–38.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholin liikakäyttö. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. (toim.) *Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 11–21.
- Alho, L., Öfverström-Anttila, H. & Savolainen, M. 2009. *Arjen hyvät työkäytännöt ehkäisevässä päihde- ja mielenterveystyössä – esimerkkejä terveysasemalta, sosiaalilasemalta, A-klinikalta ja psykiatrian poliklinikalta* [verkkojulkaisu]. Helsingin kaupunki [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/efe8c4004a15774a8c93ecb546fc4d01/EPM\\_hankeraporti\\_2009.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=efe8c4004a15774a8c93ecb546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/efe8c4004a15774a8c93ecb546fc4d01/EPM_hankeraporti_2009.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=efe8c4004a15774a8c93ecb546fc4d01)
- Aro, A. 2013. *Alkoholi* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=skr00065](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00065)
- Eckholm, E. 2009. *Governments' Drug Abuse Costs Hit \$468 Billion, Study Says* [verkkosivu]. The New York Times Company [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: [http://www.nytimes.com/2009/05/28/us/28addiction.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/05/28/us/28addiction.html?_r=0)
- Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.a. *Hankkeet* [verkkosivu]. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: <http://www.ehyt.fi/fi/toiminta/hankkeet>
- Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.b. *Hoitoonohjaus* [verkkosivu]. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: <http://www.taitolaji.fi/ammattilaiselle/huugon-tyokalupakki/hoitoonohjaus>
- Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry s.a.c. *Päihteet työelämässä* [verkkosivu]. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry [viitattu 3.5.2014]. Saatavissa: <http://www.taitolaji.fi/ammattilaiselle/huugon-tyokalupakki/paeihteet-tyoeelaemaessae>
- Forsell, M., Perälä, R., Tanhua, H. & Varjonen, V. 2012. *Huumetilanne Suomessa 2012* [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/THL\\_RAPO75\\_2012\\_7.6.13.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/THL_RAPO75_2012_7.6.13.pdf?sequence=1)

- Haakana, S. s.a. *Työterveyshuolto avainasemassa päihteenkäytön puheeksi otossa* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 26.2.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/17e316b1-672a-4c51-b116-ba68b385a0a5>
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. *Päihdehoitoyö*. Helsinki: Tammi.
- Hermanson, E. 2012. *AUDIT-testi epäterveellisen alkoholin käytön seulontaan* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 15.1.2014]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.ktl.fi/http/tk.koti?p\\_artikkeli=kot00505&p\\_teos=kot&p\\_osio=104&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.ktl.fi/http/tk.koti?p_artikkeli=kot00505&p_teos=kot&p_osio=104&p_selaus=)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Holmila, M., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. 2013. *THL:n tietokirja: Alkoholi- ja päihdehaitat heijastuvat laajasti* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=33438](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=33438)
- Holopainen, A. 2008. *Päihteen käytön katkaiseminen on taitolaji* [verkkojulkaisu]. Järvenpään sosiaalisairaala [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.epshp.fi/files/5441/Paihteidenkayton\\_katkaiseminen\\_on\\_taitolaji.pdf](http://www.epshp.fi/files/5441/Paihteidenkayton_katkaiseminen_on_taitolaji.pdf)
- Huttunen, M. 2008. *Lääkkeiden väärinkäyttö* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00017](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00017)
- Huttunen, M. 2013a. *Alkoholiriippuvuus (alkoholismi)* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00196](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196)
- Huttunen, M. 2013b. *Päihde- ja huumeriippuvuus* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 22.8.2013]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00414](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414)
- Jääskeläinen, M. 2012. *Päihdehaittakustannukset 2010* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr11\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr11_12.pdf)
- Kaarne, T. & Juntunen, J. 2010. Työelämä ja alkoholi. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 87–96.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leimio-Reijonen, S. 2009. *Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen* [verkkojulkaisu]. Sosiaalialan osaamiskeskus Verso [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.paihdekehitys.fi/tiedostot/ehkisev\\_ty\\_ja\\_varhainen\\_puuttuminen\\_susanna\\_leimioreijonen.pdf](http://www.paihdekehitys.fi/tiedostot/ehkisev_ty_ja_varhainen_puuttuminen_susanna_leimioreijonen.pdf)
- Mannerheimin lastensuojeluliitto s.a. *Alkoholin terveysvaikutukset* [verkkosivu]. Mannerheimin lastensuojeluliitto [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: <http://www.mll.fi/nuortennetti/paihteet/alkoholi/terveysvaikutukset/>

Melemis, S. 2013. *Withdrawal* [verkkosivu]. Addictions and Recovery [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: <http://www.addictionsandrecovery.org/withdrawal.htm>

