

TIIVISTELMÄ

Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Toimittanut Kaija-Liisa Seppä, kirjoittajat: Mauri Aalto, Irmeli Aho-la, Leena Heljälä, Senja Hyvönen, Hanna Jurvansuu, Päivi Kainulainen, Pekka Kinnunen, Aimo Korpilähde, Martti Kuokkanen, Jaana Malinen, Unto Matinpöytä, Tapani Melkas, Tuija Paanila, Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu, Kaija-Liisa Seppä, Kati Seppänen, Marja Tarhala, Olli-Pekka Vilenius. Helsinki 2008. 75 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2008:10). ISBN 978-952-00-2543-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)

Alkoholin suurkulutuksen ehkäisyyn kohdentuvalla tutkimus- ja kehittämistyöllä on maassamme pitkät perinteet. Tieteellisestä näytöstä huolimatta toiminta on juurtunut terveydenhuoltoon toivottua hitaammin. Kun alkoholin kulutuksen kasvun uhka vero- ja tuontimuutosten takia lisääntyi, käynnistettiin STM:n rahoituksella v. 2004 kaksi valtakunnallista juurruttamishanketta; valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke VAMP sekä työterveyshuollon 'Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön' -hanke.

Nelivuotiset hankkeet ovat yhteistyössä toimien pyrkinneet siihen, että alkoholin käytön kysymisestä ja mini-interventiosta tulee osa terveydenhuollon ammattilaisten rutiini-toimintaa, jonka sekä henkilöstö että palvelujen käyttäjät hyväksyvät. Juurruttamisessa on hyödynnetty sitä kokemuspohjaa, mitä kansainvälinen yhteistyö ja tieteellinen tieto ovat tuottaneet. Pienryhmissä toteutetun vuorovaikutteisen ja paikallisiin tarpeisiin räätälöidyn koulutuksen lisäksi on toimittu laajapohjaisesti sitouttamalla terveydenhuollon johtoa ja luomalla verkostoja, kohdentamalla tiedotusta väestölle, julkaisemalla artikkeleita ammattilehdissä sekä tuottamalla kirjallista materiaalia.

Hankkeiden aikana asenteet ovat muuttuneet myönteisiksi ja toiminnalla on johdon vankkumaton tuki. Terveydenhuollon henkilöstö on alustavien tulosten mukaan lisännyt hankkeen aikana merkittävästi mini-intervention tekemistä. Hankkeissa on saatu työvälineet, verkostot ja toimintatavat mini-interventio toiminnan kattavaksi juurruttamiseksi koko Suomen terveydenhuoltoon.

Tämä julkaisu jakaa hankkeissa kehitetyt työvälineet ja mini-interventio-osaamisen toiminnan jatkamiseksi ja laajentamiseksi. Hankkeiden toimintamuotoa ja kokemuksia voi hyödyntää myös muunlaisten toimintojen laajapohjaiseksi juurruttamiseksi terveydenhuoltoon.

Asiasanat: alkoholi, ennaltaehkäisy, henkilöstökoulutus, koulutus, perusterveydenhuolto, sitoutuminen, työterveyshuolto, terveyskeskukset

SAMMANDRAG

Från teori till fungerande praxis. Miniintervention blir etablerad praxis på hälsovårdscentralerna och inom företagshälsovården. Redaktör Kaija-Liisa Seppä, skribenter: Mauri Aalto, Irmeli Ahola, Leena Heljälä, Senja Hyvönen, Hanna Jurvansuu, Päivi Kainulainen, Pekka Kinnunen, Aimo Korpilähde, Martti Kuokkanen, Jaana Malinen, Unto Matinlompola, Tapani Melkas, Tuija Paanila, Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu, Kaija-Liisa Seppä, Kati Seppänen, Marja Tarhala, Olli-Pekka Vilenius. Helsingfors 2008. 75 s. (Social- och hälsovårdsministeriet rapporter, ISSN 1236-2115, 2008:10). ISBN 978-952-00-2543-4 (inh.), ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)

Forskning och utveckling som är inriktad på att förebygga storkonsumtion av alkohol har långa traditioner i vårt land. Trots vetenskapliga bevis har verksamheten inte fått fotfäste inom hälso- och sjukvården så fort som man önskat. Inför hotet om ökad alkoholkonsumtion till följd av skatte- och importändringar inleddes med SHM:s finansiering år 2004 två rikstäckande projekt för att etablera praxis med miniintervention; det nationella miniinterventionsprojektet VAMP inom primärvården och projektet 'Miniintervention för storkonsumenter av alkohol för daglig användning inom företagshälsovården' inom företagshälsovården.

De fyraåriga projekten har i samarbete strävat efter att frågor om alkoholbruket och miniinterventionen blir en del av rutinverksamheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, vilket både personal och serviceanvändare godkänner. När det gäller att etablera praxis har man utnyttjat den erfarenhet som internationellt samarbete och forskningsrön har givit. Förutom en interaktiv och för lokala behov skraddarsydd utbildning som genomförts i smågrupper har man verkat på bred basis genom att engagera hälso- och sjukvårdsledningen och skapa nätverk, genom att rikta information till befolkningen, publicera artiklar i facktidskrifter och producera skriftligt material.

Medan projekten varit igång har attityderna blivit positiva och verksamheten har ledningens orubbliga stöd. Hälso- och sjukvårdspersonalen har enligt preliminära resultat gjort betydligt fler miniinterventioner under projektet. Genom projekten har man fått verktyg, nätverk och praxis för att miniinterventionsverksamheten ska bli etablerad praxis i hela den finska hälso- och sjukvården.

Denna publikation delar ut de verktyg och det miniinterventionskunnande som utvecklats i projekten för att verksamheten ska fortsätta och utvidgas. Projektens verksamhetsform och erfarenheter kan utnyttjas för att även etablera andra slags funktioner på bred basis inom hälso- och sjukvården.

Nyckelord: alkohol, engagemang, förebyggande, företagshälsovård, hälsovårdscentral, personalutbildning, primärvård, utbildning

SUMMARY

From theory to practice. Integration of a brief intervention into health centre work and occupational health care. Edited by Kaija-Liisa Seppä; authors: Mauri Aalto, Irmeli Ahola, Leena Heljälä, Senja Hyvönen, Hanna Jurvansuu, Päivi Kainulainen, Pekka Kinnunen, Aimo Korpilähde, Martti Kuokkanen, Jaana Malinen, Unto Matinlompola, Tapani Melkas, Tuija Paanila, Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu, Kaija-Liisa Seppä, Kati Seppänen, Marja Tarhala, Olli-Pekka Vilenius. Helsinki, 2008. 75 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115, 2008:10) ISBN 978-952-00-2543-4 (pb.), ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)

There is a long tradition of the research and development aimed at decreasing excessive consumption of alcohol in Finland. Despite scientific evidence this activity has been rooted in health care services more slowly than hoped. When the threat of an increase in alcohol consumption became more imminent owing to the changed tax rules and rules on import of alcohol, two national projects were started in 2004 by financing from the Ministry of Social Affairs and Health: the national brief intervention project in primary health care (VAMP) and the project to introduce a brief intervention for excessive alcohol consumers in occupational health care.

The four-year projects have worked in cooperation to integrate the brief intervention and to make it a routine among health care professionals to ask about alcohol use that both the personnel and service users accept. The experience basis that international cooperation and scientific knowledge have produced has been made use of in this integration work. In addition to the interactive training provided in small groups and tailored to local needs there have been large-scale efforts to get the health care management committed to the issue and to create networks, disseminate information to the population, publish articles in professional journals and produce written material.

In the course of the projects attitudes have become more favourable, and the management now strongly supports the activity. According to the preliminary results, the frequency of brief interventions carried out by health care personnel has increased considerably during the project. The projects have provided tools, networks and methods for integrating the brief interventions activity into health care services throughout Finland.

The present publication disseminates the tools and the know-how on brief interventions developed in the course of the projects so as to enable continuing and expanding the activity. The form of action of the projects and the experience gained from them can also be used to integrate activities of other kinds on a large scale into health care.

Key words: alcohol, commitment, health care centres, occupational health care, personnel training, prevention, primary health care, training

ESIPUHE

Suomen terveydenhuolto on tunnettu tuloksellisesta kansanterveystyöstä. Viime vuosikymmenten työn tuloksena kansalaiset elävät entistä pitempään ja terveempinä. Jotkut riskit ja terveysongelmat ovat valtavirrasta poiketen kuitenkin lisääntyneet. Tiedämme, että alkoholin kulutus ja siitä aiheutuneet haitat ovat kasvaneet. Maassamme on arviolta puoli miljoonaa alkoholin suurkuluttajaa.

Varhainen puuttuminen alkoholin suurkulutukseen, mini-interventio, on tieteellisesti osoitettu kustannusvaikuttavaksi keinoksi vähentää alkoholihaittoja terveydenhuollon toimintaympäristössä.

Suomi on pitkään ollut aktiivinen edelläkävijä niin tieteellisessä mini-interventiotutkimuksessa kuin mini-intervention jalkauttamisessakin. Mini-interventio toiminnan kaikkia mahdollisuuksia ei maassamme ole kuitenkaan riittävästi hyödynnetty terveydenhuollossa. Tähän ovat vaikuttaneet asenteet, kiireinen työrytmi ja mini-interventiotyön tekemiseen tarvittavien riittävien tietojen sekä taitojen puute.

Sosiaali- ja terveysministeriössä nähtiin, että mini-interventio toimintaa edelleen kehittämällä voidaan ehkäistä alkoholin kulutuksen kasvua, vähentää alkoholihaittoja sekä myös terveydenhuollon kustannuksia. Tämän vuoksi vuonna osana Kansallista terveydenhuoltohanketta käynnistettiin vuonna 2004 valtakunnallinen mini-interventiohanke (VAMP) ja sen rinnalla Työterveyslaitoksen johtama valtakunnallinen ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” -hanke.

Hankkeet toteutuivat varsin laajoina. VAMP -hankkeen loppuvaiheessa osallistujakuntia on ollut jokaisesta viidestä läänistä ja kohde kuntien väestömäärä on ollut neljäsosa Suomen asukasmäärästä. Näissä kunnissa toimii yhteensä noin 1000 lääkärinä ja 4000 hoitajana. Hanke on hyödyntänyt sitä tieteellistä tietoa, mitä uusien käytäntöjen juurruttamisesta on olemassa. Hankkeessa on laaja-alaisesti sitoutettu johtoa ja muita toimijoita, tiedotettu väestölle, järjestetty ammattilaisille pienryhmissä ja omissa toimipisteissä koulutusta ja lisäksi käytössä on ollut kirjallista materiaalia. Toimijoita on aika ajoin myös muistutettu asiasta. Yhteistyö sisarhankkeiden kanssa on osaltaan tukenut toiminnan aktivoitumista. VAMP -hanke on ollut Suomen edustaja EU-rahoitteisessa PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) -hankkeessa.

Työterveyslaitoksen mini-interventiohanke on tavoittanut koulutuksen kautta 40 % kaikista Suomen työterveyshuollon yksiköistä. Hankkeesta on koulutettu työterveyshuollon henkilöstöä eri puolilla Suomea, tuotettu välineitä mini-interventio toimintaan, kohdennettu valtakunnallista tiedotusta ja kampanjointia sekä ammattihenkilöille että työpaikoille. Mini-interventio toiminnan nivomiseksi osaksi kokonaisvaltaista työterveyshuoltoa on käynnistetty kehittämishanke työterveyshuollon ja työpaikkojen yhteistyön lisäämiseksi ehkäisevässä päihdetyössä.

Tässä julkaisussa raportoidaan edellä mainittujen hankkeiden tuloksista. Molemmat hankkeet ovat tähänastisen arvioinnin mukaan saavuttaneet päämääränsä – mini-interventiotoiminta on lisääntynyt koko maassa, niin terveyskeskuksissa kuin työterveyshuollossakin. Hankkeiden toteuttajien oman arvioinnin mukaan hankkeet ovat olleet sekä henkilöstön että väestön hyväksymiä. Vaikka asenteet ovat myönteiset, on kuitenkin vielä matkaa siihen, että koko terveydenhuollon henkilöstö tekee mini-interventiotyötä luonnollisena osana potilastyötään ja että väestö kokisi toiminnan osana terveydenhuollon ja työterveyshuollon normaalia perustoimintaa.

Valtakunnallisissa mini-interventiohankkeissa on luotu työvälineet, verkostot ja toimintatavat, joita hyödyntäen mini-interventiota voidaan laajasti toteuttaa. Tämä julkaisu jakaa mini-intervention työvälineet koko Suomen terveydenhuollon käyttöön ja hyödynnettäviksi.

Perusterveydenhuoltoa kehitettäessä alkoholin käytöstä kysyminen ja mini-interventiotoiminta tulee saada perusterveydenhuollon rutiinitoiminnaksi, jota terveydenhuollon ammattihenkilöt laajasti tekevät. Toimintaan tulee varata riittävät resurssit ja luoda kiinteät yhteydet sosiaalihuollon vastaavaan toimintaan.

Työpaikan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan ja päihdeohjelmaan tulee sisältyä varhainen puuttuminen alkoholihaittoihin työpaikalla ja mini-interventiotoiminta työterveyshuollossa. Riskien kartoituksessa ja päihdeohjelman laatimisessa työpaikoilla tulee olla käytettävissään työterveyshuollon asiantuntemus.

Valtioneuvoston hyväksymä sosiaali- ja terveydenhuollon nelivuotinen kehittämisohjelma KASTE tarjoaa kunnille ja yhteistoiminta-alueille asiantuntija-apua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden, johtamiskäytäntöjen ja toimintamallien kehittämisessä rakenteita uudistettaessa. KASTE pyrkii ehkäisemään ongelmia nostamalla varhaisen puuttumisen osaksi koko kunnan päätöksentekoa. Alkoholin suurkuluttajien mini-interventiotoiminnan ja muiden tehokkaiden terveysriskeihin puuttumisen toimintamuotojen kehittäminen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käyttöön on ohjelman keskeisiä toimenpiteitä.

Helsingissä 28.3.2008

Paula Risikko
peruspalveluministeri

Sisällysluettelo

TIIVISTELMÄ	3
SAMMANDRAG	5
SUMMARY	7
ESIPUHE	9
1 ALKOHOLI JA TERVEYS	13
2 ALKOHOLIN SUURKULUTTAJAN MINI-INTERVENTIOHOITO	16
2.1 Mini-intervention kohderyhmä.....	16
2.2 Suurkulutuksen tunnistaminen.....	17
2.3 Mini-interventioon liittyvän neuvonnan sisältö	18
2.4 Mini-intervention vaikuttavuus	19
3 MINI-INTERVENTIO PERUSTERVEYDEN HUOLLON TYÖVÄLINEENÄ	21
4 HANKKEIDEN TAUSTA JA TAVOITTEET	23
4.1 VAMP-hanke.....	23
4.2 Työterveyshuollon hanke	25
5 TOTEUTUS	27
5.1 Valtakunnallinen mini-interventiohanke.....	27
5.2 Työterveyshuollon hanke	50
6 TULOKSET	55
6.1 VAMP-hanke.....	55
6.2 Työterveyshuollon hanke	57
7 HANKKEIDEN ARVIOINTI.....	58
7.1 Sisältötekijät.....	58
7.2 Toteutustekijät.....	59
7.3 Seuranta ja arviointi	59
8 HANKKEIDEN JÄLKEISET HAASTEET	61
9 KIRJALLISUUS	65
LIITTEET	67
Liite 1. Aluekoordinaattorit (Aikaisemmin hankkeessa toimineet suluissa).....	67
Liite 2. Ohjausryhmä.....	68
Liite 3. AUDIT-kyselytesti	69
Liite 4. Neuvontakortti.....	70

Lyhenteet:

AUDIT; Alcohol Use Disorders Identification Test

INEBRIA; International Network on Brief Interventions for Alcohol

PHEPA; Primary Health Care European Project on Alcohol

VAMP; Valtakunnallinen mini-interventioprojekti

WHO; World Health Organization

Taulukot ja kuvat

Taulukko 1.1	Alkoholi peruskuolemansyynä vuonna 2005	13
Taulukko 1.2	Päihtyneenä tapaturmissa ja onnettomuuksissa kuolleet v. 2005.....	14
Taulukko 1.3	Alkoholin suurkulutukseen liittyviä sairauksia.....	14
Taulukko 1.4	Alkoholin suurkulutuksen aiheuttamia sosiaalisia haittoja	15
Taulukko 1.5	Varhaiseen riskikulutukseen liittyviä haittoja	15
Taulukko 2.1	Alkoholin suurkulutuksen alaryhmät	16
Taulukko 2.2	Mini-intervention sisältö	19
Taulukko 3.1	Mini-intervention tekemistä edistäviä ja estäviä tekijöitä	22
Taulukko 4.1	Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen tavoitteet	24
Taulukko 5.1	VAMP-hankkeen keskeiset toteuttamiselementit.....	30
Taulukko 5.2	VAMP-hankkeen keskeiset koulutussisällöt	38
Taulukko 5.3	Kouluttajakoulutusten rakenne ja keskeinen sisältö	39
Taulukko 5.4	Mini-intervention keskeiset käsitteet alkoholin käytön kirjaamiseen	44
Taulukko 5.5	Alkoholihaittojen ilmenemismuotoja sosiaalipalveluissa	45
Taulukko 5.6	Sosiaalitoimessa esiin nousseita, mini-interventioon liittyviä teemoja.....	46
Taulukko 5.7	Alkoholiohjelman materiaali, jota on käytetty mini-interventiohankkeissa	49
Taulukko 5.8	Hankkeen ylläpitämisessä käytettyjä lähestymissisältöjä	50
Taulukko 5.9	Työterveyshuollon mini-interventiohankkeen toteutus 2004-2007	53
Taulukko 6.1	Terveyskeskukslääkäreiden mini-interventioaktiivisuus ennen hanketta ja sen loppuvaiheissa.....	56
Taulukko 8.1	Tulevaisuuden keinoja mini-interventiotyön kannustamiseksi terveydenhuollossa	62
Kuvio 5.1	VAMP-hankkeen rakenne ja keskeiset yhteistyöhankkeet.....	29
Kuvio 7.1	Mini-interventiotyön laatutähti	60

I ALKOHOLI JA TERVEYS

Pekka Kinnunen ja Olli-Pekka Vilenius

Vuonna 2006 Suomessa kulutettiin 10.3 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti.

Kun noin 10% väestöstä ei käytä alkoholia ollenkaan ja kohtuukäyttäjiiä on 60-70% juo jäljellä jäävä suurkuluttajien ja alkoholiriippuvaisten joukko alkoholia suuria määriä. Heille aiheutuu alkoholista monenlaisia, myös terveydellisiä haittoja. Työikäisillä alkoholisairaudet ovat tällä hetkellä tärkein kuolinsyy. Vuonna 2005 kuolleista lähes joka kymmenennellä (n=4527) alkoholi liittyi jollakin tavalla kuolemaan. Näistä lähes puolessa (n= 2033) se oli peruskuolemansyy (Taulukko 1.1).

Taulukko 1.1 Alkoholi peruskuolemansyynä vuonna 2005*

Peruskuolemansyy alkoholiperäinen tauti	1472
• alkoholismi	173
• usean psykoaktiivisen aineen aiheuttama aivo-oire yhtymä	7
• alkoholin aiheuttama sydänlihassairaus	115
• alkoholin aiheuttama maksasairaus	976
• alkoholin aiheuttamat haimasairaudet	111
• alkoholin aiheuttama mahatulehdus	2
• hermoston rappeutumissairaudet	46
• alkoholin aiheuttama epilepsia	41
• fetaalialkoholioireyhtymä	1
• Peruskuolemansyy alkoholimyrkytys	561
Yhteensä	2033

* Lähde Tilastokeskus

Alkoholi on myös mukana monissa onnettomuuksissa (Taulukko 1.2). On arvioitu, että kuolemaan päättyvissä ajoneuvo-onnettomuuksissa alkoholi olisi mukana yli 20%:ssa.

Taulukko 1.2 Päihtyneenä tapaturmissa ja onnettomuuksissa kuolleet v. 2005

Kuljetustapaturmat	134
Tapaturmaiset putoamiset ja kaatumiset	186
Hukkuminen	83
Kuumuus, kylmyys, tulipalo	95
Muut tapaturmat	77
Itsemurhat	304
Murhat, tapot, pahoinpitelyt	56
Vahingoittava tapahtuma, tahallisuus epäselvä	43
Yhteensä	978

* Lähde Tilastokeskus

Kuolemien lisäksi alkoholi lisää sairastuvuutta moniin sairauksiin. Yhteensä tunnetaan n. 40 alkoholin aiheuttamaa eri sairaustilaa (Taulukko 1.3). Mm. maksakirroosi, haimatulehdukset sekä suun ja ruokatorven alueen syövät liittyvät selvästi runsaaseen alkoholin käyttöön. Naisilla rintasyöpä näyttää lisääntyvän lineaarisesti alkoholin käytön lisääntymisestä. Alkoholiriippuvaisella potilaalla on varsin usein myös joku toinen psyykinen ja usein myös somaattinen sairaus. Potilaat ovat vaikeahoitaisia ja tervehtyminen vaatii usein monen erikoisalalan asiantuntijoiden yhteisiä ponnisteluja.

Taulukko 1.3 Alkoholin suurkulutukseen liittyviä sairauksia

Keskushermoston rappeumasairaudet, mm. pikkuaivovaurio
Polyneuropatia
Masentuneisuus, ahdistusoireet, alkoholipsykoosi
Unihäiriöt
Suun tulehdukset
Verenpainetauti ja sydämen rytmihäiriöt
Sydänlihastulehdus
Mahakatarri ja ruokatorven verenvuodot
Ruuansulatuselimistön syövät (suu, nielu, ruokatorvi, paksusuoli)
Rintasyöpä
Maksatulehdus ja maksakirroosi
Haimatulehdus
Hormonihäiriöt ja impotenssi
Alkoholin aiheuttama sikiövaurio

Alkoholin runsas käyttö altistaa monenlaisille sosioekonomisille ongelmille (Taulukko 1.4). Huono sosiaalinen tilanne heikentää usein välillisesti myös terveyttä ja voi johtaa ääritilanteissa henkirikoksiin. Aikavälillä 1.6.2002-31.12.2005 tehdyistä henkirikoksista 82% miehistä ja 63% epäillyistä naisista oli tekohetkellä alkoholin vaikutuksen alainen.

Taulukko 1.4 Alkoholin suurkulutuksen aiheuttamia sosiaalisia haittoja

Perheväkivallan lisääntyminen
Ongelmat ihmissuhteissa
Eristäytyminen
Taloudelliset ongelmat
Työtehtävien laiminlyönti
Rattijuopumus

Vuonna 2004 alkoholihaittojen välittömät kustannukset valtiolle, kunnille ja yksityiselle sektorille olivat vähintään 967 miljoonaa euroa. Valtio ja kunnat vastaavat noin 60% kustannuksista.

Ennen riippuvuuden ja alkoholisairauksien kehittymistä alkoholin varhainen riskikulutus saattaa aiheuttaa monenlaisia oireita, johtaa ei-toivottuihin tilanteisiin, vaikeuttaa muiden sairauksien hoitoa ja vaikuttaa joihinkin laboratorioarvoihin (Taulukko 1.5).

Taulukko 1.5 Varhaiseen riskikulutukseen liittyviä haittoja

Oireet ja löydökset

- Kohonnut verenpaine
- Unettomuus
- Epämääräiset vatsavaivat
- Ahdistuneisuus
- Masentuneisuus
- Sydämen rytmihäiriöt

Sairauksien hoidon laiminlyönti

- Diabeteksen huono hoitotasapaino
- Verenohennushoidon epäonnistuminen
- Hoidolle reagoimaton ihottuma

Riskikäyttäytyminen

- SeksitAUDIT
- Onnettomuudet

Poikkeavat laboratorioarvot

- MCV
- S-GT, ASAT, ALAT
- S-triglyseridit
- S-uraatti

Alkoholin riskikäytön tuhoisan jatkumon katkaisemiseksi näiden varhaisten haittojen huomioiminen olisi tärkeää.

