

Päihteiden käyttäjien terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Katsaus kirjallisuuteen

Herman Salminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

Opinnäytetyö

14.3.2017

Tekijä	Herman Salminen
Otsikko	Päihteiden käyttäjien terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
Sivumäärä	20 sivua + 2 liitettä
Aika	14.3.2017
Tutkinto	Sairaanhoidtaja
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Juha Havukumpu
<p>Kirjallisuuskatsaukseni tavoitteena oli selvittää, minkälaisin keinoin päihteidenkäyttäjän terveyttä ja toimintakykyä voisi edistää perusterveydenhoidossa. Päihteiden käyttö voi aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. Jotta näitä ongelmia voitaisiin ehkäistä, on terveydenhoidon ammattilaisella oltava tarvittava osaaminen.</p> <p>Opinnäytetyö hyödyntää laadullisen tutkimuksenteon periaatteita. Aineisto työhön hankittiin systemaattisella tiedonhaulla käytössä olleista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkelitietokannoista. Lopullinen aineisto koostui kolmesta meta-analyysistä ja neljästä alkuperäistutkimuksesta. Tulokset taulukoin systemaattisen sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Tulosten mukaan erilaisia interventiokeinoja käytetään motivoidessa päihteiden käytön vähentämiseen ja niitä voidaan käyttää apuna myös perusterveydenhoidossa. Tutkimuksissa käytettiin motivoivaa haastattelua, lyhytinterventiota, arviointi-palautetta ja AUDIT-testiä. Vaikkakin osa tutkimuksista oli ristiriidassa keskenään, pääosassa tutkimuksia interventiokeinoilla oli päihteiden käyttöä vähentävä vaikutus.</p> <p>Erilaisten uusien motivointikeinojen kartoittaminen on tärkeää varsinkin, kun päihteidenkäyttö on jatkuvassa kasvussa. Asenneilmapiirin lientyessä huumeiden ja päihteiden käyttöä kohtaan on jatkossakin erittäin tärkeää että hoitohenkilökunnalla on tarvittavaa päihdeosaamista.</p>	
Avainsanat	alkoholi, huumeet, päihteidenkäyttö, hoitajan osaaminen, terveyden edistäminen, kirjallisuuskatsaus

Author(s)	Herman Salminen
Title	Promoting Health and Functional Capacity of Substance Abusers – Literature Review
Number of Pages	20 pages + 2 appendices
Date	14 March 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Juha Havukumpu, Senior Lecturer
<p>The objective of this study was to find different methods to promote the health and functional capacity of substance abusers in the field of basic health care. Substance abuse may cause physical and mental problems. The purpose of this study was to chart what kind of competence health care personnel should have and acquire to prevent these problems.</p> <p>My study was a literature review. I used four different health care databases in my literature review. The data consisted of seven publications: three meta-analyses and four other studies. I analysed and charted the data by the methods of systematic content analysis.</p> <p>The results showed that various methods of intervention may be used in the motivation of substance abusers to their substance usage. These methods may be used in basic health care. These methods were motivational interviewing, brief intervention, assessment and feedback and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Results were not conclusive, studies about same method had different results. However, most of the studies proved that for the most part these methods helped reduce substance usage.</p> <p>In the future it would be valuable to chart more motivational methods as the abuse of substances comes more widespread. As the attitudes towards drugs slacken it is essential that health care personnel have competence regarding substance abuse.</p>	
Keywords	alcohol, illicit drugs, substance abuse, nurses competence, health care personnel, health promotion, literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
2.1	Tavoitteet	2
2.2	Tutkimuskysymys	2
3	Tietoperusta	3
3.1	Päihdeiden käyttö Suomessa	3
3.2	Päihderippuvuus ilmiönä	4
3.3	Päihdeiden terveysvaikutukset	5
3.3.1	Liikenneturvallisuus	5
3.3.2	Alkoholinkäytön terveysvaikutukset	5
3.3.3	Huumeidenkäytön terveysvaikutukset	6
3.4	Hoitajan osaamisperusta	7
3.4.1	Päihdeiden käytön puheeksi otto ja mini-interventio	9
3.4.2	Muutosvaihemalli	9
3.5	Muita psykososiaalisia menetelmiä	11
3.5.1	Motivoiva haastattelu	11
3.5.2	Ratkaisukeskinen työote	12
3.5.3	Kognitiivinen työote	12
3.6	Käsitteet	12
4	Menetelmät	13
4.1	Aineiston koostumus ja valintakriteerit	14
4.2	Aineiston keruu ja avainsanat	14
4.3	Kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi	14
5	Aineiston tulokset	15
5.1	Terveyden edistämisen keinot	15
6	Pohdinta	17
6.1	Päätelmät	17
6.2	Luotettavuus ja hyödynnettävyys	19
6.3	Jatkotutkimusaihe-ehdotukset	19

Lähteet

Liitteet

1 Johdanto

Opinnäytetyöni on kirjallisuuskatsaus päihteiden käyttäjien terveyden ja toimintakyvyn edistämisestä perusterveydenhuollon näkökulmasta. Lain mukaan päihde on yksiselitteisesti alkoholi tai muu aine, jota käytetään päihtymistarkoituksessa (Päihdehuoltolaki 1986/41 2§). Sairaanhoidajat kohtaavat työssään päihteiden käyttäjiä hoitaessaan niin somaattisista, kuin psyykkisistä sairauksista kärsiviä. Päihteet aiheuttavat psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia haittoja ja muodostavat kokonaisuutena henkilökohtaisia, alueellisia ja yhteiskunnallisia ongelmia. Sairaanhoidajana on tärkeää tunnistaa riskialtista päihteiden käyttöä ja huolehtia siitä, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa.

Kaikilla suomalaisilla tulee olla lain mukaan oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon ilman syrjintää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 3§) Myös päihdehuoltolaki takaa tämän. (Päihdehuoltolaki 1986/41 2§) Suomessa päihteiden käyttö jakaa mielipiteitä. Päihteiden käyttäjiin suhtautuminen terveydenhuollon piirissä tulisi kuitenkin olla lain edellyttämällä tavalla ja eettiseltä näkökulmaltaan syrjimätöntä. Terveyden ja toimintakyvyn edistämisesäkin tulisi potilasta kohdella ennakkoluulottomasti.

Käyttämämme kieli ja sanasto puhuttaessa päihteistä ja niiden käyttäjistä on mukautunut kulttuurimme mukaan ja ilmentää tapaamme ajatella aiheesta. Ilmaukset narkomaani, päihdeongelmainen ja henkilö, jolla on päihdesairaus, ovat sisällöltään hyvin erilaisia. Vaarana on, että käyttämämme kieli leimaa ihmisen negatiivisella tavalla, vaikka hän olisi identiteetiltään ja voimavaroiltaan paljon muutakin, kuin se mitä päihdettä ja minkälaisella tavalla hän sitä käyttää. Jos pyrimme muuttamaan ihmisen haitallista käytöstä ja toimintaa, tulisi myös kiinnittää huomiota niihin tunteisiin, joita käyttämämme kieli herättää. (Lappalainen-Lehto - Romu - Taskinen 2007:26)

Päihteiden käyttäjät eivät ole yhtenäinen tunnistettava joukko. Käyttäjiä löytyy jokaisesta yhteiskuntaluokasta ja kaikista ammateista, myös hoitoalalta. Huumeiden käyttäjät voidaan jakaa käyttämisen säännöllisyyden perusteella kokeilijoihin, satunnaisiin käyttäjiin ja ongelmakäyttäjiin. Päihteiden erilaiset vaikutukset ja käyttäjien monimuotoisuus saattaa tehdä päihteiden käyttäjien tunnistamisen hankalaksi eikä yksittäisistä huomiosta voi tehdä pitkälle meneviä päätelmiä. (Boström, Bothas, Järvinen, Saarto, Tamminen, Teirilä 2008)

Tutkimusten mukaan valtaosalla huumeiden kokeilijoista käyttö jää kokeiluksi. Noin kymmenellä prosentilla huumeidenkäyttö jää vakinaiseksi ja näistä vain pienellä osalla se muuttuu ongelmakäytöksi. Onkin siis ymmärrettävä että huumeita tai alkoholia käyttävistä osalla käyttö on enemmän tai vähemmän hallinnassa. Kuitenkin huumeiden ja alkoholin käyttö on kasvussa, joten on oletettavaa, että kehitys heijastuu myös terveydenhuollossa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007:65; Varjonen, Tanhua, Forsell Perälä 2012:37–47)

2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

2.1 Tavoitteet

Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen myötä kartoittaa olemassa olevia terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen tarkoitettuja työkaluja ja teorioita, täten luoden kokonaisuus joka palvelee niin opinnäytetyön tekijää tulevilla työurallaan, kuin mahdollisesti myös muita opiskelijoita, terveydenhoitoalan ammattilaisia sekä aiheesta yleisesti kiinnostuneita. Tavoitteena on lisätä hoitajan tietopohjaa päihteiden käytön vähentämiseen ja lopettamiseen pyrkivistä työtavoista.

