



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Terveydenhoitajan keinot ennaltaehkäistä ja vähentää alkoholin kulutusta ja siitä johtuvia haittoja

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Huoponen, Sini & Talli, Inka

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitajan keinot ennaltaehkäistä ja vähentää
alkoholin kulutusta ja siitä johtuvia haittoja
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Sini Huoponen & Inka Talli
Terveystenhoitajan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2017

Sini Huoponen & Inka Talli

Terveystenhoitajan keinot ennaltaehkäistä ja vähentää alkoholinkulutusta ja siitä johtuvia haittoja - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2017 Sivumäärä 42

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa terveystenhoitajan keinoja vaikuttaa alkoholin käyttöön ennaltaehkäisevästi ja alkoholinkulutusta vähentävästi. Tutkimuksen kohteena olivat terveystenhoitajan eri keinot vähentää alkoholin käyttöä aikuisväestössä ja näiden keinojen vaikuttavuus. Määrittelimme aikuisväestöksi 18 - 65 -vuotiaat. Työn ulkopuolelle on rajattu nuorten ja ikääntyneiden alkoholin käyttö aiheen rajaamiseksi. Alkoholin kulutuksesta aiheutuvat haitat ovat merkittäviä ja terveystenhoitajan rooli voi olla keskeinen alkoholin käytön seulonnessa ja varhaisessa puuttumisessa. Edellä mainitusta syystä johtuen aiheen tutkiminen oli mielestämme tärkeää ja ajankohtaista.

Työ toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, johon valikoitui kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia yhteensä 19. Tiedonhaku tehtiin viidestä eri tietokannasta. Tutkimusten analysoitiin käytettiin sisällönerittelyä. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että terveystenhoitaja voi työssään käyttää useita eri keinoja alkoholin käytön vähentämiseen. Mini-interventiolla eli varhaisneuvonnalla on saatu hyviä tuloksia. Myös verkossa tapahtuvan mini-intervention on todettu olevan vaikuttava. Muut motivoivat menetelmät ja mini-intervention variaatiot (vuorovaikutteinen puhelinvastaaaja ja auttava puhelin) ovat myös osoittautuneet tehokkaiksi. Lisäksi AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -testi on käyttökelpoinen väline alkoholin riskikäytön varhaisessa tunnistamisessa. Sairaalan vuodeosastoilla toteutettuina mini-interventiot ovat tehottomia. Varhaisen puuttumisen keinot on todettu tehokkaiksi ja niitä tulee käyttää. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveystenhoitajan työssä.

Asiasanat: Alkoholin kulutus, mini-interventio, AUDIT, motivoiva haastattelu, terveystenhoitaja, perusterveydenhuolto, ennaltaehkäisy

Sini Huoponen & Inka Talli

Public Health Nurses Ways to Prevent and Reduce Alcohol Consumption - A Systematic Literature Review

Year	2017	Pages	42
------	------	-------	----

The objective of this Bachelor's thesis was to chart different methods of public health nurses to prevent and reduce alcohol consumption. The efficacy and effectiveness of the methods were evaluated. The focus group was adults aged 18-65. In this study the alcohol consumption of the youth and the elderly is not investigated. Harms caused by alcohol consumption are significant and the role of public health nurses in screening and early intervention may be important. For that reason it was important to carry out a study on this particular topic.

The thesis was conducted as a systematic literature review and the data was collected from five different databases. Both national and international surveys were selected, 19 together. The surveys were analysed by using content specification. The results indicate that a public health nurse has several methods to reduce alcohol consumption. Brief interventions provided beneficial results and also web-based brief intervention has been effective. In addition, other motivational methods and variations of brief intervention (interactive voice-response and alcohol helpline) have been successful. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) -test is a usable method to identify risky alcohol consumption at an early stage. However, the results indicated that brief interventions performed at hospital inwards have no impact on the consumption of alcohol. The results of this study can be utilized in the work of a public health nurse.

Keywords: alcohol consumption, brief intervention, AUDIT, motivational interviewing, public health nurse, primary health care, prevention

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Alkoholinkäytön hallintakeinot	7
2.1	Alkoholinkäytön riskitasot ja alkoholin ongelmakäytön vaikutukset.....	8
2.2	Mini-interventio	9
2.3	AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	9
2.4	Haastattelu	10
2.5	Motivoiva haastattelu	11
3	Opinnäytetyön työelämäkumppani	11
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	12
5	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	13
5.1	Hakusanat ja tietokantahaku	14
5.2	Aineiston analyysi.....	15
6	Sisällönerittely	16
7	Tulokset	26
8	Pohdinta ja johtopäätökset	28
9	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	29
	Lähteet	31
	Taulukot	35
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Alkoholin kulutus Suomessa on edelleen lisääntynyt 2000-luvulla sekä kolminkertaistunut kulueneen neljän vuosikymmenen aikana. Haittoja tiedetään syntyvän sitä enemmän, mitä enemmän kansa alkoholia kuluttaa. Kansalaista kohti laskettu keskekulutus on liian suuri ja kyseistä määristä aiheutuvat haitat johtavat merkittäviin terveysriskeihin. Perusterveydenhuollon rooli alkoholiongelmien ehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa on keskeinen ja kasvaa edelleen. Näyttöön perustuvien toimintamallien avulla pyritään alkoholin liikkäytön varhaisvaiheen puuttumiseen, riskikulutuksen vähentämiseen sekä toimivaan hoitoon.

Suomen toimivalla tupakkapolitiikalla ollaan saatu paljon aikaiseksi tupakoinnin vähentämiseksi ja tupakoinnin aiheuttamien vakavien haittojen hallitsemiseksi. Samalla kun tupakkapoliittisia toimia kiristetään tavoitteena Savuton Suomi 2030, Suomessa on lähdetty järjestelmällisesti purkamaan alkoholin kokonaiskulutukseen ja sitä kautta kansanterveyteen laajasti vaikuttavaa alkoholipolitiikkaa ihmisten itsemääräämisoikeuteen vedoten. Tutkitusti toimivaa alkoholin sääntelyä purkamalla on kuitenkin seurauksensa: kulutuksen ennustetaan kasvavan ja sitä myöten kaikenlaisten alkoholihaittojen ja kustannusten lisääntyvän. Miksi alkoholia ei nähdä, tai haluta nähdä, yhtä tärkeänä kansanterveyteen vaikuttavana ja siten sellaisena tekijänä, jonka kulutusta tulisi säädellä ehdottomasti poliittisesti ja siten tehokkaasti ja vaikuttavasti?

Koska politiikan tasolla fiskaaliset intressit näyttävät ajavan kansanterveyden ohi, on keksittävä lisää keinoja alkoholista aiheutuvien haittojen hallitsemiseksi ja niiden ehkäisemiseksi. Kun makrotasolta siirrytään mikrotasolle, ovat toiminnan keinot erilaisia ja eri tavalla vaikuttavia: makrotasolla toiminnan kohteena on koko väestö ja siten makrotasolla voidaan vaikuttaa laajasti kansanterveyteen. Mikrotasolla kohteena on yksilö, jolloin vaikuttamisen keinot ovat yksilökeskeisimpiä ja perustuvat enemmän yksilön motivoimiseen. Mikrotason keinot, kuten valistus tai terveysneuvonta, ovatkin yleisesti hyväksytyjä alkoholihaittojen hallintakeinoja, sillä niiden ajatellaan sopivan valinnanvapautta vaalivaan kulttuuriin.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksenamme on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin kartoittaa sitä, millaisia keinoja terveydenhoitajalla on vaikuttaa alkoholin käyttöön ennaltaehkäisevästi ja alkoholinkulutusta vähentävästi. Tavoitteena on lisätä tietoa terveydenhoitajille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille siitä, mitä ovat terveydenhoitajan keinot alkoholinkäytön ennaltaehkäisyssä ja vähentämisessä. Lisäksi tavoitteena on antaa tietoa keinojen vaikuttavuudesta.

2 Alkoholinkäytön hallintakeinot

Vuonna 2003 julkaistussa valtioneuvoston periaatepäätöksessä alkoholipolitiikan linjauksista asetetaan alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisy ja vähentäminen ensisijaisesti julkisen vallan suorittamien toimenpiteiden päämääräksi koskien kaikkia hallinnonaloja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Valtioneuvoston periaatepäätöksen pohjalta on tehty Alkoholiohjelma, jossa on sitouduttu vähentämään alkoholihaittoja vaikuttavilla menetelmillä, jotka perustuvat tutkimustietoon. Lisäksi Alkoholiohjelman tavoitteena on esitellä oleelliset välineet alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. (Fors ym. 2012.)

Terveystieteiden tutkimuksen ansiosta terveydenhoitaja voi työskennellä hyvin erilaisissa työpaikoissa ja työssään kohdata alkoholinkäyttäjiä monenlaisissa ympäristöissä. Ennaltaehkäisevää neuvontaa annetaan esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, terveyskeskuksessa sekä vanhustenhuollossa. Lyhytneuvonnan eli mini-intervention avulla hoidetaan varhaisvaiheen alkoholihaittoja terveyskeskuksissa sekä työterveyshuollossa yhdistettynä muuhun hoitoon. Avohoidossa tai sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla sekä osastoilla hoidetaan vaikeusasteesta riippuen alkoholista aiheutuneita myrkytyksiä, tapaturmia, vieroitusoireita sekä muita äkillisiä tai pidempiaikaisia alkoholisairauksia. Myös erikoissairaanhoidossa hoidetaan alkoholista johtuvia maksa- ja haimasairauksia, vaikeita myrkytyksiä, alkoholipsykooseja sekä tapaturmia. Terveystieteilijä voi myös työskennellä A-klinikalla tai muissa päihteidenkäyttäjille kohdennetuissa palveluissa. (Murto & Mäkelä 2013.) Näin ollen terveydenhoitajan työssä ennaltaehkäisevän työskentelyn sekä erilaisten hoitomuotojen tunteminen on erityisen tärkeää.

Suomessa terveydenhoitajalla on käytettävänä erilaisia menetelmiä, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä ja vähentää alkoholin kulutusta. Haastatteluiden ja alkoholikyselyiden avulla voidaan kartoittaa asiakkaiden alkoholin kulutusta konkreettisesti. Mini-interventiota ja motivoivaa haastattelua apuna käyttäen voidaan vaikuttaa alkoholin kulutukseen yhdessä asiakkaan kanssa. Terveystieteiden tehtävä on puuttua alkoholin liikakäyttöön ja ohjata asiakas tarvittaessa jatkohoitoon, mikäli terveydenhoitajan käytettävissä olevat keinot eivät riitä alkoholin kulutuksen vähentämiseen tai lopettamiseen. Alkoholin käytön seulominen tulisi olla rutiinina terveydenhuollon henkilökunnalle. Terveystieteilijöille sekä muille terveydenhuollon ammattilaisille on saatavilla apuvälineitä työn tueksi, esimerkiksi Päihdelinkki.fi sivustolta löytyy materiaalia sekä Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) nettisivuilla on ehkäisevän päihdetyön osio, joita ammattilaiset pystyvät hyödyntämään työssään.

2.1 Alkoholin käytön riskitasot ja alkoholin ongelmakäytön vaikutukset

Alkoholin suurkulutus aiheuttaa erilaisia häiriöitä elinjärjestelmässä jos käyttö on jatkunut kauan tai kerralla juodut määrät ovat suuria (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen 2006, 17). Alkoholin liiallisesta käytöstä puhuttaessa luokitellaan se kolmeen alaluokkaan; alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Suurkulutuksen rajat ylittyvät alkoholin riskikäyttäjällä, mutta riippuvuutta ei voida vielä havaita sekä alkoholin aiheuttamat haitat eivät ole merkittäviä. Alkoholin haitallisesta käytöstä puhuttaessa alkoholin käytön aiheuttamat haitat ovat fyysisiä ja psyykkisiä ja näin olleen ne voidaan tunnistaa ja määrittää. Tässäkään vaiheessa riippuvuutta ei vielä ole muodostunut. Alkoholiriippuvuus sen sijaan on oireyhtymä, jonka ominaispiirteitä ovat muun muassa hallinnan heikentyminen ja pakonomainen juominen, vieroitusoireet, suurentunut toleranssi sekä haitoista huolimatta jatkuva juominen. (Aalto & Seppä 2010.)

Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen työryhmä on säätänyt suositukset koskien alkoholin käytön riskitasoja terveillä työikäisillä. Alle 18-vuotiaille vastaavia suosituksia ei pystytä asettamaan ja ikääntyneille suositellut riskitasot ovat työikäisille asetettuja matalampia. Alkoholin käyttöä raskauden aikana tulee välttää, sillä turvallista rajaa alkoholin käytölle ei ole tiedossa. (Aalto ym. 2015.)

Riskikäytön määritelmä toteutuu jos henkilö ei pysty noudattamaan tiettyjen tilanteiden vaatimaa raittiutta esimerkiksi ollessaan töissä tai liikenteessä (Aalto & Seppä 2010). Miehille määritelty hälytysraja tai korkean riskin taso on 23-24 alkoholiannosta ja vastaavasti naisille se on asetettu 12-16 alkoholiannokseen viikossa. Kun korkean riskin taso ylittyy, henkilön alkoholin kulutukseen tulisi viimeistään puuttua. Vastaavat rajat kohtalaisen riskin tasolla ovat miehillä 14 ja naisilla 7 annosta viikossa. Alkoholin kulutuksen ylittäessä kohtalaisen riskin annosmäärät myös maksa-arvot suurentuvat. Kohtalaisen ja korkean riskin tasojen lisäksi voidaan puhua alkoholin käytöstä, joka ei todennäköisesti aiheuta riskiä terveelle 18-65-vuotiaalle henkilölle, rajat ovat mielisillä 0-2 sekä naisilla 0-1 annosta päivässä. (Alkoholi-ongelman hoito 2015.)