2 ALKOHOLIN SUURKULUTTAJAN MINI-INTERVENTIOHOITO

Mauri Aalto, Kati Seppänen ja Kaija-Liisa Seppä

Mini-interventiolla pyritään mahdollisimman varhain tunnistamaan potilaan runsas alkoholin kulutus ja antamaan lyhyt neuvonta tilanteessa, jolloin haittoja ei vielä merkittävästi esiinny. Tarkoituksena on näin estää riippuvuuden ja alkoholista johtuvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien kehittyminen.

2.1 Mini-intervention kohderyhmä

Mini-intervention kohderyhmän määrittäminen on usein terveydenhuollon ammattilaisillekin suuri haaste. On taipumusta ajatella, että runsaaseen alkoholin kulutukseen liittyy aina pitkälle edenneitä terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tämä on totta vain osalla suurkuluttajista. Suurin osa heistä on niin sanotusti varhaisvaiheessa, jolloin merkittäviä haittoja ei ole. Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa kolme ryhmää: varhainen riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus (Taulukko 2.1). Tämä jako perustuu siihen, että suurkulutuksen eri muotojen kliininen kuva, ennuste ja hoito poikkeavat toisistaan.

Riskikulutuksen erottaa kohtuukäytöstä selvittämällä kuinka paljon potilas käyttää alkoholia. Suomessa riskikulutuksen rajana on käytetty miehillä vähintään 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla. Naisilla vastaavat luvut ovat 16 ja 5 annosta. Näiden rajojen ylittyessä riski saada alkoholihaittoja on huomattavan suuri ja on perusteltua, että terveydenhuollossa annetaan neuvontaa ainakin niille, jotka ylittävät nämä rajat. Kyseessä ei ole siis turvallisen käytön raja ja jonkun kohdalla vähäisempikin määrä voi olla haitallista. Siksi rajoja joudutaan neuvontatyössä soveltamaan yksilöllisesti. Raskaana olevan kohdalla näitä rajoja ei voi esimerkiksi noudattaa. Lisäksi jos henkilöllä on jokin sairaus, hänelle voi tulla vähäisemmästäkin määrästä huomattavaa haittaa.

Taulukko 2.1 Alkoholin suurkulutuksen alaryhmät

Varhainen riskikulutus	Riskirajat ylittävä alkoholin kulutus, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta
Haitallinen käyttö	Merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja, mutta ei riippuvuutta
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vieroitusoireet, toleranssi ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta

Mini-intervention kohderyhmä ovat erityisesti varhaiset riskikuluttajat ja alkoholia haitallisesti käyttävät. Sen sijaan alkoholiriippuvuudessa juomista ohjaa pakonomaisuus eikä mini-interventio yleensä ole riittävä hoitomuoto. Lisäksi riippuvuudessa alkoholin käytön jatkaminen muodostaa siinä määrin välittömän uhan, että on perusteltua heti aluksi käyttää laajempaa psykososiaalista interventiota ja/tai lääkehoitoa. Kuitenkin niille alkoholiriippuvaisille, jotka eivät ole halukkaita pidempiin hoitoihin, voidaan tarjota neuvontaa mini-intervention muodossa.

2.2 Suurkulutuksen tunnistaminen

Pitkälle edennyt alkoholiriippuvuus on usein suhteellisen helppo tunnistaa. Sen sijaan mini-intervention kohderyhmän (varhainen riskikulutus ja haitallinen käyttö) tunnistaminen voi olla varsin vaativaa. Varhainen suurkulutus on nykykeinoin kuitenkin hyvin tunnistettävissä.

2.2.1 AUDIT-kysely

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -kysely on tehokas ja suositeltava menetelmä mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa. AUDIT sisältää 10 kysymystä (Liite 3), joihin vastaaminen kestää yleensä pari minuuttia. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillistä käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Kysymykset 4-6 selvittävät riippuvuusoireita, joita voi siis ilmetä jo ennen varsinaisen riippuvuuden kehittymistä. Kysymykset 7-10 selvittävät tyypillisiä alkoholista johtuvia haittoja. Jokainen kysymys pisteytetään nolasta neljään ja kysymyssarjan maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen rajana on useimmiten käytetty kahdeksaa pistettä.

AUDIT:sta on julkaistu kymmenittäin tutkimuksia. Näiden perusteella AUDIT tunnistaa keskimäärin kahdeksan suurkuluttajaa kymmenestä. Niistä, jotka AUDIT -kyselyn mukaan ovat suurkuluttajia, kaksi kymmenestä ei sitä todellisuudessa ole. Vaikka kysely ei siis tunnista kaikkia suurkuluttajia ja joillakin testitulokset on positiivinen, vaikka he eivät olekaan suurkuluttajia, kyselyn herkkyys (sensitiivisyys) ja tarkkuus (spesifisyys) ovat erittäin hyvät. AUDIT on työikäisten suurkulutuksen tunnistajana erittäin tehokas. Sen sijaan näyttää siltä, että ikääntyneillä AUDIT ei toimi yhtä hyvin. Alaikäisten osalta AUDIT:n toimivuudesta ei ole tietoa.

2.2.2 Haastattelu

Jotkut käyttävät AUDIT:n sijasta mieluummin suoraa kysymistä potilaan käyttämistä alkoholimääristä ja mahdollisista alkoholihaitoista. Taitava ja empaattinen haastattelija tunnistaa tällä tavoin erittäin hyvin suurkuluttajan. Tällöinkin AUDIT-kyselyä voidaan käyttää keskustelun avaajana.

On useita tapoja kartoittaa potilaan alkoholikäytön määrää ja siitä mahdollisesti aiheutuvia haittoja. Joidenkin alkoholin käyttö on hyvin säännöllistä ja niin sanotulla määrä-tiheys-kysymyksillä (Kuinka paljon yleensä juotte? Kuinka usein yleensä juotte?) päästää hyvään tarkkuuteen. Määrä-tiheys-kyselyn tarkkuutta voidaan lisätä sillä, että kysytään käyttömäärät juomalajeista erikseen (olut, siideri, viini ja väkevät).

Kun potilas ei pysty vastaamaan määrä-tiheys-kyselyyn, on syytä selvittää alkoholin käyttöä muulla tapaa. Hyväksi havaittu menetelmä on käydä läpi viimeisen 2-4 viikon alkoholin käyttö. Tämä aloitetaan kysymällä koska viimeksi potilas on juonut ja kuinka paljon, jonka jälkeen takautuvasti käydään läpi jokainen juomakerta. Lisäksi voidaan käyttää juomapäiväkirjaa, jossa potilas kirjaa käyttämänsä alkoholin tulevan 2-4 viikon aikana.

2.2.3 Laboratoriokokeet

Laboratoriokokeet eivät toimi riittävän hyvin varhaisen riskikulutuksen tunnistamisessa; yksittäin käytettynä sekä S-CDT, S-GT että MCV tunnistavat vain noin kolmanneksen riskikuluttajista. Tämän takia niitä suositellaan käytettäväksi suurkulutuksen tunnistamisessa vain yhdessä kyselykaavakkeiden tai haastattelun kanssa. Hoidon tukena testejä voidaan myös tarvittaessa käyttää kannustimina muutokseen.

2.3 Mini-interventioon liittyvän neuvonnan sisältö

Mini-interventio on kehitetty käytettäväksi erityisesti terveydenhuollossa. Lääkärit ja hoitajat tapaavat jatkuvasti potilaita, joiden oireet voivat liittyä alkoholiin. Ammattilaisilla on hyvä mahdollisuus tunnistaa suurkuluttajia ja heillä on myös tietoa ja taitoa lisätä suurkuluttajien ymmärrystä alkoholin terveystaitoista.

Mini-interventiolla tarkoitetaan lyhyttä, tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa terveysneuvontaa. Mini-intervention sisältö ja pituus on osin vaihdellut eri tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan jopa viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää suurkulutusta. Yleensä mini-interventioon käytetään aluksi kuitenkin 10-15 minuuttia. Suositeltavaa on myös järjestää ainakin yksi seurantakäynti, joka on usein lyhyempi. Hoidon voi sovittaa niihin käyntikertoihin, mitä vastaanotolle alkujaan tuoneen oireen hoito vaatii. Ylimääräisiä käyntejä ei silloin välttämättä lainkaan tarvita.

Taulukossa 2.2 kuvataan mini-intervention kulkua ja sisältöä. Potilaan oireeseen suhteutettua alkoholineuvontaa annettaessa vastaanoton ilmapiiri on tärkeä (empaattinen suhtautuminen, rohkaisu ja kannustus). Hoidossa korostetaan potilaan omaa vastuuta ja annetaan ohjeita, jollaisena toimii esimerkiksi Vähennä vähäsen -opas. Koska kyseessä ei ole alkoholi riippuvuus, tavallisesti tavoitteena on alkoholin kohtuukäyttö. Keskustelussa toimitaan potilaan ehdoilla. Hänelle annetaan tietoa, mutta hän itse tekee päätöksensä. Hyvä hoitosuhde mahdollistaa asian esille ottamisen myöhemmin uudelleen myös sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät alun alkaen ole halukkaita vähentämään kulutustaan. Potilasta voi motivoida auttamalla häntä punnitsemaan juomisen hyviä ja huonoja puolia.

Taulukko 2.2 Mini-intervention sisältö

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

Mikäli aikaa on enemmän terveysneuvonnan lisäksi mukana voi olla niin sanotun motivoivaa haastattelun piirteitä. Motivoivan haastattelun tavoitteena on edistää potilaan motivaatiota muutokseen tutkimalla suurkulutukseen ja potilaan tavoitteisiin sisältyvää ristiriitaa. Tarkoitus on, että potilas saadaan puhumaan itse muutoksen tarpeen puolesta.

2.4 Mini-intervention vaikuttavuus

Terveydenhuollossa on tehty yli 40 mini-interventiohoidon tehoa selvittänyttä kontrolloitua tutkimusta. Niihin on osallistunut yli 10 000 alkoholin suurkuluttajaa. Mini-intervention vaikuttavuus on todennettu useissa katsauksissa ja meta-analyyseissä. Erityisesti sen teho on osoitettu perusterveydenhuollon toimintaympäristössä.

Suomalaisen Käypä hoitosuosituksen mukaan keskimäärin mini-intervention vaikutuksesta kymmenestä suurkuluttajasta yksi palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Lisäksi tiedämme, että hoitovaikutus säilyy melko pitkään, ainakin 1-2 vuotta. Alustavat tulokset viittaavat myös siihen, että mini-interventio vähentää kuolleisuutta. Laajasti toteutetulla mini-interventiolla olisi huomattava kansanterveydellinen merkitys. Suomessa

arvioidaan olevan ainakin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Tutkimustietoon perustuen kymmenentuhannet suurkuluttajat kohtuullistaisivat juomisensa, jos mini-interventiota toteutettaisiin terveydenhuollossa laajasti.

Mini-interventio on kustannuksiltaan edullista toteuttaa ja se on kustannusvaikuttavaa. Vuonna 2004 Suomessa tehtyjen laskelmien mukaan yhtä mini-intervention saanutta kohden kustannukset olivat 84-241 €. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan, kun mini-interventiohoitoon sijoitettiin 1000 \$ henkilökuntaa kouluttamalla ja lisäämällä työpanosta, se sai aikaan säästöjä 5600 \$ edestä. Nämä muodostuivat muun muassa siitä, että ensiapukäynnit, sairaalapäivät, liikenneonnettomuudet ja virkavallan kanssa tekemisiin joutumiset vähenevät. Säästöt jakautuvat terveydenhuollon lisäksi siis muille yhteiskunnan aloille. On kaikki syy olettaa että kustannusvaikuttavuus on positiivinen myös Suomessa.

3 MINI-INTERVENTIO PERUSTERVEYDENHUOLLON TYÖVÄLINEENÄ

Martti Kuokkanen ja Aimo Korpilähde

Mini-interventio on kehitetty menetelmäksi terveydenhuollon tarpeisiin. Terveydenhuollon ammattilaisen (lääkäri, hoitaja) antamasta mini-interventiohoidosta terveydenhuollon erilaisissa potilaskontakteissa on runsaasti tutkittua tietoa. Erityisesti perusterveydenhuollon on katsottu soveltuvan hyvin alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen, lyhyeen neuvontaan ja siten alkoholisairauksien ehkäisyyn. Esitämme seuraavassa tähän perusteluja.

Perusterveydenhuollossa kohdataan koko väestö, myös varhaisvaiheen suurkuluttajia, joihin kohdennettu mini-interventio tuottaa todennäköisesti parhaan tuloksen. Useimmisissa terveyskeskuksissa kohdataan vuosittain yli puolet alueen asukkaista. Kun huomioidaan vielä työterveyshuollon palveluita käyttävät, todennäköisesti pääosa väestöä käy vuosittain perusterveydenhuollossa. Tämä tarjoaa todella laajan areenan tehdä alkoholiongelmien ehkäisytyötä. Perusterveydenhuollon kosketuspinta väestöön on myös laaja siinä mielessä, että sen piirissä ovat kaikki ikä- ja väestöryhmät. Työtapa on usein perhekeskeinen ja hoitosuhteet pitkiä, jolloin on lupa kysyä aroistakin asioista.

Terveyskeskustyössä on valmiina tiettyjä terveyttä edistäviä toimintalojkoja, kuten neuvolat ja kouluterveydenhuolto, joiden aikuisasiakkailta alkoholin käyttöä tulisikin kysyä. Myös kansantautien ehkäisytyö on tärkeä osa terveyskeskusten ja työterveyshuollon arkea. Terveydenhoitajien työn tärkein osa onkin sairauksien ehkäisy. Monet terveyskeskus- ja työterveyslääkärit pitävät terveyden edistämistä, mukaan lukien alkoholihaittojen ehkäisy, tärkeänä. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen on merkittävä osa monien tavallisten sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Siksi kaikilta perusterveydenhuollon aikuisasiakkailta tulisikin kysyä heidän alkoholinkäyttöään. Riskikäyttäjiksi todetuilta tulisi alkoholinkäyttöä kysyä vuosittain.

Mini-interventio on menetelmänä yksikertainen ja helposti opittavissa. Sen toteuttaminen ei vie enempää aikaa kuin verenpaineen mittaaminen ja sopii näin myös terveysasemien kiireiseen työtahtiin (Taulukko 3.1). Varhaisvaiheen suurkuluttajien mini-interventioksi riittää usein yhden käyntikerran puitteissa annettu lyhyt neuvonta.

Taulukko 3.1 Mini-intervention tekemistä edistäviä ja estäviä tekijöitä

Mini-intervention tekemistä puoltavia tekijöitä	Mini-interventiotyön esteitä
menetelmän helppous	terveyspoliittisten päätösten heikko tuki
toteutus ei vie paljon aikaa	kiire
menetelmän halpuus	riittämätön koulutus
vaikuttavuudesta vahvaa tutkimusnäyttöä	niukat resurssit
ehkäisevää työtä on tehty pitkään	usko, että omat taidot eivät riitä
erityisesti terveydenhoitajat koulutettu ehkäisytyöhön	kohderyhmän epäselvyys
tekeminen edistää monen kansantaudin hoitoa	selkeiden ohjeiden puute
hankalaan ongelmaan on hyvä hoitokeino	kohderyhmän tunnistamisen vaikeus
	kyseenalaistetaan tekemisen oikeutus
	potilastietojärjestelmien puutteet
	väärä potilaan yksityisyyden suojele

Taulukossa 3.1 kuvattuihin esteisiin ovat mini-interventiohankkeet pyrkineet vaikuttamaan koulutuksen ja muiden laaja-alaisten toimien avulla.

4 HANKKEIDEN TAUSTA JA TAVOITTEET

4.1 VAMP-hanke

Kaija-Liisa Seppä ja Tapani Melkas

4.1.1 Alkoholipoliittinen kehys

Euroopan Unionin laajeneminen keväällä 2004 vapautti alkoholin matkustajatuonnin uusista jäsenmaista. Viron Suomea huomattavasti matalamman hintatason arvioitiin siirtävän kuluttajien alkoholin hankintaa naapurimaahan siinä määrin, että kotimainen myynti ja sen myötä alkoholiveron tuotto vähenisi suuresti. Veropohjan säilyttämiseksi hallitus esitti vuoden 2004 talousarvioesityksessään alkoholiveron alentamista siitä huolimatta, että ennakoi sen johtavan kulutuksen ja sen myötä haittojen kasvuun. Eduskunnan päätettyä asiasta veronalennus astui voimaan 1.3.2004. Syksyllä 2003 valtioneuvosto määritteli ensimmäisessä alkoholipoliittikan linjauksia koskevassa periaatepäätöksessään keskeiset tavoitteet ja valtionhallinnon toimilinjat alkoholihaittojen vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväksi asetettiin laajapohjaisen alkoholiohjelman valmistelu ja toimeenpano vuosina 2004-2007. Yhtenä alkoholiohjelman tavoitteena oli, että alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi.

Tieteellisen tiedon mukaan vahvimmat keinot alkoholihaittojen minimoimiseksi ovat primaaripreventiiviset keinot kuten alkoholin hinta, vähittäismyyntimonopoli sekä myynnin ja anniskelun ikäraajat. Alkoholiveron alentamiseen liittyen etsittiin korvaavia keinoja uhkaavien alkoholihaittojen vähentämiseksi. Vahvin näyttö terveydenhuollossa liittyy varhaiseen puuttumiseen, mini-interventioon.

Käyttöön jääneet preventiiviset keinot ovat teholtaan verotusta vähäisempiä. Mini-interventio juurruttaminen on lisäksi aikaa vievää. Tästä syystä oli, useista preventiivisistä toimista huolimatta odotettavissa selvä alkoholin kulutuksen nousu. Veroalennuksen jälkeen seuraavana vuonna, jolloin VAMP-hanke alkoi, kulutuksen kasvussa tapahtui 10%:n hyppäys edelliseen vuoteen nähden. Alkoholikuolemat lisääntyivät vv. 2003-2005 29%. Alkoholisairaudet nousivat v. 2005 miesten yleisimmäksi ja naisten toiseksi yleisimmäksi kuolinsyyksi. Vuonna 2004 alkoholisairauksien sairaalahoitajakson lisääntyivät 9 %.

VAMP-hanke käynnistyi alkoholipoliittisten muutosten leimaamassa ilmapiirissä osana kansallista terveydenhuollon hanketta v. 2004. Kansallinen projekti korosti ennaltaehkäisyä, perusterveydenhuollon toimivuutta ja kansalaisten omaa vastuuta terveydestään, mihin viitekehukseen hanke hyvin istui. Hankkeen käynnistymiseen liittyvän prosessin keskeinen tekijä oli tieteellinen tieto menetelmän vahvuudesta. Tiedottaminen hankkeesta tapahtui Kansallisen terveydenhuoltohankkeen yhdyshenkilöiden välityksellä ja erilaisia verkostoja hyödyntäen. Tiedottamisen ongelmallisuutta lisäsi epätietoisuus kunnilta vaadittavasta omasta rahoitusosuudesta eli edellytetäänkö rahallista panostusta vai riittääkö laskennalli-

nen henkilökunnan työpanos mini-intervention tekemiseen. Laskennallisen mahdollisuuden säilyminen katsottiin kunnissa olennaiseksi seikaksi sitouduttaessa hankkeeseen.

Nykyiset rahoitusmekanismit kannustavat projektimuotoiseen toimintaan. Kun pyritään saaman pysyvä muutos terveydenhuollon toimintamalliin ei hankemuoto välttämättä ole paras toimintatapa. Tästä syystä VAMP-hanke rakennettiin poikkeamaan perinteisestä hankemallista – projektityöntekijät eivät tee hanketyötä (mini-interventiota) vaan siirtävät tieto-aidon vakituisen henkilökunnan osaamiseksi toiminnan takaamiseksi myös hankkeen loputtua.

4.1.2 Toiminnallinen tausta

Suomi on ollut n. 30 vuoden ajan aktiivinen mini-interventiotutkimuksen saralla. Useissa terveydenhuollon toimipisteissä on pyritty lisäämään päihdetyön ja mini-intervention osaamista. Osallistuminen vuodesta 1996 lähtien WHO:n mini-interventiotutkimuksen IV-vaiheeseen on lisännyt osaamista ja luonut hyvän tietopohjan implementoinnin toteuttamiselle.

EU-rahoitteinen PHEPA-hanke käynnistyi samoihin aikoihin VAMP-hankkeen kanssa. PHEPA:n tavoite oli tuottaa yhteiseurooppalainen koulutuspaketti ja näyttöön perustuva hoitosuositus mini-intervention tekemiseksi. Oli luontevaa, että VAMP-hankkeesta tuli PHEPA-hankkeen Suomen edustaja.

4.1.3 Tavoitteet

VAMP-hankkeen kiteytetty tavoite on esitetty taulukossa 4.1.

Taulukko 4.1 Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen tavoitteet

- Alkoholin käytön kysymisestä ja mini-interventiosta tulee osa terveydenhuollon ammattilaisten rutiinitoimintaa, jonka sekä henkilöstö että palvelujen käyttäjät hyväksyvät
- Hanke myötävaikuttaa siihen, että alkoholista tulee lisääntyvästi terveysasia

Lyhyen aikavälin tavoitteina pidettiin, että a) alkoholin käytön arvioinnin menetelmät tulevat tunnetuiksi ja ovat käytännön työvälineinä kaikkien terveydenhuollon koulutuksen saaneiden ammattilaisten ulottuvilla, b) terveydenhuollon koulutuksen saaneella henkilöstöllä on perustiedot ja -taidot alkoholin käytän arvioinnista ja varhaisesta puuttumisesta sekä mini-interventiosta, c) alkoholin käytöstä kysyminen ja riskikäyttäjien lyhytneuvonta terveyskeskuksissa lisääntyvät, d) terveyskeskuksilla on toimintasuunnitelma niiden poti-

laiden varalta, jotka eivät hyödy mini-interventiosta, e) perusterveydenhuollossa on yksiköittäin sovittu, kenen tehtävänä on ajantasaistaa ja ylläpitää päihdetietämystä toimipisteissä.

Pitkän aikavälin tavoitteina oli, että a) terveystieteiden toimintakulttuuri muuttuu siten, alkoholin käyttöä kysytään ja riskikäyttöön puututaan systemaattisesti normaalipalveluissa ja että riskikäytön ehkäisyyn on olemassa työkalut, b) terveydenhuollon ammattihenkilöstö mieltää alkoholin käytön terveysasiana, joka on moninaisten terveysongelmien syynä tai taustatekijänä. Alkoholin käytön kysyminen, riskikäytön varhainen toteaminen ja siihen puuttuminen tulevat osaksi hyvää terveydenhuoltoa ja c) terveystieteiden potilaat pitävät alkoholi-asioiden kysymistä ja siihen liittyvää neuvontaa luonnollisena ja tarpeellisena osana terveystieteiden toimintaa.

4.2 Työterveyshuollon hanke

Leena Heljälä ja Martti Kuokkanen

4.2.1 Taustaa

Työterveyshuoltolaki (743/1978) velvoittaa työnantajan järjestämään työntekijöilleen työterveyshuollon. Lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää: 1) työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, 2) työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, 3) työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa; sekä 4) työyhteisön toimintaa. Työnantajalla on mahdollisuus järjestää työntekijöille myös sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Suomessa on noin 710 työterveyshuoltopalveluja tuottavaa yksikköä, jotka olivat terveystieteiden työterveyshuoltoja, työnantajien omia tai yhteisiä lääkäriasemia tai lääkärikeskuksia. Vuonna 2004 työterveyshuollon piiriin kuului 1.82 miljoonaa työikäistä henkilöä. Työterveyshuollon kattavuus henkilöasiakkaiden osalta oli 88 % työssä käyvistä väestöstä. Työterveyshuolloissa työskenteli noin 2600 pääosin kokopäiväistä työterveyshoitajaa ja 2600 työterveyslääkäreitä, joista suurin osa oli työssä osa-aikaisesti mm. ammatinharjoittajina. Työterveyshuollossa tehtiin vuonna 2004 noin miljoona terveystarkastusta ja yli neljä miljoonaa sairaanhoitokäyntiä.