Työssä pyritään myös esittämään malleja päihdeongelmaisen ihmisen kohtaamiseen perusterveydenhuollossa ja antamaan työkaluja ehkäisevään päihdetyöhön, varhaiseen puuttumiseen ja päihteiden käytön puheeksi ottamiseen. Työn tarkoituksena on myös esitellä keinoja päihteidenkäyttäjän muutoksen motivointiin.

Työn rajauksellisten syiden, eli resurssien puutteen takia en käsittele enkä esittele yksittäisiä päihteitä erikseen käyttötapojen, käyttökulttuurin, haittojen tai riippuvuuspotentiaalin mukaan, koska se ei palvele työn tarkoitusta ja materiaalin rajaaminen olisi hankalaa, vaan pyrin pikemminkin löytämään kaikkiin päihteisiin liittyviä yleispäteviä malleja.

2.2 Tutkimuskysymys

Miten päihteiden käyttäjän terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää perusterveydenhuollossa?

3 Tietoperusta

Lähdin työssäni aluksi tarkastelemaan, mitä aiheesta jo tiedetään ja minkälaisia käytäntöjä päihdeiden käyttäjien terveyden edistämiseen jo on. Näkökulma ei ole päihdehoitotyön näkökulma, joten ei olekaan järkevää esitellä koko päihdetyön laajuutta, vaan keskittyä nimenomaan varhaiseen puuttumiseen, motivoivaan haastatteluun ja lyhytneuvontaan, joita perusterveydenhuollon piirissä pystytään toteuttamaan.

3.1 Päihdeiden käyttö Suomessa

Terveyden edistämisen toteutumista on tutkinut mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Rimpelä – Saaristo – Wiss - Ståhl 2009) Tutkimus toteutettiin kyselyllä, johon vastasi 190 suomalaista terveyskeskusta (N=231). Aineistossa esiteltiin myös terveyden edistämisen osa-aluetta päihdeiden suhteen. 69 % terveyskeskuksista oli voimassaoleva päihdestrategia. Kuitenkin yhtenäiset käytännöt päihdeiden käytön tunnistamisesta olivat vajavaiset. Yhtenäinen käytäntö alkoholin suurkulutuksen osalta oli vain 69 %:ssa ja huumeiden osalta 40 %:ssa terveyskeskuksista.

Kirjassa Suomi juo (Mäkelä - Mustonen - Tigerstedt 2010) kuvataan suomalaisten alkoholinkäyttöä ja sen kehitystä. Vuodesta 1968 vuoteen 2008 alkoholin kulutuksen kokonaismäärä asukasta kohden Suomessa on kasvanut kolminkertaiseksi. Vuonna 2008 pelkästään alkoholin aiheuttamien sairauksien hoitajaksoja oli 37600 ja hoitopäiviä yli 200000. Päihtyneiden säilöönottoja oli 94000. Alkoholi on ollut osallisena 27 %:ssa kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista. Vuonna 2005 kuolemaan johtaneista väkivaltarikoksista kolme neljästä tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena (Havio – Inkinen - Partanen 2014:99).

Suomessa vuonna 2011 huumeiden käytöstä tai lääkeneiden väärinkäytöstä johtuvia kustannuksia eli huumehaittakuluja oli julkiselle sektorille noin 242–310 miljoonaa euroa. Noin 16 % prosenttia näistä tuli terveydenhuollon huumehaittakustannuksista. Perusterveydenhuollossa tarjotaan apua päihdeiden käytön lopettamiseen ja vähentämiseen sekä tehdään haittoja vähentävää työtä. Tämän lisäksi perusterveydenhuollossa hoidetaan päihdeiden käytöstä johtuvia somaattisia sairauksia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2013) Päihdehuollon huumeasiakkaista vuonna 2013 vain 9 % oli vakituksessa työssä ja noin kymmenesosa asiakkaista oli asunnottomia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014).

Työelämän päihdehaitat muodostuvat poissaoloista, myöhästymisistä, sairastumisista, onnettomuuksista, tapaturmista ja henkilöstön vaihtuvuudesta (Havio ym. 2014:97).

3.2 Päihderiippuvuus ilmiönä

Ihminen on elämässään monesta asiasta riippuvainen. Ihminen tarvitsee vettä, happea ja ruokaa. Näihin asioihin ihmisellä on kuitenkin luonnollinen riippuvuussuhde, ihminen tarvitsee näitä elääkseen. Päihderiippuvuudella tarkoitetaan haitallista ja pakonomaista tarvetta käyttää päihteitä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007:18)

Jokaisella ihmisellä on omat syynsä päihderiippuvuuteen. Monet eri asiat vaikuttavat siihen muuttuuko ihmisen päihteidenkäyttö riippuvuudeksi. Olennaista riippuvuuden kehittymiselle on se, minkälaisen roolin ihminen päihteelle antaa ja mikä osa sillä on päivittäisessä elämässä. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista. Fyysinen riippuvuus tarkoittaa, että elimistö on riippuvainen päihteiden vaikutuksesta. Päihteen puute johtaa elintoimintojen häiriöihin, vieroitusoireisiin. Sietokyky, eli toleranssi kasvaa käytettyä ainetta kohtaan. Psyykinen riippuvuus taas on sitä, että ihminen kokee, että ei tule toimeen ilman päihdettä, ja että se on välttämätöntä hyvinvoinnin kannalta. Sosiaalisessa riippuvuudessa ihminen viettää aikaa sellaisten muiden ihmisten kanssa, joiden kanssa ollessa päihteiden käyttö on merkittävä osa elämistä ja yhdessäoloa. (Havio ym. 2014:42–44)

Rajanveto sairaan ja terveen riippuvuuden veto on ehkä helpompaa päihteiden osalta kuin esimerkiksi pakonomaisen urheilemisen tai seksin harrastamisen suhteen. Huumeiden käyttöön liittyy paljon negatiivisia mielikuvia, varsinkin lainsäädännöllisten ja kulttuuristen syiden vuoksi. Huumeiden käyttämisestä vastaan käytetään runsaasti mediahuomiota. Huumeiden käyttäjien kontrollointiin käytetään runsaasti terveydenhuollon, poliisitoimen, rikosseuraamuslaitoksen ja oikeusjärjestelmän resursseja. Yleinen mielipide ja lainsäädäntö ovat kaikenlaista huumeidenkäyttöä vastaan.

3.3 Päihteiden terveysvaikutukset

3.3.1 Liikenneturvallisuus

Liikenneturvakeskuksen kesällä 2016 julkaisemien tilastotietojen mukaan rattijuopumus on ollut kolmen viime vuoden keskiarvojen mukaan syynä viidennekseen liikennekuolemista. Tilastojen mukaan joka 120 kuljettajalla on alkoholia veressään. Vuonna 2015 poliisin tietoon tuli yli 17600 rattijuopumustapausta. Vaikkakin kuolleiden määrästä 69% oli juopuneita kuljettajia, myös kanssamatkustajat (23%) ja sivulliset (8%) joutuvat uhriksi. Vaikkakin liikennevirran alkoholitapausten määrä onkin ollut tasaisessa laskussa vuodesta 2007, rattijuopumustapausten määrä on pysynyt lähestulkoon samana. Alkoholin käyttö vaikuttaa negatiivisesti koordinaatiokykyyn ja hidastaa refleksejä. Näiden lisäksi alkoholi voi aiheuttaa lisääntyntä riskien ottamista, kuten vaarallisia ohituksia ja liian korkeaa tilannenopeutta. (Liikenneturvakeskus 2016)

Huumausaineet liikenteessä ovat samanlainen riskitekijä. Vuosittain noin 4000 kuskin näytteistä löytyy huumausaineita tai huumausaineasetuksessa mainittuja lääkkeitä. Keskuhermostoa lamaavat aineet, kuten opiaatit, gamma ja lakka, sekä bentsodiatsepiinit hidastavat motoriikkaa ja reaktionopeutta. Myös väsyttävä vaikutus voi aiheuttaa esimerkiksi rattiin nukahtamista. Piristeet, stimulantit kuten amfetamiini, metamfetamiini, MDPV, ekstaasi ja kokaiini saattavat kylläkin kohottaa reaktionopeutta ja koordinaatiota, mutta nostavat häiriöherkkyyttä ja virhearviointeja. Nämä aineet voivat myös lisätä impulsiivisuutta, aggressiivisuutta ja riskinottoa, jotka taas saattavat vaikuttaa liikennekäyttäytymiseen, näkyen ylinopeutena ja vaarallisina ohituksina. Piristeet saattavat myös aiheuttaa aistiharhoja. Kannabis hidastaa reaktiokykyä ja voi vaikeuttaa etäisyyksien, nopeuden ja ajan arviointia. Kannabiksen käyttöön liittyy myös heikentynyt koordinaatiokyky. (Seppälä 2012)