Alkoholin käyttöön liittyy monenlaisia terveysriskejä, -ongelmia ja sairauksia. Niistä merkittävimpiä alkoholin ongelmakäyttöön liittyen ovat ylipaino sekä erilaiset metaboliset, umpieritys- ja hormoni- ja hormonitoimintaan liittyvät riskit, ongelmat ja sairaudet, syöpäsairaudet, kohonnut verenpaine ja sydänsairaudet, mielenterveyden ongelmat, aivovammat, verenvuodot ja dementia, unihäiriöt ja iho-ongelmat. Lisäksi säännöllisesti käytettynä alkoholi lisää kokonaiskuolleisuutta. (Alkoholi-ongelman hoito 2015.) Riskirajat alkoholin kulutuksen suhteen ovat kansallisia. Suomessa juodaan eniten alkoholia verrattuna muihin Pohjoismaihin, kun vertaillaan asukasta kohden jakautuvaa kokonaiskulutusta.

2.2 Mini-interventio

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mini-intervention menetelmäksi, jonka avulla pyritään tunnistamaan potentiaalinen tai oikea alkoholiongelma sekä motivoidaan asiakasta puuttumaan tähän (WHO 2016). Vastaavasti Seppä (2006) määrittelee mini-intervention tarkoittamaan perusterveydenhuollossa tehtävää varhaisneuvontaa. Alkoholinkäytön tunnistamisen ja mini-intervention tarkoituksena on auttaa niitä henkilöitä, jotka eivät vielä ole alkoholiriippuvaisia, koska heille oikeanlaisen tuen tarjoaminen saattaa auttaa heitä vähentämään tai lopettamaan alkoholin käytön. Alkoholiriippuvuus oireyhtymää sairastavalle asiakkaalle mini-interventio ei ole usein riittävä hoitokeino. (Seppä 2006, Aalto & Seppä 2010.) Vaikka edellä esitetyt määritelmät poikkeavat toisistaan, pyritään niillä tarkoittamaan kuitenkin samaa asiaa. Loppujen lopuksi menetelmässä on kyse alkoholiongelmaan puuttumisesta joko ennaltaehkäisevästi tai vasta jälkikäteen ongelmien synnyttyä.

Mini-intervention kohderyhmäksi voidaan määritellä alkoholin kuluttajat, joille ei ole vielä ilmennyt elinvarioita tai alkoholiriippuvuutta. Varhaisvaiheen suurkuluttajien alkoholin käyttöön pystytään puuttumaan parhaiten, koska heillä on vielä kontrolli omaan alkoholinkäyttöön. Riskikuluttajien ulkoisesta olemuksesta ei pysty välttämättä päättelemään alkoholin käytön ongelmallisuutta. Jotta kaikki ongelmakäyttäjät saataisiin avun piiriin tulisi alkoholinkäytöstä kysyminen olla säännöllistä ja valikoimatonta terveydenhuollon vastaanotoilla. (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen 2006.)

Mini-interventiota on juurrutettu perusterveydenhuoltoon sekä työterveyshuoltoon 1900-luvun alusta alkaen. Työterveyshuoltoa varten on kehitetty oma toimintamalli toiminnan käynnistämiseksi ja tukemiseksi. (Seppä 2006, 1.) Lisäksi erilaisten hankkeiden avulla on pyritty lisäämään terveydenhuollon henkilökunnan motivaatiota ja valmiuksia puhua alkoholin käytöstä mahdollisimman varhain, ennen kuin riippuvuus on kehittynyt asiakkaalle (Seppä 2008). Perusterveydenhuollossa työskentelevien tehtävä on alkoholin kulutuksesta kysyminen ja mini-intervention mahdollistaminen. Seulonnan avulla voidaan tunnistaa alkoholia haitallisesti käyttäviä ja auttaa asiakasta ongelman kanssa.

2.3 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

AUDIT -lomake on Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä yksinkertainen metodi alkoholin liiallisen käytön seulontaan ja arviointiin. Lomaketta käytetään konkreettisena mittarina interventiossa. AUDIT kyselytesti kehitettiin noin kaksikymmentäviisi vuotta sitten ja on suunniteltu nimenomaan riskikäytön tunnistamiseen. Lomake auttaa ammattilaisia tunnistamaan onko asiakkaan alkoholinkäyttö varhaisvaiheen riskikulutusta, haitallista käyttöä vai onko kyse

alkoholiriippuvuudesta. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro 2001, 4). Aalto ja Seppä (2010) kuitenkin toteavat, että AUDIT -kyselyllä ei voida saada varmuutta onko kyseessä alkoholin riskikäyttö, haitallinen käyttö vai alkoholiriippuvuus. Suuri pistemäärä kuitenkin viittaa vaikeampaan tilaan kuin riskikäyttö.

AUDIT testi sisältää kymmenen kysymystä, joissa jokaisessa on yhteensä 3-5 vastausvaihtoehtoa. Maksimissaan pisteitä voi saada 40 ja riskikäytön rajana on yleisesti pidetty yli 8 pistettä. (Aalto & Tammi 2009, 110.) Tehtäessä AUDIT -kyselyä olisi syytä pisteiden lisäksi kiinnittää huomiota kohtiin joista potilas saa pisteitä ja sen perusteella keskustella alkoholin käytöstä (Aalto & Seppä 2010). Kysymyksiin vastaaminen kestää yleensä vain muutaman minuutin. Kysymyksen käsittelevät juomisen tiheyttä, humalajuomisen toistumista, tavanomaista käyttömäärää, riippuvuusoireita sekä alkoholista johtuvia tyypillisiä haittoja (Seppä 2008, 17). AUDIT -kyselytestiä käytetään Suomessa äitiys- ja lastenneuvolassa, perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi neuvolassa on määritelty tietyt käynnit raskauden aikana milloin molemmat vanhemmat täyttävät kyselyn. Työterveyshuollossa testiä täytetään määräaikaistarkastusten yhteydessä.

AUDIT-kyselyn etuina voidaan pitää sen selkeyttä ja helppoa täytettävyyttä, se ei ole kulttuurisidonnainen sekä se on ilmainen ja kaikkien vapaassa käytössä. Toisaalta merkittävin este käyttää täysimittaista AUDIT-testiä seulontavälineenä on sen pituus. (Kääriäinen 2010, 22.) Tästä syystä on kehitetty lyhempiä versioita AUDIT-kyselystä, kuten AUDIT-PC, AUDIT-3, AUDIT-C. Lyhennyksissä AUDIT-testeissä on hyödynnetty alkuperäistä kyselylomaketta ja poimittu kysymyksiä koskien esimerkiksi yhtäjaksoista alkoholin käyttöä tai käytetty vain osaa alkuperäisistä kysymyksistä.

2.4 Haastattelu

Terveystoimittaja voi vastaanotolla kartoittaa asiakkaan alkoholin käyttöä erilaisten kysymysten avulla. Kokenut haastattelija pystyy tunnistamaan liikkakäytön melko hyvin pelkän haastattelun perusteella, vaikka tapaamiskertoja saatetaan tarvita useampi. Erilaisia haastattelutapoja asiakkaan alkoholin käytön määrien kartoittamiseen ovat esimerkiksi määrä-tiheys kysymykset sekä alkoholin käytön läpi käyminen viimeisen 1-4 viikon ajalta. Määrä-tiheys kysymyksiä ovat esimerkiksi ”Kuinka paljon kerralla tavallisesti juot? Kuinka usein tavallisesti juot?”, tarvittaessa kysymyksiä voidaan tarkentaa kysymällä ”Kerroit juovasi tavallisesti viinipuollollisen viikossa eli noin 6-7 annosta kerralla. Kuinka usein juot useammin kuin kerran viikossa?”. Lisäksi on hyvä kartoittaa myös kuinka usein alkoholin käyttö on humalajuomista. Vastaanotolla voidaan kalenterin avulla kartoittaa asiakkaan alkoholin käyttö viimeisten kuluneiden viikkojen ajalta. (Aalto & Seppä 2010.)

Kalenterin avulla asiakkaan on helpompi muistaa juomiskerrat. Terveystenhoitaja voi sopia asiakkaan kanssa uuden tapaamiskerran kuukauden päähän, jonka aikana hän pyytää asiakasta pitämään juomapäiväkirjaa. Seuraavalla käynnillä asiakkaan kanssa käydään läpi päiväkirja, johon hän on merkinnyt käyttämänsä alkoholin. Näin olleen terveydenhoitaja voi keskustella asiakkaan kanssa juomisen tiheydestä sekä juomapäiväkirjan herättämistä tunteista. Alkoholien käyttöä koskevaa haastattelua voidaan pitää vaihtoehtona AUDIT-kyselylle. AUDIT-kysely voi toimia keinona avata keskustelu alkoholitottumuksista, mutta terveydenhoitaja voi kokea suoraan asiasta kysymisen helpompana tapana lähestyä asiaa.

2.5 Motivoiva haastattelu

William R. Millerin kehittämä motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen, ihmisen omiin tarpeisiin sekä arvomaailmaan keskittyvä ohjausmenetelmä, jonka tarkoituksena on laittaa alkuun käyttäytymisen muutos auttamalla asiakasta ehkäisemään ristiriitaisia tunteita. Motivatoristiriidat ehkäisevät positiivisia käyttäytymismuutoksia ja sen vuoksi asiakkaita autetaan niiden ratkaisemisessa. Sisäisen motivaation vahvistaminen sekä haitallisen ja riippuvuutta aiheuttavan käytöksen muuttaminen ovat toiminnan keskiössä. (Miller & Rollnick 2002.) Motivoivaa keskustelua tavallisesti yhdistetään muihin pidempi aikaisiin hoitokeinoihin, kuten kognitiivinen terapia, käyttäytymisterapia ja ratkaisukeskeinen terapia (Koski-Jännes 2013). Sitä voidaan kuitenkin käyttää myös terveydenhoitajan vastaanotolla asiakkaan muutosmotivaatiota heräteltäessä.

Motivoivan haastattelun ensisijainen tavoite on asiakkaan saaminen muutoksen tekijäksi sen sijaan, että hoitaja tyrkyttää vaihtoehtoja muutokseen tai korostaa sen välttämättömyyttä. Sisäisen motivaation merkitys korostuu, koska asiakas saadaan pohtimaan omaa tilannettaan ja tekemään päätöksiä omista lähtökohdistaan. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008.) Asiakkaan ei tarvitse kokea järkyttäviä seurauksia toiminnastaan tajutakseen muutoksen tärkeyden. Terveystenhoitajan henkilökunta voi arvioida ja kannustaa yksilöä muutokseen jo paljon ennen kuin hän joutuu kokemaan menetyksiä terveyteen, maineeseen, minäkuvaan tai ihmisuhteisiin liittyen (Miller 1985; Benefield, Miller & Tonigan 1993). Hoitaja voi muuttaa tai voimistaa yksilön motivaatiota ja tästä syystä se käsitetään dynaamiseksi tilaksi. Asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on myös yksi tekijä, joka vaikuttaa asiakkaaseen. Motivaatio on asiakkaan tila, joka mahdollisesti vaihtelee. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008.)

3 Opinnäytetyön työelämäkumppani

Opinnäytetyökumppaninamme toimii vuonna 1995 perustettu A-klinikkasäätiö, joka on voittoa tavoittelematon päihdetyönjärjestö ja palveluntuottaja. A-klinikkasäätiön missio on vähentää ja ehkäistä päihdehaittoja sekä muita mahdollisia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Säätiö-

ön toiminta perustuu arvoihin, moniammatilliseen ammattitaitoon sekä joustavaan ja asiakaslähtöiseen palveluasenteeseen. Ihmisarvon kunnioittaminen, suvaitsevuus, luottamuksellisuus ja vastuullisuus ovat A-klinikkasäätiön arvoja. Järjestötoiminnan rahoitus toteutuu pääasiassa raha-automaattiyhdistyksen avustuksin. A-klinikkasäätiö työllistää yli 700 työntekijää ja vuosittain asiakkaita on arviolta 25 000. (A-klinikkasäätiö 2016; Päihdesairaala 2016.)

A-klinikkasäätiö toimii valtakunnallisesti sekä kansainvälisesti. Säätiö tekee ehkäisevää päihdetyötä ja erityisosaamisellaan tukee kuntien peruspalveluita. Säätiön palvelualueet sopivat kuntien tai kuntaryhmien kanssa puite- ja ostopalvelusopimuksia. A-klinikkasäätiön perustettavaan kuuluu yhteiskuntapoliittinen vaikuttaminen ja asiantuntijatoiminta. Kansainvälisen toiminnan pääpaino on lähialueilla ja Euroopan unionin alueella. Säätiö kehittää päihde- ja mielenterveystyötä, järjestää koulutusta, harjoittaa tutkimusta ja julkaisee päihdetyön erikoislehteä *Tiimiä*. Avohoitopalveluihin, joita A-klinikkasäätiö tarjoaa, kuuluvat muun muassa A-klinikat, korvaushoitoklinikat, nuorisoasemat ja sosiaali- ja terveysneuvontapisteet sekä päivätoimintakeskukset. Laitoshoitoa tarjotaan esimerkiksi katkaisuhoidoasemilla, kuntoutusyksiköissä ja Päihdesairaalassa. Asumispalveluja A-klinikkasäätiö tuottaa tuetun asumisen ja palveluasumisen yksiköissä. (A-klinikkasäätiö 2016.) A-klinikkasäätiön ylläpitämät sekä kunnalliset A-klinikat muodostavat avohoidon perusmallin, jossa sosiaaliryö sekä lääketieteellinen näkökulma yhdistyvät (Murto & Mäkelä 2013).

A-klinikkasäätiön tarjoamat hoito- ja kuntoutuspalvelut, ehkäisevä päihdetyö ja asiantuntijapalvelut vähentävät päihdeistä aiheutuvia haittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia. Lisäksi A-klinikkasäätiö parantaa päihdeongelmasta kärsivien ja heidän läheistensä asemaa. (A-klinikkasäätiö 2016.) A-klinikkasäätiön toimipisteitä on ympäri Suomea sekä nettisivuilla on linkkejä sähköisiin palveluihin. Nettisivuilta löytyy myös ammattilaiselle välineitä työskentelyn tueksi. A-klinikka järjestää lisäksi koulutuksia ammattilasten ammattitaidon kehittämiseksi.