Työterveyshuollon vastaanottokäynnit mahdollistavat alkoholin käytön puheeksi ottamisen, riskikulutuksen seulonnan ja neuvonnan alkoholin käytön vähentämiseksi. Perinteisesti työterveyshuollon mini-interventiotoiminta on kytketty terveystarkastuksiin ja toiminta on painottunut työterveyshoitajien työhön. Kokonaisvaltainen työterveyshuolto mahdollistaa mini-interventiotoiminnan lisäämisen sairaanhoitokäyntien yhteyteen ja toiminnan lisääntymisen myös työterveyslääkäreiden työssä. Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointien yhteydessä tulee myös mahdollinen riskikulutus luonnollisesti selvittää.

Alkoholihaittojen ehkäisy työterveyshuollossa edellyttää työterveyslääkäreiden ja -hoitajien yhteistyötä ja sopimista menettelytavoista. Työpaikkojen johdon, esimiesten ja luottamusmiesten sekä työterveyshuollon kiinteä yhteistyö mahdollistaa parhaiten varhaisen puuttumisen päihdehaittoihin työpaikalla. Tärkeä edellytys on myös mini-interventiön sisällyttäminen työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan ja päihdeohjelmaan.

Nyt toteutettu hanke perustuu tietopohjaltaan STAKES:ssa 1990-luvulla kehitettyyn työterveyshuollon mini-interventiomalliin ja sen myötä useista työterveyshuollon yksiköistä saatuihin kokemuksiin.

4.2.2 Tavoitteet

Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön -hanke (www.ttl.fi/mini-interventio) (2004-2007) on toteutettu Työterveyslaitoksella Sosiaali- ja terveysministeriön Terveiden edistämisen määrärahalta. Hankkeen tavoitteena on ollut lisätä merkittävästi työterveyshuollon mini-interventiotoimintaa kohdentamalla alkoholikäytön puheeksiottoa, seulontaa (AUDIT-kysely) ja neuvontaa niihin alkoholin suurkuluttajiin, joilla ei vielä ole alkoholiriippuvuutta.

Hankkeen keskeisimpiä pitkän tähtäyksen tavoitteita olivat 1) työterveyshuollon henkilöstön motivointi ehkäisevään päihdetyöhön, 2) alkoholiongelmien ehkäisyn edistäminen työterveyshuollossa sekä 3) alkoholihaittojen vähentäminen työpaikoilla. Tavoitteiden toteuttamiseksi mini-interventiokoulutus sisällytettiin Työterveyslaitoksen koulutusohjelmiin ja kehitettiin laajempi mini-interventio sisältävä ehkäisevän päihdetyön koulutusohjelma työterveyshuollosekalle ja työpaikoille. Työterveyshuollossa toteutetun mini-interventiotoiminnan sisällöstä ja toiminnan toteutumisesta työterveyslääkäreiden ja -hoitajien arkityössä tarvittiin tutkimustietoa, jonka vuoksi käynnistettiin Mini-interventio työterveyshuollossa kyselytutkimus. Hankkeen puitteissa suunniteltiin ja käynnistettiin Alkoholi ja Työterveys -hanke, jonka tavoitteena on systematisoida alkoholihaittojen vähentäminen työpaikalla.

Keskeisimpiä lyhyen tähtäyksen tavoitteita olivat 1) mini-interventiotyövälineiden kehittäminen, 2) työterveyslääkäreiden ja -hoitajien aktivointi ja motivointi mini-interventiotoimintaan sekä 3) alkoholin suurkuluttajien mini-interventioiden lisääntyminen Suomen työterveyshuollosekalla. Mini-interventiokoulutusohjelmia toteutettiin yhteistyössä työterveyshuoltojen, ammattijärjestöjen, lääninhallitusten sekä oppilaitosten, työpaikkojen ja useiden muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Hankkeesta tuotettiin kaksi opasta ja juomapäiväkirja työterveyshuollon ammattihenkilöiden käyttöön. Hankkeesta laadittiin Työterveyshuolto Suomessa 2004 tutkimusten ehkäisevän päihdetyön osio. Tutkimuksen seuranta toteutetaan vuonna 2008.

5 TOTEUTUS

5.1 Valtakunnallinen mini-interventiohanke

5.1.1 Henkilöstörakenne

Kaija-Liisa Seppä

Hankkeen taloushallinnointi on ollut Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hankkeen henkilöstöön on kuulunut STM:n palkkaama valtakunnallinen koordinaattori sekä alueelliset koordinaattorit. Pääperiaate oli, että Etelä-Suomen läänissä olisi kaksi ja muissa lääneissä yksi aluekoordinaattoripari (lääkäri ja sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/päihdetyöntekijä). Käytännössä kuitenkin osa aluekoordinaattoreista on toiminut yksin (Liite I. Aluekoordinaattorit). Hankkeessa on säännöllisin henkilöstökokouksin pyritty yhdenmukaisiin toimintoihin. Aluekoordinaattorit ovat myös hankkeen aikana tehneet yhteistyötä yli lääninrajojen.

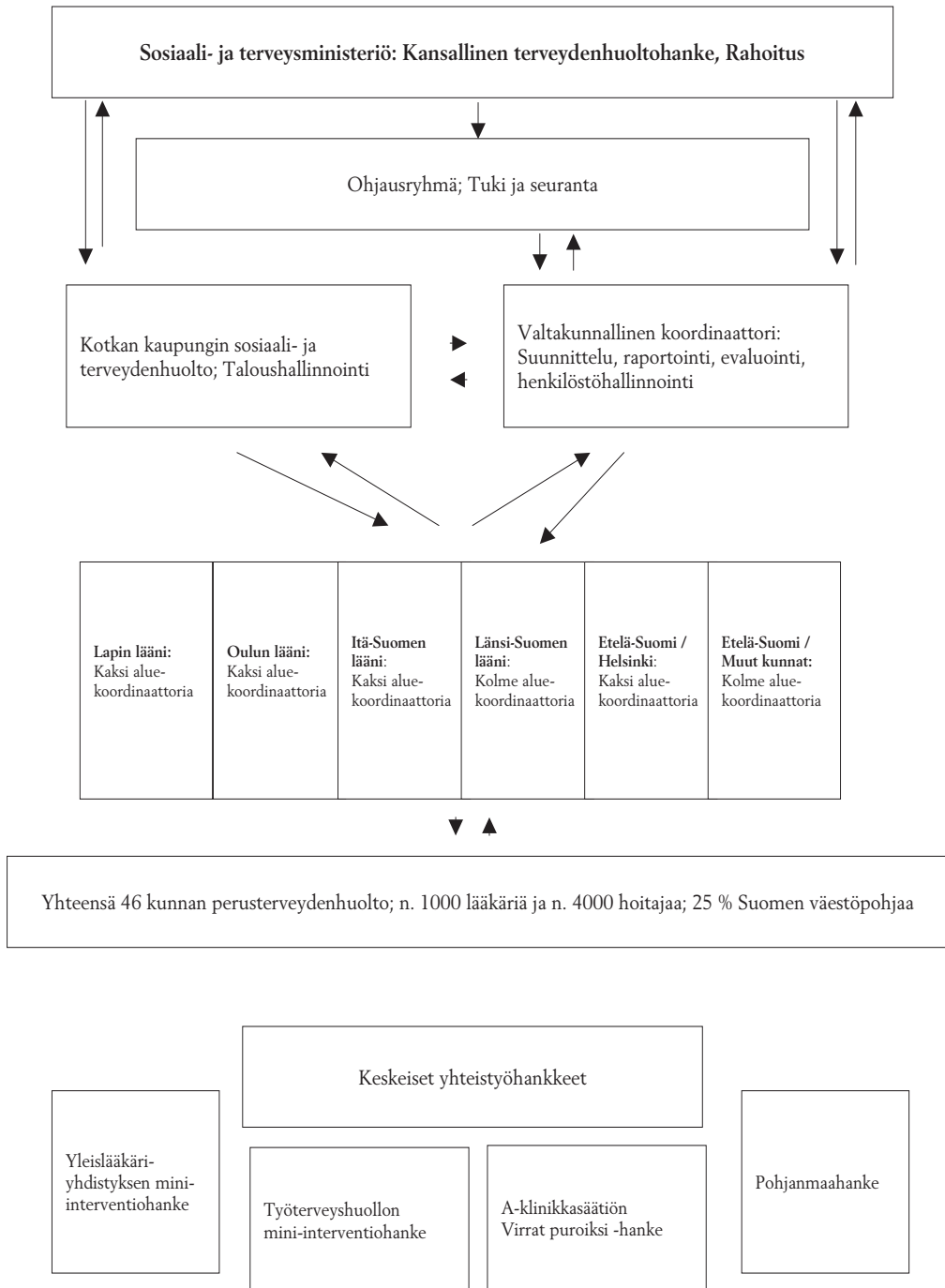
Valtakunnallisen koordinaattorin tehtävänä on ollut vastata aluekoordinaattorien koulutuksesta, kehittää heidän käyttöönsä koulutusmanuaali, toimia heidän konsulttinaan koko projektin ajan, kutsua kokoon ja järjestää määräajoin tapahtuvat yhteiset tapaamiset, vastata projektin alku- ja loppuarvion toteuttamisesta, seurata alueellisten projektien arviointia ja toteutumista, kehittää potilaille jaettava tiedotusmateriaali, arvioida tiedotustarve ja järjestää tiedottaminen, suunnitella projektin verkkosivut ja raportoida hankkeen edistymisestä ministerin asettamalle ohjausryhmälle

Aluekoordinaattorien tehtävänä on ollut luoda yhteydet oman alueensa mukaan läheneiden kuntien perusterveydenhuoltoon (sopia yksiköittäin, kuka toimii mini-interventioyhdyshenkilönä ja sopia kullekin yksikölle soveltuvat yhteydenpitotavat. Tällaisia ovat olleet esim. yhdyshenkilöiden välityksellä tapahtuva tiedottaminen, sähköpostiverkoston luominen tai määräaikaiset tapaamiset), toteuttaa alkuaktiviteettia mittaava selvitys, kouluttaa projektin alussa alueensa yksiköiden henkilöstön mini-intervention toteuttamiseen käyttäen apuna koulutusmanuaalia (koulutuksen sisältö on kaikilla sama, mutta toteuttamismallit voivat vaihdella), valita toiminnan implementoimiseksi ja seuraamiseksi joku seuraavista tavoista tai niiden yhdistelmän:

- yhteydenpito sähköpostitse ja/tai puhelimitse
- henkilökohtaiset käynnit (academic detailing)
- keskitetyt, määräaikaiset koulutukset (educational sessions); voidaan suunnitella yhdessä valtakunnallisen koordinaattorin kanssa, jos niin halutaan

toimia mini-interventiota tekevien yksiköiden konsultteina tarvittaessa myös säännöllisten yhteydenottojen ulkopuolella (esimerkiksi, kun ilmaantuu ongelmallisia käytännön potilastilanteita tai hankaluuksia toiminnassa yleensä) ja arvioida toiminnan edistymistä.

Ministerin asettamaan ohjausryhmään on kuulunut puheenjohtajan (johtaja Tapani Melkas, STM) ja sihteerin (valtakunnallinen koordinaattori) lisäksi kahdeksan jäsentä eri yhteistyöorganisaatioista (Liite 2. Ohjausryhmä). Ohjausryhmä on kokoontunut 10 kertaa. Sen tehtäviin on kuulunut seurata hankkeen toteutumista, tehdä ehdotuksia ja aloitteita projektin edistämiseksi ja tukea hankkeen eteenpäin viemistä. Se on myös toiminut PHEPA-hankkeen valtakunnallisena tukiryhmänä.



Kuvio 5.1 VAMP-hankkeen rakenne ja keskeiset yhteistyöhankkeet

5.1.2 Toteutusperiaatteet

Kaija-Liisa Seppä

VAMP-hanke on mini-intervention jalkauttamistyössä toteuttanut sitä tieteellistä tietoa, mitä uusien käytäntöjen juurruttamisesta on olemassa. Rogers julkaisi v. 1962 innovaatioiden juurtumisteoriaansa. Hän kuvaa siinä, miten yksilöt omaksuvat ajatuksia tai käytäntöjä, jotka ovat uusia. Pieni ryhmä on ns. varhaisia omaksujia, jotka heti pyrkivät omaksumaan uudet käytännöt. Toisessa ääripäässä ovat myöhäiset omaksujat, joilla omaksuminen voi viedä vuosia. Uuden toiminnan omaksumiselle merkityksellistä on, miten se on sopu-soinnussa omien arvojen, kokemusten ja tarpeiden kanssa. Tämän teorian pohjalta voidaan tehdä johtopäätelmä, että samanlainen juurruttamisohjelma ei sovi kaikille. Toimijat ovat erilaisia uusien toimintojen omaksujia. Lisäksi heidän motivaationsa ja asenteensa ovat erilaisia riippuen useista tekijöistä kuten esimerkiksi ammatti-identiteetistä yleislääkärinä, mahdollisesti omasta alkoholin käytöstä ja omista alkoholisenteista sekä ammattiuran pituudesta. Siksi tarvitaan räätälöityjä ohjelmia erilaisten toimijaryhmien tavoittamiseksi. Myös WHO:n monikansallinen mini-interventiotutkimushanke päättyi räätälöityjen juurruttamisohjelmien suosittamiseen.

Uusien toimintojen juurruttaminen terveyden- ja myös perusterveydenhuoltoon ei tutkimustiedon perusteella onnistu ainoastaan kouluttamalla ja antamalla tietoa toiminnan vaikuttavuudesta. Tarvitaan monenlaisia ja usean toimijan toteuttamia menetelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi laaja-alainen johdon sitouttaminen, väestöön kohdennettu tiedotus, ammattilaisten pienryhmissä ja omissa toimipisteissä toteutettu vuorovaikutteinen koulutus, artikkelit ammattilehdissä sekä kirjallinen materiaali toiminnan helpottamiseksi. Hyvinkään alkanut toiminta ei jatku, ellei sen tärkeydestä aika ajoin uudelleen muistuteta (Taulukko 5.1).

Taulukko 5.1 VAMP-hankkeen keskeiset toteuttamiselementit

Yksiköiden tarpeen mukaan räätälöidyt koulutusmallit

- joustava koulutuspituus
- koulutukset pääsääntöisesti työpisteissä
- palautteen mukaan suunnitellut toteutukset

Toistuvat kontaktit

Vuorovaikutteiset koulutustilaisuudet

Moniammatilliset pienryhmät

Laaja valikko juurrutuselementtejä

- koulutus
- tiedottaminen myös väestölle/potilaille
- kampanjat
- sidosryhmien aktivoiminen

Ennen nyt kyseessä olevan hankkeen aloittamista oli mini-intervention implementoinnista julkaistu 11 tutkimusta. Vaikka laaja-alaiseen implementaatioon ei missään oltu päästy mini-intervention tekeminen lisääntyi sitä enemmän, mitä moninaisempia ja laajempia käytetyt juurrutuskeinot olivat. Kuvaamme seuraavaksi ne moninaiset toimet, jotka perustuvat tieteelliseen tietoon implementaatiosta ja joiden avulla VAMP-hankkeessa on pyritty mini-intervention laaja-alaiseen juurruttamiseen osallistujakunnissa.

5.1.3 Koulutus

5.1.3.1 Isojen kuntien toimintamalli

Martti Kuokkanen ja Irmeli Ahola

Koulutusten organisoiminen ja toteutus

VAMP projektissa on alusta alkaen ollut mukana kolme suurta kuntaa (Espoo, Helsinki, Tampere). Kullakin näistä on omat erityispiirteensä sekä väestörakenteensa että perusterveydenhuollon toteutusmallin osalta. Perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien kouluttamisessa alkoholista kysymiseen ja mini-intervention antamiseen on kussakin näistä kunnista sovellettu paikallisia ratkaisuja. Seuraavassa esitellään Helsingin käytäntöjä ja kokemuksia. Niitä voitaneen ainakin joiltain osin soveltaa kaikkiin yli 100 000 asukkaan kuntiin ja joiltain osin muihinkin kuntiin.

Koulutuksista sovittiin vuosittain terveysasemaosaston johtoryhmässä, jossa ovat edustettuina kaikki osaston tulosityksiköt. Samassa kokouksessa on ensin raportoitu projektin toteutumisesta Helsingissä ja kerrottu myös terveysasemakohtaisia tietoja. Aluekoordinaattorit ovat sen jälkeen olleet yhteydessä kaikkien terveysasemien johtohenkilöihin, joiden kanssa on sovittu asemakohtaisista koulutuksista.

Mini-interventiokoulutusta on annettu sekä terveysasemakohtaisesti että keskitetysti. Pääpaino koulutuksessa on ollut terveysasemakohtaisissa koulutuksissa. Tavoitteena on ollut, että kullakin terveysasemalla pidetään vuosittain kaksi koulutustilaisuutta, toinen keväällä, toinen syksyllä. Vähimmillään on ollut yksi koulutustilaisuus vuodessa. Osa tilaisuuksista on ollut terveysasemien yhteisiä. Tilaisuudet tarkoitettiin kaikille terveysaseman potilastyötä tekeville työntekijöille. Keskitettyjä, kaupungin kaikkien terveysasemien potilastyötä tekeville työntekijöille tarkoitettuja koulutustilaisuuksia on ollut vuosittain pari kolme. Käytännössä Helsingissä vain muutamalla terveysasemalla on ollut vuosittain kaksi tilaisuutta. Valtaosin on kunkin aseman potilastyötä tehnyt henkilökunta osallistunut yhteisen vuosittaiseen koulutukseen. Koulutuksia on ollut vuosina 2004-2007 yhteensä 72 eri tilaisuutta, joista osa on ollut asemien yhteisiä (2004-2005 koulutuksia oli 22, 2006 24 ja 2007 26). Koulutuksiin on osallistunut 881 työntekijää (osa ollut useammassa tilaisuudessa).

Terveysasemakohtaisiin koulutustilaisuuksiin varattiin yleensä aikaa 1-2 tuntia. Tilaisuudet pyrittiin järjestämään terveysaseman vakituisena kokous/koulutusajankohtana ja terveysasemien tiloissa. Sopivan ajan löytyminen jokaiselle suuren kaupungin asemalle on edellyttänyt laajaa sähköpostiliikennettä aluekoordinaattoreiden ja aseman johdon välillä.

Alunperin Helsingissä oli terveysasemakohtaisissa koulutuksissa tarkoitus olla luennojen lisäksi ryhmätyöskentelyä. Käytännössä vain yhden terveysaseman kouluttamisessa voitiin soveltaa myös ryhmitöitä. Syynä tähän oli lähinnä ajanpuute. Niinpä koulutus kautta linjan toteutettiin luentoina, mutta keskustelulle jätettiin tilaa.

Mielenkiinnon säilyttäminen mini-interventiotoimintaan

Henkilöstön motivoiminen jatkuvaan alkoholin käytön kysymiseen ja mini-interventio-työhön edellyttää tietoja toiminnan kehittymisestä arkisissa potilaskontakteissa. Helsingin terveysasemien potilastietojärjestelmä ei ole toistaiseksi kyennyt tuottamaan tällaista tietoa. Siksi on jouduttu tietoja keräämään henkilökunnalle suunnatuilla kyselyillä. Näitä on toteutettu erityisten kampanjaviikkojen aikana, jolloin on muutenkin kiinnitetty sekä potilaiden että henkilökunnan huomiota alkoholin käyttöön, sen kysymiseen ja riskikäyttäjien neuvontaan. Tietyn aseman henkilökuntaa, erityisesti aseman johtoa, on vuosi toisensa jälkeen kiinnostanut, miten oman aseman mini-interventiotoiminta on kehittynyt verrattuna kaupungin muihin asemiin.

Kampanjaviikoilla kerättyä tietoa kunkin terveysaseman alkoholinkäytöstä kysymisestä ja mini-interventiohoidon antamisesta riskipotilaille on jalostettu sekä koko Helsinkiä että kyseistä terveysasemaa koskevia tilastoja, joissa aikasarjoina on voitu kuvata kehitystä. Tietoja käytettiin henkilökunnan motivointiin työnsä kehittämiseen. Tietyn aseman tuloksia vertailtiin koko kaupungin keskiarvoihin ja eroista keskusteltiin välillä hyvinkin vilkkaasti. Näin henkilökunnan itse ilmoittamien tietojen perusteella voitiin antaa ”ruusuja” ja välillä vähän ”risujakin” tapahtuneesta kehityksestä. Näin on saatu myös konkreettisia indikaattoreita terveysasemaosaston johdolle mini-interventiotoiminnan seuraamiseksi. Tämä on edellyttänyt johdon motivoituneisuutta toiminnan kehittämiseen.

Johtopäätöksiä

Helsingin ja muiden suurten kuntien perusterveydenhuollon henkilöstön kouluttaminen eroaa pienten kuntien vastaavasta lähinnä siinä, että koulutettavia on lukumääräisesti selvästi enemmän. Koko Helsingin henkilöstöön kohdistuneet yksittäiset koulutukset vastaavat muualla pidettyjä läänitason koulutuksia. Sen sijaan terveysasemakohtainen koulutus voisi periaatteessa olla samanlaista kaikkialla.

Helsingin vahvuutena koulutuksellisessakin mielessä voidaan pitää väestövastuullista toimintamallia. Se on osaltaan mahdollistanut terveyskeskuslääkärin ja terveydenhoitajan työparina sopia heille parhaiten sopivasta työnjaosta. Kokonaisuutensa ennaltaehkäisevään työhön erikoistuneiden terveydenhoitajien (terveysasemilla 90% hoitohenkilöstöstä) asenteet ja aktiivisuus tehdä mini-interventiota ovat olleet erittäin myönteiset. Lääkäreiden osalta koulutuksella on myönteistä vaikutusta mutta implementointi arkipäivän työruutiineihin vaatii vielä työtä.

Suuressa, tiheään asutussa kunnassa voi olla suuri määrä terveysasemia, mutta niiden etäisyydet ovat melko lyhyet ja liikenneyhteydet saattavat olla hyvät. Kaikki asemat toimivat samoilla periaatteilla ja ovat saman johdon alaisuudessa. Nämä tekijät voivat helpottaa koulutuksen järjestämistä terveysasemakohtaisena. Toki asemien välillä on suuria eroja, jotka tulisi voida ottaa huomioon koulutuksessa.

Helsingin kokemukset viittaavat siihen, että mini-interventiotoiminnan juurruttaminen edellyttää hyvää kontaktia suuren kaupungin terveydenhuollon johtoon ja aluejohtajiin, säännöllisiä terveysasemakohtaisia koulutuksia, toiminnan jatkuvaa seuranta ja siitä annettavaa palautetta sekä asemilla olevia koulutettuja yhdyshenkilöitä. Myös luontotyyppinen koulutus moniammatillisille ryhmille on koettu hyvänä, kunhan siihen on sisällytetty vuorovaikutteisuuden mahdollisuus.

