

Tiia Koivu

Lotta Saattonen

Taija Valkeapää

HOITAJIEN PÄIHDEOSAAMINEN
POHJOIS-KYMEN SAIRAALAN
PÄIVYSTYKSESSÄ

Päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointi

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja, hoitotyön koulutusohjelma

Toukokuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Tiia Koivu, Lotta Saattonen, Taija Valkeapää	Sairaanhoitaja, hoitotyön koulutusohjelma	Toukokuu 2016
Opinnäytetyön nimi		63 sivua +
Hoitajien päihdeosaaminen Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä Päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointi		12 liitesivua
Toimeksiantaja		
Pohjois-Kymen sairaala, päivystys		
Ohjaaja		
Lehtori Terhi Hede, osastonhoitaja Jari Hinkkurinen		
Tiivistelmä		
<p>Tämä hankkeistettu opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen osastonhoitajan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan päihdeosaamista ja tavoitteena selvittää, mitä haasteita on päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa. Päihdeosaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, koska huumeaineiden ja alkoholin kulutus ovat kasvaneet viimeisten vuosikymmenten aikana.</p>		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnalle maaliskuussa 2016. Kyselyn avulla kartoitettiin hoitohenkilökunnan päihdeosaamista. Kyselyllä selvitettiin, onko hoitohenkilökunnalla kattava päihdeosaaminen ja miten päihtynyt potilas kohdataan ja tunnistetaan päivystyksessä. Lisäksi kyselyn avulla selvitettiin, mitkä ovat päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteet. Kyselylomakkeen tekemiseen käytettiin Webropol-ohjelmaa, jonka jälkeen avoin internetlinkki lähetettiin sähköpostitse hoitohenkilökunnalle, joita oli 59 henkilöä. Vastauksia kyselyyn tuli 23.</p>		
<p>Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajien päihdeosaaminen Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä ei ole riittävää. Päihtyneiden aiheuttamia oireita tunnistettiin melko huonosti. Lisäksi päihtyneen potilaan tunnistamisessa hoitajat kokivat myös olevan puutteita, etenkin huumeaineita käyttäneen potilaan tunnistaminen koettiin haastavaksi. Tämä näkyi halukkuutena saada lisäkoulutusta päihtyneiden aiheuttamista oireista. Hoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta myös hoidon tarpeen arviointiin.</p>		
<p>Aiheesta on mahdollista tehdä jatkotutkimusta hoitajien asenteista päihtyneitä kohtaan ja laajentaa tutkimusta koskemaan myös päihdeosaamisen vaikutuksia hoidon tarpeen arviointiin. Lisäksi olisi aiheellista tutkia syvällisemmin päihdekoulutuksen vaikutuksia päihdeosaamiseen, jotta selviäisi onko koulutus päivystyksen tarpeita vastaava.</p>		
Asiasanat		
Päihdeosaaminen, päivystys, päihtynyt, huumeaine, alkoholi, kannabis, opioidi, halusinogeeni, stimulantti, sekakäyttö, hoidon tarpeen arviointi		

Author (authors) Lotta Saattonen, Taija Valkeapää, Tiia Koivu	Degree Bachelor of Health Care	Time May 2016
Thesis Title Nurses' knowledgement on intoxicating substances in Pohjois-Kymi Hospitals casualty and emergency department – Assessment of intoxicated patient		63 pages + 12 pages of appendices
Commissioned by Pohjois-Kymi Hospital, casualty and emergency department		
Supervisor Terhi Hede, Senior Lecturer		
Abstract <p>This bachelor's thesis has been produced in cooperation with Pohjois-Kymi Hospitals ward manager and health care workers. The objective of the thesis was to study the knowledgement of health care workers on intoxicating substances and what are the challenges on patient assessment of intoxicated patient. Knowledge of intoxicating substances is important part of nursing because the consumption of alcohol and drugs has increased in last few decades.</p> <p>This study was made as a quantitative survey for all health care workers of Pohjois-Kymi Hospitals casualty and emergency department in March 2016. Purpose of the survey was to gather information of the knowledge on intoxicating substances between health care workers and how patients under the influence of intoxicating substances are encountered and recognized. Also the challenges of assessment on intoxicated patients were solved. Open link to survey was sent to respondents work emails by ward manager Jari Hinkkurinen. Survey was made by 23 of 59 respondents via Webropol.</p> <p>The results showed that knowledgement of intoxicating substances between nurses working in Pohjois-Kymi Hospitals emergency and casualty department was not sufficient. Symptoms caused by various intoxicating substances were poorly recognized. Nurses also felt that there were flaws on recognizing patient who is under the influence of intoxicating substances. Especially recognizing patient who has used drugs was challenging for the nurses. This reflected on willingness to participate in further education and training about symptoms caused by intoxicating substances. Nurses also felt that they need further education and training on patient assessment.</p> <p>Further research can be made for example about nurses' attitudes towards intoxicated patients. This thesis could be expanded to include how knowledgement on intoxicating substances affects on patient assessment. It would also be appropriate to study how further education and training affects on knowledgement on intoxicating substances. That study would show if the education of intoxicating substances is corresponding to the needs of casualty and emergency department.</p>		
Keywords Knowledgement on intoxicating substances, emergency and casualty department, intoxicated, drug, alcohol, cannabis, opioid, hallucinogen, stimulant, mixed use of intoxicating substances, patient assessment		