A-klinikkasäätiöllä ei ollut erityisiä toiveita opinnäytetyön toteuttamisen suhteen, mutta he olivat kiinnostuneita toimimaan opinnäytetyön yhteistyökumppanina. Yhteistyökumppanin toimesta tuli joitakin ideoita työn aiheeksi, joista lopulta muodostui kyseinen aihe. Yhteistyö on ollut joustavaa alusta asti ja neuvoa on saatu tarvittaessa. Valmis opinnäytetyö tullaan toimittamaan A-klinikkasäätiölle.

4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveydenhoitajan keinoja vaikuttaa alkoholin käyttöön ennaltaehkäisevästi ja alkoholin kulutusta vähentävästi. Työ toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksen kohteena ovat terveydenhoitajan eri keinot vä-

hentää alkoholinkäyttöä aikuisväestössä ja näiden keinojen vaikuttavuus. Määrittelemme aikuisväestöksi 18 - 65 -vuotiaat. Työn ulkopuolelle on rajattu nuorten ja ikääntyneiden alkoholinkäyttö aiheen rajaamiseksi.

Ennaltaehkäisevien keinojen käyttäminen perusterveydenhuollossa on tärkeää, koska alkoholin kulutuksesta aiheutuvat haitat ovat merkittäviä. Varhainen alkoholin riskikäytön havaitseminen sekä siihen puuttuminen ovat tärkeintä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa terveydenhoitajille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille siitä, mitä ovat keinot alkoholinkäytön ennaltaehkäisyssä ja vähentämisessä ja antaa lisäksi tietoa keinojen vaikuttavuudesta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat

1. Mitkä ovat terveydenhoitajan keinot vaikuttaa alkoholin kulutukseen ja sen vähentämiseen?
2. Kuinka vaikuttavia keinot ovat?

5 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on koottu yhteen tulokset jo olemassa olevista tarkasti valikoiduista ja rajatuista tutkimuksista ja näin ollen sitä kutsutaan sekundaaritutkimukseksi (Johansson 2007, 4). Tiettyä ajanjaksona tehdyt tutkimukset on koottu kirjallisuuskatsaukseen, jonka vuoksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus tulee päivittää ajoittain, jotta sen tulokset säilyvät relevantteina (Ansari ym. 2007). Kirjallisuuskatsauksessa käytettäviä tutkimuksia valittaessa on syytä kiinnittää huomiota siihen kuinka tuoretta käytetty aineisto on. Muista kirjallisuuskatsauksista systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa sen tarkan tarkoituksen sekä spesifin tutkimusten valinta-, analysointi ja syntetisointiprosessin takia (Johansson 2007, 4). Systemaattista kirjallisuuskatsausta varten valikoidaan vain tarkoitukseen sopivia ja relevantteja korkealaatuisia tutkimuksia (Cochrane database 2016). Katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi ja virheiden minimoimiseksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet ovat tarkkaan määritelty ja kirjattu (Egger, O'Rourke & Smith 2001).

Eteneminen kirjallisuuskatsauksessa tapahtuu vaihe toisensa jälkeen alkaen suunnitelmasta ja päättyen raportointiin (Antes, Khan, Kleijnen & Kunz 2003). Vaiheet voidaan jakaa yksinkertaistetusti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa katsaus suunnitellaan, toisessa vaiheessa katsaus toteutetaan käytännössä sisältäen aineistohaut, aineiston analysoinnin sekä synteessin ja kolmannessa vaiheessa katsaus raportoidaan (Axelin, Stolt & Suhonen 2015). Suunnitelmaa tehtäessä selvitetään mitä aikaisempia tutkimuksia on tehty aiheeseen liittyen,

määritellään katsauksen tarpeellisuus sekä laaditaan tutkimussuunnitelma (Johansson 2007, 6). Tutkimuskysymysten tulisi olla mahdollisimman selkeitä ja niitä hahmotellaan yhdestä kolmeen. Toisessa vaiheessa katsaus etenee laaditun tutkimussuunnitelman mukaisesti tutkimusten hankintaan ja valikointiin, joka tarkoittaa niiden sisällön analysointia tutkimuskysymysten avulla (Johansson 2007, 6). Kolmannessa vaiheessa katsauksen tulokset raportoidaan sekä tehdään johtopäätökset (Antes ym. 2003).

Kirjallisuuskatsaukset painottuvat nykyään enemmän systemaattisuuteen ja sen vuoksi niiden laatua tulee arvioida. Muiden tutkimusten tapaan systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat laadultaan erilaisia (Antes ym. 2003). Hyödyntämällä kirjallisuuskatsausta voidaan luoda kokonaiskuva tietystä aihekokonaisuudesta tai aihealueesta (Axelin, Suhonen & Stolt 2015, 7, Johansson 2007, 4). Kyseisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää onko aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa päästy yksimielisiin tuloksiin terveydenhoitajan käytettävissä olevien menetelmien vaikuttavuudesta koskien alkoholin käytön vähentämistä tai lopettamista.

Erityisesti terveydenhuollossa on viime vuosina korostunut niin sanottu näyttöön perustuva ajattelu. Sen idea perustuu siihen, että esimerkiksi terveydenhuollossa käytettävät hoitomenetelmät perustuisivat tutkittuun tietoon. Erilaisien hoitokäytänteitä myös vertaillaan niiden tutkitun vaikuttavuuden perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Myös suomalaisessa terveydenhuollossa käytössä olevat riippumattomat ja tutkimustietoon perustuvien Käypä hoito -suositusten lähteinä on käytetty laadukkaita kirjallisuuskatsauksia, kuten alkoholiongelman hoidosta tehty suositus.

5.1 Hakusanat ja tietokantahaku

Tutkimusta varten määriteltiin hakusanat, joiden avulla toteutettiin systemaattinen haku käyttäen viittä eri hoitotieteen tietokantaa. Kirjallisuutta ja tutkimuksia etsittiin seuraavista tietokannoista; Medic, ProQuest, EBSCO, ScienceDirect ja Wiley. Hakusanoina käytettiin asia sanoja, kuten motivoiva haastattelu, mini-interventio ja ennaltaehkäisy (Liite 1). Ensin tutkimuksia karsittiin otsikon perusteella ja sen jälkeen tiivistelmän perusteella. Tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä 18 (Taulukko 1). Aiheestamme on tehty kotimaisia sekä kansainvälisiä tutkimuksia. Aineistohaussa kuitenkin löytyi niukasti aiheeseemme täysin sopivia tutkimuksia, joten manuaalista hakua on käytetty apuna tutkimuksien löytämisessä. Kuitenkin samantyyppisistä aiheista on tehty runsaasti kirjallisuuskatsauksia (Ashton ym. 2016, Nilsen 2010, Pilowsky & Wu 2013), mutta hoitajan näkökulma on tutkimuksissa ollut vähäisempi. Lisäksi tutkimuksia on tehty runsaasti esimerkiksi mini-interventioita käyttäen aktiivisuudesta, lääkäreiden ja hoitajien asenteista mini-interventiota kohtaan sekä mini-interventioiden ja motivoivan haastattelun toimivuudesta ensiapu ympäristössä. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellyt tutkimukset on esitetty tutkimusten kuvaustaulukossa (Liite 2).

Taulukko 1. Tietokantahaku ja manuaalinen haku

	Tulokset	Valitut
Tietokantahaku	483	7
Manuaalinen haku		11
Yhteensä		18

Kirjallisuuskatsaukseen on valikoitu pääsääntöisesti vertaisarvioituja tutkimuksia. Terveydenhoitajan ammattinimike on käytössä vain harvoissa maissa, joten osassa tutkimuksissa on käsitelty sairaanhoitajien tai lääkäreiden keinoja alkoholin käytön vähentämiseen. Valituissa tutkimuksissa sairaanhoitajat tai lääkärit ovat työskennelleet sellaisessa ympäristössä, jossa myös terveydenhoitaja voisi työskennellä. Näin ollen vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi, olemme pyrkineet tulkitsemaan kontekstia, jossa lääkäri on toiminut. Mikäli lääkärin käyttämät hoitokeinot vastaavat Suomessa yleisesti tunnettuja menetelmiä ja olisivat myös terveydenhoitajan toteutettavissa, olemme päätyneet ottamaan tutkimuksen mukaan työhömmme.

5.2 Aineiston analyysi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen alkoi suunnittelulla ja mahdollisten lähteiden kartoittamisella. Kiinnostus terveydenhoitajan keinoista vaikuttaa asiakkaan alkoholin käyttöön sekä käytön vähentämiseen muodosti pohjan kahdelle tutkimuskysymykselle. Aineistohaussa ja sopivien hakusanojen muotoilussa hyödynnettiin informaattikkoa. Lopullisiksi hakusanoiksi muodostui alkoholi, ennaltaehkäisy, mini-interventio, perusterveydenhuolto, seulonta, hoitaja ja aikuiset. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit määriteltiin ennen tietokantahaun tekemistä (Taulukko 2). Tehtyjen aineistohakujen tulokset, sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty liitteinä olevissa taulukoissa. Valittujen tutkimusten sisältöä analysoitiin hyödyntäen tutkimuskysymyksiä.

Taulukko 2. Tutkimusten sisäotto- ja poissulkukriteerit

Sisäottokriteerit	Poissulkukriteerit
Työhön valitut tutkimukset on julkaistu vuosina 2000 -2016	Tutkimukset, joissa käsitellään nuorten alkoholinkäyttöä
Tutkimukset, jotka käsitelivät aikuisväestöä (18 - 65 vuotiaat)	Tutkimukset, joissa käsitellään yli 65 - vuotiaiden alkoholinkäyttöä
Julkaisujen tullut olla suomen tai englannin kielisiä	Alkoholiriippuvuus
Tutkimus on tehty työympäristössä, jossa myös terveydenhoitaja voi työskennellä	Sekakäyttö

Aineistohaussa löytyi paljon artikkeleita, katsausartikkeleita sekä aikaisemmin tehtyjä kirjallisuuskatsauksia. Kyseisten teosten lähdeluetteloita hyödynnettiin osana manuaalista hakua. Tutkimusten kohderyhmäksi määriteltiin 18-65-vuotiaat. Näin ollen yhtenä poissulkukriteerinä toimi nuorten ja yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttöä käsittelevät tutkimukset. Kirjallisuuskatsaukseen on valittu 2000-luvulla julkaistut tutkimukset. Lisäksi poissulkukriteereiksi määriteltiin alkoholiriippuvuus sekä muut päihteiden seka- ja ongelmakäyttäjät.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on saada ymmärrys ja kattava selitys käsiteltävästä ilmiöstä sekä ratkaista tutkimusongelma käytettävän aineiston avulla. Aineiston analysointi tarkoittaa kerätyn aineiston selvittämistä ja selittämistä mitä ilmiöön liittyvää on ilmennyt tutkimuksista. (Kananen 2015, 161.) Opinnäytetyössä oli tarkoituksena luoda katsaus aiheesta jo tehtyyn tutkimustietoon ja muodostaa kokonaiskuva aiheesta tutkimusten pohjalta. Työn aineisto on analysoitu aiheiden perusteella ja järjestelty niiden mukaan osaksi opinnäytetyötä. Aineistolle tehtiin sisällönerittely tiedonhaun jälkeen. Tutkimukset käytiin läpi etsien käytetty keino alkoholin käytön tunnistamiseksi tai vähentämiseksi, keinon vaikuttavuus ja muut tärkeät tulokset. Molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat tutkimukset ja yhdessä tutkimukset jaoteltiin aihealueittain käytetyn menetelmän suhteen. Seuraavaksi tarkasteltiin käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta. Havainnot koottiin yhteen synteetiksi tuloksista.

6 Sisällönerittely

Kääriäisen (2010) väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mini-intervention käyttöönottoa ja sen saamista osaksi terveydenhuollon tavanomaista toimintaa. Aluksi tehtiin pohjakartoitus, jolla selvitettiin päihdeongelmien esiintyvyyttä terveydenhuollossa. Sen jälkeen

tehtiin 40 kysymystä sisältävä kartoituskysely, jolla selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisten asenteita sekä tietoja ja taitoja suhteessa potilaskontakteihin, jotka liittyivät alkoholiin. Kyselyn tarkoituksena oli optimoida terveydenhuoltohenkilökunnan koulutus ja mini-intervention käyttöönotto mahdollisimman hyvin. Kartoituskysely lähetettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin 473 työntekijälle, 139 eri toimipisteeseen.

Kyselyn perusteella 59 % vastaajista suhtautui myönteisesti alkoholin käytöstä kysymiseen potilailta. Alkoholin käytön ottamisen puheeksi potilaan kanssa ilmoitti osaavansa 68 % vastaajista. 18 % vastaajista hyväksyi täysin sen, että vastaanotolla otetaan puheeksi potilaan alkoholinkäyttö. Kuitenkin vain 19 % vastaajista uskoi pystyvänsä vaikuttamaan hyvin tai erittäin hyvin potilaan alkoholinkulutustottumuksiin. Vastaajat kokivat myös potilaiden suhtautuvan myönteisesti alkoholin käytöstä kysymiseen. (Kääriäinen 2010.)

Seuraavaksi järjestettiin toimintatutkimus, jonka tarkoituksena oli saada mini-interventio käytännön työvälineeksi. Toimintatutkimus perustui aikaisempaan tutkimustietoon ja terveydenhoitohenkilökunnan tarpeisiin. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli antaa terveydenhuoltohenkilöstölle lyhyt ja informatiivinen asenteisiin vaikuttava koulutus. Lisäksi kuunneltiin terveydenhuollon kentältä tullutta palautetta jatkokoulutuksia ajatellen. Palautteen ja toimomusten myötä päätettiin tehdä koulutusvideo, kaksi julistetta vastaanottotiloihin sekä AUDIT- kyselykaavake tulkintaohjeineen. (Kääriäinen 2010.)

Yhtenä osana tutkimusta jaettiin AUDIT -kysely 90 000:een tamperelaiseen kotitalouteen osana kansallista Viinaviikot -tapahtumaa. Tapahtuman jälkeen 500 kotitalouteen tehtiin 22 kysymystä sisältävä puhelinhaastattelu. Kysely kartoitti vastaajien omaa alkoholinkäyttöä, ja sitä, miten vastaajat olivat havainneet Viinaviikot sekä AUDIT -kyselyn. Lisäksi vastaajilta kysyttiin Viinaviikkojen ja/tai AUDIT -kyselyn mahdollista vaikutusta omaan alkoholin käyttöön. Runsaimmin alkoholia käyttävät olivat havainneet kampanjan parhaiten sekä olivat eniten huolissaan omasta alkoholin kulutuksestaan. (Kääriäinen 2010.)