3.3.2 Alkoholinkäytön terveysvaikutukset

Tilastokeskuksen työikäisten (15–64 v.) kuolinsyytilastojen mukaan vuonna 2014 15 % kuolemista johtui alkoholiperäisistä syistä (Tilastokeskus 2015:3). Suurin osa alkoholin terveyshaitoista johtuu runsaasta alkoholinkäytöstä. Alkoholisairauksiin lasketaan alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit, alkoholimaksasairaudet ja haimatu-lehdus. Alkoholi voi runsaassa käytössä aiheuttaa neurologisia ja psyykkisiä oireita. Alkoholin käyttö lisää sairastuvuutta suun, kurkunpään, nielun ja ruokatorven syöpiin 2-3

kertaiseksi käytettäessä alkoholia yli 50 grammaa, noin neljä annosta, vuorokaudessa. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa maksasolujen tulehdusta, joka voi johtaa maksakirroosiin. Maksakirroositapauksista 10–20% sairastuu maksasyöpään. (Huttunen, J 2015)

Pitkäkestoisen alkoholinkäytön lopettamisen vieroitusoireet voivat laukaista juoppohuulouden, eli delirium tremensin, joka on hengenvaarallinen tila, jossa tajunnan taso häiriintyy, esiintyy kuulo- ja näköharhoja, syke nousee ja hermosto on kiihtyneessä tilassa. Delirium tremensiin liittyy kohonnut riski kouristuksiin. (Huttunen, M 2015)

3.3.3 Huumeidenkäytön terveystvaikutukset

Suonensisäisessä huumeidenkäytössä on runsaasti riskejä. Ohitettaessa ensikierron metabolia, vaikuttava aine pääsee suoraan verenkiertoon. Laskimoon pistettäessä vahingoitetaan ihoa ja suonta paikallisesti. Käytettäessä samaa neulaa useita kertoja neula tekee vauriota suonelle ja iholle. Jatkuva laskimoon pistäminen kovettaa suoniam paikallisesti. Huono hygienia pistettäessä mahdollistaa bakteerien ja virusten pääsyn verenkiertoon ja ihon alle. Huono pistotekniikka vahingoittaa suonta ja injisoitavaa nestettä saattaa päästä ihon alle. Suonensisäiseen käyttöön voi kuulua paikalliset pistopaikkainfektiot ja sepsis. Tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2015 todettiin 1165 uutta C-hepatiitti-tartuntaa. Näistä 49 % todettiin ruiskuhuumeiden käyttäjillä. 75 %:lla ruiskuhuumeiden käyttäjistä on C-hepatiitti. HIV-tartunnat ovat verrattain harvinaisia, 173 uudesta HIV-tartunnasta vain 7 todettiin johtuvan ruiskuhuumeiden käytöstä. (Jaakola – Lyytikäinen - Rimhanen-Finne ym. 10/2016:25–26, 32)

Huumeet usein kulkevat tuottajalta useiden välikäsien kautta loppukäyttäjälle ja huumeelle haetaan painoa ja täten lisää tuottoa lisäämällä siihen jatkeaineita. Laittomassa huumekaupassa ei ole laadunvalvontaa, joten käyttäjä ei voi koskaan olla varma mitä kaikkea ostetussa aineessa on. Lääketablettien, kuten buprenorfiinin ja oksikodonin käyttö suonensisäisenä huumeena pitää sisällään omat riskinsä. Lääketabletit sisältävät usein sidosaineena muun muassa talkkia ja tärkkelystä. Lisäksi lääketablettia murskatessa siihen voi tarttua bakteereja ympäristöstä. Sidosaimeet aiheuttavat laskimoiden ja valtimoiden tukkeutumista. (Partanen - Vikatmaa - Vuola - Lepäntalo - Tukiainen. 28/2008:2131–2136)

Huumeiden sekakäytössä riskit kohoavat, opiaateilla ja bentsodiatsepiineilla on keskushermostoa lamaava vaikutus; keskenään tai alkoholin kanssa käytettynä voivat johtaa

kuolemaan hengityslaman myötä (Surakka 2011). Kannabiksen on todettu aiheuttavan erilaisia ahdistus- ja paniikkihäiriöitä, oppimiskyvyn heikentymistä ja voi altistaa psykoosioireilulle. Kuten tupakkaan, kannabiksenkin polttamiseen liittyy hengityselinten sairauksia. Stimulantit kuten amfetamiini, kokaiini ja ekstaasi voivat johtaa unettomuuteen, fyysisen kunnon heikkenemiseen ja laihtumiseen. Ne myös toimivat psykoosin laukaisevana tekijänä. Opiaattien päivittäiseen käyttöön liittyy psyykkinen ja fyysinen riippuvuus joka näkyy pakonomaisena käyttönä. Psyykkinen riippuvuus aiheuttaa sen, että aineen käyttäjä kokee sen välttämättömäksi omalle hyvinvoinnilleen. (Aalto, Bäckmand, Hara-vuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suo- kas, Suvisaari, Viertiö, Vuorilehto 2009:25–26)

3.4 Hoitajan osaamisperusta

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmassa painotetaan ammattilaisten riittävää osaa- mista. Koulutuksen merkitystä ja keskeisiä menetelmiä korostetaan toimintaohjelmassa.

Sote- ja itsehallintoalueuudistus antaa mahdollisuuden sisällyttää ehkäisevän päihdetyön osaamiseen liittyvien keskeisten menetelmien, kuten riskien tunnistamisen, lyhytneuvonnan ja motivoivan lähestymistavan, yhtenäisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutukseen. (Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma 2015:19)

Päihdetyön osalta hoitajan tietäminen ja osaamisperusta on jaettavissa neljään osa-alueeseen; **empiirinen tietäminen, eettinen tietäminen, henkilökohtainen tietäminen ja esteettinen tietäminen.**

Empiirinen tietäminen sisältää tutkitun tiedon, tieteellisen tiedon ja kokemuksellisen tiedon, toisin sanoen näyttöön perustuvan tiedon, sisäistämistä. Hoitajan on hallittava perustiedot päihteistä ja niiden käytön haitoista, oltava tietoinen asenteistaan päihteitä ja päihteitä käyttäviä kohtaan, tunnettava päihdetyön lainsäädäntö ja hoito, osattava kohdata ja tunnistaa päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjät, tiedettävä päihteidenkäytön pu- heeksi oton ja varhaisen puuttumisen merkitys, auttaa ongelmasta osaamisensa puit- teissa ja tarvittaessa ohjaamaan hoitoon toisaalle, sekä tunnistaa päihteiden käytön hai- tallinen merkitys myös omassa työympäristössään. Hoitajan on hallittava muutoksen oh- jaus ja tieto terveysriskeistä joita päihteiden käyttö aiheuttaa. (Havio ym. 2014:15,16)

Eettinen tietäminen on arvotietoutta. Eettisiä arvoja toteuttava sairaanhoitaja pyrkii työssään soveltamaan hoitotyön eettisiä arvoja joita mm. Sairaanhoitajaliitto on julkaissut. Sairaanhoitajan eettinen tehtävä on edistää ja ylläpitää terveyttä, tehdä yksilölähtöistä työtä hyväksyen ja kunnioittaen asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan tulisi kohdella potilasta läheisenään, hoitaa jokaista tarvelähtöisesti riippumatta yhteiskunnallisesta asemasta, rodusta, iästä, sukupuolesta, uskonnosta tai kulttuurista. Eettisesti toimiva hoitaja esittää kysymyksiä hoidon ja tekemiensä valintojen oikeellisuudesta. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996; Havio ym. 2014:18–20)

Henkilökohtainen tietäminen on hoitajan itsetuntemusta ja sillä tarkoitetaan sitä kuinka hyvin hoitaja tuntee itsensä ja persoonansa ja kuinka käyttää sitä tuntemusta työkalunaan hoitotyössä. Henkilökohtaisella tietämisellä viitataan asenteiden ja omien mielipiteiden tunnistamiseen ja arviointiin, ja itsetietouteen siitä, kuinka minuus vaikuttaa hoitotyöhön. Se on osa ammatillista kasvua hoitajaksi. Mitä paremmin hoitaja tunnistaa työssä heränneet omat tunnereaktiot päihdeidenkäyttöä kohtaan ja syyt reaktioiden takana, sitä paremmin hoitaja pystyy käyttämään itseään hoitotyön työkaluna. (Havio ym. 2014:22)

Esteettinen tietäminen viittaa siihen taiteenlajiin, jota hoitotyöksikin kutsutaan. Sillä kootaan se hoitajan henkilökohtainen taito soveltaa osaamistaan ja jalostaa se luovuudeksi. Havio ym. kuvaa että esteettinen tietäminen tarkoittaa, että hoitamisessa taitava sairaanhoitaja hyödyntää ja soveltaa luovasti monipuolista tietoperustaansa päihdehoitotyössään. Päihdehoitotyön taito ilmenee sairaanhoitajan yksilöllisissä ja luovissa päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaidoissa, sekä sairaanhoitajan tekemissä hoidollisissa valinnoissa. (Havio ym. 2014:22–23)