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1	Päivystyspoliklinikka	8
2.2	Päihteidenkäyttäjän määrittely.....	9
2.3	Hoidon tarpeen arviointi.....	10
3	SAIRAANHOITAJIEN KOULUTUS JA PÄIHDEOSAAMINEN.....	10
4	YLEISIMMÄT PÄIHTEET SUOMESSA JA PÄIHTEIDEN AIHEUTTAMAT OIREET ..	11
4.1	Päihteiden käyttö Suomessa	11
4.2	Alkoholi.....	13
4.2.1	Alkoholin aiheuttamat oireet.....	13
4.2.2	Alkoholimyrkytys	14
4.3	Kannabis.....	15
4.3.1	Kannabiksen aiheuttamat oireet.....	16
4.3.2	Kannabismyrkytys	17
4.4	Opioidit	17
4.4.1	Opioidien aiheuttamat oireet	18
4.4.2	Opioidimyrkytys.....	18
4.5	Hallusinogeenit	19
4.5.1	Hallusinogeenien aiheuttamat oireet	19
4.5.2	Hallusinogeenimyrkytys.....	20
4.6	Stimulantit.....	21
4.6.1	Stimulanttien aiheuttamat oireet.....	21
4.6.2	Stimulanttimyrkytys	22
4.7	Sekakäyttö.....	23

5	PÄIHTYNYT POTILAS PÄIVYSTYKSESSÄ.....	24
5.1	Päihtyneen potilaan kohtaaminen.....	25
5.2	Päihteenkäyttäjän tunnistaminen.....	26
5.2.1	Laboratoriokokeiden avulla tunnistaminen.....	27
5.2.2	Huumepikatesti.....	28
6	PÄIHTYNEEN POTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	30
6.1	Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi.....	30
6.2	Hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas Pohjois-Kymen sairaalan päivystyspoliklinikalla.....	30
6.3	Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen päivystyspoliklinikalla.....	32
6.4	Päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteet.....	34
7	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	36
8	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN.....	37
9	MÄÄRÄLLISEN KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	38
9.1	Kohderyhmä.....	38
9.2	Kyselyn laatiminen.....	39
9.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	41
9.4	Katoanalyysi.....	42
10	TULOKSET.....	43
10.1	Taustakysymykset.....	43
10.2	Hoitohenkilökunnan oma arvio päihdeosaamisesta.....	44
10.3	Päihdeosaaminen.....	46
10.4	Päihtyneen potilaan kohtaaminen.....	48
10.5	Päihtyneen potilaan tunnistaminen.....	50
10.6	Hoidon tarpeen arviointi.....	51
10.7	Tulosten yhteenveto.....	55
11	POHDINTA.....	56
11.1	Henkilökunnan oma arvio omasta päihdeosaamisestaan.....	56
11.2	Päihdeosaaminen päivystyksessä.....	57
11.3	Päihtyneen potilaan kohtaaminen ja tunnistaminen.....	58
11.4	Hoidon tarpeen arviointi.....	59

11.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	60
11.6 Hyödynnettävyys ja kehittämissuhteet	62

LÄHTEET

KUVALUETTELO

LIITTEET

- Liite 1. Ohje päihtyneen potilaan kohtaamiseen
- Liite 2. Tunnista päihtynyt
- Liite 3. Tutkimustaulukko
- Liite 4. Saatekirje
- Liite 5. Webropol-kysely
- Liite 6. Muuttujaluettelo

1 JOHDANTO

Tällä hetkellä huumeiden käyttökokeilun kasvu on tasoittumassa, mutta se on kasvanut huomasti 1990-lukuun verrattuna. Suomessa alkoholista ja sen käytöstä johtuvat ongelmat ovat yleisempiä, vaikka huumausaineiden käyttö onkin lisääntynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana alkoholin kulutus on kasvanut viisinkertaisesti. (Varjonen 2015, 31–32; Päihdelinkki 2011.)

Päihtynyt henkilö voi hakeutua päivystyspoliklinikalle monista eri syistä. Syinä voivat olla esimerkiksi päihteen aiheuttamat vieroitusoireet, erilaiset somaattiset oireet, kuten rytmihäiriöt, kivut ja infektiot. (Heikkilä 2012, 24.) Päivystyspoliklinikoilla potilasmäärät ovat lisääntyneet, joten triagella, eli potilasryhmitelyllä ja hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnilla pyritään selvittämään, onko potilas päivystyshoidon tarpeessa. Hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioitaessa ja hoitoon ohjauksessa on otettava huomioon työyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat. (Valvira 2015; Syväoja & Äijälä 2009, 94–95.) Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä hoidon kiireellisyyttä arvioidaan ABCDE-mallin avulla.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän julkaisujen mukaan sairaanhoitajien peruskoulutus ei ole riittävä eikä työelämän tarpeita vastaava. Lisäksi koulutusta tulisi lisätä etenkin päihdepotilaiden päivystyshoidosta. Peruskoulutuksen tulisi antaa myös valmiudet kohdata ja tunnistaa päihtynyt henkilö. (STM 2010, 33; STM 2012, 62.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan päihdeosaamista ja tavoitteena selvittää mitä haasteita on päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa. Teimme opinnäytetyön yhteistyössä osastonhoitaja Jari Hinkkurisen kanssa. Tapasimme Hinkkurisen syyskuussa 2015, jolloin valitsimme yhdessä aiheen opinnäytetyölle kiinnostuksiemme ja päivystyksen tarpeen mukaan. Aiheessa kiinnostivat potilasryhmän haasteellisuus ja päihteen käytön aiheuttamat oireet sekä hoitajien päihdeosaaminen. Tarjosimme opinnäytetyötä päivystyspoliklinikalle, koska olemme kiinnostuneita työskentelemään akuutin hoitotyön parissa. Tutkimuksen toteutimme kvantitatiivisena kyselytutkimuksena.