Aiemmin järjestettyjen koulutusten palautteiden, myöhemmin järjestettyjen kahden kyselyn sekä kuuden fokusoidun videohaastattelun pohjalta tehtiin ”mini-malli”, mahdollisimman yksinkertainen ohje, jossa kerrotaan tarkasti, miten toimia alkoholin suurkuluttajien kanssa terveydenhuollossa. Mini-mallin tarkoituksena on lisätä mini-interventio -aktiivisuutta. (Kääriäinen 2010.) Mini-intervention käytön kehittymiselle ja laajentumiselle luotu pohja oli yksi suurimmista tutkimuksen hyödyistä. Tutkimuksen tuloksia on voitu hyödyntää Suomessa ja maailmalla.

Tampereen terveyskeskuksissa toteutetussa esittelyprojektissa oli tarkoitus selvittää kuinka halukas terveyskeskuksen hoitohenkilökunta on toteuttamaan alkoholin käyttöön liittyvää mi-

ni-interventiota. Tamperelaisten asukkaiden uskottiin melko hyvin kuvaavan koko Suomen väestöä. Tutkimuksen aineisto kerättiin kahdella strukturoidulla kyselylomakkeella, kuudesta kohderyhmästä sekä erilaisista projektihoitajan kontakteista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kohderyhmien tarkoitus oli saada terveydenhuollonammattilaisilta ajatuksia siitä, miten mini-interventiot tulisi toteuttaa. Kohderyhmät koostuivat 18 lääkäristä ja 16 sairaanhoitajasta. Mini-intervention käyttämisen esteeksi kerrottiin muun muassa epäselvyys mini-intervention sisällöstä, itseluottamuksen puute toteuttaa niitä, vaikeus tunnistaa alkoholia runsaasti juovia, epätietoisuus perusteluista herättää keskustelua alkoholiongelmista, ajan sekä yksinkertaisten suositusten puute. Kokeneemmat ammattilaiset pitivät verbaalisia kysymyksiä parempana tapana saada tietoa potilaan alkoholin käytöstä kuin strukturoituja kyselyitä käyttämällä. Nuoremmat lääkärit taas suosivat mieluummin kyselylomakkeita. Yleinen mielipide oli, että systemaattisen seulonnan sijaan tulisi potilaalla ilmenevien tiettyjen vaivojen tai tilanteiden, kuten terveystarkastusten, yhteydessä olla perusteltua kysyä ja antaa neuvontaa alkoholin käyttöön liittyen. (Aalto & Seppä 2006.)

Ruotsissa tehdyssä kansallisessa tutkimuksessa selvitettiin missä määrin perusterveydenhuollon yleislääkärit ja sairaanhoitajat keskustelevat alkoholiongelmista potilaidensa kanssa, mikä lainen on heidän tietämys alkoholiongelmista, kuinka tärkeäksi he kokevat kyseiset ongelmat ja mitkä tekijät voisivat lisätä interventioaktiivisuutta perusterveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Tutkimus lähetettiin kaikille ruotsalaisille yleislääkäreille ja sairaanhoitajille, joilla on reseptinkirjoitusoikeus. Kyselylomakkeen palautti 47% lääkäreistä (1821) sekä 55% hoitajista (3125). Tutkimuksen mukaan puolet lääkäreistä ja 28% hoitajista keskustelee toistuvasti potilaiden kanssa alkoholista. Kaksi yleisintä syytä alkoholista kysymiseen olivat rutiinin mukainen työskentely sekä käsitys siitä, että potilaan oireet ovat alkoholiin liittyviä. (Bendtsen ym. 2008.)

Myös Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Aalto, Seppä & Seppänen 2012) selvitettiin perusterveydenhuollon lääkäreiden aktiivisuutta käyttää mini-interventiota. Kysely lähetettiin kaikille perusterveydenhuollonlääkäreille vuosina 2002 ja 2007. Molempina vuosissa kysyttiin lääkäreiden väestötilastot, ammatillinen tausta ja lääkärin oma mini-interventioaktiivisuus (säännöllinen, satunnainen tai ei ollenkaan). Lääkäreiden mini-interventioaktiivisuus oli vuonna 2002 59,2% ja kohosi 78,5% vuonna 2007. Perusterveydenhuollossa toimineiden erikoistuneiden lääkäreiden, työterveyslääkäreiden sekä pitkään perusterveydenhuollossa toimineiden lääkäreiden aktiivisuus oli korkeampi. Suomessa perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden mini-interventioaktiivisuutta voidaan siis pitää korkeana sekä lisääntyvänä.

Ashton ym. (2016) toteuttivat systemaattisen katsauksen arvioidakseen lyhytinterventioiden (ABI = alcohol brief interventions) vaikutusta alkoholin kulutukseen. Katsauksessa lyhytinterventioiden keinojen määriteltiin keskittyvän yleensä strukturoituun neuvontaan sisältäen yksi-

lön henkilökohtaisen riskinarvioinnin, tai nopeaan potilaskeskeiseen motivoivaan keskusteluun. Katsaukseen valittiin satunnaiskontrolloituja tutkimuksia, jotka mittasivat lyhytinterventioiden vaikuttavuutta alkoholin kulutukseen. Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin 52 tutkimusta, ja se sisälsi näin yhteensä 29 891 henkilöltä kerätyt tiedot.

Lyhytinterventioiden todettiin vähentävän kulutetun alkoholin määrää ja niillä todettiin olevan pieni, mutta merkittävä rooli alkoholin kulutuksen vähentäjänä. Katsauksen tulokset osoittavat, että lyhytintervention tekijän ammatilla saattaa olla merkitystä intervention vaikuttavuuteen. Sairaanhoidajilla havaittiin olevan myönteinen rooli lyhytinterventioiden toteuttajina. Lyhytintervention vaikuttavuus näkyi tällöin vähentyneenä alkoholiannosten määränä juomiskertaa kohden, muttei juomiskertojen määrän vähentymisenä. Erilaisten lyhytinterventioiden sisältöjen vaikutuksesta intervention vaikuttavuuteen ei ole tarpeeksi tutkittua tietoa, joten tutkijat suosittavat valittavaksi sellaisen lyhytinterventiotyyppin, joka parhaiten sopii intervention tekijän tarpeisiin. (Ashton ym. 2016.)

Hurleyn ym. (2005) tavoitteena oli määrittää perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden antaman lyhytneuvonnan vaikutuksia alkoholin kulutuksen vähenemiseen korkean riskitason alkoholinkuluttajilla. He toteuttivat kontrolloidun kliinisen tutkimuksen ja lisäksi kuuden ja kahdentoista kuukauden seurannat. 530 korkean riskin juojaa perusterveydenhuollon potilaisista valikoitui tutkimukseen. Valikoiduista tutkittavista 447 saatiin tietoa kahdentoista kuukauden kuluttua tehdyssä seurannassa.

Kolme yliopistollista terveystieteiden keskuksista määrättiin satunnaisesti toteuttamaan joko erityisinterventiot, normaalia vastaanottoa tai neuvontaa. Erityisinterventio koostui 5 - 10 minuutin potilaskeskeisestä lyhytneuvonnasta sisältäen kartoituksen potilaan alkoholinkäyttöhistoriasta. Erityisinterventiossa tuotiin esille aktiivisesti potilaan oma osallistuminen tapojen muuttamiseen käyttämällä avoimia kysymyksiä lyhytneuvonnassa. Erityisinterventiotarjoavilla oli lisäksi tietokoneohjelma, joka auttoi ammattilaisen toteuttamaan intervention sekä kehotti tarjoamaan potilaalle ohjausmateriaalia. (Hurley ym. 2005.)

12 kuukauden jälkeen tehtiin seuranta, jossa havaittiin, että erityisinterventiotarjoavilla potilailla oli tapahtunut muutos alkoholin viikoittaisessa käyttömäärässä. Käyttömäärä oli vähentynyt ja muutos oli merkittävästi suurempi kuin normaalia neuvontaa saaneiden. Lisäksi niistä potilaista, joiden juominen oli vähentynyt kuuden kuukauden seurannan kohdalla, suurempi osa erityisinterventiotarjoavilla kuin normaalia neuvontaa saaneita ylläpiti muutoksen 12 kuukauden kohdalla seurannassa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan omahoitajan tai lääkärin toteuttama lyhyt 5 - 10 minuutin neuvonta ja ohjaus osana perusterveydenhuollon rutiinivastaanottoa voi vähentää korkean riskin juojien alkoholinkulutusta. (Hurley ym. 2005.)

Bland ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa tarkoituksena oli myös selvittää erilaisten mini-interventiomenetelmien vaikuttavuutta vähentää vaarallisesti tai haitallisesti alkoholia käyttävien juomista perusterveydenhuollossa. Oletamus oli, että enemmän intensiiviset interventiot johtaisivat suurempaan alkoholin käytön vähenemiseen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin satunnaistettua vertailututkimusta ja se toteutettiin Lontoossa perusterveydenhuollossa. Potilaat olivat yli 18-vuotiaita ja yhteensä 2991 potilasta osallistui tutkimukseen. Heistä 900 seuloitti alkoholia vaarallisesti tai haitallisesti käyttäviksi, ja näistä 756 sai interventiota. Tutkimukseen osallistuneista 62% oli miehiä. Osallistujat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, jotka oli rakennettu perustuen edelliseen ryhmään: potilasesitteen saanut kontrolliryhmä, 5 minuuttia strukturoitua mini-interventiota saanut ryhmä ja 20 minuuttia kestävä elämäntapaneuvontaa saanut ryhmä.

Potilaat ilmoittivat oman AUDIT -testin tuloksensa kuuden kuukauden jälkeen. Tulos määriteltiin negatiiviseksi jos AUDIT -testistä sai alle 8 pistettä. AUDIT -pistemääriä tarkasteltiin myös 12 kuukauden jälkeen. Lisäksi kartoitettiin potilaiden kokemukset alkoholiin liittyvistä ongelmista kyselylomakkeella, terveysohjelman avulla, kysyttiin terveyspalveluiden käyttämisestä ja potilaan omaa motivaatiota muuttaa juomistottumuksia sekä valmiutta muutokseen. Molempina ajankohtina tehdyissä mittauksissa ei havaittu merkittäviä eroja AUDIT negatiivisten tulosten määrässä ryhmien välillä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat saivat palautteen heitä koskeneen alkoholiseulonnan tuloksista. Edellä mainitun tiedon lisäksi, näyttöön perustuen voidaan todeta, että lyhytneuvonta ja lyhyen elämäntapaneuvonta antoivat merkittävää lisähyötyä vaarallisen ja haitallisen alkoholinkäytön vähentämisessä verrattuna potilaisiin, jotka saivat vain potilasohjeen. Pelkkä potilasohje oli riittämätön potilaiden auttamiseksi ja hoitamiseksi. (Bland ym. 2013.)

Vuonna 2000-2003 välisenä aikana toteutetussa tutkimuksessa arvioitiin mini-interventioita verrattuna kontrolliryhmän saamaan tavanomaiseen terveysneuvontaan. Tutkimuksessa potilaat tulivat perusterveydenhuoltoon ja täyttivät AUDIT -testin tutkimushoitajan kanssa, jonka perusteella he saivat jatkohoitoa jos pisteet olivat yli 8 miehillä ja yli 7 naisilla. Potilaat jaettiin interventio- ja verrokkiryhmiin. Interventiot ja seulonta toteutettiin sairaanhoitaja vetoisesti perusterveydenhuollossa. Menetelmien tehokkuuteen ja kustannustehokkuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Asiakkaat saivat joko 5-10 minuutin lyhytneuvonnan, joka toteutettiin ”juo vähemmän” protokollan mukaisesti tai heille annettiin tavanomaista terveysneuvontaa. Interventio ja standardin neuvonnan saaneiden ryhmien seurannassa ei huomattu tilastollisesti merkittävää eroa. Molempien ryhmien asiakkaista suurin osa vähensi alkoholin käyttöä alkuarvion ja seuraavien mittausten välillä. Taloudellinen analyysi osoittaa, että mini-interventio ei johtanut tilastollisesti merkittäviin muutoksiin terveydenhuolto palveluiden käyttömäärissä verrattuna asiakkaisiin, jotka saivat tavanomaista hoitoa. Tutkimus perusteella voidaan arvioida, että sairaanhoitajan antama mini-interventio ei ole sen tehok-

kaampi menetelmä kuin tavanomainen terveysneuvonta, jota potilaat saavat perusterveydenhuollossa. (Crawshaw ym. 2006.)

Cashell-Smith, Herbison, Langley, Kypri & Saunders (2008) toteuttivat satunnaistetun vertailututkimuksen, jossa tutkittiin verkossa tapahtuvan motivoivan lyhytinterventiovaikutusta 17-29-vuotiaiden yliopisto-opiskelijoiden alkoholinkäyttöön. Opiskelijat täyttivät ensin AUDIT -kyselylomakkeen ja testin tuloksen pohjalta luokiteltiin opiskelijoiden alkoholin käyttö joko riskipitoiseksi tai haitalliseksi. Lopulta 576 opiskelijaa hyväksyttiin osaksi tutkimusta. Tutkimukseen hyväksytyt opiskelijat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä oli kontrolliryhmä, jolle annettiin informatiivinen lehtinen alkoholin käytön vaikutuksista. Toiselle ryhmälle tehtiin motivoiva interventio, joka sisälsi verkossa tapahtuvan juomisen arvioinnin ja henkilökohtaisen palautteen juomisesta. Kolmannelle ryhmälle tehtiin sama motivoiva interventio kuin ryhmälle kaksi, ja lisäksi uudet interventiot yhden ja kuuden kuukauden jälkeen ensimmäisestä.

Tutkimuksen tuloksena saatiin, että yksittäinen verkossa tapahtuva motivoiva interventio vähensi riskijuomista, ja riskijuomista vähentävä vaikutus kesti vuoden. Uudet interventiot toteutettuna määräajoin ensimmäisen intervention jälkeen eivät vaikuttaneet tehostaneen motivoivan intervention vaikutusta. (Cashell-Smith ym. 2008.)