Huumeongelmaisen hoito - käypä hoito suosituksessa painotetaan kokonaisvaltaisen psykososiaalisten taitojen ja vuorovaikutuksen tärkeyttä niin alkoholi-ongelmaisen, kuin huumeongelmaisenkin potilaan hoidossa. Suosituksissa mainitaan myös, että päihdeongelmainen hakee yleensä apua ensin terveyskeskuksista, somaattisten syiden takia. Tämäkin korostaa sitä, että hoitajalla on oltava osaamista päihdeiden saralta. Asenne ja suhtautuminen päihdeongelmaista kohtaan tulisi olla ennakkoluulotonta, tuomitsematonta ja neutraalia. Tehokas hoito riippuu varhaisesta tunnistamisesta. (Huumeongelmaisen hoito 2011)

3.4.1 Päihteiden käytön puheeksi otto ja mini-interventio

Puheeksi ottamisen tavoitteena on havahduttaa päihteidenkäyttäjää pohtimaan päihteidenkäyttönsä vaikutusta omaan ja lähipiirin terveyteen päihteidenkäytön varhaisessa vaiheessa. Riskien ja varhaisten haittojen tunnistaminen ehkäisee haittojen ja riippuvuuden kehittymistä tai pahenemista (Havio 2014:120). Puheeksi ottamalla autetaan tiedostamaan päihteiden käyttö ja motivoidaan ottamaan vastuu omasta terveyskäyttäytymisestään. Tällöin voimaannutetaan päihteidenkäyttäjää olemaan oman terveytensä hallitsija. (Havio 2014:120)

Mini-intervention ideana on puheeksi otto ja yksilöity terveysneuvonta, joka sopii niin alkoholin, kuin muiden päihteidenkin käyttäjille. Sitä voidaan toteuttaa kaikkialla terveydenhuollossa. Mini-interventiossa on hyvä lähteä liikkeelle potilaan itse esille tuomista oireista tai vaivoista. Muutaman vastaanottokerran aikana päihteet otetaan puheeksi, arvioidaan niiden käyttöä, käytön yksilöllistä merkitystä ja syitä haastattelulla ja arviointitestien avulla. Lähtökohtana on yksilön alkoholinkäytön tilanne. Hoitajan tehtävänä mini-interventiossa on riskikäytön tunnistaminen, motivointi, muutoksen suunnittelu ja muutoksen tuki. Tavoitteena on motivoida potilasta muutokseen esittelemällä päihteiden käytön vaikutuksia ja niiden käytön lopettamisen tai vähentämisen etuja. (Havio 2014:120–124; Lappalainen-Lehto ym. 2007:156–157)

3.4.2 Muutosvaihemalli

Muutosvaihemalli (transtheoretical model, TTM) kuvaa motivaation astetta ja askelia, joita muutoksessa tapahtuu. Sitä sovelletaan monissa yhteyksissä kuvaamaan muutoskehityksen astetta. Muutosvaihemallissa kuvataan kuutta muutoksen askelta ja niihin liittyviä toiminnan ja ajattelun muutoksia. Se on työkalu, jolla ohjaaja voi muuttaa ohjaustapaansa ohjattavan muutoskehityksen mukaiseksi. (Turku 2007:56–66)

Esiharkintavaiheessa ohjattava ei välttämättä koe tai halua kokea ristiriitaa terveyskäyttäytymisessään, eikä näe terveysongelman negatiivisia vaikutuksia elämässään, mutta ongelman aktiivisen kieltämisen aste on tapauskohtaista. Motivoivassa haastattelussa esiharkintavaiheessa olevaa päihteiden käyttäjää yritetään saada tajuamaan päihteiden käyttöön liittyvä ristiriita. Tämä ristiriita liittyy erottamattomasti päihteisiin, koska

päihteiden tuomaan mielihyvään sekoittuu päihteiden käyttöön liittyviä haittoja ja ongelmia (Havio ym. 2014:47). Päihteiden käyttäjäkin saattaa kokea vointinsa normaaliksi, eikä suostu ajattelemaan toimintaansa liittyviä terveysriskejä. (Turku 2007:56–66)

Harkintavaiheessa ohjattava myöntää muutostarpeen jostain itselleen tärkeästä syystä. Ihminen voi alkaa esimerkiksi huolestua terveydestään, taloudellisesta tilanteestaan tai muusta syystä. Harkinta voi syntyä muutoksesta tai kriisistä ihmisen omassa tai läheisen elämässä. Tällöin alkaa kaksijakoisuuden vaihe: pysähdytään pohtimaan päihteiden hyviä puolia ja toisaalta niitä huonoja puolia joita käyttöön liittyy. Harkintaan liittyy myös oman muutosvalmiuden pohdiskelu. Päihteiden käyttäjä saattaa pohtia pystyvyyttään muutokseen ja muutoksesta saatavia hyötyjä. Harkintavaiheessa oleva pyrkii tekemään muutoksen seuraavan puolen vuoden aikana, mutta selkeää päätöstä muutoksesta ei ole vielä tehty. Hoitajan rooli tilanteessa on muutoksesta koituvien konkreettisten hyötyjen esilletuominen, itsemääräämisoikeuden ja hallinnan tunteen vahvistaminen. (Turku 2007:56–66; Havio ym. 2014:48; Lappalainen-Lehto ym. 2007:157)

Suunnitteluvaihe tai **päätösvaihe** koostuu muutoksen kokeilusta ja vaihtoehtojen pohdinnasta. Suunnitteluvaiheessa luodaan konkreettinen suunnitelma muutoksesta. Sitoutuminen muutokseen luodaan tässä vaiheessa. Muutoksen pysyvyys vie aikaa eikä muutoksia välttämättä synny heti. Mahdollisuus muutokseen riippuu konkretiasta ja yksilöllisestä suunnitelmasta. Tavoitteiden on oltava konkreettisia, realistisia ja mitattavia sekä muuttujan lähtökohdat huomioon ottavia. (Turku 2007:57,70; Havio ym. 48–49)

Toimintavaiheessa muutosta aletaan toteuttaa. Aiemmalle käyttäytymiselle haetaan vaihtoehtoja ja päihteiden käytön vähentämisestä tai päihteettömyydestä saadaan kokemuksia. Tuen merkitys korostuu muutoksen ylläpidossa. Edistymisestä tulee saada myönteistä palautetta. (Turku 2007:58; Havio ym. 2014:49)

Ylläpitovaihe on se muutoksen aste, jossa muutos on jo osa pysyvää elämäntapaa. Tällöin päihteiden käytön lopettaminen tai vähentäminen ei ole enää hetkellistä pidättäytymistä. Ylläpitovaiheessa on tärkeää vahvistaa sitoutumista muutokseen. Muistot päihteiden käytön haitoista saattavat alkaa hiljalleen haalistua ja muutoksesta ei välttämättä saa enää niin paljon positiivista palautetta. Tämän takia onkin löydettävä retkahduksen estämisen keinoja ja henkistä tukea elämäntapamuutokselle. (Turku 2007:59; Havio ym. 2014:49)

Retkahdusvaihe on luonnollinen osa muutosta. Retkahdukseen tulisikin varautua pikemminkin hyväksyen että se tulee tapahtumaan kuin syyllistymällä ja häveten. Retkahdusvaihe saattaa sijoittua ajallisesti koska tahansa muutosprosessissa. Retkahdus on tärkeä oppimiskokemus ja mahdollisuus havaita kielteiseen käyttäytymistapaan johtanut prosessi. Kun päihteiden käyttäjä tunnistaa tunteet ja tilanteet jotka edelsivät retkahdusta, pystyy myös paremmin ennakoimaan ja varautua näihin tilanteisiin ja välttää ne. (Turku 2007:60–61; Havio ym. 2014:49)

Päihteisiin sovellettuna malli on mielenkiintoinen. Malli vaikuttaa hyvin käytännönläheiseltä ja helposti sovellettavalta. Hoitajan rooli on nimenomaan kaivaa ohjaten motivaatio ja päämäärä päihteidenkäyttäjistä itsestään, ei valmentaa muutosta suuntaan, jota päihteidenkäyttäjät ei itse hyväksy.