2 KESKEISET KÄSITTEET

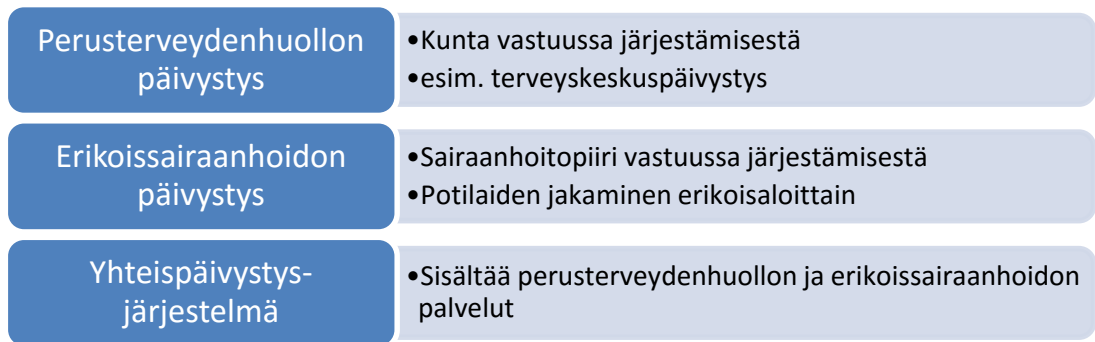
2.1 Päivystyspoliklinikka

Päivystyshoidossa potilaalle tehdään välitön tilan arvio ja annetaan tilanteen vaativa hoito, jos potilas äkillisesti vammautuu, sairastuu tai hänen krooninen sairautensa pahenee. Oireiden vaikeuden vuoksi on luonteenomaista, että hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi. Päivystyspoliklinikoiden tulisi keskittyä vain päivystyshoitoa tarvitseviin potilaisiin. (STM 2010, 11, 20.)

Suomessa päivystystoiminta on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintaan (kuva 1). Potilaan oikea hoitopaikka määräytyy huolellisen tilanarvion, potilaan haastattelun sekä kerätyn ja saatujen tietojen perusteella.

Kunta vastaa perusterveydenhuollon päivystystoiminnan järjestämisestä. Päivystystoimintapaikkoja ovat esimerkiksi terveyskeskukset, yksityiset palveluntuottajat ja sairaanhoitopiirit. Päivystystoiminta tapahtuu virka-aikoina ja niiden ulkopuolella. Terveysasemien päivystystoiminta voidaan toteuttaa virka-aikana esimerkiksi tarjoamalla akuuttivastaanottoaikoja omalääkäreille tai keskitettynä päivystystoimintana terveysasemilla. Päivystystoiminta järjestetään yleensä virka-ajan ulkopuolella joko erillisenä alueellisesti keskitettynä perusterveydenhuollon päivystyksenä tai yhteispäivystyksenä. Yhteispäivystys tarkoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä.

Sairaanhoitopiiri huolehtii erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan järjestämisestä. Päivystys toimii ympärivuorokautisesti, ja se on yleensä keskitetty yhteen alueelliseen päivystyspoliklinikkaan. Päivystyksessä ei kuitenkaan ole vaativimpia erityistason palveluja. Päivystyspoliklinikoilla potilaat yleensä jaotellaan ryhmiin, eli potilaat voidaan siirtää eri erikoisalojen päivystyspoliklinikoille. Sairaaloiden tasoja on kolme: aluesairaalat, pienet ja isot keskussairaalat sekä yliopistosairaalat. Paikkakunnasta riippuen jokaisen sairaalan työnjako voi vaihdella. Yliopistosairaaloissa on keskitytty vaativimpiin erikoissairaanhoidon potilaisiin esimerkiksi neurokirurgisiin potilaisiin. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 92–93.)



Kuva 1. Päivystystoiminnan rakenne

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) 3. §:ssä todetaan, että potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa käytössä olevilla voimavaroilla. Kun ihminen tarvitsee kiireellistä hoitoa, laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) 15. §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus auttaa häntä. Erikoissairaanhoidon lain (1.12.1989/1062) 31. §:ssä todetaan, että henkilö, joka ei ole omalla kotikunnallaan, on silti hoidettava kiireellistä sairaanhoitoa vaativissa tilanteissa. Samassa laissa 35. §:ssä todetaan, että erikoissairaanhoidon annettava sellaisessa sairaanhoidopiirin kuntainliiton sairaalassa tai muussa toimintayksikössä, jossa voidaan huomioida potilaan sairauden laatu. Perustuslaki (11.6.1999/731) takaa oikeuden elämään ja riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen ja tämä laki ylläpitää kattavaa päivystysvalmiutta. Hoidon tarve on päivystyksellinen, jos vuorokauden sisällä on huomattu hoidon tarve tai se on tullut järjestämismääräyksessä olevan toimintayksikön tietoon. Päivystystä voidaan käyttää virka-ajan ulkopuolella sekä päivystysluonteisesti (Voipio-Pulkki 2005,18).

2.2 Päihteidenkäyttäjän määrittely

Potilas voi olla huumausaineiden kokeilu-, satunnais-, ajoittais- tai säännöllinen käyttäjä. Kokeilukäyttäjät tavallisesti kokeilee huumausaineita muutaman kerran, mutta käyttö ei kuitenkaan jatku. Satunnaiskäyttäjät puolestaan käyttävät huumausaineita satunnaisissa tilanteissa tai silloin, kun sitä on saatavilla. Ajoittaiskäyttäjälle on tyypillistä hakeutua tilanteisiin, joissa hän tietää huumausainetta olevan saatavilla. Satunnais- ja ajoittaiskäyttäjälle on tyypillistä käytön säännöllistyminen ja usein myös annoskokojen suurentuminen. Huumausaineiden säännöllinen käyttö voi olla joko kuukausittaista tai viikoittaista.

Kuukausittaisella käytöllä tarkoitetaan, että ainetta hankitaan säännölliseen käyttöön ja käyttöä on 3–4 kertaa kuukauden aikana. Viikoittaisella käytöllä ainetta käytetään ainakin kerran viikossa. Lisäksi huumausaineen valmistaminen ja myyminen voi liittyä viikoittaiseen käyttöön. Ongelmakäytöstä on kyse silloin, kun huumausaineet ovat keskeisessä asemassa käyttäjän elämässä. Ongelmakäyttäjän elämä pyörii huumausaineiden hankkimisen, käyttämisen ja vieroitusoireista selviämisen ympärillä.