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. *Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta* [verkkosivu]. Duodecim [viitattu 16.5.2014]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00147#s3)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2004. *Alcohol's damaging effects on the brain* [verkkosivu]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa63/aa63.htm>

National Institute on Drug Abuse 2012. *DrugFacts: Understanding drug abuse and addiction* [verkkosivu]. National Institute on Drug Abuse [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse-addiction>

Paahtama, S. 2012. *Terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäisy* [verkkosivu]. Suomen Kuntaliitto [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/terveyden-edistaminen/Sivut/default.aspx>

Perttilä, K. 2006. *Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä* [verkkosivu]. Suomen sairaanhoitajaliitto ry [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4\\_2006/muut\\_artikkelit/terveyden\\_edistaminen\\_kasitteena/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/)

Pouttu, V. 2013. *Päihdeongelma parisuhteessa – esite Kirkas mieli -hankkeelle* [verkojulkaisu]. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyteyö [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56769/Pouttu\\_Veera.pdf?sequence=2](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56769/Pouttu_Veera.pdf?sequence=2)

*Päihdehuoltolaki* L 1986/41. FINLEX. Lainsäädäntö [viitattu 29.7.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

*Raittiustyöasetus* L 233/1983. FINLEX. Lainsäädäntö [viitattu 8.8.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1983/19830233>

*Raittiustyölaki* L 1982/828. FINLEX. Lainsäädäntö [viitattu 8.8.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820828>

Rintala, J. 2010. Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 119–124.

Robinson, L., Saisan, J. & Smith, M. 2013. *Drug abuse & addiction* [verkkosivu]. Helpguide [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.helpguide.org/mental/drug\\_substance\\_abuse\\_addiction\\_signs\\_effects\\_treatment.htm](http://www.helpguide.org/mental/drug_substance_abuse_addiction_signs_effects_treatment.htm)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salaspuro, M. 2013. *Lääkkeet ja huumausaineet päihteinä* [verkkosivu]. Kandidaattikustannus Oy [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=L%C3%A4%C3%A4kkeet\\_ja\\_huumausaineet\\_p%C3%A4ihtein%C3%A4](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=L%C3%A4%C3%A4kkeet_ja_huumausaineet_p%C3%A4ihtein%C3%A4)

Sastamalan kaupunki 2009. *Ikääntyvien päihdehoitopolku kotihoidossa, terveyskeskuksessa* [verkkojulkaisu]. Sastamalan kaupunki [viitattu 19.2.2014]. Saatavissa: [http://www.sastamalankaupunki.fi/sastamala/liitetiedostot/editori\\_materiaali/4323.pdf](http://www.sastamalankaupunki.fi/sastamala/liitetiedostot/editori_materiaali/4323.pdf)

Seppälä, T. 2010. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 189–195.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. *Ehkäisevä päihdetyö* [verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 2.5.2014]. Saatavissa: [http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/ehkaiseva\\_paihdytyo](http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/ehkaiseva_paihdytyo)

Strand, T. 2011. *Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011 – Missä mennään, minne haluamme?* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 37/2011 [viitattu 9.8.2013]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79891/1523a7da-a0c0-44ce-baa6-d66444a41658.pdf?sequence=1>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. *Ehkäisevä päihdetyö peruspalveluissa. Opas kunnan ehkäisevään päihdetyöhön* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 27.8.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b7fcda50-54fd-4f7c-9262-3ae3239a49f2>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. *Päihdetilastollinen vuosikirja 2012* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 25.8.2013]. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN\\_ISBN\\_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. *Alkoholijuomien kulutus 2012* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet\\_ja\\_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien\\_kulutus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. *Alkoholinkäytön puheeksiotto ja mini-interventio* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013c. *Ihmis- ja perusoikeudet ehkäisevässä päihdetyössä* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 1.8.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/ihmis-ja-perusoikeudet-ehkaisevassa-paihdytyossa](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/ihmis-ja-perusoikeudet-ehkaisevassa-paihdytyossa)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013d. *Motivoiva haastattelu* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/motivoiva-haastattelu](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/motivoiva-haastattelu)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. *Terveyserojen kaventamisen kustannushyödyt* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 26.2.2014]. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/miksi/vaikuttavuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/miksi/vaikuttavuus)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Työterveyslaitos 2012. *Työterveyshuolto* [verkkosivu]. Työterveyslaitos [viitattu 26.2.2014]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/mita/tehtavat/mini-interventio/Sivut/default.aspx>

Ylä-Savon SOTE ky 2013. *Palveluopas* [verkkojulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 7.2.2014]. Saatavissa: [http://issuu.com/yilasavonsote/docs/sote\\_palveluopas\\_2013?e=8168272/2309112](http://issuu.com/yilasavonsote/docs/sote_palveluopas_2013?e=8168272/2309112)