5.1.3.2 Pienten kuntien toimintamalli

Unto Matinlompola ja Aimo Korpilähde

Monet VAMP-hankkeen kunnista ovat pieniä. Puhtaimmin nämä pienten kuntien erityispiirteet näkyvät Lapin alueella. Pienimmät Lapin kunnat ovat myös etäällä läänin keskuksesta millä seikalla on kielteinen merkitys palveluiden tuottamisessa. Pienten kuntien peruspalvelupalvelurakenne on varsin yksipuolinen ja ns. erityisosaaminen on keskittynyt alueen keskuksiin. Esimerkiksi Utsjoen kunta on ollut pitkiäkin aikoja ilman paikallista lääkäripalvelua ja lähin toimiva terveyskeskus on 170 km:n päässä oleva, lääkäripulaa poteva Ivalo. Toisaalta Muonio-Enontekiön terveyskeskus on melko vakaa ja toimiva palveluiden tuottaja, lähinnä paikkakunnille kiinnittyneiden lääkäreiden ansiosta.

Mini-interventiokoulutusten järjestäminen laajalla maantieteellisellä alueella on vaatinut oman suunnittelunsa. Rovaniemeltä Utsjoelle on matkaa yli 450 km ja toiminta-alueen ääripäiden (Ylikiiminki–Utsjoki) välinen etäisyys terveyskeskuksesta toiseen on n. 700 km. Matka Rovaniem–Utsjoki vie edestakaisin tehtynä pelkkänä ajoaikana n. 13 tuntia. Nämä kuvaukset eivät koske vain aluekoordinaattoreiden työolosuhteita; myös itse kunnat elävät normaalia arkeaan näiden tosiasioiden kanssa.

Pienissä kunnissa mini-interventiokoulutukset on käytännön syistä toteutettu ns. seka-ryhmissä. Tämä tarkoittaa perusterveydenhuollon eri ammattiryhmien yhteisiä tilaisuuksia; mukana lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi esim. lähi- ja perushoitajia, laboratoriohoitajia, fysioterapeutteja ja myös ensihoidon ja hammashuollon henkilöstöä. Osassa ryhmiä on ollut edustus myös mielenterveys-, perhe- ja sosiaalityöstä. Sekaryhmien muodostaminen etenkin pienissä ja siten pienien henkilöstömäärien kunnissa on ollut perusteltua. Palveluiden toteuttajat tuntevat yleensä toisensa henkilötasolla ja tuntevat myös palveluiden käyttäjät, jotka ovat usein toimijoiden yhteisiä asiakkaita. Pienissä kunnissa on muodostunut eräänlainen positiivisen itseriittoisuuden työmalli, jossa ulkoisen avun saannin vaikeus on pakottanut eri toimijat spontaaniin ja siitä ilmeisen vakiintuneeseen yhteistyöhön. Esimerkkinä vaikka terveyskeskuslääkäri, joka jatkotoimia edellyttävän AUDIT-kyselyn tehtyään ”ei voi lähettää asiakasta muualle kuin itselleen”.

Kussakin kunnassa aloitus- ja suunnittelutilanteeseen on kutsuttu aina myös sosiaalitoimen edustus, yleensä johdon tai hallinnon henkilöstöä. On koettu tärkeäksi että kuntien suurimmat toimijat tietävät toistensa hankkeista ja yhtä tärkeä on myös diplomaattinen ulottuvuus; tällä avoimella aloituksella olemme pyrkinneet estämään ”mystiikan” päätoimijoiden väliltä. Mutta itse koulutukset ovat kiinnostaneet myös sosiaalitoimea ja usein hyvin perustein.

Koulutussisältöjen toteutuksissa on noudatettu olosuhteiden mukaista joustavuutta. Sekaryhmille suunnatut koulutukset on toteutettu siten, että niistä muodostuu osallistujille ymmärrettävä ja yhteistä orientaatiota luova työ- ja yhteistyömalli. On täsmennetty terveydenhuollon henkilöstön ja muiden toimijoiden ammatillisia rajauksia, joista esimerkiksi mm. terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuus nojata laboratoriolöydöksiin, joka muilta, vaikkapa sosiaalitoimen työntekijöiltä puuttuu. Rajausten korostamistakin tärkeämpää tulee olemaan yhteisiä mahdollisuuksia etsivät työmuodot, joille tämänhetkisen, niukkenevien resurssien kuntatalouksilla tulee olemaan käyttöä.

Koulutukset terveyskeskuksissa ovat sijoittuneet yksiköiden jatko- ja täydennyskoulutussuunnitelmiin, joten niiden ”ylimääräisyyttä” ei ole missään viestitetty. Osallistuminen on ollut kattavaa ja spontaani palaute myönteistä. Ryhmäkoot olemme pyrkinneet rajaamaan 10-15 henkilöön, jolloin tilaisuuden vuorovaikutteisuus vielä toimii. Yleinen havainto on ollut, että mitä pienempi ryhmä, sitä avoimempaa ja osallistuvampaa on vuorovaikutus ollut kysymysten, havaintojen ja kommenttien muodossa. Olemme myös korostaneet olevamme käytettävissä myös koulutusten välillä tai niiden jälkeen ja esittäneet valmiutemme mahdollisesti vielä uusien ryhmien kouluttamiseen.

Tällaisia myöhemmin löytyneitä tai muutoin havaittuja ryhmiä onkin ilmaantunut. Esimerkkinä erääseen kuntaan tekemämme ”salkkukäynti”, jossa meidät vastaanottanut uudehko osastonhoitaja kysyi, että ”voisitteko tulla järjestämään meillekin tällaisia koulutuksia?”. Tilanne selittyi sillä, että kyseessä oli ensimmäinen kohdekuntamme ja jossa kaikki eivät olleet päässeet osallistumaan silloisiin koulutuksiin, henkilöstö oli osin uusiutunut, samoin osa johtoa. Lisäksi voidaan olettaa, että henkilöstölle tapahtuu yleisinhimillistä unohtamista, jossa koulutus kyllä muistetaan, mutta sen sisältö on vähitellen, etenkin käytön puutteessa unohtunut.

Alkuvaiheessa pohdimme myös uuden tekniikan käyttämistä, mutta esim. videoteitse tapahtuvat koulutukset olisivat olleet nyt myöhemmin arvioituna melko kylmiä ja teknisiä. Vaikka tiedon välittäminen siten onnistuukin, jää erittäin tärkeäksi koettu vuorovaikutteisuus olemattomaksi. Paikan päällä toteutetuissa koulutuksissa on myös selvä psykologinen ulottuvuus: pienet kunnat arvostavat tuki- ja koulutusmuotoja, jotka tuodaan heidän luokseen ja kysymyksessä on myös vähien resurssien säästyminen matkustamisen jäädessä pois.

Terveyskeskuksen työnjohdon ja yleensä esimiestason osuus koulutusten järjestämisessä on ollut keskeinen. Yhteyshenkilönä on ollut pääsääntöisesti johtava hoitaja. Terveystoimen ylimmän johdon, yleensä terveyskeskuksen johtavan lääkärin innostuksen ase te näyttää määrittävän koko henkilöstön aktiivisuutta ja todennäköisesti myös työtapaan sitoutumista.

5.1.3.3 Neuvoloiden malli

Irmeli Ahola, Jaana Malinen ja Marja Tarhala

Lasten vanhempien alkoholin riskikäyttö on lisääntynyt samoin kuin pahoinvoivien lasten ja perheiden määrä. Tämä heijastuu lasten huostaanottoihin, joiden määrä on niin ikään kasvussa. Suomessa syntyy vuosittain noin 1000 alkoholin vaurioittamaa lasta. Äidin alkoholinkäyttö on haitallista sikiölle jo ensimmäisistä raskausviikoista lähtien. Alkoholi läpäisee helposti istukan ja kulkeutuu suoraan lapseen. Päivittäinen runsas alkoholin käyttö alkuraskaudessa lisää verenvuotoja ja voi aiheuttaa keskenmenon. Varmaa turvallista rajaa alkoholin käytön suhteen raskauden aikana ei ole. Runsas päivittäinen käyttö voi aiheuttaa lapselle fetaaialkoholisyndrooman (FAS), josta seuraa kasvun hidastumista, henkistä ja fyysistä jälkeenjääneisyyttä sekä poikkeavia kasvonpiirteitä.

Lapsiperheiden syrjäytyminen ja pahoinvointi on otettu huomioon myös vuoden 2008 valtioneuvoston hallitusohjelmassa, jonka tarkoituksena on edistää lasten, nuorten ja perheiden aseman parantumista. Hallitus pyrkii määrätietoisella päihdepolitiikalla vähentämään lasten vanhempien alkoholin käyttöä ja siitä lapsille aiheutuvia haittoja (<http://www.lapsiasia.fi/Resource.phx/lapsiasia/ajankohtaista/tiedotteet/tied2007/yhteenvetolapsinakokohdista.htx.i1536.pdf>). Suuri rooli päihdepolitiikan noudattamisessa on lastenneuvolatyöllä, jonka tehtävänä on seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä. Hyvä vaikuttamisen tilaisuus on myös äitiysneuvolakäynneillä, joiden tarkoituksena on turvata mahdollisimman riskitön raskaus ja synnytys sekä edistää tulevan äidin ja isän kasvua vanhemmuuteen.

Äitiysneuvoloissa alkoholin käytön puheeksi ottamisen tarkoituksena on tiedottaa vanhemmille alkoholinkäytön haitoista ja ohjata heitä tarvittaessa hakemaan apua oman/ puolison alkoholinkäyttöön liittyvissä asioissa. Äidin raskauden aikaiseen alkoholin käyttöön tulisi pyrkiä vaikuttamaan perusterveydenhuollossa mini-intervention avulla. Ennaltaehkäisevä työ raskaana olevien äitien kanssa on erityisen tärkeää, jotta alkoholin käytöstä aiheutuvat haitat voitaisiin minimoida ajoissa. Jos mini-interventio ei auta tai kysymyksessä on äidin runsas alkoholin käyttö tulee konsultoida alueen äitiyspoliklinikkaa. Lastenneuvolakäyntien yhteydessä tulee vanhempien alkoholinkäyttö myös ottaa puheeksi jos siitäkin syystä, että neuvolakäynnit ovat mahdollisesti heidän ainoa kosketuspintansa perusterveydenhoitoon. Etenkään tulevia isiä ei perusterveydenhuolto muutoin juurikaan tavoita. Mikäli heiltä löytyy alkoholin suurkulutusta, heille tehdään mini-interventio ja tarvittaessa heidät voidaan ohjata jatkohoitoon terveysasemalle tai vaikeammassa tilanteissa päihdepalvelujen pariin.

VAMP-kunnissa neuvolatoiminnot ovat järjestetty hyvin monimuotoisina toimintoina esim. äitiys- perhe- ja lastenneuvolana tai väestövastuutoimintana, jossa terveydenhoitajat hoitavat osana työkuvaansa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan. Äitiysneuvoloissa seurataan raskauden sujumista ja tuetaan äitejä odotusaikana sekä vauvan synnyttyä. Väestövastuumallissa mini-interventiota on tehty odottavien äitien ja isien kanssa systemaattisemmin jo ennen VAMP-projektin alkua. Terveydenhoitajat ovat kokeneet tulevien isien kanssa työskentelyn haasteellisuutena.

Mini-interventioprojektin käynnistyttyä mukaan lähteneet kunnat halusivat sekä odottavien äitien ja isien, että lasten kanssa työskentelevät terveydenhoitajat ja lääkärit mukaan projektiin. Kunnissa koettiin tärkeäksi, että mini-interventiolla pystytään puuttumaan ennaltaehkäisevästi vanhempien alkoholin käyttöön. Terveydenhoitajat on koulutettu systemaattisesti ottamaan alkoholin käyttö puheeksi odottavien äitien sekä heidän puolisonsa kanssa, sekä täyttämään heillä AUDIT-lomake. Lastenneuvoloissa on myös koulutettu henkilökuntaa. Siellä tarvitaan uudenlaista työtettä ja tukea perhekeskeiseen työskentelytapaan. Varhaisenpuuttumisen malli on jo monilla kunnilla käytössä. Neuvoloiden työntekijät lähtivät mielellään mukaan projektiin, sillä he saivat uudenlaista materiaalia ja tukea mini-intervention tekemiseen.

Alkoholin käytöstä kysytään edelleen kunnissa eri tavalla, mutta kaikissa mukana olevissa kunnissa alkoholista kysytään ainakin raskauden ensikäynnillä. Lastenneuvoloissa kysyminen on vielä kuntakohtaisempaa, eikä valtakunnallisesti ole asiasta selviä suosituksia. Haaste koulutukselle on ollut poistaa ennakoasenteita äitiys- ja lastenneuvoloiden työntekijöiltä siitä, miten ottaa alkoholinkäyttö puheeksi. Projektin aikana ja koulutusten tuloksena on saatu kysyminen yhdenmukaisemmaksi ja laajemmaksi, mutta haasteita asenteiden kohdalla vieläkin on.

Mini-intervention vakiinnuttaminen osaksi neuvolatoimintaa on merkityksellistä ja kauaskantoista kansanterveyden edistämistä, sillä perheiden hyvinvointi ja turvallinen lapsuus ovat neuvolatoiminnan avaintekijöitä.

5.1.3.4 Mini-interventiokoulutusten sisältö

Senja Hyvönen ja Päivi Kainulainen

Koulutussisältöjen lähtökohtana on ollut hankkeen alkukartoituksessa ja aiemmissa tutkimuksissa ja selvityksissä saatu mini-intervention juurruttamiseen liittyvä tieto sekä pedagoginen tietämys liittyen aikuisten oppimiseen. Koulutuksissa on kiinnitetty huomiota niin tietojen ja taitojen parantamiseen kuin asenteidenkin muokkaamiseen huomioimalla ammattilaisten omat näkemykset. Hankkeen alkukartoitus paljasti muun muassa, että mini-intervention oikean kohderyhmän tunnisti noin joka neljäs vastaaja. Tutkimuksen perusteella tiedettiin myös, että potilaat suhtautuvat myönteisesti alkoholinkäytöstä kysymiseen. Mm. tämän tiedon avulla on voitu vaikuttaa ammattilaisten asenteisiin ja rohkaista kysymään potilaiden alkoholinkäyttötottumuksia.

Koulutussisällöt on räätälöity mahdollisimman pitkälle ottamalla huomioon kulloinkin koulutettavien työtehtävät ja koulutus. Pohjana koulutuksissa on käytetty ajankohtaista tutkimustietoa, kuten Käypä hoito -suositusta, PHEPA -raporttia sekä Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa -raporttia. Samalla on pidetty mielessä, että koulutettaville on annettu omaan työhönsä soveltuvaa, käytännönläheistä ja helposti sovellettavaa tietoa.

Mini-interventiokoulutuksissa on motivoitu ammattilaisia alkoholinkäyttötottumusten kysymiseen ja mini-intervention tekemiseen esimerkiksi käsittelemällä alkoholihaittoja kansanterveydellisestä näkökulmasta sekä mini-intervention tehoa ja vaikuttavuutta.

Päähuomio on kiinnitetty varhaisen alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen ja mini-intervention tekemiseen. Ammattilaisia on rohkaistu kysymään alkoholinkäyttötottumuksia mahdollisimman usein ja erityisesti tietyissä tilanteissa, joissa potilaan tulosy saattaisi viitata alkoholin suurkulutukseen ja aina, kun kysymyksessä on terveystarkastus.

Koska varhaisen alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen edellyttää tietoa riskirajoista sekä taitoa ja kykyä laskea potilaan käyttämä alkoholimäärä annoksina on näitä asioita koulutuksissa käyty läpi myös harjoitustehtävien avulla. Tutkimukseen perustuvan tiedon mukaan varhainen suurkulutus tunnistetaan parhaiten haastattelemalla tai käyttämällä AUDIT-kyselyä. Näiden käyttöön onkin koulutuksissa kiinnitetty huomiota. Lisäksi on käsitelty laboratoriomarkkereita suurkulutuksen tunnistamisessa. Mini-intervention kohderyhmän hahmottamiseen on koulutuksissa kiinnitetty erityistä huomiota, koska toistuvasti on käynyt ilmi, että ammattilaisillakin on vaikeuksia kohderyhmän ymmärtämisessä.

Koulutuksissa on lähdetty siitä perusajatuksesta, että jokaiselta perusterveydenhuollon potilaalta tulee kysyä alkoholinkäyttötottumuksia jossain hoitosuhteen vaiheessa. Kysymiselle ja neuvonnalle on opeteltu löytämään otollisia tilanteita tietäen, että varhaisvaiheen suurkuluttajat asioivat perusterveydenhuollossa hyvin moninaisten vaivojen ja oireiden vuoksi. Potilas itse ei yleensä tiedosta vaivansa mahdollista yhteyttä alkoholin suurkulutukseen; koulutuksissa onkin opeteltu neuvomaan potilasta suhteessa hänet vastaanotolle tuoneeseen vaivaan tai oireeseen. Tässä yhteydessä koulutuksissa on annettu tietoa alkoholin suurkulutukseen liittyvistä terveyshaitoista. Lyhyesti on käsitelty myös alkoholin terveystyötyjä; ammattilaisten tietojen tulee tässäkin asiassa perustua tutkittuun tietoon. Potilaan motivoimista alkoholinkäytön vähentämiseen ja terveystottumusten muutosta muutoksen vaihemallin avulla on myös käyty läpi. Koulutuksissa on korostettu, että alkoholinkäyttöön liittyvän terveysneuvonnan tulee olla asiallista ja neutraalia eikä se saa leimata potilasta. Lisäksi koulutuksissa on esitelty ja jaettu käytettävissä olevaa neuvontamateriaalia (kts. 5.1.8).

Alkoholianamneesi ja mini-intervention tekeminen ovat sairauskertomukseen kirjattavia, potilaan terveyteen olennaisesti vaikuttavia tietoja, jotka on lupa ja pitää kirjata. Koulutuksissa onkin paneuduttu myös alkoholianamneesin ja mini-intervention kirjaamiseen liittyviin kysymyksiin.

Keskeiset koulutussisällöt on esitetty Taulukossa 5.2.

Taulukko 5.2 VAMP-hankkeen keskeiset koulutussisällöt

Tieto

- suomalaisten alkoholinkäyttötavat ja -määrät
- alkoholin terveyshaitat
- drinkki
- suurkulutuksen rajat
- mini-interventiohoidon kohderyhmä
- mini-interventiohoidon vaikuttavuus
- alkoholiongelman hoitojärjestelmä paikallisesti

Taito

- alkoholin käytön kysyminen (haastattelu, AUDIT-lomake)
- otolliset kysymistilanteet
- mini-interventiohoidon toteuttaminen
- motiivointitaidot
- konsultointitaidot, kun mini-interventio ei riitä

Asenteet

- 'potilaat suhtautuvat myönteisesti'
- 'mini-interventio on helppoa'
- 'mini-interventio on kansanterveydellisesti merkityksellistä'
- 'suurkuluttaja ei ole halveksittava'

5.1.3.5 Kouluttajakoulutus

Päivi Kainulainen, Tuija Paanila ja Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu

Mini-interventio-kouluttajakoulutuksia toteutettiin hankkeen puolivälin jälkeen toiminnan juurtumisen tehostamiseksi hankkeen ulkopuolisiin kuntiin. Tavoitteena oli, että koulutukseen osallistuneet antavat mini-interventio-koulutusta oman yksikkönsä henkilökunnalle ja mahdollisesti laajemminkin omalla alueellaan. Kouluttajakoulutuksia pidettiin Etelä-, Länsi- ja Itä-Suomen lääneissä. Koulutettujen määrä oli noin 400 työntekijää, jotka edustivat sekä perusterveydenhuoltoa, sosiaalipalveluja että erikoissairaanhoidoa.

Koulutusten kesto oli paikkakunnasta riippuen ½-1pv ja se toteutettiin kahden aluekoordinaattorin voimin. Koulutusten keskeinen sisältö on esitetty Taulukossa 5.3.

Taulukko 5.3 Kouluttajakoulutusten rakenne ja keskeinen sisältö

Luento:	<i>Alkoholin suurkuluttajan tunnistaminen ja mini-interventio</i> <ul style="list-style-type: none">• alkoholi terveystahtana• mini-intervention teho, kansanterveydellinen merkitys ja kustannusvaikuttavuus• mini-interventio käytännössä: kohderyhmä, tunnistamisen keino• muutoksen vaihemalli
Ryhmätyöskentely	<ul style="list-style-type: none">• annosten laskeminen• puheeksiottaminen
Luento:	<i>Mini-interventiokouluttajana toimiminen</i> <ul style="list-style-type: none">• käytännön kokemuksia kouluttajana toimimisesta• tutkimustietoa mini-intervention juurruttamisesta työvälineeksi• materiaalit mini-intervention tukena

Palautteen mukaan koulutuksia piti hyödyllisenä suurin osa osallistujista. Osa koulutetuista on jatkossa kouluttanut edelleen muita työntekijöitä mini-intervention tekemiseen.

5.1.4 Tiedottaminen

Jaana Malinen ja Senja Hyöven

Hankkeen valtakunnallinen tiedottaminen käynnistyi 7.9.2004 Helsingissä pidetyssä tiedotustilaisuudessa, johon oli kutsuttu myös mukaan tiedotusvälineiden edustajia. Tiedotustilaisuudessa olivat läsnä muun muassa hankkeen valtakunnallinen koordinaattori Kaija-Liisa Seppä, johtaja Tapani Melkas Sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM) ja osa aluekoordinaattoreista. Tilaisuuden yhteydessä julkaistiin hankkeen taustoja ja toimintatapoja kuvaava tiedote, joka julkaistiin STM:n internetsivuilla.

Hankkeen kuluessa valtakunnallista tiedottamista on toteutettu ammattilehtien¹ välityksellä sekä alan toimijoiden kokous-, koulutus- ja messutapahtumien² yhteydessä. Suomen Lääkärilehdessä on julkaistu kaksi aihepiiriin liittyvää pääkirjoitusta ja esim. Kansanterveyslehti (3/2007) julkaisi teemanumeron Alkoholi ja terveys, jossa ilmestyi kaksi mini-interventioon liittyvää artikkelia. Sekä STM:n että hankekuntien internetsivustot ovat palvelleet valtakunnallista tiedottamista. Valtakunnallisessa tiedottamisessa on käsitelty erityisesti projektin käynnistämistä sekä alkoholiongelmaisen hoitoa koskevan Käypä hoito-suosituksen ja PHEPA³-raportin julkistamisia.

¹ Esimerkkejä ammattilehdistä: Sairaala, Suomen Lääkärilehti, Kunnallislääkäri, Kansanterveyslehti, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Työterveyshoitaja, Sairaanhoidaja, Pro Terveys

² Esimerkkeinä messu- ja koulutustapahtumista: Terve Kunta 2005, Valtakunnalliset päihdepäivät 2004-2005, Terve Sos-messut 2006, Sairaanhoidajapäivät 2006, ja Alkoholiohjelman puoliväliseminaari

³ EU-hanke Primary Health Care European Project on Alcohol

Hanke on ollut myös kansainvälisesti esillä mm. Eurocare-kongressissa v. 2004 Varsovassa, Maailman alkoholitutkijoiden (ISBRA) kongressissa Australiassa v. 2006, yleislääketieteen WONCA-kongressissa Pariisissa v. 2007 sekä kaikissa INEBRIA (International Network on Brief Interventions for Alcohol) -kongresseissa; Barcelonassa v. 2004, Münsterissä v. 2005, Lissabonissa v. 2006 ja viimeksi Brysselissä v. 2007.

Alueellinen tiedottamisen pääpaino on ollut hankkeessa mukana olleissa kunnissa. Tiedottaminen on kohdistunut terveydenhuollon ammattilaisiin, sidosryhmiin, kuntalaisiin ja terveyskeskusten asiakkaisiin. Tiedottamisesta ovat vastanneet aluekoordinaattorit sekä itsenäisesti että yhteistyössä projektikuntien tiedottajien kanssa. Osa alueista on ylläpitänyt myös verkkosivuja tarkoituksena palvella useampien kohderyhmien tiedottamista.