3.5 Muita psykososiaalisia menetelmiä

3.5.1 Motivoiva haastattelu

Motivoivaa haastattelua käytetään useammassa terveyttä edistävässä mallissa kuten aiemmin esitellyssä mini-interventiossa. Motivoiva haastattelu ottaa huomioon potilaan muutoksen asteen. Motivointi perustuu kysymysten ja kuuntelun perusteella hankittuun tietoon potilaan tilanteesta ja havaittujen ristiriitajoiden esiintuomisen kautta motivoitua potilasta itseään pohtimaan itseään motivoivaa muutosta. (Havio ym. 2014:127–129)

Motivoivan haastattelun menetelmiä ovat avoimet kysymykset, jotka ohjaavat potilasta miettimään tilannettaan. Reflektioivalla kuuntelulla potilaan ajatus heijastetaan takaisin potilaalle, joka helpottaa pohdinnan etenemistä. Hoitaja myös vahvistaa positiivisia ajatuksia mahdollisesta muutoksesta ja voimavaroista palautteellaan. Hoitaja pyrkii vahvistamaan positiivisia itseä motivoivia lausumia kun potilas tunnistaa ongelman, määrittelee päihteiden aiheuttamia huolia, toteaa suorasti tai epäsuorasti muutoksen tarpeen, tai esittää optimistisen ajatuksen muutoksen tuloksesta. (Havio ym. 2014:130)

Arviointivaiheessa hoitaja antaa ammatillisen arvion haastattelun ja testien perusteella. Päihteidenkäyttöä käydään yhdessä läpi hoitajan esittäessä objektiivisen arvion tuloksista luoden tilannearvio. Sairaanhoidaja vetää yhteen keskustelun ja jatkaa keskustelua

muutossuunnitelmaan, jossa tavoitteesta keskustellaan yhdessä potilaan kanssa ja vahvistetaan muutokseen sitoutumista. Hoitajalla on oltava erilaisia vaihtoehtoja esiteltävänä muutosta varten. Tärkeää on myös muutoksen toteuttamiseen annettava apu ja ylläpitovaiheen tuki. (Havio ym. 2014:130–132)

3.5.2 Ratkaisukeskinen työote

Ratkaisukeskeinen työote on lyhytterapeuttinen tapa hoitaa päihdeongelmaista. Ratkaisukeskeisydessä ei perehdytä niihin syihin ja taustoihin miksi ihminen käyttää päihteitä, vaan pyritään löytämään keino, ratkaisu siihen miten ongelma voitaisiin selvittää. Ratkaisukeskeisen työtavan taustalla on monia eri teorioita, mutta päätavoite työtavalla on ongelman ratkaisu potilaalla olevien voimavarojen kautta. Siinä painotetaan potilaan mahdollisuuksia muutokseen ja keskitytään positiivisiin toiveisiin. Potilaan kanssa mietitään yhdessä ongelman jälkeistä aikaa ja tavoitteita jolla siihen päästään. (Havio 2014:133,134; Lappalainen-Lehto 2007:208–209)

3.5.3 Kognitiivinen työote

Kognitiivisen työotteen idea on havahduttaa potilas niihin ajatuksiin, asenteisiin ja uskomuksiin, joita päihteidenkäyttöön liittyy. Haitalliset uskomukset ja riippuvuutta ylläpitävät ajatukset pyritään korjaamaan dialogisella keskustelulla, jossa pyritään pureutumaan potilaan ristiriita-ajatuksiin ja havahduttamaan ajatuksia muutoksesta ja toisenlaisista käyttäytymistavasta. (Havio 2014:134,135)

3.6 Käsitteet

Päihde. Alkoholi tai muu aine jota käytetään päihtymistarkoituksessa (Päihdehuoltolaki 1986/41 2§). Huomioitavaa on käsitteen määrittämisessä se miten ja missä tarkoituksessa ainetta käytetään. Lääke saattaa väärin käytettynä olla päihde. Esimerkiksi tiettyjä kivunhoidon lääkkeitä kuten opioideja käytetään päihteenä. Ne saavat aikaan voimakkaan hyvinolontunteen, jota pidetään tärkeimpänä opioidien päihdekäyttöön ajavana seikkana. (Kalso 2009)

Suomessa noin 86 prosenttia väestöstä on käyttänyt alkoholia vuoden 2013 aikana. Vuoden 2010 väestötutkimuksen mukaan noin 4,5 prosenttia väestöstä oli käyttänyt huumaita edeltäneen vuoden aikana. Noin 17 prosenttia suomalaisista 15–69 -vuotiaista on

käyttänyt huumeita koko elämänsä aikana. Toisiinsa verrattuna alkoholia siis käytetään runsaasti enemmän kuin huumeita. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014)

Terveyden edistäminen. Prosessi, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden terveyden lisäämiseen ja hallintaan. Terveyden edistämiseen tähtäävä toiminta voidaan jakaa pääpiirteittäin promotiiviseen ja preventiiviseen toimintaan. Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja käsite joka korostaa niin sosiaalista, henkistä ja fyysistäkin voimavaroja. Terveyden edistäminen on terveiden elämäntapojen ja hyvinvoinnin edistämistä. Terveys on riippuvainen niistä mahdollisuuksista, joita ihmisellä on hallita niitä asioita jotka vaikuttavat terveyteen. (WHO 2009)

Päihteiden käytöstä puhuttaessa terveyden edistämisen promotiivinen toiminta voisi olla vaikkapa liikuntamahdollisuuksien lisääminen tai terveellisten elämäntapojen esilletuominen koulussa. Oletuksena on siis, että terveellisten vaihtoehtojen lisääminen vähentäisi haitallisten ilmiöiden esiintymistä. Terveyden edistämisen preventiivinen toiminta voisi primaaristi olla syrjäytymisen ehkäisy, päihdehaittojen esiintuominen tai päihteiden saatavuuden rajoittaminen. Sekundaariseen osa-alueeseen voidaan lukea seulonta ja hoito, päihteidenkäytöstä kysymällä, testeillä, päihdehoitoon käytettävien resurssien lisäyksellä ja päihteiden käytön lopettamiseen tähtävällä hoidolla. Tertiärisesti terveyttä edistetään jo ilmenneiden ongelmien hoidolla ja haittojen vähentämisellä. Tähän voidaan laskea korvaushoito ja neulanvaihtopisteet. Esimerkkinä tertiärisestä terveydenedistämisestä on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohje, jonka mukaan ruiskuhuumeiden käyttäjät ja näiden läheiset saavat ilmaiset A -ja B- hepatiittirokotteet.

4 Menetelmät

Tässä luvussa pyritään selittämään teoreettinen malli, jolla opinnäytetyön aineisto on kerätty, analysoitu ja esitelty. Menetelmien esittely on olennainen osa tieteellistä tapaa. Tieteellinen tieto on empiirisesti kerättyä, luotettavaa ja sillä on merkitys. (Kananen 2010: 27)

4.1 Aineiston koostumus ja valintakriteerit

Aineiston valinnassa on käytettävä tiettyjä kriteereitä. Aineiston valinnan kriteerinä on että se on oltava luotettavaa ja sen on vastattava tutkittavaa aihetta. Pohjana olevan aineiston tulisi olla käsitteiltään sopusoinnussa keskenään, eli vertailukelpoista. Jotta aineisto olisi luotettavaa, sen on oltava yleisesti tutkittavissa, arvioitavissa ja sen on perustuttava näyttöön. Aineiston on oltava myös ajantasaista, joten hauissa rajoitin aineistojen iän kymmeneen vuoteen.

4.2 Aineiston keruu ja avainsanat

Aineistoa haettiin systemaattisella tiedonhaulla pääosin kotimaisista viitetietokannoista (Medic, Arto), sekä ulkomaisista tietokannoista (PubMed, Cochrane) ja hakutulokset ovat taulukoitu liitteisiin (Liite 1). Valinnat aineiston suhteen tein aineiston iän (2004-), kielen (suomi, englantia) ja aineiston vapaan saatavuuden mukaan. Aineistoksi valikoin artikkelit ensin otsikon ja tiivistelmän ja sen jälkeen koko tekstin perusteella. Hakusanoilla pyrittiin hakemaan aineistoa, joka vastaa alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin ja työn näkökulmaan. Aineiston sovellettavuus perusterveydenhuollon ja sairaanhoitajan näkökulmaan varmistettiin sisällyttämällä vain länsimaissa tehdyt tutkimukset ja karsimalla hakutuloksista erikoissairaanhoidon tutkimukset ja toimintaympäristöt.

4.3 Kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi

Valitsin työtavaksi integroivan kirjallisuuskatsauksen, koska pyrin kuvaamaan ja vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja tuottamaan ymmärtävää tietoa aineistosta. Kirjallisuuskatsauksella pyrin kuvaamaan päihteiden käyttäjien terveyden edistämisen ilmiötä vertailemalla sisältöjä keskenään ja aiempaan teoretietoon.

Sisällönanalyysin tein aineistolle ensin lukemalla ja ymmärtämällä läpi mistä artikkeleissa on kyse ja vastaako se tutkimuskysymyksiini. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta kävin läpi mitä terveyden edistämisen keinoa tai keinoja tutkimusartikkelissa on käytetty. Toiseen kysymykseen pyrin vastaamaan tutkimuksessa saadulla tuloksella. Taulukoin tulokset tutkimuksen nimen ja tekijän, kohderyhmän, käytetyn keinon ja saadun tuloksen mukaan. (Liite 2)

5 Aineiston tulokset

5.1 Terveyden edistämisen keinot

Foxcroftin ym. meta-analyysin tutkimuksissa (Foxcroft, Coombes, Wood, Allen, Almeida Santimano 2014) muutosmotivaation edistämiseen käytettiin motivoivaa haastattelua. Yhteensä analysoituja tutkimuksia oli 66, joissa yhteensä lähes 18000 osallistujaa, joiden keski-ikä 15–26 vuotta. Suurimmassa osassa tutkimuksista (49) motivoiva haastattelu oli yksilöohjattua ja kesti yhden tapaamisen ajan. Tapaamisten kesto vaihteli, lyhyimmän ollessa viidentoista minuutin kertatapaaminen, pisimpien tunnin luokkaa. Alkoholin käyttö oli tulosten mukaan laskenut jonkin verran kaikkina seuranta-aikoina, mutta tekijöiden mukaan muutos oli niin marginaalinen, että sitä ei voida pitää tarpeeksi suurena muutoksena. Motivoivan haastattelun kestolla ei nähty olevan vaikutusta tuloksiin.