LIITE 1



Hei, olemme kaksi valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa Savonian ammattikorkeakoulusta Iisalmen kampukselta. Teemme opinnäytetyömme ehkäisevästä päihdetyöstä, ja tutkimme, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on ehkäisevästä päihdetyöstä ja kuinka he toteuttavat sitä työssään. Kyselystä saatuja vastauksia käytämme opinnäytetyössämme. Kyselyn avulla saamme arvokasta tietoa siitä, voisiko ehkäisevää päihdetyötä jollakin tavalla kehittää. Toimeksiantajanamme on Ylä-Savon SOTE ky:n aikuispsykiatrinen poliklinikka, ja he toivat esille, että olisi mielenkiintoista saada tietää, kuinka sairaanhoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä työssään ja millaisia kokemuksia heillä on siitä.

Arvostamme vastauksianne.

Ystävällisin terveisin

Anni Primetta /Anni.I.Primetta@edu.savonia.fi (050 327 9166)

Jasmin Ruotsalainen /Jasmin.A.Ruotsalainen@edu.savonia.fi  
(040 125 7097)

hoitotyön koulutusohjelma

Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmi.

Ohjaava opettaja: Raija Pulkkinen

Toimeksiantaja: Ylä-Savon SOTE ky aikuispsykiatrinen poliklinikka

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

## KYSELYLOMAKE

## Ikä:

- a. 18-25
- b. 26-30
- c. 31-40
- d. 41-50
- e. 51-

1. Millaisia päihdeasiakkaita kohtaat työyksikössäsi?

2. Milloin otat päihteen käytön puheeksi asiakkaan kanssa?

3. Millaisia kokemuksia sinulla on päihdepotilaista/-asiakkaista?

4. Kuinka usein kohtaat työssäsi asiakkaan, joka voisi hyötyä ehkäisevästä päihdetyöstä?





## LIITE 2

## Esimerkki aineiston analyysistä

3. Millaisia kokemuksia sinulla on päihdepotilaista/-asiakkaista?			
Pelkistetty ilmaus	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Ongelmien mutkikkuus Ongelmakäyttäjät eivät ole motivoituneita lopettamaan Asiakkaiden mielenterveysongelmat	Päihdeasiakkaiden ongelmien mutkikkuus ja haastavuus	Ongelmat päihdeasiakkaan hoidossa	Hoitajien kokemukset päihdepotilaista/-asiakkaista
Alkoholin vaikutukset usealla elämän osa-alueella Tapaturmat alkoholin vaikutuksen alaisena Alkoholi ongelma muiden sairauksien hoidossa Huono hoitotasapaino	Päihteiden käytön (negatiiviset) vaikutukset		
Hoitojen epäonnistuminen asiakkaan päihtymyksen takia Hoitaja ei pysty toimimaan päihtyneen kanssa	Hoitojen epäonnistuminen		
Asiakkaiden arvaamattomuus Väkivallan uhka Asiakkaat suuttuvat helposti Aggressiivisuus Kaksi hoitajaa käynneillä Asiakkaiden epäasiallinen kielenkäyttö	Päihdeasiakkaiden arvaamattomuus ja aggressiivisuus		
Alkoholin käytön salailu ja vähättely Asiakas ei koe alkoholin käyttöä ongelmaksi "Piilokäyttö"	Ongelmat asiakkaan suhtautumisessa päihteiden käyttöönsä		
Ongelmat asiakkaiden hoitopoluissa eri organisaatioissa Informaation vähäisyys	"Hoitotyön johdon" ongelmat		
Terapian puutteellisuus Tuen vähäisyys	Puutteellisuudet hoitotyössä		

## LIITE 3

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

1.4.2014

8 § / 2014

54/13.00/2014

**Tutkimuslupa - Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta**

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot: hallintosihteeri Ulla Väisänen, p. 040 712 6736, [ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi](mailto:ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi).

Savonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on Ehkäisevä päihdetyö – sairaanhoitajien kokemukset ja toimintatavat Ylä-Savon SOTE ky:n alueella. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisin keinoin sairaanhoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä ja millaisia kokemuksia heillä on siitä. Tavoitteena on saada tietoa ehkäisevän päihdetyön toteutuksesta ja sen mahdollisista kehittämiskohteista sekä herättää keskustelua ehkäisevästä päihdetyöstä. Tutkimusmenetelmä on laadullinen tutkimus. Kyselylomake jaetaan noin kahdellekymmenelle Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän sairaanhoitajalle alueen paikkakuntien kotihoitoon ja työterveyshuoltoon. Aineistonalyysissä käytetään aineistolähtöistä eli induktiivista päättelyä. Tutkimuksen aikataulu kuntayhtymässä on 3/2014 – 4/2014. Opinnäytetyö on kohdennettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikan käyttöön. Kirjallinen tuotos toimitetaan toimeksiantajalle.