Hankekunnissa toimiviin lääkäreihin ja hoitajiin kohdistuvaa tiedottamista on hoidettu erityisesti koulutustilaisuuksien ja kokousten yhteydessä, intranetin, sähköpostin, henkilöstölehtien ja -tiedotteiden sekä henkilökohtaisten kontaktien välityksellä. Myös hankkeen ulkopuolisia kuntia ja osaa sairaanhoitopiireistä sekä muita yhteistyöelimiä on informoitu hankkeesta. Vuonna 2006 järjestettiin lääninhallitusten kanssa yhteistyössä mini-interventiokoulutuksia ympäri Suomea. Näistä lääninhallitukset tiedottivat laajasti (Helsinki, Jyväskylä, Kuopio, Oulu, Seinäjoki, Turku, Lappeenranta). Hankekuntien ja näiden sosiaali- ja terveystoimen johtajistolle/lautakunnille sekä alueellisille sosiaali- ja terveystoimen hankkeille⁴ on VAMP:sta tiedotettu sekä henkilökohtaisten kontaktien sekä sähköpostin välityksellä. Alueellista ammattilaisiin kohdistuvaa tiedottamista on palvellut aluekoordinaattoreiden osallistuminen messu-, kokous- ja koulutustapahtumiin. Lisäksi hankkeen alueellisia ja valtakunnallisia verkkosivuja on linkitetty yhteistyökumppaneiden internetsivustoille. Myös kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on tehty tiedottamiseen liittyvää yhteistyötä.

Väestölle ja hankekuntien terveyskeskusten asiakkaille on tiedotettu hankkeesta ja alkoholin terveyshaitoista koko hankkeen ajan. Tiedotus on tapahtunut paikallisten ja alueellisten lehtien, radion, television ja internetsivujen välityksellä. Alkoholiohjelman kanssa yhteistyössä tuotetulla neuvontamateriaalilla⁵ on ollut tärkeä rooli väestön informoimisessa.

Osa aluekoordinaattoreista on järjestänyt omissa hankekunnissaan jokavuotista Ehkäisevän päihdetyön viikkoa, Tipatonta tammikuuta sekä erilaisia alueellisia terveysasema- ja neuvolakohtaisia kampanjoita/tempauksia (kts. 5.1.5). Lisäksi aluekoordinaattorit ovat osallistuneet resurssiensa sallimissa rajoissa erilaisille messuille, teemapäiviin ja tapahtumiin ollen henkilökohtaisesti kertomassa hankkeesta ja alkoholinkäytön terveysriskeistä kuntalaisille. Alueilla on tuotettu omia terveyskeskusten asiakkaille suunnattuja tiedotteita ja esitteitä varsinkin hankkeen alkuvaiheessa, kun painettua materiaalia oli niukasti saatavilla.

⁴ Esimerkkeinä hankeyhteistyöstä D2D, Terve Lappi, Pohjanmaa, Kuntien laatuverkostonhanke, SH-liiton päihdehoitotyöhanke: Toimintamallit käytännöiksi, Sininauhaliitto, A-klinikkasäätiön Virrat puroiksi-hanke ja Työterveyslaitoksen mini-interventiohanke

⁵ Alkoholiohjelman kanssa yhteistyössä laaditun neuvontamateriaalin, Tiedätkö, paljonko juot?, Otetaan selvää!, Vähennä vähäsen sekä laminoitu neuvontakortti, julkaisemiseen on liittynyt valtakunnallista tiedottamista, jonka on toteuttanut Alkoholiohjelma.

Alkoholiohjelman yhteydessä toteutettiin lehdistöseuranta Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvästä lehdistökirjoittelusta 2004-2006. Aineistona oli yhteensä 516 lehdistökirjoitusta ajalla 1.2.2004-30.7.2006. Katsaus on rajattu koskemaan alkoholipolitiikkaa ja alkoholiohjelmia sekä ohjelmaan liittyneiden yhteistyökumppaneiden toimiin ja kannanottoihin liittyvään kirjoitteluun. Seurantaraportin mukaan mini-interventioita koskevasta lehdistökirjoittelusta valtaosa (87 %) oli uutisointeja. Vilkkainta kirjoittelu oli hankkeen käynnistymisvuonna 2004. Raportin mukaan mini-interventio herätti enemmän kirjoitteluun kuin mikään alkoholiohjelmaan liittyvä projekti ja oli samalla alkoholipolitiikan keinojen jälkeen eniten huomiota herättänyt aihe. Kirjoittelussa käsiteltiin itse toimintamallia, sen kustannustehokkuutta, käytön harvinaisuutta ja juurruttamisen esteitä sekä raportoitiin toimintamallin levittämiseen tähtäävistä hankkeista ja koulutuksista.

5.1.5 Kampanjat

Irmeli Ahola ja Jaana Malinen

Valtakunnallisen mini-interventioprojektin aikana useissa osallistujakunnissa on järjestetty tempauksia toiminnan edistämiseksi ja siitä muistuttamiseksi. Seuraavassa kerrotaan esimerkkinä Espoon ja Kirkkonummen oppilaitoksissa ja Helsingin terveysasemilla järjestetyistä tempauksista.

Oppilaitoksissa järjestettyjen tempausten erityisenä tarkoituksena on ollut herättää keskustelua nuorten parissa päihteiden käytöstä mutta myös päihteiden käytön haittojen vähentäminen. Ehkäisevän päihdetyön tulokset eivät ole aina kuitenkaan selkeästi numeeroin mitattavissa sekä osoitettavissa. Toiminnan arvopohjana on kuitenkin ollut päihteiden käytön aloitusiän myöhentäminen ja päihteitä käyttävien nuorien päihteiden käytön vähentäminen.

Tempausten järjestelyvastuussa on ollut aluekoordinaattori yhdessä kyseisen oppilaitoksen terveydenhoitajan kanssa. Osassa oppilaitoksia päihdetempauksien suunnittelu-työryhmässä on ollut mukana myös oppilaitoksien kuraattori, opintojenohjaaja ja alueen nuorisotoimi. Moniammatillisen yhteistyöverkoston tarkoituksena on ollut herättää yhteistyötä oppilaitoksen ja nuorisotoimen välillä. Päihdetempauksien ajankohta on pyritty järjestämään ehkäisevän päihdetyön viikolle 43.

Tempauksen aikana jokainen oppilaitoksen opiskelija on saanut täytettäväkseen sähköisen AUDIT-lomakkeen. Opettajille ja opiskelijoille on tiedotettu tapahtumasta infolehtisen avulla paria viikkoa ennen tapahtumaa. Jokainen sähköisen AUDIT-testin tehnyt opiskelija on saanut henkilökohtaisen palautteen omasta alkoholien käytön riskitasostaan. Opiskelijat ovat suhtautuneet tämän kaltaiseen tempaukseen vastaan ottaen positiivisesti ja he ovat jutelleet mielellään omasta alkoholien käytöstä palautteenannon yhteydessä. Jos opiskelijoilta on löytynyt suurkulutusta, niin jokainen opiskelija on saanut kirjallista materiaalia ja tukea oman alkoholien käyttönsä vähentämiseen. Tempauksiin osallistuvien opiskelijoiden ikäjakauma on ollut 15-42 vuotta.

Espoossa ja Kirkkonummella järjestetyt päihdetempaukset ovat saaneet hyvän vastaanoton oppilaitoksissa. Tämän tapaisten tempauksien pitkän tähtäimen tavoitteina on ehkäisevän päihdetyön näkyvyyden lisääminen oppilaitoksissa sekä toiminnan vakiinnuttaminen osaksi oppilaitoksien toimintaa yhdessä nuorisotoimen kanssa.

Helsingin aluekoordinaattorit sekä terveysasemien henkilökunta ovat järjestäneet mini-interventioprojektin aikana keväisin vuodesta 2005 lähtien kampanjaviikon alkoholin käytön kysymisestä perusterveydenhuollossa asioiville henkilöille. Viikon aikana terveysasemien työntekijöille on muistutettu systemaattisesta alkoholin käytön kysymisestä ja mini-interventiosta. Viikon tavoitteena on ollut vaikuttaa asiakkaiden alkoholinkäyttöön vähentämällä ja ehkäisemällä alkoholin aiheuttamia haittoja.

Kampanjaviikkojen aikana on jaettu mahdollisimman monille terveysasemien asiakkaille AUDIT-lomake; ”10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä”. Täytetyn lomakkeen on voinut jättää lääkärille tai hoitajalle vastaanottokäynnin yhteydessä tai lomakkeen on voinut tiputtaa erilliseen palautuslaatikkoon. Vuonna 2006 kampanjaviikon aikana todettiin lähes 600 alkoholin riskikuluttajaa, jotka kaikki saivat neuvontaa ja 80 % heistä sai myös kirjallista materiaalia.

Henkilökunnalta ja potilailta saadun myönteisen palautteen myötä kampanjaviikko on järjestetty vuosittain. Helsingin terveyskeskuksen johto on sitoutunut tukemaan kampanjaviikon onnistumista mahdollistamalla kampanjaviikon järjestämisen osana ehkäisevää päihdetyötä.

Helsingissä arvioidaan olevan noin 100 000 alkoholin suurkuluttajaa ja suurin osa heistä asioi perusterveydenhuollossa. Helsingin kampanjaviikosta saadut kokemukset ja aiemmat tutkimustulokset osoittavat, että perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien aikana on mahdollista vaikuttaa ihmisten elämäntapoihin ja kulutustottumuksiin.

Valtakunnallisen Alkoholiohjelman uudistetut kampanjamateriaalit ovat tukeneet merkittävältä osien perustyötä tekevien terveydenhuollon ammattilaisten työskentelemistä.

5.1.6 Kirjaaminen

Aimo Korpilähde, Marja Tarhala ja Tuija Paanila

Terveydenhuollossa tapahtuvien potilaskontaktien kirjaamisen ensisijainen tehtävä on välittää potilastietoa ammattilaisten kesken. Lisäksi järjestelmiin kerätään tietoa hallinnon ja talouden tarpeisiin. Kirjattua tiedolta edellytetään sellaista tarkkuutta, että sitä voidaan päätöksenteossa eri tasoilla käyttää tavoitteena mm. hoitotyön laadunvarmistus, asiakas/potilashoidon tulosten arviointi ja mittaaminen, resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen sekä tiedonkulun parantaminen.

Nykyisin kirjaaminen julkisissa terveydenhuollon palveluissa tapahtuu pääsääntöisesti sähköisesti. Sähköistä kirjaamista ohjaavat mm. seuraavat säädökset: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), henkilötietolaki (523/1999), laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), EY:n direktiivi (95/46/EY) yksilöiden suojelusta henkilö-

tietojen käsittelyssä ja näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta sekä STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Kesällä 2007 voimaan tullut ns. asiakastietolaki velvoittaa terveyskeskukset liittämään järjestelmänsä Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään valtakunnallisesti keskitettyyn arkistointipalveluun viimeistään vuonna 2011. Tämä edellyttää järjestelmiltä muun muassa kertomuksen pitemmälle vietyä rakenteisuutta. Tiedon haku helpottuu, mutta kirjaaminen muuttuu vaativammaksi. Keskitetyn arkiston kautta saadaan potilaan kertomustiedot toisista terveyskeskuksista ja sairaaloista tarvittaessa potilaan luvalla nähtäviksi.

Terveysriskien osalta asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä sisältää vähän ja tulkinnanvaraista ohjeistusta. Sen mukaan käynnejä tai hoitajaksoja koskevista tiedoista tulee käydä ilmi esitiedot, taudinmääritys tai terveysriski. Itse riskiin annettavaa neuvontaa ei edellytetä kirjattavaksi. Asetuksessa todetaan, viitaten henkilötietolakiin, että arkaluonteisia tietoja saa merkitä asiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Useat terveydenhuollon ammattilaiset jättävät arkaluonteisuuspykälään vedoten esimerkiksi alkoholin käytön merkitsemättä. Perustetta tähän ei ole; henkilötietolaissa ei mainita päihkeitä.

Suomen terveyskeskuksissa yleisimmät potilastietojärjestelmät (Pegasos, Effica ja Mediatri) ovat olleet jo pitkään käytössä. Edelleenkin ohjelmien epätyytyttävä käytettävyyys ja suoranaiset virheet tuottavat ongelmia terveydenhuollon ydintyötä tekeville. Kirjaamistapaa ei useinkaan ole ohjeistettu. Järjestelmien nykyversioiden tarjoamia otsikoita, koodistoja ja luokituksia ei niiden monimutkaisuuden vuoksi hyödynnetä aktiivisesti ja tiedon löytäminen sähköisestä kertomuksesta koetaan vaikeaksi. Tästä syystä arkityössä kirjaamisen taso vaihtelee eikä kirjattu tieto ole kyllin laadukasta tilastollisten päätelmien tekemiseksi. Tämä pitää erityisesti paikkansa ennaltaehkäisevien toimien osalta.

Uudenlaisen kirjaamiskäytännön omaksumiseksi on muistettava, ettei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa kirjata ja että kirjaamisen oppii vain kirjaamalla. Teknistä osaamista tärkeämpää on hallita tietosisällöt. Kirjaamisen kannalta vaikeiksi koettuja, mutta oleellisen tärkeitä tekijöitä ovat kirjaamisen sisältö (mitä pitäisi kirjata?), kirjaamisen loogisuus (rakenne), kirjaamisen täsmällisyys, kirjatun tiedon hyödyntäminen, kirjatun tiedon yksiselitteisyys, kirjaamiseen kuluva aika, hyvä kirjaamismalli.

Mini-intervention kirjaamisessa on tärkeää, että kaikki huomiot kirjataan, niin preventiivisessä kuin korjaavassakin työssä. Näin varmistetaan hoidon jatkuvuus. Kirjaamisessa on huomioitava potilaan käyttämän alkoholin laatu (viini, olut, väkevät), määrä (kuinka monta annosta?), ja juomisen tiheys (kuinka usein?). Kun tiedot löytyvät potilasasiakirjoista pystytään potilaan alkoholinkäyttötottumuksia seuraamaan vuosien ajan. Myös mittari (esim. AUDIT-pisteet) ja neuvonnan sisältömerkinnät on syytä kirjata, jos niitä on mahdollista tietojärjestelmässä käyttää. Näin saadaan tilastoitua tietoa ja pystytään mittamaan hoidon laatua. Mini-intervention työkalut esim. AUDIT-lomake tulee olla eri potilasjärjestelmissä mahdollisimman helposti saatavilla, jotta niitä käytettäisiin vastaanotoilla.

Taulukko 5.4 Mini-intervention keskeiset käsitteet alkoholin käytön kirjaamiseen

Otsikot – käytetään hakuehtoina tietoja haettaessa eri tietojärjestelmistä

- **Terveyteen vaikuttavat tekijät**
 - AUDIT-pisteet
 - Zalko; alkoholinkäytön kysyminen (esim.Kotka)
- **Toimenpiteet**
 - kirjataan varsinainen mini-interventio

Seuranta- ja tilastotietoa saadaan kerättyä paikallisesti suunnitelluilla ja ohjeistetuilla sisältömerkintöjen ja mittareiden käytöllä. Eri ammattikuntien välillä on vaihtelevuutta kirjaamiskäytännössä ja sen yhdenmukaistaminen vaatii vielä sisäistämistä, motivoitumista asiaan sekä jatkuvaa koulutusta. Koulutuksen jatkuvuus on taattava, jotta mini-intervention kirjaaminen tulee myös uusien työntekijöiden tietoon.

5.1.7 Sidosryhmien aktivoiminen

5.1.7.1 Johto

Martti Kuokkanen ja Aimo Korpilähde

Johdolla on ratkaiseva asema kaikkien hankkeiden toteuttamisessa. Siksi sen sitouttaminen mini-interventio toiminnan tekemiseen on välttämätöntä. Kuntien ylin terveysasioita päättävä elin terveys/perusturvalautakunta on kussakin VAMP -kunnassa tehnyt päätöksen liittymisestä mini-interventio hankkeeseen. Jatkossa perusturvan, erityisesti terveyskeskuksen, johdon kanssa on sovittu toimenpiteistä kussakin kunnassa ja johtoa on informoitu hankkeen etenemisestä. Ylimmän johdon (terveys- ja sosiaaliturvajohtajat) lisäksi keskijohdon (ylilääkärit/vastaavat lääkärit ja ylihoitajat/vastaavat hoitajat) sitouttaminen on ollut tärkeää.

Pääosin johdon sitoutuminen on ollut hyvää. Alkoholiongelmiin suuri kansanterveydellinen merkitys tiedetään. Itse hankkeessa on monia hyviä puolia. Se on tuonut terveyskeskukseen koulutusta, joka on voinut olla osa jatko- ja täydennyskoulutus- suunnitelmaa. Työkaluksi on ollut tarjolla valmiiksi työstetty toimintamalli, joka on ollut helppo omaksumaa ja jonka vaikuttavuus on osoitettu. Hanke ei ole aiheuttanut suoria lisäkustannuksia, eikä ole vaatinut uusia resursseja. Myös terveystaloustieteellinen hyöty on laskettu. Hanke on tuottanut hyvää materiaalia ja auttanut tiedottamisessa väestölle.

Perusterveydenhuollon resurssipula, erityisesti lääkäreiden puute, on heijastunut myös yksiköiden johtamiseen ja aiheuttanut joissain kunnissa toiminnan vaikeutumista ja katkeamista. Myös organisaatiouudistusten tuoma myllerrys on saattanut haitata hankkeen toteuttamista.

Johdon haasteena on varmistaa mini-interventiotoiminnan jatkuvuus ja mini-intervention saaminen arkityön osaksi läpi koko organisaation. Asian ohjeistus yksiköille, myös kirjaamisen osalta, on välttämätöntä.

5.1.7.2 Sosiaalitoimi

Unto Matinlompola ja Olli-Pekka Vilenius

Sosiaalitoimi eri muodoissaan on pääsääntöisesti jäänyt mini-interventiokoulutusten ulkopuolelle. Tähän johtanut hankkeen rajausta on ollut hyvin perusteltu, mutta se on herättänyt joitakin ajatuksia toiminnan mahdollisille jatkomuodoille.

Sosiaalipalveluissa kohdataan hyvin erilaisissa tilanteissa ja olosuhteissa eläviä ihmisiä aina syntymättömistä lapsista vuodeosastoilla oleviin vanhuksiin saakka. Seuraavassa (Taulukko 5.5) esimerkkejä eri ikäkausien liittyvistä alkoholihaitoista, joihin liittyviä huoli-indikaattoreita sosiaalipalveluissa voitaisiin havainnoida ja joissa tieto perheenjäsenen suurlutuksesta voisi johtaa puuttumiseen.

Taulukko 5.5 Alkoholihaittojen ilmenemismuotoja sosiaalipalveluissa

Ikäkausi	Riskielementti	Sosiaalipalvelu
Ennen syntymää	Sikiövaurio, vammautuminen	Lastensuojelu Toimeentulotuki
Lapsuus ja nuoruus	Kasvun ja kehityksen häiriöt, oppimisvaikeudet, koulunkäyntivaikeudet, hoidon ja huolenpidon vaarantuminen, perheväkivalta	Lastensuojelu Päivähoito Toimeentulotuki Oppilas- ja opiskelijahuolto
Aikuisuus	Parisuhdeongelmat, perheväkivalta, taloudelliset vaikeudet, vaikea työllistyminen, asumisen vaikeudet	Toimeentulotuki Aikuissosiaalityö
Ikääntyminen ja vanhuus	Sosiaaliset ongelmat, yksinäisyys, itsenäisen asumisen ja elämän hallinnan heikentyminen	Vanhuspalvelut (Edunvalvontapalvelut)

Edellä mainitut haitat saattavat olla ennustettavissa jo alkoholin riskikäyttövaiheessa. Näiden merkkien lukijoita siis tarvitaan terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalitoimen eri alueilla ja -työmuodoissa. Jo pelkkä neutraalin tiedon jakaminen päihteistä ja niiden vaikutuksista olisi tarpeen, sillä etenkin ikääntyneen väestön tietous asioista on usein myyttistä ja epätarkkaa, kuten ”viinin juonti on terveellistä” yms.

Sosiaalipalveluissa on monesti epätietoisuutta siitä, missä määrin ja millaisin argumentein alkoholioasioista voi kysyä ja missä määrin niihin voidaan puuttua. Yhteisen orientointi puute sekä joskus näkymätönkin raja terveydenhuollon kanssa estävät kohtuulliset valmiudetkin omaavaa sosiaalialan ammattilaista tarttumaan niihin väliintulomahdollisuuksiin, joita hänellä on olemassa. Hoito- tai auttamissuhde joissakin palveluissa voi olla hyvinkin intensiivinen ja mahdollistaa tarkkoja havaintoja ihmisen arjesta, mm. päihteiden käytöstä. Selkeä yhteisten ja strukturoitujen mallien puute ehkäisee kuitenkin tehtyjen havaintojen hyötykäyttöä.

Mini-interventio -tyyppinen puhekeskustelu ja varhaisen puuttumisen malli on sosiaalialalla huomattavan kiinnostuksen kohteena. Ajoittain ja paikoittain on mm Kainuussa havaittu, että sosiaalialalla kiinnostus mainittuun työotteeseen on ollut jopa aktiivisempaa kuin terveydenhuollossa ja koulutuksiin on osallistunut sosiaalitoimen työntekijöitä. Lapissa, etenkin sen pienimmissä kunnissa on mini-interventio- ja koulutuksissa ollut mukana edustus sosiaalitoimesta ja yleinen kysymys on ollut, voiko myös sosiaaliala toteuttaa mainittua työmuotoa. Mukaanpääsyhakuisuutta on selvästi lisännyt kuntien sisäinen tietoisuus siitä, että monet potilaat / asiakkaat ovat sekä sosiaali- että terveystoimen yhteisiä palveluiden käyttäjiä.

Sosiaalitoimen kiinnostusta mini-interventioon määrittää asiakaskunnasta tuleva paine ja tietoisuus ehkäisevän työn hyödyllisyydestä. Asiakkuus on usein myös pitkäaikainen. Sosiaalitoimelle kaivataan sovellettua varhaisen puuttumisen mallia ja ainakin keskustelua keskeisistä kysymyksistä (Taulukko 5.6.).

Taulukko 5.6 Sosiaalitoimessa esiin nousseita, mini-interventioon liittyviä teemoja

- Miten tavoitella riittävää luottamuksen ja turvallisuuden tasoa, jotta alkoholinkäytöstä voitaisiin menestyksellisesti kysyä? Onko löydettävissä laajasti käyttökelpoista formaattia kysymiseen ja neuvontaan? (Esimerkiksi AUDIT-testi säännönmukaisesti asiakassuhteen alussa).
- Millaisiin riskeihin ja havaintoihin sosiaalityössä voidaan tarttua ja mistä saada neuvontamateriaali?
- Miten eri sosiaalipalveluissa määritellään liikkumisen rajat suhteessa itsemääräämisoikeuteen ja -vastuuseen? Miten "RAAMIT" (mini-intervention periaatteet) voidaan tulkita sosiaalipalveluissa? Kuinka suhteuttaa kontrolli ja itsemääräämismvastuu eri sosiaalipalveluissa?
- Miten varautua mahdollisiin vastakkainasettelutilanteisiin ja miten niitä voitaisiin ennalta ehkäistä?
- Voidaanko alkoholinkäyttöön liittyviä kysymyksiä ohittaa minkään asiakasryhmän tai palvelumuodon kohdalla?

Erityisesti tulevia koulutussuunnitelmia laadittaessa olisi huomioitava, että on olemassa joukko terveydenhuollon ammattilaisia jotka ovat sosiaalitoimen alaisia, esimerkiksi kotipalvelun tehtävissä toimivia sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia. Osa heistä jäi alkurajauksen vuoksi koulutuksen ulkopuolelle. Kyseisten ammattilaisten jäljittäminen olisi pääsääntöisesti suhteellisen helppoa.