Schulzin ym. tutkimuksessa ”Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention?” (Schulz, Kremers, de Vries 2012) tulosten painopiste ei olekaan muutoksessa, vaan siinä miten muutosvaiheen aste vaikuttaa muutoshalukkuuteen ja onkin tutkimuksista ainoa, joka keskittyy tähän näkökulmaan. Se on myös ainoa tutkimus, jossa on käytetty tietokoneohjelmaa muutokseen rohkaisussa. Keinona toimii tietokoneohjelma, jossa kyselyn kautta arvioi vastaajan alkoholinkäyttöä (riskikäytön tunnistaminen) ja antaa motivoivan palautteen vastausten perusteella. Samalla periaatteella toimiva arviointi/palautte AUDIT-testi löytyy esimerkiksi A-klinikkasäätiön verkkosivuilta. Esiharkintavaiheessa olleet arvioivat alkoholinkäytöstä annetun palautteen itselleen sopimattomaksi ja kiinnostamattomaksi. Harkinta- ja toteutusvaiheessa olleet kokivat annetun palautteen sopivaksi ja kiinnostavaksi

Hilbinkin ym. tutkimuksessa (Hilbink, Voerman, van Beurden, Pennix, Laurant 2012) käytettiin seulonta-mini-interventiota. Tutkimukseen otettiin 712 hollantilaista perusterveydenhuollon asiakasta, joilla AUDIT-pisteet olivat yli 7, eli yli haitallisen käytön rajan. Interventoryhmälle annettiin henkilökohtaista neuvontaa ja järjestettiin yksilökäyntejä. Kontrolliryhmälle lähetettiin postitse potilasohje alkoholin riskikäytöstä. 41% kaikista 712:sta tutkimukseen osallistuneista riskikäyttäjistä vähensi alkoholinkäyttöään kahden vuoden tutkimusaikana matalan riskin asteelle. Yllättävää kyllä, interventoryhmän alkoholinkäyttö laski tutkimuksen aikana vähemmän kuin kontrolliryhmässä. Tutkimus antaa osviittaa että tutkittavien asenteet alkoholinkäyttöä kohtaan olivat suurempi tekijä kuin annettu ohjaus.

Smedslundin ym. meta-analyysissä (Smedslund, Berg, Hammerstrøm, Steiro, Leiknes, Dahl, Karlsen 2011) vertailtiin motivoivan haastattelun eroa muihin hoitokeinoihin. Motivoiva haastattelu todettiin pääosin paremmaksi vaihtoehdoksi kuin muut aktiiviset hoitokeinot, mutta erot olivat pieniä. Hoitaminen tutkimuksen perusteella on hoitamatta jättämistä parempi. Meta-analyysi ehdottaakin jatkotutkimukseksi tutkia, ei niinkään toimiiko motivoiva haastattelu, vaan miksi se toimii.

Kanerin ym. meta-analyysissä (Kaner, Dickinson, Beyer, Campbell, Schlesinger, Heather, Saunders, Burnand, Pienaar 2007) tutkittiin mini-intervention vaikuttavuutta alkoholinkäyttömääriin. Meta-analyysiin valittiin 22 tutkimusta, yhteensä yli 7000 osallistujaa. Intervention määrä vaihteli yhdestä neljään kertaan, kestoiltaan viidestä minuutista tuntiin. Tulosten mukaan vuoden seurantajakson jälkeen interventioryhmien alkoholinkäyttö oli selkeästi pienempää kuin kontrolliryhmien. Interventioryhmä käytti keskimäärin 38 alkoholigrammaa, noin 5-6 alkoholiannosta vähemmän viikossa kuin kontrolliryhmä.

Beichin ym. tutkimuksessa (Beich, Gannick, Saelan Thorsen 2007) tutkittiin mini-intervention vaikuttavuutta alkoholinkäyttöön. Tutkimukseen osallistui 906 18–64-vuotiasta tanskalaista terveydenhuollon asiakasta, jolla AUDIT yli 8 pistettä, 442 osallistujista interventioryhmässä ja 464 kontrolliryhmässä. Mini-interventiolla ei nähty olevan merkittävää hyötyä, päinvastoin vuoden päästä seurantatarkastuksessa viikoittainen alkoholin käyttö oli interventioryhmällä noussut vajaan annoksen verran. Humalajuominen oli laskenut miehillä, mutta naisilla se oli noussut. Alle viideosa tutkimukseen osallistuneista saapui 1v. tarkastukseen.

D'Onofrion ym. tutkimuksessa (D'Onofrio, Fiellin, Pantaloni, Chawarski, Owens, Degutis, Busch, Bernstein, O'Connor 2012) tutkittiin 889 yhdysvaltalaisesta ensiapupoliklinikkapotilasta, joilla alkoholin riskikäyttöä, haitallista käyttöä tai ongelmakäyttöä (Miehillä yli 14 annosta viikossa tai yli 4 annosta kerrallaan, ja yli 7 annosta viikossa tai yli 3 annosta kerrallaan naisilla tai yli 65-vuotiailla). Tutkimuksessa verrattiin neljää keinoa: Brief negotiation interviewingia (BNI) eli mini-intervention ja motivoivan haastattelun yhdistelmää, joka oli kestoiltaan keskimäärin 7 minuuttia, BNI with booster eli edellistä jonka lisäksi puhelinseluranto 1kk päästä, hoitoa kuten tavallista (arviointi ja palaute) ja pelkkää arviointia. Tuloksien mukaan viikottainen alkoholinkäyttö ja kertajuominen olivat laskeneet selvästi niin BNI kuin BNI + puhelinsoitto-ryhmissä, viikottaisen alkoholinkäytön laskiessa noin 5-9 annosta ja kertajuomisen määrä noin 2-3 annosta.

Yhteenveto tuloksista:

1. Tutkimuksissa käytettiin seuraavia keinoja:
 - Lyhytinterventio
 - Motivoiva haastattelu
 - Arviointi-palautte
 - Alkoholinkäytön arviointiin käytettiin AUDIT -testiä.
2. Potilasta tavattiin:
 - D'Onforion tutkimuksessa tapaamisen keston mediaani oli 7 min
 - Beichin tutkimuksessa 10 min
 - Kanerin meta-analysissä mediaani oli 25 min
 - Foxcroft meta-analysissä haastattelujen kesto alle tunti.
 - Smedslundin tutkimuksesta ei tietoa.

6 Pohdinta

6.1 Päätelmät

Ensinnäkin artikkeleissa esiteltiin useita päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen tähtääviä keinoja. Kaikkia näistä keinoista ei verrattu toisiinsa, vaikkakin joissain tutkimuksissa vertailtiin kahta tai useampaa keinoa toisiinsa. Tutkimalla tietyn mallin vaikuttavuutta suureen otosryhmään voidaan saada kustannustehokas malli yleisesti käytettäväksi. Tutkimuksissa mainittuja keinoja voidaan käyttää päihteidenkäyttäjän terveyden edistämiseen ja ne pääosin vaikuttavat päihteidenkäyttöä vähentävästi, näin ollen myös laskien päihteiden käyttöön liittyviä riskejä.

Tutkimuksissa käytettiin AUDIT- kyselyä arvioitaessa alkoholin käytön määrää. Testi on WHO:n kehittämä ja on käytössä maailmanlaajuisesti. AUDIT- kysely on hoitoalan ammattilaiselle hyvä apuväline potilaan alkoholinkäytön arviointiin.

Kuten tausta-aineiston, niin kirjallisuuskatsauksenkin aineiston perusteella motivaation aste on otettava huomioon muutokseen pyrittäessä. Kirjallisuuskatsausta tehdessäni ymmärsin tarkemmin, että kontrolliryhmänä ei eettisistä syistä voida pitää joukkoa päihdeongelmaisia ilman minkäänlaista hoitoa. Verrokkiryhmänä tällainen joukko olisi

kaikessa epäeettisyydessään täydellinen auttaen selvittämään täysin annetun hoidon hyöty.

Tutkimusten tulokset olivat osin ristiriitaisia keskenään. Osassa tutkimuksia hyödyt vaikuttivat ilmeisiltä, osassa tulokset olivat marginaalisia ja osassa päihteen kulutus oli intervention jälkeen noussut. Motivaation aste, asenteet päihteenkäyttöä ja interventiota kohtaan kävivät ilmi merkittävinä joko muutosta tukevinä, tai sitä haittaavina tekijöinä. Tulokset tältä osaltaan tukevat työni teoriaosuutta. Tulisi kuitenkin pohtia sitä kannattaako mitään esitellyistä motivointikeinoista käyttää, jos tulokset ovat näin ristiriitaisia keskenään ja pahimmillaan tuottavat toivottua vastakkaisen tuloksen.