Itsetarkkailu on suositeltava hoitomuoto varhaisneuvonnan saamisen jälkeen. Aikaisemmin on osoitettu, että itsetarkkailu vuorovaikutteisen puhelinvastaaja järjestelmän (interactive voice response; IVR) avulla on yhdistetty alkoholin kulutuksen vähentymiseen. Badger ym. (2008) ovat tutkimuksessaan tarkastelleet menetelmän soveltuvuutta ja tehokkuutta mahdollisena hoitomenetelmänä mini-intervention lisäksi. Yhteensä 112 työntekijää 15 eri terveyskeskuksesta osallistui tutkimukseen. Heitä kannustettiin käyttämään mini-interventiota heidän potilaillaan ja kutsumaan potilaat mukaan tutkimusprojektiin. Tutkimuksesta kiinnostuneita potilaita oli yhteensä 338 ja heidät jaettiin neljään ryhmään. Ryhmät jaoteltiin seuraavasti: ryhmä jonka alkoholin kulutusta ei seurattu mitenkään terveyskeskuskäynnin jälkeen, ryhmä joka käytti vuorovaikutteista puhelinvastaajaa, mutta ei saanut palautetta, ryhmä joka käytti vuorovaikutteista puhelinvastaajaa ja sai palautetta ja ryhmä joka käytti vuorovaikutteista puhelinvastaajaa, sai palautetta sekä rahallisen korvauksen puhelinvastaajan käytöstä.

Vuorovaikutteisen puhelinvastaajan todettiin olevan soveltuva keino itsetarkkailuun. 90% heistä joita kehoitettiin käyttämään vuorovaikutteista puhelinvastaajaa aloitti käytön ja tekivät 95% soitoista sinä aikana kun olivat sitoutuneina järjestelmään. Yli puolet jatkoi soittamista vielä 6 kuukauden jälkeenkin. Vuorovaikutteisen puhelinvastaajan raportoitu vaikutus ja siihen liittyvä palaute juomisen liittyvästä tietoisuudesta oli korkea. Hoidolliset tulokset olivat sekalaiset, koska kaiken kaikkiaan ryhmät, jotka käyttivät vuorovaikutteista puhelinvas-

taajaa raportoivat suuremman kulutuksen 3 ja 6 kuukauden seurannoissa kuin ryhmä, joka ei käyttänyt vuorovaikutteista puhelinvastaajaa. Tutkimuksessa alkoholin kulutuksen seurantaan käytettiin Timeline Followback -menetelmää eli takautuvaa kalenterimenetelmää, joka ei ole toiminut puolueettomasti kaikkien neljän ryhmän kohdalla, joten mittauksen tulokset voidaan mahdollisesti osoittaa vääriksi. Vertailu palautetta saaneiden ja ilman palautetta vuorovaikutteista puhelinvastaajaa käyttäneiden ryhmien välillä osoitti merkittävän hoidollisen hyödyn ryhmässä joka käytti puhelinvastaajaa ja sai palautetta. Vuorovaikutteista puhelinvastaajaa voidaan pitää toteuttamiskelpoisena itsetarkkailumahdollisuutena perusterveydenhuollossa. Säännöllinen palaute alkoholin käytöstä ja vuorovaikutteisen puhelinvastaajan käyttö voi olla tehokas hoidollinen lisä mini-intervention rinnalle. (Badger ym. 2008.)

Osa samoja tutkijoita oli tekemässä myös tutkimusta, joka julkaistiin muuta vuosi myöhemmin. Tutkimusta varten kehitettiin mini-interventiomalli, jota toteutettiin vuorovaikutteisen puhelinvastaajan avulla. Tutkimuksen osallistujat olivat perusterveydenhuollon vastaanotolla käyviä asiakkaita. Tutkimuksessa tarkasteltiin puhelinvastaajan käyttöastetta, puhelujen kestoa ja potilaiden antamia raportteja puhelinvastaajan hyödyllisyydestä. Puhelujen kesto vaihteli 3-7 minuutin välillä. Potilaiden mielipiteet olivat yleensä positiivisia tai neutraaleja. Noin 40% potilaista kertoi, että interaktiivisen puhelinvastaajan avulla toteutettu varhaisneuvonta oli motivoinut heitä muuttumaan. Noin puolet tutkimuksen potilaista oli keskustellut alkoholin käytöstään terveydenhuollonammattilaisen kanssa vastaanotolla. Potilaat, jotka raportoivat vastaanotolla saadusta mini-interventiosta sekä käyttivät puhelinvastaajaa vähensivät alkoholin kulutustaan keskimäärin 25% kahdessa viikossa. (Badger ym. 2010.)

Ruotsissa on kokeiltu alkoholin käyttäjille suunnattua auttavaa puhelinta. Tutkimuksessa arvioitiin sen toimintaa ensimmäisen vuoden aikana sekä tutkimukseen osallistuneiden alkoholin käytön muutosta. Auttavan puhelimen etuina voidaan pitää helppoa saatavuutta sekä sen tarjoamaa mahdollisuutta hakea apua nimettömästi. Tutkimuksen aikana puolet soittajista halusi konsultoida omasta ongelmastaan, kolmasosa soittajista halusi apua läheisen tai sukulaisten alkoholiongelmaan ja loput soittajista kysyivät neuvoa. Soittajien keski-ikä oli 49-vuotta ja puolet soittajista oli naisia. Asiakkaiden keskimääräinen AUDIT -pistemäärä oli 21. Noin joka neljännen pistemäärä viittasi haitalliseen alkoholinkäyttöön. Tutkimusta varten tehdyssä seurannassa asiakkaiden keskimääräinen AUDIT -pistemäärä oli laskenut 14 pisteeseen. Vaikka alkoholia haitallisesti kuluttavat vähensivät juomistaan, riskikäyttäjien määrässä ei tapahtunut muutosta tutkimuksen aikana. Tutkimus osoittaa, että auttava puhelin voi olla vaihtoehtoinen menetelmä vähentää haitallista alkoholin kulutusta. (Ahacic, Helgason & Nederfeldt 2014.)

Mini-intervention vaikuttavuutta perusterveydenhuollossa korostetaan kun kyse on alkoholia haitallisesti tai vaarallisesti käyttävistä potilaista. Tulevaisuudessakin on tarve saada tutkimustietoa siitä, miten kyseiset käytännöt toimivat sairaalaolosuhteissa. Canning ym. (2013)

ovat tekemässään satunnaistetussa vertailututkimuksessa tutkineet 10 minuuttia kestävien mini-interventioiden vaikuttavuutta tavallisilla sairaaloiden vuodeosastoilla alkoholin riskikäyttäjien keskuudessa. Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu alkoholiriippuvaiset sekä muista tutkimuksista poiketen otettu mukaan tutkimukseen myös naisia. AUDIT- kyselylomake jaettiin King's Collegen sairaalassa ja sen avulla tunnistettiin 250 riskikäyttäjää. Tutkimukseen heistä osallistui 154 ja heidät jaettiin satunnaisesti kontrolli ja interventioryhmiin. Kontrolliryhmään kuuluneet (75) eivät saaneet neuvoja heidän juomisensa suhteen kun taas samaan aikaan interventioryhmä (79) sai 10 minuutin yksinkertaisen ohjeistuksen alkoholinkulutuksen vähentämiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella 10 minuutin sairaalan vuodeostolla toteutetuilla mini-interventioilla ei ole vaikutusta riskikuluttajiin. Kuitenkin interventio- sekä kontrolliryhmä vähensi juomistaan kuluneen vuoden aikana.

Alkoholiongelmia seulottiin myös neljästä yleissairaalaista, kaikilta 29 sairaalaosastolta eräältä Saksan alueelta. Otos oli 14 332 potilasta, ja positiivisen seulontatuloksen saaneista 595 otettiin mukaan satunnaistettuun vertailuryhmään. Alkoholiriippuvaisia ei otettu mukaan tutkimukseen. Kahden eri ryhmän potilaille pidettiin motivoiva haastattelu, joka perustui ohjaukseen joko erikoistuneelta yhteistyöpsykiatrilta, tai sairaalalääkäreiltä annettuna osana normaalia sairaalahoitoa. Kontrolliryhmä sai normaalia sairaalahoitoa ilman lisäneuvontaa. Vuoden kuluttua potilaiden alkoholinkulutus, motivaatio ja hyvinvointi arviointiin. (Baumeister ym. 2008.)

Tutkimuksen alussa kolme tutkittavaa ryhmää erosivat motivaatiossa siten, että kontrolliryhmällä oli korkein motivaatio. Seurannassa ryhmät eivät eronneet toisistaan alkoholinkulutuksen, alkoholiin liittyvien ongelmien eikä hyvinvoinnin suhteen. Kaikki ryhmät vähensivät merkittävästi alkoholinkäyttöään. Pitkittäistutkimus motivaatioon liittyen paljasti merkittävän yhteyden ajan ja intervention välillä: interventioryhmissä olleiden valmius juomistottumuksien muuttamiseen nousi enemmän kuin kontrolliryhmässä olleiden. Lisäksi interventiota saaneiden kynnys hakea apua ei laskenut yhtä paljon kuin kontrolliryhmän potilaiden. (Baumeister ym. 2008.)

Interventiolla ei ollut vaikutusta alkoholin kulutuksen vähentymiseen tai hyvinvoinnin lisääntymiseen 12 kuukautta sairaalahoitoon ottamisen jälkeen. Interventiolla oli positiivinen vaikutus valmiuteen muuttaa juomistottumuksia ja hakea apua alkoholiongelmiin. Interventio kompensoi interventiota saaneiden ryhmien motivaation puutteita. (Baumeister ym. 2008.)

Kuokkanen ja Seppä (2010) tarkastelivat mini-interventio suositusten soveltuvuutta käytäntöön. Tutkimuksessa Helsingin terveystieteiden keskuksen hoitajat sekä lääkärit tilastoivat viikon ajalta tekemiensä AUDIT -kyselyiden käytön, antamansa mini-interventioiden määrän, jakamansa kirjallisen aineiston sekä seurantakäytien lukumäärän. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää

tää soveltuvatko mini-interventiota koskevat Käypä hoito -ohjeet perusterveydenhuollossa käytettäväksi. Vaikka tutkimuksen perusteella hoito-ohjeet ovat soveltuvia, esiin nousi ongelma henkilökunnan aktiivisuudesta AUDIT -lomakkeen käytössä sekä varhaisneuvonnan antamisessa. Lääkärit ja hoitajat käyttivät AUDIT -testiä huomattavasti aktiivisemmin seuranta viikon aikana kuin normaalisti. Tutkimuksen etuina voidaan pitää kattavaa tiedon saantia, koska sitä saatiin ympäri Helsingin terveysasemia sekä asiakkaat olivat normaalisti terveysasemalla käyviä potilaita. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ikää tai sukupuolta ei tiedetä eikä yksittäisiä potilaita voitu identifioida. Tarpeeksi kattavan toiminnan tukemiseksi henkilökuntaa tulisi tukea ja kouluttaa mini-intervention käytössä myös ilman jatkuvaa seurantaa. Myös mini-interventioiden kirjaamiskäytännön tulisi olla säännönmukainen jotta sen toteuttamista voitaisiin seurata myös potilasasiakirjoista.

Tutkimuksiin osallistuneiden lääkäreiden ja hoitajien määrää voidaan pitää erinomaisena verrattuna samankaltaisiin ulkomaalaisiin tutkimuksiin. Lähes kaikki riskipotilaat saivat varhaisneuvontaa ainakin tutkimuksen ollessa käynnissä. Seurantakäyntiä ehdotettiin kuitenkin vain yli 20 AUDIT -pistettä saaneille. Tutkimus siis osoittaa, että mini-interventiosuosituksot soveltuvat Helsingin terveysasemilla käytettäväksi. Tulosten perusteella kattavaa mini-interventiota pystytään toteuttamaan ilman suurempia erityisiä järjestelyitä tai lisäresursseja. Huolta on herättänyt AUDIT -testin pituus ja on pohdittu onko 10 kysymystä sisältävä testi liian pitkä vastaanotolla toteutettavaksi kun huomioidaan hoitohenkilökunnan kiire. Tämän tutkimuksen perusteella täysimittainen AUDIT -kyselylomake soveltuu käytettäväksi hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla. (Kuokkanen & Seppä 2010.)

Coulton ym. (2006) tutkivat erilaisten seulontamenetelmien vaikuttavuutta ja suhteellisia kustannuksia alkoholin liikakäytön tunnistamiseksi perusterveydenhuollossa. Tutkimus toteutettiin osana opportunistista seulontaohjelmaa Iso-Britanniassa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin vertailututkimusta ja tutkimukseen osallistui 194 miestä, jotka olivat yli 18-vuotiaita sekä täyttivät AUDIT -testin lääkärin vastaanotolla. Merkittävä korrelaatio voidaan nähdä alkoholin käytön ja AUDIT -kyselylomakkeen välillä. AUDIT -kysely osoitti huomattavasti korkeamman tarkkuuden ja luotettavamman ennustettavuuden verrattaessa haitallista kulutusta arvioiviin biokemiallisiin mittareihin. AUDIT -kyselylomake on myös kustannustehokas. Näin ollen AUDIT -testiä voidaan pitää vaikuttavana ja kustannustehokkaana diagnosoinnin välineenä kun kyseessä on alkoholinkäytön rutiininomainen seulonta, jota toteutetaan perusterveydenhuollossa. (Coulton ym. 2006.)

Aallon, Alhon, Halmeen & Sepän (2009) tutkimuksen kohteena oli AUDIT -kyselylomake ja sen lyhyemmät versiot AUDIT-C, AUDIT-QF JA AUDIT-3. Tarkoitus tutkimuksessa oli määrittellä optimaaliset alkoholin kulutuksen riskirajat ja arvioida näiden kyselylomakkeiden kykyä havaita runsaasti alkoholia käyttävät henkilöt väestöstä. Tutkimuksen väestö koostui kansallisen FIN-

RISK tutkimuksen alaotoksesta. Osoitettuun satunnaisotokseen kuului 3216 suomalaista. He olivat 25-64-vuotiaita ja heidät kutsuttiin terveystarkastukseen. Tästä joukosta 1851 (57,6%) täytti AUDIT -testin ja osallistui haastatteluun, jossa käytiin läpi heidän alkoholinkäyttö Timeline Followback (TLFB) -menetelmän avulla eli takautuvalla kalenterimenetelmällä. Jos mieshenkilö käytti 16 annosta viikossa tai joi 7 juomaa kerralla kerran kuukauden aikana määriteltiin hänet TLFB -menetelmän mukaan alkoholin suurkuluttajaksi. Vastaavat lukemat naisilla oli 10 annosta viikossa tai 5 annosta juotuna kerralla.