Oma mielenkiintoinen ryhmänsä on hallinnollisen kuntarakenteen ulkopuoliset, mutta kunnissa vaikuttavat toimijat kuten seurakunnat ja muut ammatilliset kriteerit täyttävät organisaatiot. Seurakunnat tuottavat erilaisia perhetyön muotoja ja tyypillinen ammattilainen on diakonissa, jolla on terveydenhuollon koulutus.

On olemassa myös paikallisia ja valtakunnallisia kolmannen sektorin toimijoita, jotka toteuttavat perhetyön tukimuotoja ja tuottavat erilaisia syrjäytymisen ehkäisyyn suuntautuvia palveluita, esimerkkinä Nuorten Ystävät ry. Mikäli mini-interventio -tyyppistä koulutusta tai siihen orientoivia työmuotoja tullaan jossakin muodossa jatkamaan, voitaisiin mainituille kohderyhmille suunnata heidän työmuotoihinsa ja ammatilliseen taustaansa suhteutettuja koulutuksia. Lisäksi on huomattavaa että mainittujen, varsinaisen terveydenhuollon "ulkokehällä" toimivien hyvinvointipalveluiden käyttö tulee lisääntymään ns. virallisten rakenteiden ollessa yhä lisääntyvässä vaikeuksissa sekä talouden että henkilöstö-

pulan vuoksi. Palveluiden turvaamiseksi on syytä varustaa kaikki potentiaaliset voimavarat tehokkaaseen käyttöön. Tähän luokkaan on mini-interventio- tyyppinen työmuoto päih- teiden haittakäytön torjunnassa yksi kysytyimmistä.

5.1.7.3 Oppilaitokset ja erikoissairaanhoido

Kaija-Liisa Seppä

Hankkeen tietoinen rajaaminen perusterveydenhuoltoon on jättänyt yhteydet oppilaitoksiin ja erikoissairaanhoidon kapeiksi. Hankealueilla on kuitenkin tiedotettu mini-interventiosta myös kohderyhmän ulkopuolisille tahoille. Tämä on eräillä alueilla johtanut yhteydenot- toihin erikoissairaanhoidosta ja oppilaitoksista. Aktiivista kouluttamista oppilaitoksissa ja erikoissairaanhoidossa on toteutettu silloin, kun se on hankkeen ydinaikatauluun sopinut. Koulutukset ovat tapahtuneet hankkeen perusideologian mukaisesti 'tilaajan ehdoilla'. Joillakin alueilla on erikoissairaanhoidossa osallistuttu osastotunneille, pidetty luentoja tai toteutettu laajempia, useita elementtejä sisältäviä kokonaisuuksia (luento, ryhmätyöt, roo- lipelit). Joillakin alueilla koulutuksen tiedetään johtaneen esim. AUDIT-lomakkeen syste- maattiseen käyttöön ottoon erikoissairaanhoidon yksiköissä. Kokemus on, että hankkeen koulutuskokonaisuus soveltuu hyvin myös erikoissairaanhoidon ja sitä voidaan jatkossa siellä toteuttaa.

Oppilaitoksissa (ammattikorkeakoulut, yliopistot) on luennoitu mini-interventiosta ja jaettu mini-interventiotyöhön kehitettyä materiaalia hoitaja- ja lääkäriopiskelijoille. Toi- minta on ollut sattumanvaraista ja kohdentunut lähinnä opiskelijoihin. Jatkohankkeissa olisi tärkeää keskittyä kouluttamaan terveydenhuoltoalan oppilaitosten opettajat siten, että tieto mini-interventiosta siirtyisi ammattiin valmistuville ilman ulkopuolisia hankkeita.

5.1.7.4 Verkostot

Kaija-Liisa Seppä ja Martti Kuokkanen

Hankepohjaisessa toimintojen jalkauttamisessa on ongelmana, että toisistaan tietämättö- mät toimijat joutuvat ponnistelemaan kysymysten parissa, joista muilla toimijoilla jo olisi kokemusta. Yhteistyöllä pystytään välttämään erehdysten toistaminen, kehitettyä materi- aalia voidaan käyttää tai jalostaa omiin tarkoituksiin ja joitakin toimintoja voidaan tehdä yhteistyössä. Edellä mainituista syistä VAMP-hanke on pyrkinyt kartoittamaan sisarhank- keet ja toimimaan niiden kanssa yhteistyössä.

VAMP- ja työterveyshankkeen aikana Suomessa on toiminut kaksi muuta, suurehkoa mini-intervention implementointiin tähtäävää hanketta; Kunnallislääkäreiden tupakka- ja alkoholihanke sekä A-klinikkasäätiön Virrat puroiksi -hanke. Lisäksi TerveLappi -hanke laajana terveyden edistämisen hankkeena on ollut kiinteä yhteistyökumppani Lapin alueella.

Yleislääkäreiden hankkeen osalta on tiedotettu tapahtumista puolin ja toisin. Hank- keen vastuuhenkilö on ajoittain kutsuttu VAMP-hankkeen aluekoordinaattoreiden ko- kouksiin ja VAMP-hankkeen valtakunnallinen koordinaattori on muutamaan otteeseen

luennoinut yleislääkäreiden hankkeen tilaisuuksissa. Näin on pyritty varmistamaan jalkautettavan toiminnan yhdenmukainen laatu. Hankkeiden alkuvaiheessa tehtiin ratkaisu, että yksittäisen kunnan niin halutessa olisi mahdollisuus osallistua samaan aikaan molempiin hankkeisiin. Yksi kunta, Mikkeli, on alkoholin riskikäytön varhaisen tunnistamisen ja mini-intervention osalta ollut yhteinen kunta molemmissa hankkeissa. Ottaen huomioon implementaation hitaan etenemisen ja muistutustarpeet voidaan tätä pitää erittäin hyvänä ratkaisuna.

A-klinikkasäätiön Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Virrat puroiksi -hanke on pyrkinyt kohdealueillaan niin ikään edistämään varhaisen riskikulutuksen tunnistamista ja puheeksi ottoa. VAMP-hanke teki yhteistyötä kahdella Helsingin alueen terveysasemalla siten, että siellä kokeiltiin odotustiloihin asennetun tietokonepohjaisen potilaspäätteen toimintaa. Päätteelle oli asennettu AUDIT-kysely, mistä potilas sai palautteen. Osahankkeessa oli mukana VAMP:n Helsingin alueen aluekoordinaattori. Myös Virrat puroiksi -hankkeen työntekijät olivat muutamaan otteeseen mukana VAMP-hankkeen aluekoordinaattoreiden kokouksissa. Kokemuksena nettipäättekokeilusta voidaan sanoa, että terveysasemien motivaatio asiaan oli korkea, vaikka laitteiden käyttö oli odotettua vähäisempää. Varsinaisia potilasohjaisia tuloksia ei mitattu. Myös Virrat puroiksi -hanke kehitti omat, lähinnä sosiaalityöhön suunnatut varhaisen puuttumisen materiaalin.

Vuonna 2008 päättyvässä TerveLappi -hankkeessa ovat olleet mukana kaikki Lapin kunnat. VAMP:n Lapin aluekoordinaattorit ovat olleet mukana TerveLappi -hankkeen työryhmissä ja valmentaneet kuntien terveyden edistämisen yhdyshenkilöt kouluttamaan ja muistuttamaan mini-interventioasiasta osana muuta työtään.

Yllä mainittujen hankkeiden lisäksi VAMP on tehnyt yhteistyötä kouluttamalla Pohjanmaa-hankkeelle mini-interventiokouluttajia (Kts. 5.1.3.5).

5.1.8 Neuvontamateriaali

Senja Hyvönen ja Kaija-Liisa Seppä

Hankkeen alusta asti oli selvää, että terveyskeskusten henkilökunta kaipasi kirjallista materiaalia mini-interventiotyön tueksi. Hankkeessa hyödynnettiin jo olemassa olevaa ja hyväksittiin havaittua materiaalia, esimerkiksi Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tuottamaa riskikulutusaineistoa ja tuotettiin uutta materiaalia osin yhteistyössä STM:n Alkoholiohjelman kanssa. Hanke hyödynsi WHO:n kehittämää AUDIT-kyselytestiä potilaiden riskikäytön tunnistamisessa. Tämän lomakkeen kotimaisen kieli- ja ulkoasun oli tuottanut jo 1990-luvulla Helsingin kaupungin sosiaalivirasto osana monivuotista alkoholin riskikäytön vähentämiseen tähtäävää kampanjaa (Liite 3). Toisena aloitusvaiheen työkaluna oli Terveyden edistämisen keskuksen 'Hallittua Juomista' -potilasopas. Molemmista otettiin lisäpainoksia mini-interventiohankkeille Alkoholiohjelman kustannuksella.

Mini-interventiohankkeet olivat keskeisinä yhteistyökumppaneina Alkoholiohjelman kanssa aineistojen tuotannossa ja levityksessä. Hankkeen asiantuntijat osallistuivat myös

useiden uusien aineistojen sisällön ja ulkoasun suunnitteluun. Osa aineistoista kuten 'Vähennä vähäsen' -potilasopas tuotettiin nimenomaan mini-interventiohankkeiden tarpeisiin.

Alkoholiohjelman tukemana mini-interventiohankkeilla on koko toimikautensa ajan ollut maksuttomia aineistoja saatavilla niin henkilökunnalle kuin potilaillekin jaettaviksi (Taulukko 5.7). Henkilökunnalle laadituista ohjeista 'Terveudeksi'-esite on laadittu madaltamaan kynnystä ottaa alkoholi puheeksi. PHEPA-hankkeen hoitosuositus taas sisältää päivitetyt tieteellisen tiedon mini-interventiosta. 'Otetaan selvää' -esite on tarkoitettu ikäihmisten kanssa käytävän alkoholikeskustelun helpottamiseksi. VAMP-hanke on jakanut 60 000kpl kyseistä esitettä. Laminoitu neuvontakortti (painosmäärä 37 000 kpl) on A4-kokoinen, kaksipuolinen työväline (Liite 4). Sen toisella puolella on vuokaavio alkoholiasioiden hoitamiseksi terveydenhuollossa. Toisella puolella on koottuna ne keskeiset asiat, joita potilaan kanssa on syytä käydä läpi mini-interventiotilanteessa. Samanlaista tietoa, joskin laajemmin, on 'Vähennä vähäsen' -oppaassa. Se on tarkoitettu antaa riskikuluttajalle mini-interventioyhteydessä. Vuonna 2006 suomen- ja ruotsinkielisenä ilmestyneestä oppaasta on vuonna 2007 valmistunut myös venäjän- ja englanninkieliset versiot.

Alkoholiohjelma tuotti vuonna 2006 valtakunnallisten mini-interventiohankkeiden ja muiden mini-interventio-ohjelmien käyttööseen 5000 salkkua, joihin oli koottu muutaman kymmenen ensimmäisen riskikuluttajapotilaan neuvontaan tarkoitettu 'aloituspakkaus'. Salkut koottiin STM:ssä ja toimitettiin aluekoordinaattoreille koulutustilaisuuksissa jaettaviksi.

Taulukko 5.7 Alkoholiohjelman materiaali, jota on käytetty mini-interventiohankkeissa

Työkalut henkilöstölle

- Terveudeksi -esite*
- Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenvedo (PHEPA-hankkeen hoitosuositus)**
- Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio -laminoitu neuvontakortti*

Esitteet alkoholinkäytön itsearviointiin ja/tai neuvontaan

- 10-henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (AUDIT)***
- Tiedätkö, paljonko juot? -kortti*

Neuvonnan yhteydessä annettava materiaali

- Alkoholi suurkulutuksen riskit -kortti***
- Juomanlaskijan opas***
- 'Vähennä Vähäsen' -opas*
- Otetaan selvää – ikääntyminen ja alkoholi*

* Tehty yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa ja sen kustannuksella

** Julkaistu Alkoholiohjelman ja Työterveyslaitoksen kustannuksella (painos 22 000kpl)

*** Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tuotantoa

Aineistot ovat toimineet keinona tehdä yksiköihin ns. muistutuskäyntejä. Samalla niiden käyttöön on kädestä pitäen opastettu. Vaikka ”Terveydeksi’ -esitettä ja PHEPA-hankkeen hoitosuosituksista jaettiin laajasti ammattilehtien mukana osoitettiin myös niiden tarve hankekunnissa tästä huolimatta suureksi.

Materiaali on käyttäjätahoilta saanut hyvää palautetta käytännönläheisyytensä, nasevuutensa, kokonsa ja muun ulkoasunsa osalta. Maksuttomuutta on kirjallisessa arvioinnissa pidetty olennaisen tärkeänä tekijänä.

5.1.9 Ylläpito

Pekka Kinnunen ja Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu

Hankkeen aikana on todettu kaikilla alueilla, että mini-interventiosta muistuttaminen on olennaista, jotta se vähitellen juurtuisi käytännön luontevaksi työvälineeksi. Sen vuoksi tavoitteena on ollut muistuttaa jo kertaalleen koulutettuja ryhmiä mini-interventioasista useita kertoja hankkeen aikana. Muistuttamiskeinoina on käytetty henkilökunnalle kohdennettuja sähköpostiviestejä, intranetsivustoja, ryhmätapaamisia ja kampanjaviikkoja. Näihin muistutuskäynteihin liittyviä sisältöjä on esitetty Taulukossa 5.8.

Taulukko 5.8 Hankkeen ylläpitämisessä käytettyjä lähestymissisältöjä

- palaute tehdyistä kartoituksista ja kampanjaviikkojen tuloksista
- uusi tieteellinen tieto (’Käypä hoito’ -suositus, uusi tieto vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta)
- uuden materiaalin esittely ja käytön harjoittelu (esim. PHEPA-hoitosuositus ja Alkoholihojelman kanssa tehty materiaali, mm. ’Mini-interventiosalkku’)
- toimintamallien luominen eri yksiköihin (malli mini-intervention käytöstä vastaanototyössä, koti-hoidossa, neuvoloissa mm.)
- yhdyshenkilöverkostojen luominen ja toimenkuvan määrittäminen terveysasemilla/ toimintayksiköissä

Vaikka yhteisen ajan järjestäminen on välillä ollut työlästä, on henkilökunta kokenut mini-interventiosta muistuttamisen kuitenkin tärkeänä ja vastaanotto on pääsääntöisesti ollut positiivista.

5.2 Työterveyshuollon hanke

Leena Heljälä, Hanna Jurvansuu ja Martti Kuokkanen

Työterveyslaitoksella toteutetussa Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön -hankkeessa on työskennellyt vuosina 2004-2007 kokopäiväisesti projektikoordinaattori/tutkija ja osa-aikaisesti ylilääkäri 1-2 päivää/vko sekä tutkija kokopäiväisesti 12/05-12/06. Hankkeen edetessä työssäkäyvän väestön alkoholihaittojen ehkäisy on nivottu Työterveyslaitoksen toimintaan; tutkimukseen, koulutukseen,

tiedonvälitykseen ja palveluihin. Hankkeen päättyessä tutkijan toimi on vakinaistettu, mikä mahdollistaa toiminnan vakiintumisen ja kehittämisen Työterveyslaitoksella jatkossakin.

5.2.1 Koulutus

Hankkeen käynnistyessä tehtiin puhelinhaastattelukierros työterveyshuoltoihin eri puolille Suomea. Työterveyshuolloissa koettiin kova tarve mini-interventiokoulutukseen, jotka käynnistettiin systemaattisesti vuoden 2005 alussa. Hankkeessa on toteutettu erilaisia koulutustilaisuuksia eri puolilla Suomea. Koulutusta järjestettäessä ja toteutettaessa on hyödynnetty olemassa olevia verkostoja (ammattijärjestöt, alueelliset ja seudulliset verkostot, VAMP, lääninhallitukset, ammattikorkeakoulut jne.). Koulutusyhteistyötä on tehty Myllyhoitoyhdistyksen, A-klinikkasäätiön Virrat puroiksi -hankkeen ja työelämän Huugo-hankkeen toimijoiden kanssa. Koulutusmateriaalina on käytetty hankkeessa tuotettuja oppaita ja juomapäiväkirjaa sekä Alkoholiohjelman neuvontamateriaalia, joita on levitetty runsaasti.

Työterveyshuoltojen mini-interventiokoulutus on sisällytetty Työterveyslaitoksen (www.ttl.fi) koulutusohjelmaan, virtuaaliyliopiston koulutusohjelmaan (<http://www.tthvyo.fi/tthvyo>) sekä työterveyshuollon pätevyitysmiskoulutukseen. Hankkeesta on myös suunniteltu ja käynnistetty ehkäisevän päihdetyön koulutus työterveyshuolloille ja työpaikoille.

Työterveyshuoltojen koulutuksessa mini-intervention sisältö on ollut yhtenäinen VAMP-hankkeen toteuttaman koulutuksen kanssa (vrt. luvut 2 ja 5.1.3.4). Lisäksi koulutus on sisältänyt tietoa työssäkäyvän väestön alkoholin kulutuksesta sekä alkoholin aiheuttamista haitoista terveydelle ja laajemmin työelämälle (mm. työyhteisö-, työsuojelu- ja työturvallisuuskysymykset). Koulutuksissa on myös painotettu yksikkötason sopimista yhteisistä menettelytavoista sekä mini-intervention sisällyttämistä työterveyshuollon omaan toimintasuunnitelmaan. Tämä mahdollistaa toiminnan seurannan ja arvioinnin, jossa mitarina voidaan käyttää AUDIT-kyselyä.

Koulutustilaisuuksia on hankkeen aikana ollut yhteensä 131 kappaletta. Koulutustilaisuuksissa osallistujien määrä on vaihdellut pienten yksiköiden koulutusten muutamasta henkilöstä yli sataan henkeen. Osallistujamäärät olivat suurimpia valtakunnallisissa tilaisuuksissa, seminaareissa ja lääninhallitusten koulutuksissa. Hankkeen mini-interventiokoulutuksissa on koulutettu arviolta yli tuhat työterveyshuollon ammattilaista. Lisäksi on annettu vuosittain lukuisia suoria konsultaatioita työterveyshuollon ammattihenkilöille, työpaikkojen henkilöstö- ja työsuojeluorganisaatioille sekä yksittäisille työntekijöille.

5.2.2 Työvälineiden kehittäminen ja levittäminen

Hankkeesta on julkaistu kaksi opasta. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa -opas sisältää toimintamallin alkoholinkäytön puheeksiottoon, tunnistamiseen ja neuvontaan. Alkoholi ja Perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenveto julkaistiin yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa. Neuvonnan tueksi julkaistiin juomapäiväkirja alkoholinkäytön hallintaan. Juomapäiväkirja on saatavissa suomen, ruotsin ja englannin kielisenä. Mini-interventio-oppaasta on tulossa englannin kielinen painos. Lisäksi on osallistuttu Hallittua juomista -oppaan (Terveyden edistämisen keskus) päivittämiseen.

Mini-interventio-opas on jaettu koulutukseen osallistuneille työterveyslääkäreille ja -hoitajille. Hoitosuositus jaettiin Suomen Lääkärilehden, Työterveyshoitajalehden ja Terveydenhoitajalehden välissä ammattihenkilöille syksyllä 2006. Samanaikaisesti hankkeista ja oppaista kirjoitettiin ammattilehtiin. Juomapäiväkirja julkaistiin ja sitä jaettiin työterveyshuoltoihin Tipaton tammikuu -kampanjan yhteydessä vuonna 2007.

5.2.3 Tiedottaminen

Hankkeen internet-sivuilla www.ttl.fi/mini-interventio saa tietoa mm. mini-interventios- ta, neuvontamateriaalista sekä Työterveyslaitoksen mini-interventiokoulutuksista. Sivuilla kävijöiden määrän lisääntyminen on ollut yhteydessä tiedottamiseen.

Hankkeesta on julkaistu neljä valtakunnallista tiedotetta. Työterveyslaitos toteutti Työturvallisuuskeskuksen ja Alkoholiohjelman kanssa Alkoholihaittojen ehkäisy työelämässä -seminaarin vuonna 2005, jolloin julkaistiin tiedote ”Alkoholinkäyttö työpaikalla”. Vuoden 2006 loppupuolella käynnistettiin ehkäisevän päihdetyön koulutus työterveys- huolloille ja työpaikoille, jolloin julkaistiin tiedote ”Märkä vai kuiva työpaikka? Terästystä työpaikan päihdeohjelmaan koulutuksen avulla”. Vuonna 2007 julkaistiin kaksi tiedotetta ”Alkoholiannoksia laskemaan! Työterveyslaitos haastaa pysymään kohtuudessa” ja ”Väsyttääkö vai virkistääkö alkoholin käyttö lomalla?”. Työterveyslaitoksen tiedoteseurannan mukaan tiedotteiden leviäminen lehdistössä on onnistunut erittäin hyvin ja ne on huomi- oitu myös radiossa ja TV:ssä.

Hankkeesta on julkaistu 26 kotimaisia ja 10 kansainvälistä abstraktia tai julkaisuja. Lehtiartikkeleita on julkaistu ammattilehdissä (Työterveyslääkäri, Työterveyshoitaja, Terveydenhoitaja, Työ Terveys Turvallisuus). Lisäksi on annettu lukuisia lehti- ja radiohaas- tatteluja. Hankkeesta on myös pidetty suullisia esityksiä ja/tai postereita valtakunnallisilla päivillä, kuten Päihdepäivät, Terveydenhoitajapäivät, Työterveyspäivät, Yleislääkäripäivät ja Työturvallisuusmessut sekä Alkoholiohjelman seminaari.

Hanketta on esitelty kymmenessä kansainvälisessä kongressissa postereina ja/tai suul- lisina esityksinä. Vuosina 2004-2007 hankkeesta osallistuttiin PHEPA:n kokouksiin ja INEBRIA:n kogresseihin; hankkeesta oli posteriesitys Münsterissä (2005) sekä suulliset esitykset Lissabonissa (2006) ja Brysselissä (2007). Hanketta esiteltiin OHS2005 koko-

uksessa Helsingissä, ISBRA:n kongressissa Sydneyssä (2006) The Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS) -kongresseissa Riikassa ja Vilnassa v. 2007 sekä International Society of Addiction Medicine (ISAM) -kongressissa Kairossa 2007. Vuonna 2006 hankkeesta toteutettiin EUROCARE -kongressiin työelämäsessio, johon laadittiin myös suullinen esitys.