Terveysjohtaja Janne Forsberg puoltaa luvan myöntämistä työterveyshuollon osalta.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan kotihoitoon osalta Jasmin Ruotsalaiselle ja Anni Primetalle Ehkäisevä päihdetyö -sairaanhoitajien kokemukset ja toimintatavat Ylä-Savon SOTE ky:n alueella liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii aikuispsykiatrian poliklinikan esimies Raija Sirkka.

Päätöksen perustelu

Jalkautuvien palvelujen ja avohoidon kehittäminen asiakaslähtöisesti.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 9.4.2014.

Muutoksenhaku ja toimielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä  
PL 4  
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:  
PL 17  
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:  
017 27 241

Kotisivu: [www.ylasavonsote.fi](http://www.ylasavonsote.fi)  
Sähköposti: [kirjaamo@ylasavonsote.fi](mailto:kirjaamo@ylasavonsote.fi)  
[etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi](mailto:etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

1.4.2014

8 § / 2014

Anne Mikkonen  
Hoito- ja hoivajohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuk-  
sella.

Jakelu

Saaja:  
Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta  
Tiedoksi:  
Raija Sirkka  
Hanna Jokinen  
Seija Kärkkäinen  
Leila Pekkanen  
Yhtymähallituksen puheenjohtaja

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä  
PL 4  
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:  
PL 17  
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:  
017 27 241

Kotisivu: [www.ylasavonsote.fi](http://www.ylasavonsote.fi)  
Sähköposti: [kirjaamo@ylasavonsote.fi](mailto:kirjaamo@ylasavonsote.fi)  
[etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi](mailto:etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi)

## LIITE 4

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

1.4.2014

8 § / 2014

54/13.00/2014

**Tutkimuslupa - Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta**

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot: hallintosihteeri Ulla Väisänen, p. 040 712 6736, [ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi](mailto:ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi).

Savonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on Ehkäisevä päihdetyö – sairaanhoitajien kokemukset ja toimintatavat Ylä-Savon SOTE ky:n alueella. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisin keinoin sairaanhoitajat toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä ja millaisia kokemuksia heillä on siitä. Tavoitteena on saada tietoa ehkäisevän päihdetyön toteutuksesta ja sen mahdollisista kehittämiskohteista sekä herättää keskustelua ehkäisevästä päihdetyöstä. Tutkimusmenetelmä on laadullinen tutkimus. Kyselylomake jaetaan noin kahdellekymmenelle Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän sairaanhoitajalle alueen paikkakuntien kotihoitoon ja työterveyshuoltoon. Aineistonalyysissä käytetään aineistolähtöistä eli induktiivista päättelyä. Tutkimuksen aikataulu kuntayhtymässä on 3/2014 – 4/2014. Opinnäytetyö on kohdennettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikan käyttöön. Kirjallinen tuotos toimitetaan toimeksiantajalle.

Terveysjohtaja Janne Forsberg puoltaa luvan myöntämistä työterveyshuollon osalta.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan kotihoidon ja työterveyshuollon osalta Jasmin Ruotsalaiselle ja Anni Primetalle Ehkäisevä päihdetyö -sairaanhoitajien kokemukset ja toimintatavat Ylä-Savon SOTE ky:n alueella liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii aikuispsykiatrian poliklinikan esimies Raija Sirkka.

Päätöksen perustelu

Jalkautuvien palvelujen ja avohoidon kehittäminen asiakaslähtöisesti.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 9.4.2014.

Muutoksenhaku ja toimitielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä  
PL 4  
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:  
PL 17  
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:  
017 27 241

Kotisivu: [www.ylasavonsote.fi](http://www.ylasavonsote.fi)  
Sähköposti: [kirjaamo@ylasavonsote.fi](mailto:kirjaamo@ylasavonsote.fi)  
[etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi](mailto:etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

1.4.2014

8 § / 2014

Anne Mikkonen  
Hoito- ja hoivajohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuk-  
sella.

Jakelu

Saaja:  
Jasmin Ruotsalainen ja Anni Primetta  
Tiedoksi:  
Raija Sirkka  
Hanna Jokinen  
Seija Kärkkäinen  
Leila Pekkanen  
Yhtymähallituksen puheenjohtaja

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä  
PL 4  
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:  
PL 17  
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:  
017 27 241

Kotisivu: [www.ylasavonsote.fi](http://www.ylasavonsote.fi)  
Sähköposti: [kirjaamo@ylsavonsote.fi](mailto:kirjaamo@ylsavonsote.fi)  
[etunimi.sukunimi@ylsavonsote.fi](mailto:etunimi.sukunimi@ylsavonsote.fi)