Tutkimuksessa selvisi, että AUDIT ja sen lyhyemmät versiot ovat päteviä havaitsemaan alkoholin suurkulutuksen väestössä tehdyn tutkimuksen perusteella. Kuitenkin tarkkuus eri versioiden välillä on erilainen ja tarkkuus jokaisessa testissä saavutetaan vain käyttämällä tiettyjä riskirajaa sukupuolesta riippuen. AUDIT ja AUDIT-C versioita voidaan käyttää sekä miehillä että naisilla. Optimaalinen riskiraja on miehillä 7 tai 8 AUDIT:ssa ja 6 pistettä AUDIT-C:ssa. Naisten keskuudessa riskirajat ovat 5 pistettä AUDIT-testissä ja 4 pistettä AUDIT-C:ssa. Tutkimus osoittaa myös, että naisille suunnattu AUDIT-FQ sekä miesten AUDIT-3 ovat suhteellisen tehokkaita. Käyttämällä AUDIT -kyselylomakkeen riskirajoja havaittiin paremmin alkoholin suurkuluttajat kuin humalahakuisesti alkoholia käyttävät. (Aalto, Alho, Halme & Seppä 2009.)

Motivoivan haastattelun vaikuttavuutta testattiin Idahossa tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimuskohteena oli maaseudun asukkaat, joilla on riski sairastua alkoholiriippuvuuteen. Tutkimus toteutettiin matalatuloisten yhteisöjen terveyskeskuksissa. Terveyskeskuksesta vaarallinen alkoholinkäyttö seulottiin käyttämällä AUDIT -testiä. Tutkimukseen osallistui viisi terveyskeskusta, joista seulottiin 26 alkoholia vaarallisesti käyttävää asiakasta. Koeryhmä osallistui yhteen motivoiva haastattelu -tilaisuuteen tutkijoiden sekä omahoitajan kanssa. Verrokkiryhmälle ei tehty hoitotoimenpiteitä. Alkoholin käyttöä seurattiin kuuden viikon ajan onnistuneen ohjelmaan rekrytoinnin jälkeen. (Beckham 2006.)

Tutkimukseen osallistuneet vähensivät juotujen alkoholijuomien keskiarvoa päivää kohden. Tutkimuksen alussa verrokki joi 4.37 alkoholijuomaa päivässä ja koeryhmä 4.65 juomaa päivässä. Toisella mittauskerralla, joka toteutettiin tutkimuksen jälkeen, verrokkiryhmä joi 3,77 juomaa päivässä ja vastaava luku koeryhmällä oli 1,95. Lisäksi vaarallisesti alkoholia käyttäviltä tutkimukseen osallistuneilta mitattiin maksa arvot laboratoriotutkimuksella, myös maksa arvot laskivat koeryhmällä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että motivoiva haastattelu osoittaa lupaavaa vaikuttavuutta käytettäessä sitä interventiomuotona vaarallisesti alkoholia kuluttavien keskuudessa pienituloisten yhteisöjen terveysasemilla. (Beckham 2006.)

Motivoivan haastattelun toimivuutta on tutkittu myös nuorilla aikuisilla (18-24-vuotiaat) tapaturmapoliklinikalla. Alkoholin ongelmakäyttäjiksi luokiteltiin hoitoon päihtyneenä saapuneet tai potilaat joiden AUDIT -pistemäärä oli 8 tai enemmän. Potilaiden alkoholinkulutusta seurattiin.

tiin seuraavan vuoden aikana. Tarkoituksena oli selvittää kuinka motivoiva haastattelu sekä yksilöllinen palaute vaikuttivat alkoholinkulutukseen. Potilaista 98 kuului interventionryhmään, jonka hoito sisälsi poliklinikalla toteutetun 30-45 minuutin haastattelun, noin 20-30 minuutin kestäneen puhelinhaastattelun kolmen kuukauden jälkeen sekä yksilöllisen palautteen tapahturman jälkeen sekä kolmen kuukauden kuluttua. Toinen 100 potilaan ryhmä sai alussa sekä 3 kuukauden jälkeen yksilöllisen palautteen sekä kuukauden kuluttua 5-10 minuutin puhelinkontaktin. Juomis- ja riskikulutuspäivien määrät sekä edeltäneen kuukauden keskimääräisiä viikoittaisia alkoholiannosmääriä käytettiin alkoholinkulutuksen mittareina. Alkoholinkulutus väheni molemmissa ryhmissä. Interventionryhmään kuuluneet vähensivät alkoholinkulutusta tilastollisesti merkittävästi enemmän kaikissa mittareissa sekä seurannassa, joka tehtiin 6 ja 12 kuukauden kuluttua. Interventionryhmän juomispäivien lukumäärä alussa oli 8,3 ja vuoden kuluttua 4,5, kun taas vertailuryhmässä vastaavat luvut olivat 7,3 ja 6,5. Alkoholiannosten viikoittainen määrä oli interventionryhmässä aluksi 13,1 ja vuoden kuluttua 6,1, vastaavat luvut vertailuryhmässä olivat 10,8 ja 8,8. Vuoden seurannassa interventionryhmäläisistä 38,5% oli vähentänyt juomistaan kun taas vastaava prosentti vertailuryhmässä oli 19,3%. Sen sijaan juomistaan oli lisännyt interventionryhmään kuuluneista 5,1% ja vertailuryhmään kuuluneista 8,4%. (Barnett ym. 2007.)

7 Tulokset

Alkoholinkulutuksen vähentämiseen on useita eri keinoja, joita myös terveydenhoitaja voi työssään käyttää. Mini-interventiolla on saatu hyviä tuloksia (Ashton ym. 2016; Hurley ym. 2005; Kääriäinen 2010). Myös verkossa tapahtuvan mini-intervention on todettu olevan vaikuttava (Cashell-Smith ym. 2008.) Muut motivoivat menetelmät ja mini-intervention variaatiot (vuorovaikutteinen puhelinvastaaaja ja auttava puhelin) ovat myös osoittautuneet tehokkaiksi (Ahacic ym. 2014; Badger ym. 2008.) AUDIT -testi on käyttökelpoinen väline alkoholin riskikäytön varhaisessa tunnistamisessa (Aalto ym. 2009; Coulton ym. 2006; Kuokkanen & Seppä 2010.) Sairaalan vuodeosastoilla toteutettuina mini-interventiot ovat tehottomia (Baumeister ym. 2008; Cannin ym. 2013.)

Perusterveydenhuolto tarjoaa erinomaisen ympäristön kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivan seulontamenetelmän ja lyhytintervention muodon yhdistämiseksi, ja siten alkoholin liiallisesta kulutuksesta aiheutuvan taakan vähentämiseksi niin yksilön kuin yhteiskunnankin harteilta (Beckham 2006; Coulton 2006). Pelkkä potilasohje ei ole riittävä menetelmä, jos tähdätään potilaan alkoholin kulutuksen vähentymiseen (Bland ym. 2013). Ashtonin ym. (2016) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan toteuttamilla interventioilla oli merkittävin rooli juotujen alkoholiannosten määrien vähenemiseen ja sairaanhoitajilla yleensäkin olevan positiivinen vaikutus interventioiden toteuttajina. Perusterveydenhuollon rutiinivastaanotolla po-

tilaan omahoitajan toteuttamana seulonta ja lyhytneuvonta (5-10 min) voi vähentää alkoholin kulutusta riskikäyttäjillä (Hurley ym. 2005).

Pitkäkestoisen mini-intervention perusterveydenhuoltoon juurruttamisen myötä varhaisneuvonnan käytön aktiivisuus on kohonnut ammattilaisten keskuudessa. Perusterveydenhuollon lääkäreille tehdyssä tutkimuksessa mini-interventioaktiivisuus nousi 19,3 prosenttiyksikköä viiden vuoden aikana. (Aalto, Seppä & Seppänen 2012.) Mini-intervention erilaiset muodot ovat tehokkaita vähentämään alkoholinkulutusta, ja lisäksi ne ovat myös kustannustehokkaita (Ashton 2016; Kääriäinen 2010). Kattavakin mini-interventio pystytään toteuttamaan vastaanotoilla ilman suurempia järjestelyitä tai lisäresursseja. Mini-interventioiden kirjaamiskäytännön tulisi olla säännönmukainen, jotta varhaisneuvonnan toteuttamista voitaisiin seurata myös potilasasiakirjoista. (Kuokkanen & Seppä 2010.) Kuitenkin vain 19% uskoi pystyvänsä vaikuttamaan hyvin tai erittäin hyvin potilaan alkoholinkulutustottumuksiin (Kääriäinen 2010). Erilaisia alkoholin kulutuksen vähentämiseen tähtääviä interventiokeinoja on tutkittu laajasti. Tutkimusten tulokset ovat vaihtelevia, mutta kuitenkin puoltavat mini-interventiota vaikuttavana keinona alkoholin kulutuksen vähentämisessä. Ainoastaan Crawshawin ym. (2005) tutkimuksessa päädyttiin siihen, että sairaanhoitajan tekemä seulonta ja mini-interventio ei ole sen tehokkaampaa kuin normaali terveysneuvonta.

Motivoiva haastattelu on toimiva keino madaltaa muutoskynnystä ja lisää motivaatiota muutokseen. (Beckham 2006). Motivoivan haastattelun avulla potilaat joivat harvemmin, heillä oli vähemmän päiviä, jolloin he kuluttivat suuria määriä alkoholia sekä heidän viikkokulutuksensa laski. Puolet enemmän motivoivaa haastattelua saaneista kuin vain palautetta saaneista vähensivät alkoholin kulutusta 12 kuukauden aikana seurannassa suhteessa alkuperäiseen kulutukseen. (Barnett 2007.) Motivoivan haastattelun ja mini-intervention vaikutusten todettiin kestävän 12 kuukauden jälkeen interventioista seurannassa (Barnett ym. 2007; Cashell-Smith ym. 2008). Yksikin verkossa tapahtuva motivoiva interventio kerta on tehokas, eikä intervention toistaminen näyttäisi vahvistavan motivoivan intervention vaikutusta (Cashell-Smith ym. 2008).

AUDIT -testin käyttökelpoisuutta täysmittaisena vastaanotolla käytettäväksi on pohdittu hoitohenkilökunnan kiireen kannalta. Kuitenkin täysimittaisen AUDIT -kysely todettiin soveltuvan hoitajien vastaanotolla käytettäväksi. (Kuokkanen & Seppä 2010.) Myös lyhyemmät versiot AUDIT -testistä ovat päteviä alkoholin suurkulutuksen havaitsemisessa (Aalto ym. 2009). AUDIT -kysely on osoittanut korkeampaa tarkkuutta ja parempaa ennustettavuutta alkoholin kulutuksesta verrattuna biokemiallisiin mittareihin, ja lisäksi se on todettu kustannustehokkaaksi (Coulton ym. 2006).

Badger (2010) ja Kääriäinen (2010) tulivat siihen tulokseen, että alkoholia haitallisesti käyttävät olivat eniten huolissaan omasta alkoholin kulutuksestaan. Kääriäisen (2010) väitöskirjan yhtenä tutkimuksen tuloksena oli se, että eniten alkoholia käyttävät olivat parhaiten havainneen myös alkoholin kulutusta käsittelevän kampanjan (Viinaviikot). Ne jotka keskustelevat juomisestaan vastaanotolla ovat yleensä runsaammin alkoholia kuluttavia ja vähentävät juomistaan todennäköisemmin kuin keskikuluttajat (Ahacic ym. 2014; Badger 2010). Riskikäyttäjien alkoholin kulutukseen onkin vaikeinta vaikuttaa (Ahacic ym.2014).

Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on yleisesti hyväksyttyä niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin potilaidenkin keskuudessa, eikä siinä ei vaikuta olevan ongelmia Suomessa (Kääriäinen 2010). Tämä puoltaa sitä, että alkoholin ongelmalliseen käyttöön puuttumisessa ei ole esteenä asenteet vaan enemminkin kiire, toimintamallien puute, itseluottamuksen puute toteuttaa seulontaa ja interventioita, epäselvyys menetelmien sisällöistä, vaikeus tunnistaa runsaasti alkoholia juovia sekä epätietoisuus perusteluista aloittaa keskustelu alkoholista. (Aalto & Seppä 2006; Bendetsen ym. 2008.)

8 Pohdinta ja johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksessa oli tarkoitus selvittää terveydenhoitajan erilaisia keinoja ennaltaehkäistä ja vähentää alkoholin kulutusta sekä tutkia keinojen vaikuttavuutta. Lisäksi haluttiin koota tutkittua tietoa aiheesta terveydenhuollonammattilaisille, erityisesti terveydenhoitajille. Käytettävissä olevia keinoja ja niiden variaatioita on useita. Yleisesti ottaen tutkitut menetelmät ovat osoittautuneet tehokkaiksi.

Terveydenhoitajalla lyhytintervention toteuttajana voi olla merkittävä rooli intervention vaikuttavuuden kannalta. Huolestuttavaa on se, että vain viidesosa perusterveydenhuollon hoitajista ja lääkäreistä uskoo pystyvänsä vaikuttamaan potilaan alkoholinkulutustottumuksiin. Ammattilaisia tulisikin rohkaista seulontaa ja eri interventiomenetelmien käyttämiseen. Sen vuoksi terveydenhoitajien kouluttamiseen ja ajantasaisen tiedon ylläpitoon tulisi kiinnittää huomiota. Näin ollen tulevaisuudessa rutiininomaiseksi muodostuvan työskentelyn myötä hyödyt seulonnasta ja interventiosta potilaille sekä myös taloudellisesti tulevat todennäköisesti lisääntymään. Koska yksittäinenkin verkossa tapahtuva motivoiva interventiokerta on todettu vaikuttavaksi, eikä interventioita tarvitse toistaa vaikutuksen tehostamiseksi, voidaan päätellä motivoivan intervention olevan vaikuttavuutensa lisäksi myös kustannustehokas.