Taulukko 5.9 Työterveyshuollon mini-interventiohankkeen toteutus 2004-2007

Koulutus	Suoraan työterveyshuoltoyksiköille kohdenneet koulutukset Seudullisia ja alueellisia koulutustilaisuuksia Lääninhallitusten kanssa yhteistyönä toteutetut tilaisuudet Työterveyslaitoksen koulutukset Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutus Seminaarit, Työterveyspäivät, Työterveyshoitajapäivät, Terveystieteiden päivät, Valta- kunnalliset Päihdepäivät Ammattikorkeakoulut, sosiaali- ja terveysala: Kymenlaakso, Seinäjoki, Helsinki, Kuopio, Iisalmi	2005-2007
Oppaat ja muut julkaisut	Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveys- huollossa. Alkoholi ja Perusterveydenhuolto. Riski- kulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenveto. Juomapäiväkirja Artikkelit ja abstraktit 31 kpl	2006 2006 2007 2004-2007
Tiedottaminen	www.ttl.fi/mini-interventio, www.ttl.fi, työterveyshuollon virtuaaliyliopisto www.tthvyo.fi/tthvyo Artikkelit ammattilehdissä Työterveyslaitoksen valtakunnalliset tiedotteet, Posterit, Haastattelut radiossa ja lehdistössä, Työterveyspäivät, Päihdepäivät, Yleislääkäripäivät, Työturvallisuusmessut TTL:n tiedotteet 35/2005, 32/2006, 1/2007, 27/2007	2005-2007
Kampanja	Tipaton tammikuu 2007 ja 2008	2006-2008
Kehittäminen	Alkoholi ja Työterveys -hankkeen työterveyshuollot ja työpaikat	2007
Tutkimus	Mini-interventio työterveyshuollossa kyselyt työterveys- yksiköille sekä työterveyslääkäreille ja -hoitajille Alkoholi ja Työterveys tutkimus- ja kehittämishankkeen suunnitelma Työterveyshuolto Suomessa 2004; Ehkäisevä päihdetyö	2005-2006 ja 2007 2006 2007
Yhteistyötahot	Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelma, Valta- kunnallinen Mini-interventio Projekti (VAMP), Kansan- terveyslaitos, Stakes, A -Klinikkasäätiö, Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot, Terveystieteiden edistämisen keskus ry, Työturvallisuuskeskus, Elämäntapaliitto ry, Myllyhoito- yhdistys ry, Suomen Työterveyslääkäriyhdistys, Suomen Työterveyshoitajaliitto, Suomen Terveystieteidenhoitajaliitto	2005-2007
Kansainväliset yhteistyötahot	INEBRIA, PHEPA-hanke, Eurocare Bridging the Gap -konferenssi, NDPHS, WASP, ISAM	2004-2007

5.2.4 Alkoholi ja Työterveys -hanke

Työterveyshuollon vastaanotoilla tapahtuvan mini-interventiotoiminnan rinnalla lakisääteinen työterveyshuolto mahdollistaa työpaikat ja työterveyshuollot kehittämään työpaikan ehkäisevää päihdetyötä. Tässä työterveyshuollon primaariprevention työvälaineitä ovat mm. työpaikkakäynnit, työpaikkaselvitykset, tiedottaminen, koulutus, luennot ja kampanjat.

Mini-interventiokoulutusten yhteydessä nousi esille työterveyshuollon ammattihenkilöiden tarve kehittää yhteistyötä työpaikkojen kanssa alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Syksyllä 2006 mini-interventiohankkeesta toteutettiin yhteistyössä Itä-Suomen lääninhallituksen ja työterveyshuoltohenkilöstön kanssa koulutus ”Terästystä työpaikan päihdeohjelmaan. Työpaikan ja työterveyshuollon kumppanuus ehkäisevässä päihdetyössä”. Koulutustilaisuutta olivat mukana toteuttamassa myös A-Klinikkasäätiön Virrat puroksi -hanke (www.a-klinikka.fi/virratpuroiksi/) sekä työelämän alkoholiohjelma Huugo (www.huugo.fi). Koulutus sai erittäin hyvän vastaanoton ja vastaavanlaiset tilaisuudet pidettiin myös vuoden 2007 aikana Joensuussa, Mikkelissä ja Kuopiossa.

Työterveyslaitoksen mini-interventiohankkeessa suunniteltiin ja käynnistettiin joulukuussa 2006 Alkoholi ja Työterveys -tutkimus ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on lisätä työterveyshuoltojen ja työpaikkojen yhteistyötä ehkäisevässä päihdetyössä. Rahoitus hankkeen toteuttamiseksi on saatu Kansaneläkelaitokselta ja Valtion työsuojelurahastolta. Vuonna 2007 hankkeessa on työskennellyt kaksi tutkijaa kokopäiväisesti ja hanketta on johdettu ja koordinoitu mini-interventiohankkeesta.

5.2.5 Kampanjat

Mini-interventiohankkeesta osallistuttiin vuonna 2006 valtakunnalliseen Tipaton tammi-kuu 2007 -kampanjan suunnitteluun, jossa työelämä ensimmäistä kertaa nostettiin yhdeksi kampanjan teemaksi. Hankkeesta tuotettiin kampanjakirje materiaaleineen työterveyshuolloille. Työterveyshuolloille ja työpaikoille postitettiin yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa 70 000 juomapäiväkirjaa. Kampanjan jälkeen Työterveyslaitoksen sähköpostikyseleyn vastasi 50 työterveyshuoltoa, jotka ilmoittivat haastaneensa yhteensä 98 työpaikkaa Tipattomalle. Työterveyshuoltojen haaste kohdentui kaikkiaan noin 7000 työntekijään. Palautekyselyn mukaan työterveyshuollot pitivät tärkeänä, että alkoholiasioista muistutettiin. Juomapäiväkirja nähtiin käyttökelpoisena ja helppona alkoholin käytön puheeksioton välineenä. Myös monella työpaikalla työntekijät ovat ottaneet juomapäiväkirjan käyttöön välineeksi alkoholinkäytön seurantaan.

Vuoden 2008 kampanjan käynnistymisestä muistutettiin jälleen työterveyshuoltoja sähköisellä kirjeellä. Lisäksi on tuettu kahta isoa työpaikkaa kampanjan suunnittelussa ja toteutuksessa. Kampanjoissa on hyödynnetty Alkoholiohjelman tuottamaa ehkäisevän päihdetyön neuvontamateriaalia.

6 TULOKSET

6.1 VAMP-hanke

Kati Seppänen, Mauri Aalto ja Kaija-Liisa Seppä

VAMP-hankkeen ydintavoitteena on ollut lisätä terveyskeskushenkilökunnan mini-intervention tekemistä. Hankkeen tuloksellisuutta on mitattu usealla tavalla. 1) Terveyskeskuslääkäreiden mini-intervention tekemisen aktiivisuutta on selvitelty valtakunnallisella postikyselyllä ennen mini-interventioprojektin alkamista vuonna 2002 sekä viisi vuotta myöhemmin vuonna 2007, 2) Toimintatutkimuksen keinoin on kerätty tietoa alueilla saatutetuista tuloksista, 3) VAMP-hankkeeseen osallistuvissa kunnissa on tehty otosluonteiset kyselyt potilaille ja henkilökunnalle.

Tässä raportissa julkistetaan keskeiset tulokset terveyskeskuslääkäreiden valtakunnallisesta postikyselystä sekä toimintatutkimukseen perustuvat tulokset osallistujakunnista.

6.1.1 Valtakunnallinen kartoitus terveyskeskuslääkäreille

Sekä vuonna 2002 että vuonna 2007 kaikille suomalaisissa terveyskeskuksissa toimiville lääkäreille lähetettiin kyselylomake, jossa kysyttiin vastaajan taustatietoja sekä mini-intervention liittyviä kysymyksiä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein he tekevät mini-interventiota työssään, sekä vuonna 2007 kysyttiin myös, oliko vastaajan mini-intervention tekemisen aktiivisuudessa tapahtunut muutosta viimeisimmän viiden vuoden aikana. Vuonna 2002 vastausprosentti oli 61 ja vuonna 2007 52.

Vuonna 2002 mini-interventiota ilmoitti tekevänsä säännöllisesti 9 % vastaajista ja joskus 50 % vastaajista. Vuonna 2007 mini-interventiota säännöllisesti tekevien osuus oli noussut 17 %:iin ja mini-interventiota joskus tekevien osuus 61 %:iin.

Yleislääketieteen erikoislääkäreistä mini-interventiota ilmoitti tekevänsä säännöllisesti 11 % ja joskus 55 % vuonna 2002. Vuonna 2007 säännöllisesti mini-interventiota tekevien osuus on noussut 20 %:iin ja joskus mini-interventiota tekevien osuus 65 %:iin.

Viiden vuoden aikana koko vastaajajoukosta (terveyskeskuksessa työskentelevät erikoistumattomat lääkärit sekä yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkärit) mini-intervention tekemistä oli lisännyt 47 % vastaajista, 46 %:lla aktiivisuus oli pysynyt ennallaan ja 7 %:lla vähentynyt. Valtakunnallisessa mini-interventioprojektissa mukana olevien terveyskeskusten lääkäreistä 51 % ilmoitti lisänneensä mini-intervention tekemistä viimeisten viiden vuoden aikana, muiden terveyskeskusten lääkäreistä oli lisännyt mini-intervention tekemistä 46 %.

Vuonna 2002 mini-interventiota ei tuntenut 17 % lääkäreistä. Vuonna 2007 mini-interventiota tuntemattomien osuus oli vähentynyt 6 %:iin (Taulukko 6.1).

Taulukko 6.1 Terveyskeskuslääkäreiden mini-interventioaktiivisuus ennen hanketta ja sen loppuvaiheissa

Mini-interventio tekeminen	Vuonna 2002	Vuonna 2007
säännöllisesti	9 %	17 %
joskus	50 %	61 %
ei tunne mini-interventiota	17 %	6 %

Viimeisten viiden vuoden aikana mini-interventio tekeminen terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla näyttää siis lisääntyneen. Lisääntymistä on tapahtunut niin VAMP-kunnissa kuin hankkeen ulkopuolellakin. Ainakin osaltaan tähän lienee selityksenä hankkeiden moninaisuus ja myös VAMP-hankkeen pyrkimys vuotaa tietoa rajojensa ulkopuolelle.

6.1.2 Alueiden kokemukset

VAMP-hanke on henkilökunnan taholta otettu vastaan terveyskeskuksissa pääosin myönteisesti tai neutraalisti. Muutama kunta on ollut mukana vain nimellisesti, mikä viestittää ilmeisimmin johdon huonoa sitoutumista. Tavallisimmin kuitenkin ylin johto on sitoutunut VAMP:iin hyvin, mutta käytännön vastaanottotyötä tekevien sitouttamisessa on muutamissa terveyskeskuksissa ollut vaikeuksia.

Alkoholin käytöstä kysytään ja mini-interventiota tehdään hankkeen loppusuoralla vaihtelevasti mukana olevissa terveyskeskuksissa. Osalla terveyskeskusten henkilökunnasta on edelleen vaikeuksia mini-interventio kohderyhmän tunnistamisessa, riskirajojen muistamisessa ja alkoholin kulutuksen laskemisessa. Lisäksi edelleenkin tarvitaan motiivointia mini-interventio tekemiseen sekä asenteiden muuttamista myönteisemmäksi alkoholin käyttöön puuttumiseen ja mini-interventio tekemiseen.

Jokaisessa terveyskeskuksessa on asiasta innostuneita työntekijöitä, jotka tekevät mini-interventiota säännöllisesti, mutta myös työntekijöitä, jotka eivät juuri puutu potilaidensa alkoholinkäyttöön. Monissa terveyskeskuksissa terveydenhoitajat tekevät mini-interventiota jatkuvasti ja kirjaavat myös alkoholinkäyttömäärät ja tehdyt mini-interventiot täsmällisesti sairauskertomuksiin. Sairaanhoidajat ja lääkärit yleensä kokevat asian tärkeäksi, mutta monet heistä eivät vielä kukaan tee mini-interventiota säännöllisesti. VAMP:n aikana useissa terveyskeskuksissa on sovittu yhteisiä käytäntöjä alkoholin käytön puheeksi ottamiseen ja mini-interventio tekemiseen liittyen. Lasten- ja äitiysneuvoloiden, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä muiden terveyskeskusten määräaikaistarkastuksien osalta on sovittu, milloin alkoholinkäyttö otetaan puheeksi.

Kaiken kaikkiaan kuitenkin terveyskeskushenkilökunnan tietous alkoholiasioista vaikuttaa lisääntyneen ja alkoholin käytön kysymisen ja mini-interventio tekemisen aktiivisuus on niin ikään lisääntynyt aluekoordinaattoreiden arvion mukaan.

6.1.3 Henkilökuntakysely VAMP-kunnissa

Syksyllä 2007 on tehty seitsemässä VAMP:ssa mukana olevassa terveyskeskuksessa henkilökuntakysely, jossa jokaista vastaanottoa pitävää lääkärinä ja hoitajaa pyydettiin täyttämään kyselylomaketta 30 peräkkäisen yli 18-vuotiaan potilaansa osalta. Kyselyllä selvitettiin alkoholin käytön kysymisen ja mini-intervention tekemisen aktiivisuutta terveyskeskusvastaanotoilla. Osallistujakuntia oli kaikista lääneistä. Kyselyn tulokset valmistuvat vuoden 2008 loppupuolella.

6.1.4 Potilaskysely VAMP-kunnissa

Syksyllä 2007 toteutettiin myös seitsemässä terveyskeskuksessa potilaskysely yhteensä 2800:lle terveyskeskuksessa asioineelle yli 18-vuotiaalle potilaalle. Tässä kyselyssä selvitettiin alkoholin suurkulutuksen prevalenssia terveyskeskuspotilailla sekä alkoholin suurkulutukseen liittyviä tekijöitä. Tutkimustulokset valmistuvat vuoden 2008 aikana.

6.2 Työterveyshuollon hanke

Leena Heljälä, Hanna Jurvansuu ja Martti Kuokkanen

Vuonna 2006 hankkeessa analysoitiin ja raportointiin Työterveyshuolto Suomessa 2004 -tutkimuksen ehkäisevää päihdetyötä koskeva osa. Tutkimuksen mukaan noin puolet työterveyshuolloista ilmoitti tehneensä mini-interventioita vuonna 2004, mutta vain noin 15 % työterveyshuolloista ilmoitti tilastoivansa mini-interventiot. Työterveyshuoltojen toiminta painottui ennaltaehkäisevän työn sijasta ongelmaisten hoitoon. Vastaavanlainen kysely toteutetaan uudelleen vuonna 2008, jolloin saadaan valtakunnallisesti tietoa mini-interventio toiminnan lisääntymisestä työterveyshuolloissa. Työ ja Terveys -tutkimuksessa kysyttiin työterveyshuollon asiakkailta, onko alkoholin käytöstä kysytty tai keskusteltu. Tutkimuksen mukaan alkoholin käyttö oli ollut esillä kahden asiakkaan kanssa kolmesta vuonna 2006 ja alkoholin käytöstä kysyminen oli lisääntynyt vuoteen 2003 verrattuna.

Mini-interventio työterveyshuollossa kyselytutkimusaineisto kerättiin vuonna 2006. Kyselyt sisälsivät kyselyn työterveysyksiköille (n=350) sekä kyselyn työterveyslääkäreille ja -hoitajille mini-interventio toiminnan toteuttamisesta ja sisällöstä. Kyselytutkimuksen vastausprosentti yksikkö tasolla oli 58,3 %. Seuranta-aineisto (n=204) on kerätty vuonna 2007. Alustavien tulosten perustella mini-interventio toiminta vaihtelee suuresti eri työterveyshuoltoyksiköiden ja niiden ammattihenkilöiden välillä. Tutkimuksen tulosten analysointi ja raportointi jatkuvat hankkeen päätyttyä.

7 HANKKEIDEN ARVIOINTI

Kaija-Liisa Seppä ja Martti Kuokkanen

Stakes julkaisi v. 2006 ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistiossa esitellään ns. ehkäisevän päihdetyön laatutähti. Laatutähden mukaisesti ehkäisevän päihdetyön laatu koostuu sisällön laadusta (tietoperusta, arvot ja etiikka sekä tavoitteellinen yhteistyö), toteutuksen laadusta (tavoite, resurssit, toteutusprosessit) sekä seurannasta ja arvioinnista. Tarkastelemme nyt toteutettuja hankkeita laatutähden lähtökohdista. Osa-alueet olemme esittäneet kuviossa 7.1. Siinä kärjellään seisovan kolmion kärjet kuvaavat sisällön ja toisen kolmion kärjet toteutuksen laatua. Pällekkäin olevat kolmion osat kuvaavat seuranta- ja arviointia.

7.1 Sisältötekijät

Hankkeiden tietoperustan muodostavat tieto alkoholin terveysvaikutuksista, alkoholin aiheuttamien sairauksien ja oireiden erotusdiagnoosiikasta, diagnoosiikasta ja hoidosta, varhaisen suurkulutuksen tunnistamisen menetelmistä, mini-interventiohoidon sisällöstä, alkoholi-ongelmien hoitojärjestelmistä ja hoidon porrastuksesta. Tämä tieto on helpoimmin saatavilla hankkeen aloittamisen alkaessa julkaistusta Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 'Käypä hoito, alkoholi-ongelman hoito' katsauksesta. Jokainen hankkeessa toimiva aluekoordinaattori on koulutettu tieteellisen perustiedon osalta hankkeen alkaessa. Tietoa on päivitetty hankkeen kuluessa mm. PHEPA-hankkeen materiaalilla.

Arvoja ja etiikkaa on tarkasteltu sekä henkilökunnan että riskikuluttajapotilaan näkökulmasta. Alkoholi-asioista keskustelemisen hyväksyttävyyttä on ennen hankkeen alkua kysytty potilailta. Vain harvat eivät halua näistä asioista keskusteltavan terveydenhuollossa, joskin harvat tekevät itse aktiivisen aloitteen. Siksi hankkeissa on pyritty siihen, että alkoholin käytöstä kysytään kaikilta potilailta aktiivisesti, mutta hyväksytään potilaan torjunta ja säilytetään arvostus. Hankkeissa on myös pyritty lisäämään henkilökunnan motiivintekijöitä. Kysymällä kaikilta toteutetaan lakisäätteistä potilaiden tasa-arvoista kohtelua. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus, solidaarisuus, potilaiden osallistumisoikeus itseään koskeviin ratkaisuihin ja terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuudet terveystiedon antamiseen ovat säännönmukaisesti olleet keskustelun aiheina aluekoordinaattoreiden kokouksissa, joissa on aina ollut myös työterveyshankkeen edustus. Hankkeiden alkuvaiheessa osa henkilökunnasta oli varsin vastahakoista osallistumaan koulutuksiin. Hankkeissa on pyritty etsimään sellaisia toimintamalleja, jotka olisivat kentän toimijoiden hyväksyttävissä ja pyritty täten lisäämään kiinnostusta asiaan.

Hankkeet ovat pyrkinneet toteuttamaan kansallista päihdestrategiaa. Ne ovat verkostoituneet kansallisten ja kansainvälisten toimijoiden kanssa etsien kumppanuutta, mutta välttämättä päällekkäisyyksiä. Kaikkien yhteistyöhankkeiden kanssa on tavoiteltu yhdenmukaisia väestölle suunnattua viestintää.

7.2 Toteutustekijät

Hankkeiden pitkän tähtäimen tavoitteiksi on asetettu alkoholin kulutuksen väheneminen riskiryhmään kuuluvilla potilailla ja tähän liittyvä terveyden, muun hyvinvoinnin ja työkyvyn paraneminen, alkoholikuolleisuuden väheneminen sekä palvelujen käytön väheneminen. Välivaiheen tavoitteena, jota hankkeet myös mittaavat, on perusterveydenhuollon henkilökunnan motivoiminen tekemään aikaisempaa enemmän mini-interventiotyötä. Tieteellinen näyttö tukee sitä, että työn tekemisen lisääminen johtaa myös lopullisiin tavoitteisiin.

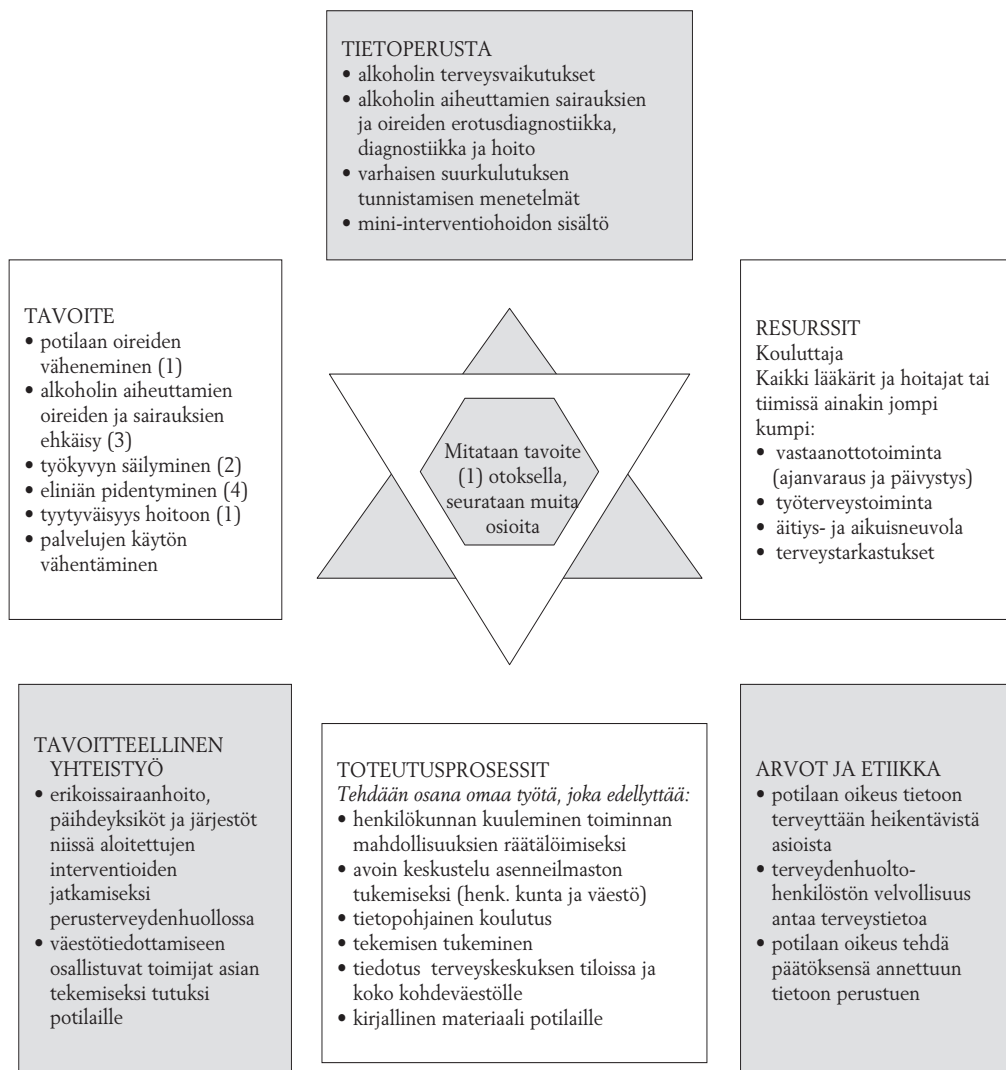
Hankkeille nyt myönnetty rahoitus on riittänyt hanketyöntekijöiden palkkaamiseen ja osallistujatahojen henkilöstön kouluttamiseen ja motivoimiseen. Hankkeiden toimintamalli on ollut siirtää mini-intervention tekemisen motivaatio, tiedot ja taidot normaalisessa perustyössä olevalle henkilökunnalle. Hanketyöntekijät eivät ole itse osallistuneet mini-intervention tekemiseen. Tällä toimintamallilla on pyritty toiminnan pysyvyyteen myös hankkeiden loputtua. Varjopuoli tällaisessa mallissa on ollut tämänhetkinen henkilöstöpuolaja -vaihtuvuus perusterveydenhuollossa.

7.3 Seuranta ja arviointi

Hankkeet ovat toteuttaneet toimintatutkimuksen periaatetta, jossa hanketyöntekijät ovat jatkuvasti seuranneet kohderyhmän tarpeita ja muuttaneet toimintaa räätälöiden havaittuihin tarpeisiin.

Kukin alue on VAMP-hankkeessa tehnyt sisäisen arvion (kts. 6.1.2). Aktiviteetin lisääntymistä on mitattu kahdella tavalla; laajana postikyselynä ennen ja jälkeen hanketta kaikille Suomen perusterveydenhuollon lääkäreille sekä otoksena lääneittäin hoitajien ja lääkäreiden potilasseurantakyselynä. Lisäksi tehdään potilaskysely otoksena hankekunnissa riskikuluttajapotilaiden määrän tarkemmaksi selvittämiseksi ja karakterisoimiseksi. Työterveyshuollon hanke on niin ikään tehnyt yksikkö- ja henkilöstökohtaiset alku- ja loppumittaukset.

Yhteenvetona voidaan todeta, että nyt raportoitavat mini-interventiohankkeet ovat taustaltaan, toteutukseltaan ja arvioinniltaan laatutähden kriteeristön mukaiset.