Tuloksista on silti pääteltävissä, että erilaisia interventiokeinoja käyttäen voidaan päihteenkäyttöä vähentää. Näitä interventiokeinoja kyetään toteuttamaan Suomessa, myös perusterveydenhoidon resurssein, kuten tutkimuksista käy ilmi. 15–60 minuutin käyttäminen päihdeongelmaan puuttumiseen ei ole ylitsepääsemätön este. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyissä tutkimuksissa päihteen käyttöön puututtiin vasta kun riski tai ongelma oli esittänyt itsensä, ja täten päihteenkäytön ja mahdollisten päihderiskien ennaltaehkäisyyn ei saatu vastausta.

Yksittäisiä malleja sovellettiin tutkimuksissa heterogeenisiin ryhmiin, jolloin unohdettiin ihmisten yksilöllisyys. Hoitokeino, joka ottaa huomioon potilaan yksilöllisyyden, tarpeet ja motivaation asteen on linjassa sairaanhoitajan eettisyyden ja ammatillisuuden kanssa. Päihteen käyttäjät eivät ole yhteneväinen joukko, vaan erilaisista väestöryhmistä ja taustoista olevia yksilöitä, joilla on erilaisia tarpeita ja asenteita, joten olisi väärin olettaa, että yksi lähestymistapa olisi kaikille sopiva.

Pääosa tutkimuksista keskittyi alkoholiin, joka toisaalta on linjassa sen kanssa, että alkoholi on maailmanlaajuisesti suurempi tekijä, kuin huumeet. Uskoisin että huumeiden laiton status myös hankaloittaa tutkimusten tekoa ja myötämielisten tutkittavien keruuta.

6.2 Luotettavuus ja hyödynnettävyys

Perusterveydenhuollon päihdeosaamista, päihteiden käyttöä ja päihteidenkäyttäjien terveyden edistämistä on ikävä kyllä Suomessa tutkittu liian vähän. Tämä käy ilmi tiedonhaun tuloksista. Haettaessa tietoa suomenkielisistä tietokannoista ei tulokseksi saatu hyödynnettäviä tutkimuksia. Tulokset olivat joko liian ylimalkaisia, käsitellen sitä kuinka monta kiloa tai litraa Suomessa käytetään päihteitä, tai liian spesifejä keskittyen korvaushoitopotilaiden päihteiden oheiskäyttöön.

Päihdeosaaminen on maailmanlaajuisesti merkittävä aihe, päihdeongelmia esiintyy ympäri maailmaa. On merkittävää että Pohjois-Amerikassa viime vuosina lainsäädäntö kannabista kohtaan on höllentynyt. Se, että päihdelainsäädäntö muuttuu ja päihteitä käytetään vapaammin tuskin vähentää päihteiden käyttöön liittyviä riskejä ja päihdeosaamisen tarvetta. Mielipideilmapiirillä ja omilla henkilökohtaisilla ajatuksilla ei tulisi olla merkitystä siinä, että jokaisella hoitajalla on oltava päihdeosaamista ja päihteiden haitalliseen käyttöön on puututtava.

Valitsemissani tutkimuksissa tutkittiin lähinnä keinojen tehokkuutta, eikä esimerkiksi sitä minkälaisina terveydenhoitoalan ammattilaiset kokevat nämä keinot tai mitä keinoja tiettyissä paikoissa käytetään päihteiden käyttäjien terveyden edistämiseen. On mahdollista, että haussa käytetyt termit tai kriteerit ovat olleet väärät. Koen kuitenkin, että tulokset tukevat teoriassa esitettyjä keinoja.

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2014, kestäen näin ajallisesti noin kaksi ja puoli vuotta. Suuri osa tästä ajasta ei ollut aktiivista työskentelyä. Prosessiin tuli noin puolen toista vuoden tauko. Palaaminen työn tekoon ei ollut kivutonta, ja osaa työstä olikin päivitettävä runsaasti. Toisaalta tauko auttoi näkemään paremmin työn puutteita ja tarvittavaa lisätyötä.

6.3 Jatkotutkimusaihe-ehdotukset

Muutos teoriapohjan mukaan lähtee ihmisestä itsestään. Ulkoinen apu ja motivointi ei välttämättä aina tuota haluttua tulosta. Päihteiden käytön haittojen vähentäminen on looginen jatkotutkimusaihe opinnäytetyölleni. Motivaation asteen arviointi ja päihdeasenteiden selvittäminen nousivat myös esiin tulososuudesta tarpeellisina tutkimusaiheena.

Alueellinen kartoittaminen työssä esitellyistä keinoista on mielestäni tärkeä jatkotutkimusaihe. Tällöin tutkittaisiin Suomen, Pohjoismaiden ja muiden Euroopan maiden välisiä eroja hoidettaessa päihteidenkäyttäjiä. Miten näiden työvälineiden käyttö eroaa maakohtaisesti?

Mielestäni lisäksi olisi selvitettävä tarkemmin sosiaalisen ja taloudellisen ympäristön vaikutusta päihdehaittoihin. Miten taloudellinen toimeentulo vaikuttaa ihmisten päihdenäkemyksiin, onko vähätuloisilla suurempi riski päihdeongelmiin? Miksi tietyillä asuinalueilla syrjäytyminen ja päihdeongelmat ovat suuremmat kuin toisilla? Kuinka vaikuttaa lasten kasvuympäristöön siten, että päihdehaitat voitaisiin minimoida.

Lähteet

Aalto, Mauri - Bäckmand, Heli - Haravuori, Henna - Lönnqvist, Jouko – Marttunen, Mauri - Melartin, Tarja - Partanen, Airi - Partonen, Timo - Seppä, Kaija - Suomalainen, Laura - Suokas, Jaana - Suvisaari, Jaana - Viertiö, Satu - Vuorilehto, Maria. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2009

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 7.2.2011. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkoartikkeli. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>> Viitattu 5.3.2015.

Alkoholin käytön riskit – AUDIT. A-klinikkasäätiö. Verkkotesti. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit>> Viitattu 3.3.2015

Boström, Anne – Bothas, Heikki – Järvinen, Maarit – Saarto, Ari – Tamminen, Hannu – Teirilä, Juha. Huumeet. Verkkoartikkeli. 29.8.2008. 2014 Työturvallisuuskeskus. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00075> Viitattu 23.11.2014

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma – Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. Verkkojulkaisu. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74726/STM_EPT-kansi_sisus_netti.pdf?sequence=1> Viitattu 16.10.2016

Havio, Marjaliisa – Inkinen, Marja – Partanen, Airi (toim.). Päihdehoitotyö. Sanoma Pro OY. Helsinki 2014.

Henkilövahingot rattijuopumustapauksissa. Tilastokatsaus 16.6.2016. Liikenneturvakeskus. Verkkoartikkeli

https://www.liikenneturva.fi/sites/default/files/materiaalit/Tutkittua/Tilastot/tilastokatsaukset/tilastokatsaus_rattijuopumus.pdf> Viitattu 6.10.2016

Huttunen, Jussi. Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim 7.11.2015. Verkkoartikkeli.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120> Viitattu 5.10.2016

Jaakola, Sari- Lyytikäinen, Outi – Rimhanen-Finne, Ruska – Salmenlinna, Saara – Pirhonen, Jaana – Savolainen-Kopra, Carita – Liitsola, Kirsi - Jalava, Jari – Toropainen, Maija – Nohynek, Hanna – Virtanen, Mikko – Löflund, Jan-Erik – Kuusi, Markku – Salminen, Mika (toim.). Tartuntataudit Suomessa 2015. Raportti 10/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki 2016.

Kalso, Eija. Opioidit. 1.11.2009. Kustannus Oy Duodecim 2014.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip01702&p_haku=opioidit> Viitattu 20.11.2014

Kananen, Jorma. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä 2010.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. FINLEX ® - Ajantasainen lainsäädäntö: 17.8.1992/785 <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Viitattu 24.9.2014

Lappalainen-Lehto, Riitta - Romu, Marja-Liisa – Taskinen, Mailis. Haasteena päihteet - ammatillisen päihdetyön perusta. WSOY oppimateriaalit OY. Helsinki 2007

Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences WHO/NMH/CHP/09.01. World Health Organization 2009.

http://www.who.int/entity/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1> Viitattu 21.11.2014

Mäkelä, Pia – Mustonen, Heli, Tigerstedt, Cristoffer (toim.). Suomi juo - Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki 2010

Partanen, Taina - Vikatmaa, Pirkka - Vuola, Jyrki - Lepäntalo, Mauri - Tukiainen, Erkki. Laskimon sisäisinä huumeina käytetyt tabletit aiheuttavat vakavia vaurioita. Suomen Lääkärilehti 23/2008 vsk 63: 2131–2136

Päihdehuoltolaki. FINLEX ® - Ajantasainen lainsäädäntö: 17.1.1986/41 <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>> Viitattu 24.9.2014

Päihderiippuvuus. Finto - Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. <<http://www.yso.fi/onto/yso/p26390>> Viitattu 20.11.2014

Päihdetilastollinen vuosikirja 2013: Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

<[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20\(1\).pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20(1).pdf?sequence=1)>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2014: Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125383/URN_ISBN_978-952-302-295-9.pdf?sequence=1>

Rimpelä, Matti – Saaristo, Vesa - Wiss, Kirsi - Ståhl, Timo (toim.). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 19/2009. Helsinki 2009.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. Sairaanhoitajaliitto. <<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>> Viitattu 14.2.2015.