Potilaan huumausaineiden käytön säännöstelyä voidaan luokitella myös käyttövaiheen, tiheyden, käytettyjen aineiden ja niistä johtuvien terveysriskien avulla. Lisäksi luokitteluun vaikuttaa käytetyn aineen vahvuus ja onko käyttö hallittua, holtitonta vai pakonomaista. Huumausaineiden käyttö on hallittua, kun käyttäjä kykenee hallitsemaan käytetyn aineen määrää ja käyttötiheyttä. Holtittomassa käytössä käyttöä ohjaavat erilaiset tilanteet, eikä niinkään käyttäjä itse. Pakonomaisessa käytössä käyttäjän on saatava huumausainetta, jotta olo säilyisi siedettävänä. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 91–92, 94.)

2.3 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arvio lisättiin kansanterveyslakiin vuonna 2005. Lisäyksellä pyrittiin varmistamaan potilaiden hoitoon pääsy asettamalla määräajat hoitoprosessin eri vaiheille, esimerkiksi perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvio on tehtävä viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta ja kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan hoito on aina aloitettava välittömästi.

Hoidon tarpeen arviota tekevällä henkilöllä on oltava riittävä koulutus ja työkokemus tehtäviinsä. Arvion tekeminen edellyttää myös pääsyä potilasasiakirjoihin. Hoidon tarpeen arviointi tehdään potilaan kertomien esitietojen, kuten oireiden ja niiden vakavuuden perusteella, minkä jälkeen arvioidaan hoidon kiireellisyys. (Valvira 2015; Syväoja & Äijälä 2009, 9–10, 13–14.)

3 SAIRAAHOITAJIEN KOULUTUS JA PÄIHDEOSAAMINEN

Sairaanhoitajien koulutus on ammattikorkeakoulututkinto, joka kestää 3,5 vuotta ja sen laajuus on 210 opintopistettä. Valmistumisen jälkeen tutkintoniemi on sairaanhoitaja AMK. Suomessa sairaanhoitajaksi voi opiskella 22 eri

ammattikorkeakoulussa. Kaikilla kouluilla koulutuksessa on yhteinen pohja yleispätevälle osaamiselle, joka on 180 opintopistettä koko laajuudesta. Tutkinnon 30 opintopistettä ovat syventävää osaamista, jotka oppilas valitsee oman mielenkiintonsa mukaan. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa selvisi, että sairaanhoitajien nykyinen koulutus ei anna tarpeeksi valmiuksia työskennellä päivystyspoliklinikan haastavissa työtehtävissä. Sairaanhoitajien vastuuta ja uusia ulottuvuuksia työhön lisätään jatkuvasti koulutuksilla. Tämän seurauksena on ehdotettu, että sairaanhoitajakoulutukseen tulisi lisätä opetusta useissa eri kokonaisuuksissa, joista yksi on päihdepotilaiden päivystyshoidon osaaminen. (STM 2010, 33.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän julkaisussa tulee myös esille, että sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien peruskoulutus ei ole riittävä eikä työelämän tarpeita vastaava. Mielenterveys- ja päihdekoulutusta tulisi lisätä myös tämän julkaisun perusteella kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkinnoissa. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi saada koulutukselta perusvalmiudet päihdehoitotyöhön, johon kuuluu valmius päihtyneen tunnistamiseen ja ottaa puheeksi päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat. (STM 2012, 62.)

4 YLEISIMMÄT PÄIHTEET SUOMESSA JA PÄIHTEIDEN AIHEUTTAMAT OIREET

Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) 1. luvun 2. §:ssa päihteiksi määritellään alkoholipitoiset juomat sekä muut päihtymistarkoitukseen käytettävät aineet. Päihitteet vaikuttavat ihmisen mielialaan, tietoisuuteen, havainnointiin ja käytökseen. Päihteiden käytön seurauksena voi esiintyä sosiaalisia ongelmia, riippuvuuksia sekä erilaisia sairauksia. (A-klinikka 2014a.) Lain mukaan täysi-ikäisten on sallittua hankkia itselleen alkoholipitoisia juomia ja nauttia niitä kohtuudella. Huumausaineiden käyttö, hallussapito ja myynti ovat rikoslain nojalla rangaistavia tekoja. (Peltoniemi 2013, 35.)

4.1 Päihteiden käyttö Suomessa

Suomessa on nähty useampia huumeaaltoja, joista ensimmäinen oli 1960-luvulla ja toinen 1990-luvulla. Tällä hetkellä huumeiden käyttökokeilun kasvu on tasoittumassa, mutta huumeet ovat kuitenkin monelle nuorelle osa arkipäivää. Huumeilla on myös vahva asema juhlakulttuurissa. Huumeiden käyttö sekä

käyttökokeilut ovat kuitenkin kasvaneet huomattavasti verrattuna 1990-lukuun. Uusimpien tietojen mukaan huume-kokeilut ovat lisääntyneet erityisesti 25–34-vuotiaiden keskuudessa.