Kuvio 7.1 Mini-interventiön laatutähti

8 HANKKEIDEN JÄLKEISET HAASTEET

Kaija-Liisa Seppä

Hankkeiden aikana yleinen ilmapiiri ja asenteet mini-interventiota kohtaan ovat muuttuneet selvästi hyväksyvimmiksi. Myös mini-intervention tekeminen on lisääntynyt koko maassa ja erityisesti hankkeeseen osallistuneilla tahoilla. Hyviin tuloksiin on hankkeiden ohella merkitystä sisarhankkeilla, monilla muilla, asian edistämiseksi toimineilla tahoilla ja myös yleisellä poliittisella ilmapiirillä

Hyvistä tuloksista huolimatta on alkanutta toimintaa jatkuvasti tuettava sen pysyvyyden takaamiseksi. On myös edelleen panostettava mini-intervention tekemisen lisäämiseksi niiden keskuudessa, jotka eivät sitä vielä lainkaan tee tai tekevät satunnaisesti. Toiminnan omaksuminen laaja-alaisesti myös erikoissairaanhoidon vaatii ponnisteluja.

Voidaan pohtia, mikä olisi mini-intervention tekemisen vähintään tyydyttävä taso, mihin jatkotoimilla olisi tähdättävä. Pyrkimys voisi olla, että jokainen terveydenhuollon toimija tekisi mini-interventiota ainakin silloin tällöin ja omaisi tekemiseen vaadittavat perustaidot. 'Silloin tällöin' tekeminen pitäisi sisällään hyvään potilastuntemukseen ja kommunikaatioon liittyvän harkinnan tilanteista, jolloin mini-interventiota ei pidä tai voi tehdä. Tavoite kuitenkin olisi, että jollain aikajänteellä kaikista vakituksessa hoitosuhteessa olevasta potilaasta olisi tiedot alkoholin käytöstä ja että tietyissä tilanteissa käyttöä kysyttäisiin säännönmukaisesti (Liite 4). Tämä edellyttäisi mini-intervention osaamista ammatillisesti laajapohjaisesti.

Toiminnan edistämiseksi on selkeitä keinoja, jotka on esitetty taulukossa 8.1.

Taulukko 8.1 Tulevaisuuden keinoja mini-interventiotyön kannustamiseksi terveydenhuollossa

Peruskoulutus terveydenhuollon henkilöstölle

- oman alkoholinkäytön ja omien asenteiden tiedostaminen
- alkoholin kulutuksen epidemiologia
- varhaisen riskikulutuksen terveystaitat
- alkoholisairaudet
- riskikulutuksen tunnistuskeinot
- motivointitaidot
- mini-interventiohoito
- päihdelainsäädäntö
- yhteistyötahot

Jatko- ja täydennyskoulutus

- koulutustarjonnan lisääminen
- päihdeosaamisen sisällyttäminen erikoisalojen pätevyitysmiskoulutukseen soveltuvin osin
- tutkimuksellisen tiedon lisääminen

Lainsäädäntö

- preventiivisten taustatietojen ja niihin kohdennetun hoidon potilasasiakirjoihin kirjaamisen korostaminen asetustasolla

Kohdennetut, toiminnan ylläpitämiseen suunnitellut hankkeet

Terveydenhuollon organisaation kehittämiseen liittyvät toimet

- yksiköiden sisäiseen työnjakoon liittyvistä kysymyksistä sopiminen
- omaan toimiympäristöön soveltuva ohjeisto
- preventiivisen päihdetyön yhdyshenkilöverkosto
- preventiivisen työn huomioiminen tuloksellisuuden palkitsemisessa
- sähköisen potilastietorekisterin kehittäminen käyttäjäystävälliseksi preventiivisen työn osalta
- odotustiloihin sijoitetut tietokonepäätteet, joissa mahdollisuus omien terveystietojen arvioiminen ja palaute

Ulkopuoliset tukitoimet

- sidosryhmien toiminta
- väestötiedotus

Jokaisella terveydenhuollon työntekijällä tulisi perustutkinnon jälkeen olla motivaatio, valmiudet, taito ja tieto mini-intervention toteuttamiseksi työssään. Päihdeopetus ei saisi olla yksittäisten henkilöiden varassa, vaan asiaan tulisi osoittaa pysyviä virkoja niin lääkäri- kuin hoitajakoulutuksessakin. Opetus tulisi tavoitteiltaan yhdenmukaistaa maamme eri oppilaitoksissa ja noudattaa mini-intervention osalta Taulukossa 8.1 kuvattua vaatimustasoa. Asenteiden kannalta olisi toivottavaa, että opetusta olisi siroteltu koulutuksen eri vaiheisiin. Alko Oy:n juhlavuotensa kunniaksi lahjoittamat virat ovat korjaamassa tilannetta, joskin vain määräaikaisesti.

Yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen vastuuhenkilöiden tulisi huolehtia siitä, että päihdepreventiiviset asiat ja motivoiva haastattelu olisivat erikoislääkärikoulutukseen vaadittava osio. Muihin erikoisaloihin erikoistuesssa tulisi päihdeprevention mahdollisuudesta muistuttaa kliinisissä hoitotilanteissa.

Hoitohenkilökunnan uusiutuminen on toimintoja hitaasti muuttava keino. Nopeasti toteutettavista keinoista tärkeä on rahoitus hankkeisiin, jotka pyrkivät lisäämään ja ylläpitämään mini-interventiotoimintaa. Parhaimmillaan tällaiset hankkeet ovat, jos mielenkiinto nousee yksikön sisällä. Tärkeätä olisi juustohöylätyyppisten, yhteen erilliseen oireeseen tai sairauteen liittyvien hankkeiden sijasta pyrkiä hankemalliin, jossa asiaa lähestytään todellisen terveydenhuollon toiminnan perspektiivistä ja tilanteesta, jolloin potilas tulee vastaanotolle kaikkine riskeineen ja oireineen.

Asetus potilasasiakirjoista ei nykyisellään velvoita terveystieteen ja niihin annetun neuvonnan kirjaamista potilasasiakirjoihin. Alkoholin runsas kulutus on terveystieteen, jonka huomiotta jättämistä potilastyössä voi pitää epäeettisenä. Kysymisellä on myös potilaiden enemmistön hyväksyntä. Edellytys on, että henkilökunta on koulutettu asialliseen kysymiseen ja neuvonnan antamiseen. Asetusmuutoksella olisi täten hyvä eettinen perusta ja tärkeä kansanterveyttä edistävä merkitys. Edellytys kirjaamiselle olisi sähköisten potilasasiakirjojen tekeminen käyttäjätasoisiksi preventiivisten asioiden kirjaamisen osalta.

Myös työterveyshuolloissa potilastietojärjestelmiä tulee hyödyntää nykyistä paremmin toiminnan seuraamiseksi ja kehittämiseksi. AUDIT-kyselyä voidaan käyttää Työkykyindeksin tavoin yhtenä työkyvyn ja terveyden mittarina, esimerkiksi työpaikkaselvityksissä ehkäisevän päihdetyön tarpeen kartoituksessa. AUDIT toimii työterveyshuollon terveyden edistämisen ja vaikuttavuuden mittarina sekä yksilöasiakkaan että työnantaja-asiakkaan tasolla. Tämä edellyttää seulonnan ja annetun neuvonnan kirjaamista potilasasiakirjoihin. Mini-interventiotoiminnan seurannassa ja arvioinnissa on raportoinnissa taattava luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus mikäli tietoja annetaan työpaikkatasolla.

Organisaatioiden sisällä tapahtuvilla toimilla ja johdon sitoutumisella on tärkeä merkitys toiminnan ylläpidolle ja edistämiseksi. Eri tyyppiset toimipisteet voivat sopia erilaisen työnjaon hoitajien ja lääkäreiden kesken mini-intervention toteuttamiselle. Peruseriaate on, että se antaa mini-intervention, jonka luokse potilas ensiksi tulee. Jos työtiimi on potilaalle tuttu voi muunkinlaisia ratkaisuja tehdä. Palkkio työstä voisi ohjautua yksittäisten henkilöiden sijasta esimerkiksi työtiimille. Yksiköiden toiminnan ylläpitoa voisi myös edistää preventiivisen päihdetyön yhdyshenkilöverkosto. Heidän tehtävänsä olisi seurata asi-

aan liittyvää koulutusta ja materiaalin tuottoa sekä siirtää tieto yksiköihinsä sisäisissä koulutus- tai tiedotustilaisuuksissa.

Oma merkityksensä saattaisi teknologian kehittyessä olla odotustiloihin sijoitetuilla tietokonepäätteillä. Näissä voisi olla mahdollisuus testata omia elämäntapojaan ja niiden mahdollista merkitystä omalle terveydelle. Palaute voisi olla tulostettavissa ja tarpeen mukaan tämän voisi ottaa mukaan vastaanotolle keskustelun pohjaksi.

Viimeiseksi, joskaan ei vähämerkityksellisemmäksi nousevat ne moninaiset toimet, mitä kohdennetaan väestöön. Henkilön ollessa potilas hänen on hyvä tietää, että hänellä on oikeus kysyä omasta alkoholien käytöstään, että runsaskaan käyttö ei vaikuta hänen muuhun hoitoonsa kielteisesti, että terveydenhuollossa osataan antaa laadukasta tietoa ja varhaista hoitoa ja että kohtelu on arvostavaa kaikissa tilanteissa. Tällaisen tiedon välittämisessä terveydenhuollon toimijoiden lisäksi monilla muilla ammattilaisilla on arvokas merkitys.

9 KIRJALLISUUS

- Aalto M, Hyvönen S, Seppä K. Do primary care physicians' own AUDIT-scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83:169-73.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care personnels' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:39-43
- Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukea P, Seppä K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30:1884-8.
- Aalto M, Värre T, Pekuri P, Seppä K. The role of general practitioners' working style and brief alcohol intervention activity. *Addiction* 2003;98:1447-1451.
- Alkoholi ja perusterveydenhuolto: Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelmajärjestelmä, 2006.
- Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. Institute of Alcohol Studies, London, 2006.
- Ehkäisevän päihdetyön laatuvaatimukset. Stakesin työpapereita 3/2006.
- Heather N; (Ed). WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. World Health Organization, Geneva 2006.
- Heljälä L, Jurvansuu H, Kuokkanen M. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Opas tunnistamiseen ja neuvontaan. Työterveyslaitos. 2006.
- Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Review). The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons 2005.
- Jurvansuu H, Kuokkanen M, Heljälä L. Ehkäisevä päihdetyö. Kirjassa Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 -kehitystrendien tarkastelua. Toimittanut Manninen P. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2007. 64-68.
- Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Mäklin S. Päätöksenteko valtakunnallisessa hankkeessa. Mini-interventioprojekti. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma 2005.
- Nilsen P, Aalto M, Bendtsen B, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health care – a systematic review. *Scand J Primary Health Care* 2006;24:5-15.
- Päihdetilastollinen vuosikirja. STAKES 2006.
- Reinert DF, Allen JP The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31:185-99.
- Renko E. 2007. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasiä", STM, selvityksiä 2007:20.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press 2003.
- Salaspuro M, Alho H, Autti-Rämö I, Eskola K, Holopainen A, Lönnqvist J, Mäkelä R, Poikolainen K, Roine RP, Saarnio P, Seppä K, Teirilä J, Vormaa H. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2005; 121:788-803.

Seppä K, Lappeteläinen V, Aalto M. Mitä maksaa? Alkoholin suurkuluttajan lyhytneuvonnan kustannus perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääk Aikakaus* 2004; 41: 3-9.

Seppä K, Vartiainen E. Pääkirjoitus: Terveysriskit ansaitsevat potilasasiakirjamerkinnän (Ledare: Hälsoriskerna förtjänar en plats i journalhandlingarna). *Suom Lääkäril.* 2006; 61:4903-4

Työ ja Terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy Vammala 2007.

Österberg E, Babor T: Alkoholipolitiikan kuluttajaopas, Sosiaali- ja terveysministeriö (Ministry of Social Affairs and Health) 2004.

www.inebria.net

www.phepa.net

www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/vamp/index.htx

www.ttl.fi/mini-interventio

Liite I. Aluekoordinaattorit (Aikaisemmin hankkeessa toimineet suluissa)

Lapin lääni (Inari, Kemi, Kemijärvi, Kittilä, Kolari, Muonio-Enontekiö, Pelkosenniemi- Savukoski, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Simo, Sodankylä, Tervola, Tornio, Utsjoki, Ylitornio) ja osa Oulun lääniä (Oulunkaaren seutukunnat [Ii, Kuivaniemi, Pudasjärvi, Utajärvi, Yli-Ii, Ylikiiminki]).

Aimo Korpilähde

Unto Matinlompola

Oulun lääni (Kainuun kuntayhtymä [Hyrnsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi] , Vaala)

Pekka Kinnunen

Olli-Pekka Vilenius (Terhi Anttinen)

Itä-Suomen lääni (Kangasniemi, Mikkeli, Varkaus);

Kati Seppänen

Tuija Paanila

Länsi-Suomen lääni (Etelä-Pirkanmaan terveydenhuollon kuntayhtymä [Kylmäkoski, Toijala, Urjala, Viiala], Lempäälä, Tampere, Turun opiskelijaterveydenhuolto, Valkeakoski, Ylöjärvi);

Pirjo-Liisa Ruusukallio-Sointu (Reijo Kulmala, Kaija Lietzén)

Arja Nieminen (Päivi Kainulainen)

Senja Hyvönen

Etelä-Suomen lääni (Espoo, Kirkkonummi, Kotka);

Mauri Aalto

Jaana Malinen

Leena Puttonen (Marja Tarhala)

Etelä-Suomen lääni (Helsinki);

Martti Kuokkanen

Irmeli Ahola

Liite 2. Ohjausryhmä

Tapani Melkas, puheenjohtaja	johtaja STM, terveysosasto, terveyden edistämisen ryhmä
Kaija-Liisa Seppä, projektin koordinaattori	yleislääketieteen professori Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
Mikko Salaspuro	päihdelääketieteen professori Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
Hannu Alho	ylilääkäri KTL, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto Päihdelääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja
Leena Warsell	kehittämispäällikkö Stakes, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulosalue, Ehkäisevä päihdetyö -ryhmä
Mika Pyykkö	toiminnanjohtaja Terveyden edistämisen keskus
Pirkko Valtola	sosiaalineuvos, lääninlääkäri Itä-Suomen lääninhallitus, Mikkelin toimipaikka, sosiaali- ja terveysosasto
Liisa-Maria Voipio-Pulkki	hallintoylilääkäri Kuntaliitto, sosiaali- ja terveystyöyksikkö
Maarit Salo	terveydenhoitaja, terveyden edistämisen yhdys- henkilö, Mikkelin terveyskeskus
Matti Lamberg	lääkintöneuvos STM, terveysosasto

Liite 3. AUDIT-kyselytesti

10

henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä

KUN VASTAAT TÄHÄN TESTIIN, SAAT OMAAN KÄYTTÖÖSI TIEDON,
MITEN ALKOHOLINKÄYTTÖSI SINUUN VAIKUTTAA JA MITEN SUURIA RISKEJÄ SE TUOTTAA.

X RASTITA SE VAIHTOEHTO, JOKA LÄHINNÄ VASTAA OMAA TILANNETTASI.

Paljonko meni?

- 1** Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
noin kerran kuussa tai harvemmin
2-4 kertaa kuussa
2-3 kertaa viikossa
4 kertaa viikossa tai useammin

- 2** Kuinka monta **annosta** alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Taulukko alla kertoo paljonko on annos.)
- 0
1
2
3
4
- 1-2 annosta
3-4 annosta
5-6 annosta
7-9 annosta
10 tai enemmän

- 3** Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö liian pitkäksi?

- 4** Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Jäivätkö muut hommat?

- 5** Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Miten lähti käyntiin?

- 6** Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Oliko morkkista?

- 7** Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

- 8** Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
- 0
1
2
3
4
- ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

- 9** Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
- 0
2
4
- ei
on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
kyllä, viimeisen vuoden aikana

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

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

ESIMERKKEJÄ:

- 0,5 l tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä **1,5** annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä **2** annosta
0,75 l pulla mietoa (12 %) viiniä **6** annosta
0,5 l pulla väkeviä **13** annosta

Tuliko sanomista?

- 10** Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?
- 0
2
4
- ei
on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
kyllä, viimeisen vuoden aikana

LASKE NYT VALITSEMIESI VAIHTOEHTOJEN NUMEROT YHTEEN. NÄIN SAAT HENKILÖKOHTAISEN PISTEMÄÄRÄSI.

OMAT PISTEENI _____

PÄIVÄYS _____

ALKOHOLINKÄYTTÖSI RISKIT

- 0 - 7 **VÄHÄISET**
8 - 10 **LIEVÄSTI KASVANEET**
11 - 14 **SELVÄSTI KASVANEET**
15 - 19 **SUURET**
20 - 40 **ERITTÄIN SUURET**

■ Jos riskisi ovat kasvaneet tai jos juot joka viikko vähintään kuusi annosta alkoholia kerralla, kannattaa pohtia, olisiko muutos paikallaan.

■ Mieti, miten voisit muuttaa nykyistä alkoholinkäyttöäsi ja mitä hyötyä muutoksesta voisi olla. Haluaisitko vähentää vai olisiko lopettaminen sinulle sopivampi tavoite?

■ Vaikka testituloksesi huolestuttaisivat sinua, kannattaa muistaa, että alkoholin mahdollisesti aiheuttamat vahingot yleensä helpottuvat tai korjaantuvat kokonaan, jos ajoissa vähennät juomistasi.

■ Jos päätät vähentää tai lopettaa, voit yrittää ja onnistua omin voimin. Tarkista muuttaman kuukauden kuluttua, kuinka pistemääräsi on laskenut.

■ Kysy asiantuntijalta - sinulla on oikeus tietää! Varsinkin jos pistemääräsi on yli kymmenen, kannattaa keskustella lääkärin kanssa esimerkiksi terveyskeskuksessa. Saat tietää, miten alkoholi vaikuttaa juuri sinuun ja terveyteesi, ja saat apua muutospyrkimyksissäsi, joko vähentämisessä tai lopettamisessa.

**Alkoholi-
ohjelma**
2004-2007

www.alkoholiohjelma.fi

Testin on kehittänyt
Maailman terveysjärjestö WHO.

Liite 4. Neuvontakortti

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio

Kysy **kaikilta hoidossasi olevilta potilailta** hoitosuhteen alussa ja silloin, kun potilaan tulosy viittaa riskikäyttöön,

- juomamääriä
- juomistiheyttä

tai pyydä täyttämään AUDIT-kyselylomake.

Kirjaa sairas-kertomukseen

- alkoholianamneesi
- hoitotoimet.

Viitteitä riskikäytöstä

- krapula
- vatsavaivat
- toistuvia tapaturmia
- kohonnut verenpaine
- rytmihäiriöt
- metabolinen oireyhtymä
- unettomuus, unihäiriöt
- masentuneisuus
- ahdistuneisuus
- muuttunut sosiaalinen tilanne
- diabeteksen tai veren ohennus-hoidon huono tasapaino
- suuri MCV, S-GT, S-trigly, s-uraatti, HDL-kol tai CDT

AUDIT ≥ 20 tai epäily vahvasta riippuvuudesta	AUDIT 8-19 ja/tai riskirajat ylittyvät	AUDIT <8 ja riskirajat eivät ylity
Konsultoi A-klinikkaa tai perehdy päihdehoitoihin ja toteuta itse <ul style="list-style-type: none"> • terapia • lääkehoito (naltreksoni, disulfiraami). 	Halukas muutokseen <ul style="list-style-type: none"> • GT ja CDT harkinnan mukaan 	Haluton muutokseen <ul style="list-style-type: none"> • Motivointi • GT ja CDT harkinnan mukaan
	Mini-interventio <ul style="list-style-type: none"> • Kerro, että riskirajat ylittyvät. • Kannusta muutokseen. • Sovi vähentämistavoite yhdessä potilaan kanssa. • Anna kirjallista tietoa, esim. <i>Vähennä vähäsen</i> -opas. • Jos aika sallii, käy läpi oppaan pääkohdat. • Sovi tarvittaessa 2–3 kontrollikäyntiä. 	Perussairauden hoito ja uusi keskustelu alkoholikäytöstä ja muutoshalukkuudesta puolen vuoden kuluttua.
	Käyttö ei vähentynyt.	Käyttö väheni. <ul style="list-style-type: none"> • Anna tunnustusta.
	Toista kysyminen 3–4 vuoden välein rutiininomaisesti tai heti, kun on viitteitä riskikäytöstä.	

Riskirajat annoksina	1 annos =	Suositus 65 vuotta täyttäneelle	Sosiaali- ja terveysministeriö VAItakunnallinen Mini-interventio Projekti Kortin tilaukset alkoholiohjelma@stm.fi
mies: kerralla ≥ 7 viikossa ≥ 24		tai	
nainen: kerralla ≥ 5 viikossa ≥ 16	33 cl keski-olutta	tai	12 cl mietoa viiniä
		tai	
			4 cl väkeviä
		Kerralla korkeintaan 2 ja viikossa korkeintaan 7 annosta	
			

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio

Riskirajat

terveille keski-ikäisille
miehille

VIKKOKULUTUS

24 annosta viikossa

= 24 pulloa keskiolutta tai
= 3 ½ pulloa mietoa viiniä tai
= 1 ¾ pulloa viinaa

KERTAKÄYTTÖ

7 annosta kerralla joka viikko

= 7 pulloa keskiolutta tai
= 1 pullo mietoa viiniä tai
= ½ pulloa viinaa

Riskirajat

terveille keski-ikäisille
naisille

VIKKOKULUTUS

16 annosta viikossa

= 16 pulloa keskiolutta tai
= 2 1/3 pulloa mietoa viiniä tai
= 1 1/5 pulloa viinaa

KERTAKÄYTTÖ

5 annosta kerralla joka viikko

= 5 pulloa keskiolutta tai
= 2/3 pulloa mietoa viiniä tai
= 1/3 pulloa viinaa

1 annos =



33 cl keskiolutta

tai



12 cl mietoa viiniä

tai



4 cl väkeviä

Alkoholinkäytön vähentämisestä voi olla monenlaista hyötyä:

- Painonhallinta on helpompaa.
- Mahavaivat vähenevät.
- Verenpaine laskee.
- Rytmihäiriöitä esiintyy harvemmin.
- Tapaturmat vähenevät.
- Vastustuskyky lisääntyy.
- Unen laatu paranee.
- Mieliala kohenee.
- Ristiriidat ihmissuhteissa vähenevät.
- Jaksat työssä paremmin.

Pitkään jatkuva runsas alkoholinkäyttö voi johtaa alkoholi-riippuvuuteen ja vakaviin elinvaurioihin.

Alkoholinkäyttönsä perusteella suomalaiset työikäiset jakautuvat seuraavasti:

MIEHET

alkoholi-riippuvaiset

6 %

suurkuluttajat

20 %

kohtuukäyttäjät

64 %

raittiit

10 %

riskiraja

- 24 annosta tai enemmän viikossa
- 7 annosta tai enemmän kerralla

NAISET

alkoholi-riippuvaiset

2 %

suurkuluttajat

10 %

kohtuukäyttäjät

78 %

raittiit

10 %

riskiraja

- 16 annosta tai enemmän viikossa
- 5 annosta tai enemmän kerralla

Mihin käyttäjäryhmään sinä kuulut?

- 2008:
- 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
 - 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
 - 3 Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
 - 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
 - 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
 - 6 Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuraportti. Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
 - 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
 - 8 Slutrapport. Tillsynsprojekt för arbetarskyddet inom hälsovården.
ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)
 - 9 Työurat pitenevät. Veto-ohjelman indikaattorit II.
ISBN 978-952-00-2541-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2542-7 (PDF)
 - 10 Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Kaija-Liisa Seppä (toim.).
ISBN 978-952-00-2543-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)