Seppälä, Timo. Huumeet liikenteessä. Päihdelinkki 2012. Verkkoartikkeli.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-liikenne/huumeet-liikenteessa> Viitattu 6.10.2016

Turku, Riikka. Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus. Edita Publishing Oy 2007.

Varjonen, Vili – Tanhua, Hannele – Forsell, Martta – Perälä, Riikka. Huumetilanne Suomessa 2012. THL Raportti 75/2012. Helsinki 2012.

Liite 1 Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakusanat	Osumia	Otsikon abstraktin perusteella tarkastellut	ja Koko tekstin perusteella	Valittu
Medic	päihteiden käyttö? ja terveyden edistäminen	21	6	4	0
	Päihde* AND terveyden edistäminen	46	3	0	0
	Päihde* AND hoito AND perustervey*	6	1	1	0
	päiht*	360	1	0	0
	päihd*	398	1	1	0
Arto	päihteiden käyttö? AND terveyden edistäminen	5	2	2	0
	Päihde* AND terveyden edistäminen	8	0	0	0
	Päihde* AND hoito AND perustervey*	0	0	0	0

Pubmed	Substance abuse AND health promotion AND primary care	27	5	4	1
	substance abuse AND functioning AND primary care	36	5	3	0
	substance abuse AND health pro- motion AND methods	356	8	2	0
	substance abuse AND health pro- motion AND efficiency	4	0	0	0
	psychosocial in- tervention AND substance abuse	152	3	2	1
	Substance abuse AND primary care	280	3	2	2
Cochrane	Substance abuse AND health promotion AND primary care	6	0	0	0
	substance abuse AND functioning AND primary care	21	2	2	2

Cochrane	substance abuse AND health promo- tion AND methods	6	1	1	0
	substance abuse AND health promo- tion AND efficiency	0	0	0	0
	psychosocial inter- vention AND sub- stance abuse	9	1	1	1
Kaikki tietokannat		1741	42	26	7

Liite 2 Sisällönanalyysi taulukoituna

Tutkimus	Kohderyhmä	Käytetty keino	Tulokset ja huomioita
<p>Foxcroft, Coombes, Wood, Allen, Almeida Santimano. 2014.</p> <p>Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults.</p> <p>Meta-analyysi.</p>	<p>66 satunnaistettua tutkimusta (Yhdysvallat, Iso-Britannia, Australia, Sveitsi, Kanada ja Brasilia) 17901 15–26-vuotiasta osallistujaa.</p>	<p>Motivoiva haastattelu.</p> <p>Seurantajakso alle neljän kuukauden päästä ja yli neljän kuukauden päästä.</p>	<p>Motivoivan haastattelun kesto (15 minuuttia – 19 tuntia) ei vaikuttanut tuloksiin.</p> <p>Käytetyn alkoholin kokonaismäärä laski kaikkina jälkiseuranta-aikoina, vaikkakin vain vähän.</p> <p>Alkoholinkäytön tiheys laski kaikkina jälkiseuranta-aikoina.</p> <p>Humalajuominen laskenut alle 4 kk seuranta-aikana, ei merkittävää eroa 4 kk jälkeisenä seuranta-aikana.</p>
<p>Schulz, Kremers, de Vries. 2012.</p> <p>Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention?</p> <p>Tutkimusartikkeli.</p>	<p>230 hollanninkielistä yli 18-vuotiasta, jotka vierailleet verkkosivustolla.</p>	<p>Palautteellinen verkkokysely. (Arviointi-Palautte)</p>	<p>Esiharkintavaiheessa olevat arvioivat alkoholinkäytöstä annetun palautteen itselleen sopimattomaksi ja kiinnostamattomaksi.</p> <p>Harkinta -ja toteutusvaiheessa olevat kokivat annetun palautteen sopivaksi ja kiinnostavaksi</p>

<p>Hilbink, Voerman, van Beurden, Pennix, Laurant. 2012.</p> <p>A randomized controlled trial of a tailored primary care program to reverse excessive alcohol consumption.</p> <p>Alkuperäistutkimus.</p>	<p>712 hollantilaista perusterveydenhuollon asiakasta, jolla AUDIT pisteet yli 7.</p> <p>Interventoryhmässä 346, kontrolliryhmässä 366. Tutkimus toteutettu 2 vuoden aikana.</p>	<p>Arviointi ja palaute, henkilökohtainen neuvonta, kirjalliset ohjeet.</p> <p>Kontrolliryhmälle postitettiin potilasohjeet alkoholin riskikäytöstä.</p> <p>Jälkiseuranta 2 vuoden päästä.</p>	<p>Kontrolliryhmän alkoholinkäyttö väheni lähes puolella eli enemmän kuin interventoryhmän alkoholinkäyttö, joka väheni vain reilulla kolmasosalla.</p>
<p>Smedslund, Berg, Hammerstrøm, Steiro, Leiknes, Dahl, Karlsen. 2011.</p> <p>Motivational interviewing for substance abuse</p> <p>Meta-analyysi.</p>	<p>59 tutkimusta (Yhdysvallat, Australia, Hollanti, Iso-Britannia, Kanada, Saksa ja Uusi-Seelanti), 13342 osallistujaa. 29:ssä tutkimuksessa alkoholi ainoana päihteenä, 8 tutkimuksessa kannabis, 4:ssä kokaiini, 18 tutkimuksessa useampi kuin yksi päihde</p>	<p>Motivoiva haastattelu, arviointi-palaute, muu erittelemätön aktiivinen hoitokeino</p>	<p>Motivoiva haastattelu kontrolliryhmään verrattuna merkittävästi parempi, parempi kuin arviointi-palaute, ei merkittävää eroa muihin aktiivisiin hoitomuotoihin. Ei tarvittavaa tietoa päihdekohtaiseen vertailuun.</p>
<p>Kaner, Dickinson, Beyer, Campbell, Schlesinger, Heather, Saunders, Burnand, Pienaar. 2007.</p> <p>Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.</p> <p>Meta-analyysi.</p>	<p>22 tutkimusta, 7619 osallistujaa.</p> <p>Tutkimukset toteutettu länsimaissa (Yhdysvallat, Iso-Britannia, Kanada, Australia, Manner-Eurooppa, Skandinavia)</p>	<p>Mini-interventio (lyhytneuvonta)</p>	<p>Yli vuoden seurantajakson perusteella mini-interventiota saaneiden alkoholinkäyttö laskenut keskimäärin 4-5 annosta viikossa.</p>

<p>Beich, Gannick, Saelan Thorsen. 2007.</p> <p>Screening and brief intervention targeting risky drinkers in danish general practice.</p> <p>Alkuperäistutkimus</p>	<p>906 18–64-vuotiasta tanskalaista terveydenhuollon asiakasta, jolla AUDIT yli 8 pistettä.</p> <p>442 interventioryhmässä ja 464 kontrolliryhmässä.</p>	<p>10 minuutin mini-interventio ja mahdollisuus jälkikonsultaatio-käynnille.</p>	<p>Mini-interventiolla ei merkittävää hyötyä, vuoden päästä seurantatarkastuksessa viikoittainen alkoholin käyttö nousut vajaan annoksen interventioryhmällä. Humalajuominen oli laskenut miehillä, mutta naisilla nousut. Osa potilaista suhtautuneet yritettyyn mini-interventioon voimakkaasti puolustautuen ja aggressiivisesti kieltäytyen. Alle viideosa saapui 1v. tarkastukseen.</p>
<p>D’Onofrio, Fiellin, Pantaloni, Chawarski, Owens, Degutis, Busch, Bernstein, O’Connor. 2012.</p> <p>A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>889 yhdysvaltalaisista ensiapupoliklinikkapotilasta, joilla alkoholin riskikäyttöä, haitallista käyttöä tai ongelmakäyttöä. (Miehillä yli 14 annosta viikossa tai yli 4 annosta kerrallaan, ja yli 7 annosta tai yli 3 annosta kerrallaan naisilla tai yli 65-vuotiailla.)</p>	<p>Brief negotiation interview (BNI) eli mini-intervention ja motivoivan haastattelun yhdistelmä, kestoltaan keskimäärin 7 minuuttia, BNI ja puhelinseurantasointi o 1kk päästä, hoito kuten tavallista (arviointi ja palaute), hoito kuten tavallista (pelkkä arviointi)</p>	<p>Kaikilla ryhmillä alkoholin käyttö laskenut 1 vuoden päästä seurannassa, BNI ja BNI+ puhelinsoitto eniten. Puhelinsoitosta ei merkittävää hyötyä.</p> <p>Hoito kuten tavallista (arviointi ja palaute, pelkkä arviointi) -ryhmillä ei eroja käyttömäärissä seurannassa.</p>