Tutkimusten mukaan 1990-luvun huumeiden käytön kasvun seurauksena kannabiksen käyttö kaksinkertaistui ja juhlimiskulttuuriin tuli uusia ekstaasin kaltaisia aineita. 2000-luvun alkupuolella huume-tilanne rauhoittui, mutta viimeisten vuosien aikana kannabiksen käyttö on lisääntynyt rajusti. Kannabiksen kotikasvatuksen yleistymisen on todennäköinen syy sen lisääntyneelle käytölle. Huumeiden käytön lisääntyminen näkyy yhteiskunnassa rikollisuuden ja sairastavuuden nousussa. Lisäksi ongelmia ovat tuoneet tartuntatautien leviäminen ja huumekuolemien lisääntyminen. Suomessa alkoholista ja sen käytöstä johtuvat ongelmat ovat kuitenkin yleisempiä, vaikka huume-aineiden käyttö onkin lisääntynyt viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Viimeisten 50 vuoden aikana alkoholin kulutus on kasvanut viisinkertaisesti. Alkoholin kulutuksen kasvuun on todettu vaikuttavan mm. matkustajatuontikiintiöiden poistaminen, alkoholiverojen alentuminen ja Viron liittyminen Euroopan unionin jäseneksi. Aikaisemmin alkoholia kuluttivat lähes pelkästään vain miehet, mutta tilanne on muuttunut. Viimeisen puolen vuosisadan aikana naisten alkoholin käyttö on kasvanut valtavasti. Vuonna 1968 tehdyssä tutkimuksessa naisista 40 % ilmoittivat olevansa raittiita, kun taas vuonna 2008 naisista 90 % kertoi käyttäneensä alkoholia viimeisen kuluneen vuoden aikana. (Varjonen 2015, 29, 31–32; Päihdelinkki 2011.)

Käypä hoito–suosituksen mukaan Suomessa on noin 500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Suosituksen mukaan kohtuullisen käytön rajana on naisilla 0–1 annosta ja miehillä 0–2 annosta päivässä. Kohtalaisen riskin rajana on naisilla 7 annosta viikossa ja miehillä 14 annosta viikossa. Korkean riskin rajana on naisilla 12–16 annosta viikossa ja miehillä 23–24 annosta viikossa. Alkoholin käytön lisääntyminen on kohdistunut etenkin huono-osaisempaan väestöryhmään ja siksi kaikkein suurin riski alkoholikuolleisuuteen on pitkäaikaistyöttömillä ja työikäisillä eläkeläisillä. Suomessa on arvioitu menehtyvän vuosittain n. 500 ihmistä akuuttiin alkoholimyrkytykseen. (Käypä hoito–suositus 2015; THL 2015a.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään Suomessa yleisimmin käytettyjä päihhteitä. Laillisuutensa vuoksi alkoholi on Suomessa yleisimmin käytetty päihdyttävä aine (A-klinikka 2014a). Eniten käytettyjä huumeita ovat kannabis-

tuotteet, opiaatit, stimulantit ja hallusinogeenit. Huumeita käytetään usein sekaisin tai yhdessä alkoholin kanssa, joten tässä opinnäytetyössä käsitellään myös sekakäyttöä. (Huttunen 2015a; Käypä hoito– suositukset 2012a.)

4.2 Alkoholi

Alkoholijuomissa käytetään etyylialkoholia eli etanolia, jota saadaan käymisteitse tai tislamalla kasvipärisiä raaka-aineita, kuten viljoja tai hedelmiä. Alkoholijuomat jaotellaan mietoihin ja väkeviin. Alle 22 % alkoholia sisältävät alkoholijuomat ovat mietoja ja yli 22 % alkoholia sisältävät väkeviä alkoholijuomia. (Tietoa ja tukea - Alkoholi.) Alkoholijuomien vahvuus vaikuttaa niiden imeytymiseen siten, että miedot juomat imeytyvät väkeviä hitaammin. Alkoholin imeytymiseen vaikuttaa myös ikä, sukupuoli, henkilön paino, terveydentila ja ympäristö. (Partanen ym. 2015, 67.) Alkoholi vaikuttaa hermojärjestelmään lamaavasti (A-klinikka 2014a.).

4.2.1 Alkoholin aiheuttamat oireet

Veren ja aivojen alkoholipitoisuus on suoraan riippuvainen nautitusta alkoholimäärästä. Veressä oleva alkoholi aiheuttaa humaltumisen, joka johtaa mielihyvän tunteeseen, jolloin olo on iloinen ja pirteä sekä itseluottamus kasvaa ja estot vähenevät. Humalatilan mittaamiseen käytetään promillearvoja. 0,3 promillen humala aiheuttaa koordinaatiokyvyn ja reaktiokyvyn heikkenemistä ja hankaloittaa usean eri kohteen samanaikaista havainnoimista. Nousuhumala ja hilpeys tulevat esille noin 0,5 promillen humalassa. Keskushermosto alkaa lamaantua ja humalatila näkyä ulkopuolisille 1,0–2,0 promillen humalassa. Tällöin voi alkaa esiintyä puheen sammaltamista, pahoinvointia, oksentelua ja sekavuutta sekä tasapainon heikkenemistä. Yli 2 promillen humalatila vaikuttaa nukutusaineen tavoin, jolloin voi ilmetä tajunnan heikentymistä ja kivun tunteen vähentymistä. Yli 3 promillen humala on hengenvaarallinen tila, jolloin tajunnantaso laskee ja henkilö sammuu. Yli 4 promillen humalassa hengitys vaikeutuu, verensokeri alenee ja lämmöntuotanto heikkenee. 5 promillen humalaa pidetään keskimäärin tappavana pitoisuutena. (Poikolainen 2013; Partanen ym. 2015, 66.)

Vaikutukset alkoholilla elimistöön ovat aineenvaihdunnallisia ja farmakologisia eli lääkkeenomaisia, ja ne ulottuvat lähes jokaiseen elimeen ja elinjärjestelmään. Terveystaittoja voi syntyä jo alkoholin lyhytaikaisella käytöllä. Suurin

osa vakavista haitoista kuitenkin syntyy runsaan alkoholinkäytön seurauksena. (Peltoniemi 2013, 11.) Jo kertaluonteinen tai lyhytaikainen alkoholinkäyttö voi johtaa alkoholimyrkytykseen ja lisätä tapaturmariskiä. Sen sijaan jatkuva alkoholinkäyttö vaikuttaa elimistöön kokonaisvaltaisemmin, joka ilmenee hyvinvoinnin heikkenemisenä. Alkoholien runsas ja pitkäaikainen käyttö voi johtaa vakaviin sairauksiin, kuten erinäisiin sisäelinsairauksiin esimerkiksi maksa-irroosiin ja haimatulehdukseen sekä erilaisiin mielenterveysongelmiin kuten masennukseen, ahdistukseen ja unettomuuteen. Runsaan ja pitkäaikaisen käytön seurauksena voi kehittyä sydäninfarkti ja äkillisen sydänkuoleman riski kasvaa. (Aalto 2010, 12; Lindroos; Heikkilä 2012, 26.)