Alkoholin kulutuksen vähentämiseen tähtäävät keinot eivät ole yhtä vaikuttavia alkoholin riskikuluttajilla, kuin mitä ne ovat alkoholia haitallisesti käyttävillä. Riskikuluttajat eivät vielä tunnista alkoholin kulutukset kehittymistä mahdollisesti haitalliseksi. Tämän vuoksi tulevai-

suudessa pitäisi kiinnittää huomiota riskikuluttajien seulontaan sekä kohdentaa interventioita tehokkaammin myös heihin.

Perusterveydenhuollon rooli seulonnan ja varhaisen puuttumisen ympäristönä on keskeinen, koska sairaalan vuodeosastolla mini-interventiolla ei ole todettu olevan vaikutusta. Tämän vuoksi varhaisneuvontaan tulisi panostaa perusterveydenhuollossa.

Alkoholin käytön seulonta - ja interventiomenetelmät ovat vaikuttavia ja paljon tutkittuja. Sitä, miten interventiot kohdennetaan oikea-aikaisesti ja oikeille potilaille, tulisi tarkentaa jatkossa. Näin interventioista saatavat hyödyt olisi mahdollista maksimoida, mikä olisi kaikkien osapuolien kannalta hyödyllisintä ja tarkoituksenmukaisinta.

9 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden ja tutkimustavan arviointi mahdollistetaan lukijalle kuvaamalla katsauksen vaiheet yksiselitteisesti ja systemaattisesti (Holopainen, Hakulinen-Viitanen & Tossavainen 2008, 23). Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessia on kuvattu tarkasti ja esitetty liitteenä, joka mahdollistaa toistettavuuden sekä prosessin seuraamisen. Näin ollen reliiäbelius eli mittaus-tulosten toistettavuus on varmistettu. Koska tutkimuksessa on käytetty englanninkielisiä tutkimuksia saattaa käänkösvirhe olla mahdollinen, tosin epätodennäköinen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen tarvitaan ainakin kaksi tutkijaa, jotta tutkimusten valitsemista ja niiden käsittelyä voidaan pitää luotettavana (Antes ym. 2003).

Tutkimusten saatavuus vaikutti myös tutkimusten valintaan: osa tutkimuksista jouduttiin jättämään kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle, joko niiden maksullisuuden vuoksi tai sen vuoksi, että koko tekstiä ei ollut saatavilla. Näin olleen jokin merkittävä tutkimus on saattanut jäädä tutkimusaineiston ulkopuolelle. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellyistä tutkimuksista laadittiin taulukko (Liite 2), jossa ilmenee tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineiston laajuus, aineistonkeruumenetelmä sekä tutkimuksen keskeiset tulokset. Alkuperäistutkimusten tulokset käytiin läpi molempien tekijän toimesta useamman kerran analyysin luotettavuuden vuoksi.

Tehtäessä hoitotyön opinnäytetyötä joudutaan miettimään, voidaanko perusterveydenhuollossa tehtyjen tutkimusten tuloksia tehdä johtopäätöksiä ja yhdistää ne erikoissairaanhoidon potilaisiin tai voidaanko kansainvälisen tutkimuksen tuloksia verrata suomalaiseen terveydenhoitoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty kaikki aiheeseen sopivat kotimaiset tutkimukset. Kansainvälisten tutkimusten kohdalla on arvioitu tutkimusympäristön ja maan mukaan soveltuuko kyseinen tutkimus aiheeseemme.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen lähtökohta. Eettisiä ratkaisuja tehdään läpi tutkimusprosessin, jotka vaikuttavat aiheen valintaan, tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013.) Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää eettisenä tutkimusmenetelmänä, koska käsiteltävät tutkimukset ovat jo tehty ja niiden eettisyys on varmistettu jo valintavaiheessa.

Eettiset tutkimukset ovat ydin koko tieteelliselle toiminnalle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten eettisyyteen on kiinnitetty huomiota tutkimuksia valittaessa. Opinnäytetyön aineistojen valinta on esitetty taulukossa sekä kirjallisuuskatsauksen tulokset on raportoitu avoimesti. Kirjallisuuskatsauksessa ei ilmene eettistä ongelmaa, koska eettisesti arkoja aiheita ei ole käsitelty.

Lähteet

Aalto, M., Alho, H., Autti-Rämö, I., Eskola, K., Holopainen, A., Kaarne, T., Komulainen, J., Niemelä, O., Niemelä, S., Simojoki, K., Sundqvist, M., Vormaa, H. Alkoholi-ongelman hoito, 2015. Käypähoito suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.10.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00031>

Aalto, M., Alho, H., Halme, J., Seppä. 2009. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 103(2009)25-29.

Aalto, M., Seppä, K. 2010. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. *Työterveyslääkäri*. Viitattu 20.12.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00733

Aalto, M., Seppä, K. 2006. Chapter 8 Finland. Teoksessa: Heather, N. 2006. WHO Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: report on phase IV: development of countrywide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva: World Health Organization.

Aalto, M., Seppä, K., Seppänen, K. 2012. Institutionalization of Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care - The Finnish Case. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. Vol. 36, No.8.

Ahacic, K., Helgason, A., Nederfeldt, L. 2014. The national alcohol helpline in Sweden: an evaluation of its first year. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2014,9:28.

Ansari, MT., Doucette, S., Ji, J., Moher, D. Sampson, M., Shojania, KG. 2007. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Annals of Internal Medicine* 147, 224-33. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007*, 4-7.

Antes, G., Khan, KS., Kleijnen, J., Kunz, R. 2003. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine, How to review and apply findings of healthcare research*. The Royal Society of Medicine Press Ltd, London. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007*, 4-7.

Ashton, C., Bradley, J., Kaner, E., Melendez-Torres, G., Newbury-Birch, D., O'Donnell, A., Platt, L. 2016. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting practitioner group and content matter. Findings from a systematic review and meta-regression analysis. *BJM*.

Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.). 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007*.

Axelin, A. Stolt, M. Suhonen, R. (toim.). 2015. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2015*.

A-klinikkasäätiö. 2016. Viitattu 27.9.2016. <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>

A-klinikkasäätiö. 2016. Päihdesairaala. Viitattu 27.9.2016. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/paihdesairaala/>

A-klinikkasäätiö. 2016. Toiminta. Viitattu 27.9.2016. <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/toiminta>

- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. 2001. The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. World Health Organization.
- Babor, T. F., Kancer, E., Nilsen, P. 2008. Brief intervention, three decades on - an overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2008; 25: 453-67.
- Badger, G., Ferraro, T., Helzer, T., MacLean, C., Rose, G., Skelly, J. 2010. Interactive voice response technology can deliver alcohol screening and brief intervention in primary care. *Society of General Internal Medicine*. 25(4):340-4. B)
- Badger, G., Guth, S., Helzer, J., Lindberg, S., Rose, G., Searles, J., Thomas, C. 2008. Using interactive voice response to enhance brief alcohol intervention in primary care settings. *J Stud Alcohol Drugs*. Mar;69(2):251-8. A)
- Barnett, NP., Colby, SM., Gwaltney, CJ., Monti, PM., Rohsenow, DJ., Spirito, A. 2007. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction* 2007;102;1234-43.
- Baumeister, SE., Bischof, G., Cober, B., Freyer-Adam, J., Hapke, U., John, U., Paatsch, K., Riedel, J., Rumpf, HJ., Wedler, B. 2008. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Mar 1;93(3):233-43. Epub 2007 Dec 3.
- Beckham, N. 2007. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Feb 2007. Vol.19(2),pp.103-10.
- Bendtsen, P., Geirsson, M., Holmqvist, M., Nilsen, P., Rommelsjö, A., Spak, F. 2008. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addictive Behaviours* 33 (2008) 301-314.
- Benefield, R. G., Miller, W. R. Tonigan, J. S. 1993. Enhancing motivation for change in problem drinking. A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3), 455-461.
- Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Drummond, C., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Kaner, E., Myles, J., Newbury-Brich, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J. 2013. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*2013;346:E8501.
- Canning, U., Gunstone, C., Kennell-Webb, S., Marshall, J., Peters, T., Shiles, C., Wessely, S. 2013. Randomised controlled trial of a brief alcohol intervention in a general hospital setting. *Trials* 2013;14:345.
- Cashell-Smith, M L., Herbison, P., Kypri, K., Langley J D., Saunders, J B. 2008. Randomized Controlled Trial of Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care. *American Medical Association*.
- Crawshaw, A., Doughty, J., Heather, N., Kaner, E., Lock, CA., McNamee, P., Pearson, P., Purdy, S. 2006. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 54(4),426-439.
- Cochrane Database of Systematic Reviews CDSR. 2016. Viitattu 6.12.2016. <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>
- Coulton, S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland, M., Parrott, S., Peters, T. 2006. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ: British Medical Journal* 332.7540.

- Egger, M., O'Rourke., Smith, GD. 2001. Rationale potentials and promise of systematic reviews. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, 4-7.
- Fors, R., Heimala, H., Kejonen, A., Pitkänen, M. Strand, T., Tamminen, I., Tenkanen, T. 2012. Yhteistä ponnistelua alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi - Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012-2015. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.
- Heljälä, L., Jurvansuu, H., Kuokkanen, M. 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Vammalan kirjapaino Oy.
- Hurley, T G., Ockene, J K., Reed, G W., Reiff-Hekking, S. 2005. Brief Physician and Nurse Practitioner-delivered Counselling for High-risk Drinking. Results at 12-Month Follow-up. J Gen Intern Med. 2005 Jan; 20(1): 7-13.
- Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Tossavainen, K. 2008. Systematic review - a method for nursing research. Teoksessa Axelin, A. Stolt, M. Suhonen, R. (toim.). 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2015.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, 4-7.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas - näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koski-Jännes, A. 2013. Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät. Teoksessa Peltoniemi, T. Pääasiana alkoholi: Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. 2008. Saarnio, P. Kohti muutosta: Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Tammi.
- Kuokkanen, M., Seppä, K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? Duodecim. 2010;126;1322-7.
- Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Miller, W. R. 1985. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin 98(1), 84-107.
- Miller, W. R., Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: Preparing People for Change (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Murto, L., Mäkelä, R. 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa Peltoniemi, T. Pääasiana alkoholi: Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.
- Nilsen, P. 2010. Brief alcohol intervention - where to from here= Challenges remain for research and practice. Addiction. 105. 954-959.

Oxman, AD. 1994. Systematic reviews: Checklist for review articles. *British Medical Journal* 309 (6955), 648-651

Pilowsky, D. Wu, L-T. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. *Addictive Behaviours* 38(2013)2146-2153.

Seppä, K. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio - hoitosuosituksen yhteenveto. Suomen Printman Oy.

Seppä, K. 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10*. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Viitattu 27.12.2016
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113576/Es200306.pdf?sequence=1>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Taulukot

Taulukko 1: Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Työhön valitut tutkimukset on julkaistu vuosina 2000 -2016	Tutkimukset, joissa käsitellään nuorten alkoholinkäyttöä
Tutkimukset, jotka käsittelivät aikuisväestöä (18 - 65-vuotiaat)	Tutkimukset, joissa käsitellään yli 65 - vuotiaiden alkoholinkäyttöä
Julkaisujen tullut olla suomen- tai englanninkielisiä	Alkoholiriippuvuus
Tutkimus on tehty työympäristössä, jossa myös terveydenhoitaja voi työskennellä	Sekakäyttö

Taulukko 2: Tietokantahaku ja manuaalinen haku

	Tulokset	Valitut
Tietokantahaku	483	7
Manuaalinen haku		11
Yhteensä		18

Liitteet

Liite 1 Tietohaku mukaan valituista tutkimuksista tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	Alkoholi* AND ennaltaehkäisy * Vuosiväli: 2000-2016	226	15	2	2
ProQuest	Ab (alcohol) AND ab (brief intervention) AND ab (primary care) AND ab (screening) 2005-2016 peer reviewed, full text	63	6	4	2
EBSCO	"Brief alcohol intervention" AND "primary health care" AND "alcohol" 2000-2016	36	7	1	1
Science Direct	"Brief intervention" AND "alcohol" KEYWORDS 2000-2016	139	5	1	1
Wiley	"Primary health care" AND "alcohol"	19	12	1	1
Manuaalinen haku					11
	Yhteensä	483	45	9	18

Liite 2 Tutkimusten yhteenveto

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Kuokkanen & Seppä 2006-2008 Suomi	Selvittää Käypä hoito- suosituksen mini-interventio osuuden soveltuvuutta käytäntöön Helsingin perusterveydenhuollossa.	N= 1 636 (potilasta, joiden AUDIT - pistemäärä oli yli 8) Kysely	Mini-interventio suositukset toteutuvat hyvin Helsingin terveysasemilla. Mini-interventiota pystytään toteuttamaan ilman suurempia erityisjärjestelyitä tai lisäresursseja. Lisäksi tutkimuksen perusteella täysmittainen AUDIT -kyselylomake soveltuu käytettäväksi hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla.
Coulton ym. 2007 Iso-Britannia	Arvioida erilaisten seulontamenetelmien vaikuttavuutta ja suhteellisia kustannuksia alkoholin liikkakäytön tunnistamiseksi perusterveydenhuollossa	N= 6 lääkäriä ja N= 194 mies potilasta Vertailututkimus	Merkittävä yhteys voidaan nähdä alkoholin käytön ja AUDIT -testin pisteiden välillä. AUDIT -testiä voidaan pitää vaikuttava ja kustannustehokkaana diagnosoinnin välineenä kun kyseessä on alkoholinkäytön rutiininomainen seulonta, jota toteutetaan perusterveydenhuollossa. AUDIT -kysely osoitti huomattavasti korkeamman tarkkuuden ja luotettavamman ennustettavuuden kuin kaikki muut haitallista kulutusta arvioivat biokemialliset mittarit.
Crawshaw ym. 2000-2003 Englanti	Arvioitiin mini-interventio vaikutuksia verrattuna kontrolliryhmän saamaan tavanomaiseen hoitoon. Interventiot ja seulonta toteutettiin sairaanhoitaja vetoisesti perusterveydenhuollossa. Menetelmien tehokkuuteen ja kustannustehokkuuteen kiinnitettiin huomiota.	N= 127 potilasta ja N= 93 työntekijää Satunnaistetusti ryhmitelty kontrolloitu vaikuttavuus- tutkimus	Tutkimuksen tulosten mukaan interventio ja kontrolliryhmillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa alkoholin käyttö tottumuksiin, ei edes 6 ja 12 kuukauden seurannassa. Interventio ja kontrolliryhmien välillä ei ollut eroa terveyspalveluiden myöhemmässä käytössä. Sairaanhoitajan tekemä seulonta ja mini-interventio ei ole sen tehokkaampi verrattuna normaaliin terveysneuvontaa.

<p>Barnett ym. 2007 Yhdysvallat</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää kuinka motivoiva haastattelu sekä yksilöllinen palaute verrattuna pelkkään palautteeseen vaikuttivat alkoholin kulutuksen seuranta vuoden aikana.</p>	<p>N= 198 potilasta</p> <p>Satunnaistettu kontrollitutkimus</p>	<p>Interventioryhmän juomispäivien lukumäärä alussa oli 8,3 ja vuoden kuluttua 4,5 kun taas vertailuryhmässä vastaavat lukemat olivat 7,3 ja 6,5. Alkoholiannosten viikoittainen määrä oli interventioryhmässä aluksi 13,1 ja vuoden kuluttua 6,1 vastaavat luvut vertailuryhmässä olivat 10,8 ja 8,8. Vuoden seurannassa interventioryhmäläisistä 38,5% oli vähentänyt juomistaan kun taas vastaava prosentti vertailuryhmässä oli 19,3%. Sen sijaan juomistaan oli lisännyt interventioryhmään kuuluneista 5,1% ja vertailuryhmäläisistä 8,4%.</p>
<p>Bendtsen ym. 2008 Ruotsi</p>	<p>Selvitettiin missä määrin perusterveydenhuollon yleislääkärit ja sairaanhoitajat keskustelevat alkoholiongelmista potilaiden kanssa, minkälainen on heidän tietämyksensä alkoholiongelmista ja kuinka tärkeäksi he kokevat keskeiset ongelmat sekä mitkä tekijät voisivat lisätä interventioaktiivisuutta perusterveydenhuollossa.</p>	<p>N= 1821 lääkäriä ja N= 3125 sairaanhoitajaa</p> <p>Kysely</p>	<p>Tutkimuksen mukaan puolet lääkäreistä ja 28% hoitajista keskustelee toistuvasti potilaiden kanssa alkoholista. Ajan puute oli yksi yleisimmistä syistä olla keskustelematta alkoholista huolimatta siitä, että potilaan oireet saattoivat olla yhteydessä alkoholiin. Ne hoitajat ja lääkärit, jotka eivät säännöllisesti keskustele alkoholista potilaidensa kanssa, kertoivat ottavansa alkoholin puheeksi ainoastaan silloin kun he uskovat että potilaalla on alkoholista johtuvia oireita. Lisäksi tieto ja koulutus ovat tärkeitä, jotta aktiivisuus alkoholin puheeksi ottaminen potilaiden kanssa lisääntyisi.</p>
<p>Kääriäinen 2010 Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää mini-intervention käyttöönottoa ja sen saamista osaksi terveydenhuollon tavanomaista toimintaa. Lisäksi selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisten asenteita, tietoja ja taitoja suhteessa alkoholiin liittyviin potilaskontaktteihin.</p>	<p>N= 473 työntekijää ja N= 139 eri toimipistettä</p>	<p>Runsaimmin alkoholia käyttävät olivat havainneet kampanjan parhaiten sekä olivat eniten huolissaan omasta alkoholin kulutuksestaan. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen on yleisesti hyväksyttyä niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin potilaidenkin keskuudessa, eikä siinä ei vaikuta olevan ongelmia Suomessa.</p>

<p>Aalto & Seppä 2006 Suomi</p>	<p>Tampereen terveyskeskuksissa toteutetussa esittely projektissa oli tarkoitus selvittää kuinka halukas terveyskeskuksen hoitohenkilökunta on toteuttamaan alkoholin käyttöön liittyvää mini-interventiota. Kohderyhmien avulla oli tarkoitus saada terveydenhuollon ammattilaisilta ajatuksia siitä, miten mini-interventiot tulisi toteuttaa.</p>	<p>N= 18 lääkäriä ja N= 16 sairaanhoitajaa</p> <p>Kysely</p>	<p>Mini-intervention käyttämisen esteeksi kerrottiin muun muassa epäselvyys mini-intervention sisällöstä, itseluottamuksen puute toteuttaa niitä, vaikeus tunnistaa alkoholia runsaasti juovia, epätietoisuus perusteluista herättää keskustelua alkoholiongelmista, ajan sekä yksinkertaisten suositusten puute. Kokeneemmat ammattilaiset pitivät verbaalisia kysymyksiä parempana tapana saada tietoa potilaan alkoholin käytöstä kuin strukturoituja kyselyitä käyttämällä. Nuoremmat lääkärit taas suosivat mieluummin kyselylomakkeita.</p>
<p>Aalto, Seppä & Seppänen 2012 Suomi</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää perusterveydenhuollon lääkäreiden aktiivisuutta käyttää mini-interventiota</p>	<p>N= kaikki perusterveydenhuollon lääkärit</p> <p>Kysely</p>	<p>Lääkäreiden mini-interventio aktiivisuus oli vuonna 2002 59,2% ja kohosi 78,5% vuonna 2007. Perusterveydenhuollossa toimineet erikoistuneiden lääkäreiden, työterveyslääkäreiden sekä pitkään perusterveydenhuollossa toimineiden lääkäreiden aktiivisuus oli korkeampi.</p>
<p>Ashton ym. 2006</p>	<p>Arvioidakseen lyhytinterventioiden vaikutusta alkoholin kulu- tukseen. Lisäksi lyhytinterventioiden keinojen määriteltiin keskittyvän yleensä strukturoituun neuvontaan sisältäen yksilön henkilökohtaisen riskinarvioinnin, tai nopeaan potilaskeskiseen motivoivaan keskusteluun.</p>	<p>N= 52 tutkimusta ja N= 29 891 henkilöä</p> <p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Lyhytinterventioiden todettiin vähentävän kulutetun alkoholin määrää. Mini-interventioilla todetaan olevan pieni, mutta merkittävä rooli alkoholin kulu- tuksen vähentäjänä. Katsauksen tulokset osoittavat, että lyhytintervention tekijän ammatilla saattaa olla merkitystä intervention vaikuttavuuteen. Sairaanhoitajilla havaittiin olevan myönteinen rooli lyhytinterventioiden toteuttajina. Lyhytintervention vaikuttavuus näkyi tällöin vähentyneenä alkoholiannosten määränä juomiskertaa kohden.</p>

Hurley ym. 2005	Tavoitteena oli määrittää perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden antaman lyhytneuvonnan vaikutuksia alkoholin kulutuksen vähenemiseen korkean riskitason alkoholin kuluttajilla.	N= 447 potilasta Kontrolloitu kliininen tutkimus	12 kuukauden jälkeen tehtiin seuranta, jossa havaittiin, että erityisinterventiota saaneiden potilaiden muutos alkoholin viikoittaiseen käyttömäärän oli vähentynyt ja muutos oli merkittävästi suurempi kuin normaalia neuvontaa saaneiden. Lisäksi niistä potilaista, joiden juominen oli vähentynyt kuuden kuukauden seurannan kohdalla, suurempi osa erityisinterventiota kuin normaalia neuvontaa saaneita ylläpiti muutoksen 12 kuukauden kohdalla seurannassa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan omahoitajan tai -lääkärin toteuttama lyhyt 5 - 10 minuutin neuvonta ja ohjaus osana perusterveydenhuollon rutiinivastauttao- taanottoa voi vähentää korkean riskin juojien alkoholinkulutusta.
Bland ym. 2013	Tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää erilaisten mini-interventiomenetelmien vaikutavuutta vähentää vaarallisesti tai haitallisesti alkoholia käyttävien juomista perusterveydenhuollossa.	N= 756 potilasta Satunnaistetusti ryhmitelty kontrolloitu vaikuttavuus- tutkimus	Henkilön alkoholin käyttö ei ole haitallista tai vaarallista jos AUDIT -testin pistemäärä on alle 8. Kolmen interventioryhmän välillä ei havaittu merkittäviä eroja alle 8 pistettä saaneiden määrässä.
Cashell-Smith ym. 2008	Tutkittiin verkossa tapahtuvan motivoivan lyhytintervention vaikutusta 17-29-vuotiaiden yliopisto-opiskelijoiden alkoholin käyttöön	N= 576 opiskelijaa Satunnaistettu vertailututkimus	Tutkimuksen tuloksena saatiin, että yksittäinen verkossa tapahtuva motivoiva interventio vähensi riskijuomista, ja riskijuomista vähentävä vaikutus kesti vuoden. Uudet interventiot toteutettuna määräajoin ensimmäisen intervention jälkeen eivät vaikuttaneet tehostaneen motivoivan intervention vaikutusta.
Badger ym. 2008	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella vuorovaikutteisen puhelinvastaajan soveltuvuutta ja tehokkuutta mahdollisena hoitomenetelmänä mini-intervention lisäksi.	N= 112 työntekijää ja N= 15 terveyskeskusta Satunnaistettu kontrollitutkimus	Vuorovaikutteista puhelinvastaajaa voidaan pitää toteuttamiskelpoisena itsetarkkailumahdollisuutena perusterveydenhuollossa sekä lisänä mini-interventiolle.

Ahacic, Helgason & Niderfeldt 2014	Tutkimuksessa arvioitiin sen toimintaa ensimmäisen vuoden aikana sekä tutkimukseen osallistuneiden alkoholin käytön muutosta.	N= 40 asiakasta Haastattelututkimus	Tutkimusta varten tehdystä seurannassa asiakkaiden keskimääräinen AUDIT -pistemäärä oli laskenut 14 pisteeseen. Vaikka enemmän alkoholia kuluttavat vähensivät juomistaan, haitallisesti alkoholia käyttävien määrälle ei tapahtunut muutosta tutkimuksen aikana. Tutkimus osoittaa, että auttava puhelin on vaihtoehto vähentää haitallista alkoholin kulutusta.
Badger ym. 2010	Tutkimusta varten kehitettiin mini-interventiomalli, jota toteutettiin vuorovaikutteisen puhelinvastaajan avulla. Tarkoituksena oli tarkastella vuorovaikutteisen puhelinvastaajan käyttöastetta, puhelujen kestoja ja potilaiden antamia raportteja puhelinvastaajan hyödyllisyydestä.	N= 188 potilasta Haastattelututkimus	Potilaiden mielipiteet olivat yleensä positiivisia tai neutraaleja. Noin 40% potilaista kertoi, että interaktiivisen puhelinvastaajan avulla toteutettu varhaisneuvonta oli motivoinut heitä muuttumaan. Noin puolet potilaista oli keskustellut alkoholin käytöstään terveydenhuollonammattilaisen kanssa vastaanotolla. Potilaat, jotka raportoivat vastaanotolla saadusta mini-interventiosta sekä käyttivät puhelinvastaajaa vähensivät alkoholin kulutustaan keskimäärin 25% kahdessa viikossa
Canning ym. 2013	Tutkia 10 minuuttia kestävien mini-interventioiden vaikutusta tavallisilla sairaaloiden vuodeosastoilla riski alkoholin käyttäjien keskuudessa.	N= 154 tutkittavaa Satunnaistettu vertailututkimus	Tutkimuksen tulosten perusteella 10 minuutin sairaalan vuodeostolla toteutetuilla mini-interventioilla ei ole vaikutusta riskikuluttajiin. Kuitenkin interventio- sekä kontrolliryhmä vähensi juomista kuluneen vuoden aikana.
Baumeister ym. 2008 Saksa	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia motivoivan haastattelun vaikutusta potilaan alkoholin kulutukseen, motivaatioon ja hyvinvointiin.	N= 595 potilasta Satunnaistettu vertailututkimus	Interventiolla ei ollut vaikutusta alkoholin kulutuksen vähentymiseen tai hyvinvoinnin lisääntymiseen 12 kuukautta sairaalahoitoon ottamisen jälkeen. Interventiolla oli positiivinen vaikutus valmiuteen muuttaa juomistottumuksia ja hakea apua alkoholiongelmien. Interventio kompensoi interventiota saaneiden ryhmien motivaation puutteita.

<p>Aalto ym. 2009 Suomi</p>	<p>Tarkoitus tutkimuksessa oli määrittellä optimaaliset alkoholin kulutuksen riskirajat ja arvioida näiden kyselylomakkeiden kykyä havaita runsaasti alkoholia käyttävät henkilöt väestöstä.</p>	<p>N= 1851 Haastattelututkimus</p>	<p>Tutkimuksessa selvisi, että AUDIT ja sen lyhyemmät versiot ovat päteviä havaitsemaan alkoholin suurkulutuksen väestössä tehdyn tutkimuksen perusteella. Kuitenkin suorituskyky eri versioiden välillä on erilainen ja tarkkuus jokaisessa testissä saavutetaan vain käyttämällä tiettyjä riskirajaa sukupuolesta riippuen. Käyttämällä AUDIT -kyselylomaketta havaitaan paremmin alkoholin suurkuluttajat kuin humalanhakisesti alkoholia käyttävät.</p>
<p>Beckham 2006 Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli testata motivoivan haastattelun vaikuttavuutta terveyskeskuksissa.</p>	<p>N= 26 potilasta Satunnaistettu vertailututkimus</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet vähensivät heidän juomiensa alkoholijuomien keskiarvoa päivää kohden. Tulosten perusteella voidaan todeta, että motivoiva haastattelu osoittaa lupaavaa vaikuttavuutta käytettäessä sitä interventiomuotona vaarallisesti alkoholia kuluttavien keskuudessa pienituloisten yhteisöjen terveysasemilla.</p>