4.2.2 Alkoholimyrkytys

Lievässä alkoholimyrkytyksessä veren alkoholipitoisuus on alle 3 promillea ja tavallisimpia oireita ovat psyykkisen ja fyysisen suorituskyvyn heikentyminen, humalatila, reaktiokyvyn, kuulon ja kivuntunnon alentuminen. Lisäksi tajunnantaso voi asteittain heikentyä. Lievä alkoholimyrkytys ei vaadi erikoishoitoa, mutta aspiraation riski on mahdollinen. Diagnoosi perustuu anamneesin lisäksi alkoholien hajuun ja uloshengitysilman alkoholipitoisuuden mittaukseen.

Vakavassa myrkytyksessä veren alkoholipitoisuus on yli 3 promillea ja usein potilas on tajuton. Myrkytystilanteissa tulisi huomioida ja pois sulkea mm. mahdolliset vammat, sekamyrkytykset, aivoverenkierto häiriöt, aivokalvon tulehdus, diabetes, hypoglykemia, maitohappo asidoosi ja muu kuin diabeettinen ketoasidoosi. Vakavan alkoholimyrkytyksen yleisimpiä löydöksiä ovat hypotensio, hypoglykemia, hengityslama, hengityskatkokset, hengityksen pysähtyminen, hypotermia ja aivopaineen nousun oireet.

Perustutkimuksia, joita akuutissa alkoholimyrkytyksessä tulisi tehdä, on selvittää veren glukoosi, natrium, kalium ja kloridi sekä verikaasuanalyysi ja happoemästäsapaino. Näiden lisäksi vitaalielintoimintojen tarkkailu on tärkeää. Lääkehiilen antaminen myrkytystiloissa on turhaa, koska lääkehiili ei estä etanolin imeytymistä.

Alkoholimyrkytyspotilaan hoidon tavoite on neste- ja elektrolyyttitasapainon ja verenkierron häiriöiden korjaaminen. Myrkytystilanteissa äkillinen hengityksen lamaantuminen on mahdollinen ja siihen on hyvä varautua. Erittäin vaikeissa

myrkytys tapauksissa alkoholin poistamista verestä voidaan nopeuttaa dialyysillä. Etanolimyrkytyksissä vasta-ainehoidossa käytetään 4-metyylipratsolia, jonka tarkoituksena on estää mahdollisia kudonvaurioita ja etanolin muuttumista toksisemmaksi. Myrkytyspotilas on tärkeää tutkia tarkasti mahdollisten vammojen toteamiseksi, koska etanolin käyttö lisää vammautumisen riskiä. (Huttunen 2015b; Käypä hoito– suositus 2015.)

Delirium tremens voi olla hengenvaarallinen tila, ja sen hoito joudutaan toteuttamaan usein tahdonvastaisena sairaalahoitona. Sen oireita ovat hikoilu, takykardia, vapina, levottomuus, puhevaikeudet, desorientaatio ja hallusinaatiot. Delirium tremens on yksi alkoholipsykoosin muoto, joka alkaa kehittyä toisena tai kolmantena päivänä alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen. Lisäksi vieroitustoireena voi esiintyä kouristuskohtauksia, joita voi tulla useasti saman vuorokauden aikana. Lääkehoito on välttämätön delirium tremens potilaiden hoidossa. Peruslääkkeenä käytetään bentsodiatsepiinejä. Diatsepaami annostelu on tavallisesti 20 mg suun kautta 30–60 minuutin välein, kunnes potilas rauhoittuu. Tämän jälkeen hengitystä ja tajunnan tasoa tulee seurata tarkasti. Diatsepam annos pysyy samana toisena hoitovuorokautena, mutta annos on jaettu vain 2–4 antokertaan, jonka jälkeen lääkitystä aletaan vähentää asteittain sen lopettamiseksi.

Jos lääkettä ei voida annostella potilaalle suun kautta, diatsepaamia on mahdollista antaa suonesisäisesti tai vaihtoehtoisesti loratsepaamia lihaksen sisäisesti. Lihaksen sisäisesti voidaan antaa myös haliperidolia tai muuta antipsykootista ainetta.

Alkoholia pitkään käyttäneelle on vaara kehittyä Wernicken tauti eli alkoholin aiheuttama muistisairaus. Tämän takia rauhoittavien lääkkeiden lisäksi potilaalle annetaan B-vitamiinia. (Huttunen 2015b; Käypä hoito– suositus 2015; Mäkelä 2010; Atula 2015.)

4.3 Kannabis

Kannabista tehdään Cannabis Sativa– nimisestä kasvista. Siitä saadaan useita eri valmisteita, kuten marihuanaa ja hasista. Marihuana valmistetaan kuivattamalla kasvin kukkia, lehtiä ja varsiosia ja hasis kasvin pihkasta. Valmiina tuotteena marihuana on vihertävän ruskeaa rouhetta ja hasis useimmiten tummanruskeaa levyä. (Tietoa ja tukea – Kannabis.) Kasvin huumaaviin

aineisiin kuuluu delta-tetra-hydrokannabinoli eli THC, ja se on niistä psykoaktiivisin. Kannabista voidaan käyttää polttamalla sätkissä tai piipussa. Sitä voidaan myös sekoittaa ruokien ja juomien sekaan. (Hakkarainen, Kaprio, Pirkola, Seppälä, Soikkeli & Suvisaari 2014; Pikatieto – Kannabis.)

4.3.1 Kannabiksen aiheuttamat oireet

Kannabiksen vaikuttavia aineita kutsutaan kannabinoleiksi. Kannabinolit sitoutuvat kannabisreseptoreihin, joista suurin osa löytyy keskushermostosta ja immuunijärjestelmästä. Poltettuna kannabiksen vaikutus alkaa sekunneissa ja kestää noin 3–4 tuntia, syötynä tai juotuna vaikutus alkaa hitaammin, mutta kestää noin 6–8 tuntia.

Kannabis vaikuttaa sekä piristävästi, että lamaannuttavasti. Käyttäjällä voi esiintyä myös lieviä aistiharhoja. Kannabista käyttäessä, etenkin aluksi, olo on ulospäinsuuntautunut ja sosiaalisuus kasvaa. Aistikokemusten korostuminen ja yksityiskohtiin takertuminen on tavallista kannabispäihtymyksessä. Useimmat kannabiksen negatiivisista vaikutuksista liittyvät mielenterveydellisiin ongelmiin. Kannabispäihtymys voi aiheuttaa paniikkikohtauksia, ahdistusta, harhaisuutta, sekavuutta ja masentuneisuutta. Sekavuuteen voi liittyä käyttäytymisen muutoksia, muistamattomuutta ja aistiharhoja. Nämä oireet kuitenkin usein loppuvat päihtymyksen lievittyessä. (Käypä hoito–suositus 2012b; THL 2014a; THL 2014b; Pikatieto – Kannabis.)

Välittömiä kannabiksen vaikutuksia ovat silmien punoitus, lisääntynyt valoherkkyys, sykkeen nousu, verenpaineen vaihtelu ja nälän tunne. Välittömien vaikutusten jälkeen käyttäjä voi muuttua hiljaiseksi, sulkeutuneeksi ja uneliaaksi. Psykkiset oireet riippuvat käyttäjän persoonallisuudesta ja käyttöhetken tunnetilasta. Oireet vaihtelevat hyvinolontunteesta itkuisuuteen ja sekavuuteen. Osalla käyttö ei aiheuta erityisiä psyykkisiä vaikutuksia. Kannabispäihtymys lisää kuitenkin akuutin psykoosin riskiä ja voi voimistaa psykoosiherkkien käyttäjien psyykkisiä oireita. (Käypä hoito–suositus 2012b; Partanen ym. 2015, 71.)

Kannabisriippuvuuden arvioidaan syntyvän noin 10 %:lle käyttäjistä. Riippuvuus syntyy samankaltaisesti kuin alkoholin käyttäjille. Pitkäaikaiskäyttäjille voi aiheutua kognitiivisten kykyjen heikentymistä, joka ilmenee muun muassa on-

gelmanratkaisu- ja keskittymiskyvyn heikentymisenä, muistiongelmia ja ärssyntyisenä. Fyysisiä vaikutuksia pitkäaikaiskäytöllä ovat muun muassa hengitysteiden ärssyntyminen ja tulehdukset, hampaiden reikiintyminen, hedelemällisyyden heikentyminen ja keskenmenot, suun syöpäriskin kasvu, mahdollisten sydän- ja verisuonihäiriöiden syntyminen sekä aivoinfarktirisikin kasvu, etenkin vanhemmilla käyttäjillä. (THL 2014a; Pikatieto – Kannabis; Havio, Inkinen & Partanen 2009, 84–85.)

4.3.2 Kannabismyrkytys

Kannabiksen käytöstä ei tiedetä tarkasti, kuinka suuri annos aiheuttaa myrkytyksen. Tiedetään kuitenkin, että poltettuna kannabis ei aiheuta akuuttia myrkytys vaaraa sen alhaisen myrkytystason vuoksi. Mahdollisia kannabismyrkytyksen oireita ovat väsymys, lievä hyvinolontunne, keskittymisen vaikeutuminen, mielialan vaihtelu. Lisäksi silmien punoitus, mustaisten laajentuminen ja takykardia voivat olla myrkytysoireita. Vakavan myrkytyksen vaikutuksia voivat olla kouristukset, tajuttomuus ja hengitysvaikeus. (Pajarre-Sorsa 2009.)

Kannabiksen akuutti yliannostus tai myrkytys voi aiheuttaa myös erilaisia psykologisia vaikutuksia, kuten ahdistuneisuutta ja paniikkia sekä paranoiaa ja muita psykoottisia oireita. Nämä kuitenkin häviävät päihtymyksen hävittyä. Lisäksi jo aikaisemmin tiedossa ollut psyykinen ongelma saattaa pahentua. Runsaiden kannabis annosten nauttiminen laskee usein verensokeria, mikä näkyy ruokahalun lisääntymisenä. (Pikatieto – Kannabis; Käypä hoito–suositus 2012b.)

4.4 Opioidit

Opioidit ovat lääkkeitä, joita käytetään voimakkaimpien kipujen, esimerkiksi syöpä- ja leikkauskipujen hoidossa. Niiden vaikutus perustuu hermoston kipusignaalien salpaamiseen. Opioidit jaetaan vaikutustehonsa mukaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin. Pitkäaikaisen opioidien käytön riskinä on riippuvuuden syntyminen. (Sairaanhoito – Opioidit; Hujala & Tiainen 2009, 138.)

Opioidit ovat huumausaineita, jotka ovat saatu oopiumiunikosta. Opioideja voidaan valmistaa myös synteettisesti ja jalostamalla. Heroiini ja buprenorfiini ovat eniten huumausaineina käytettyjä opioideja. Buprenorfiini on käytössä oleva vahva kipulääke ja lisäksi sitä käytetään opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa. Heroiinin valmistus tapahtuu uuttamalla raakaoopiumista morfiinia,

jota kemiallisesti jalostamalla syntyy heroïinia. Yleensä heroïini on ruskean tai valkoisen väristä jauhetta ja sitä käytetään suonensisäisesti, nuuskaamalla, polttamalla tai suun kautta. (Tietoa ja tukea – Opioidit; Pikatieto – Heroïini ja opiaatit.)

4.4.1 Opioidien aiheuttamat oireet

Korvaushoidossa buprenorfiinia käytetään tabletteina, mutta huumausaineena käytettävänä se annostellaan yleensä suonensisäisesti. Buprenorfiinia pidetään erittäin haitallisena huumausaineena väärin käytettynä, koska sitä ei ole tarkoitettu käytettävän suonensisäisesti. Se sisältää aineita, joiden on todettu aiheuttavan verisuonissa vaurioita ja tulehduksia. Suonensisäisesti käytettynä buprenorfiini vaikuttaa elimistöön nopeammin ja voimakkaammin, mutta vaikutuksen kesto on lyhyempi kuin suun kautta otettuna.

Opioidit vaikuttavat keskushermostoon lamaavasti. Välittömiä vaikutuksia käytöllä ovat nopeasti syntyvä mielihyvän tunne, mutta alussa vaikutuksena voi myös olla rauhattomuutta ja pahoinvointia, kivun aistimuksen heikkeneminen, uneliaisuus ja heikentynyt reagointi ärsykkeille. Suuremmat opioidiannokset voivat aiheuttaa muutoksia pupilleissa sekä hidastaa pulssia ja hengitys- ja refleksinopeutta. Opioidien käyttö voi pahimmillaan johtaa hengityksen lamaantumiseen, joka onkin yksi suurimmista kuolemaan johtaneista syistä opioidiiden käyttäjillä. Toleranssi ja riippuvuus syntyvät opioideihin nopeasti. (Käypä hoito– suositus 2012a; Tietoa ja tukea – Opioidit; Pikatieto – Heroïini ja opiaatit; Havio ym. 2009, 89.)

4.4.2 Opioidimyrkytys

Jo yksittäinen suuri opioidiannos väärinkäytettynä voi johtaa myrkytystilaan. Opioidimyrkytyksen tyypillisimmät oireet ovat hengityksen lamaantuminen ja tajunnan menettäminen. Hengityksen lamaantumisen takia potilaalle voi kehittyä hypoksia, jolloin aivot eivät saa tarpeeksi happea. Potilaalle voi tästä aiheutua pysyviä aivovaurioita, ja hän voi vajota koomaan. Myrkytystilan pitkittyessä potilaan syke laskee, joka voi johtaa jopa pulssittomaan rytmiiin ja asystoleen. (Volkow 2014; Lund 2007.) Tärkeintä tajuttoman potilaan hoidossa on turvata potilaan hengitys ja varautua respiraattorihoitoon, muiden keinojen ollessa tehottomia. Opiaattimyrkytystä hoidetaan naloksonilla suurenevin annoksin. (Salaspuro 2009.) Opioidien aiheuttamat myrkytyskuolemat

olivat vuonna 2013 viiden yleisimmän lääkeaineen joukossa. Vain yksi viidestä yleisimmistä ei kuulunut opioideihin. (Ojanperä, Kriikku & Vuori 2015.)

4.5 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit aiheuttavat voimakkaita aistiharhoja ja voimakkain hallusinogeeniksi määriteltävä huumausaine on LSD eli lysergihappodietyyliamidi tai lysergidi. Hallusinogeeniin luetaan myös huumaavat sienet, joiden vaikuttava aine on yleisimmin psilosybiini, mutta tässä opinnäytetyössä käsitellään vain LSD:n vaikutuksia elimistöön. LSD:tä valmistetaan kemiallisesti dietyyliamiinista ja lysergihaposta. LSD tarkoittaa D-lysergihappodietyyliamidia. Sitä saadaan luonnon kotelosienistä ja päivänsiniheimoon kuuluvista kasveista. LSD on ulkomuodoltaan hajuton, valkoinen, vesiliukoinen jauhe. (Havio ym. 2010, 86–87; Huumausaineet – Hallusinogeenit.) LSD:tä valmistetaan kemiallisesti vesiliukoisesta suolasta, mikä on mautonta ja hajutonta. Puhdas LSD on väritöntä, jos se on liuotettu. LSD:tä on imeytetty esimerkiksi paperilappuihin, sokeripaloihin, ja ne imeytetään elimistöön suun kautta. LSD:tä on myös kapseleina, tabletteina ja erikokoisina paloina.

Rakenteeltaan LSD on samankaltainen kuin serotoniini (5HT) ja sen vaikutus perustuu serotoniinireseptorien aktivaatioon. LSD:n vaikutusmekanismia ei vielä kokonaan tiedetä, mutta se sitoutuu serotoniinireseptoreihin ainakin jossain määrin. (Pikatieto – Lsd). LSD:tä käytettäessä vaikutus alkaa 30–90 minuutin kuluttua ja se kestää yleensä noin 2–12 tuntia. Vaikutusaika on riippuvainen käytetystä annoksesta, joka useimmiten on n. 50–150 mikrogrammaa kerralla. (Partanen ym. 2015, 79.)

4.5.1 Hallusinogeenien aiheuttamat oireet

LSD vaikuttaa psyykkeeseen seuraavin tavoin; persoonallisuus muuttuu, minäkäsitykseen tulee häiriöitä, esimerkiksi käyttäjä tuntee olevansa oman ruumiin ulkopuolella, mielialat vaihtelevat nopeasti, arviointikyky heikkenee ajan, paikan ja etäisyyksien arvioinnissa. Käyttäjä voi vaikuttaa sekavalta, kokea epätodellisia mielikuvia sekä aistiharhoja. Ajatus- ja keskittymiskyky häiriintyy, käyttäjällä voi esiintyä voimakkaita itsetuho- ja väkivaltaisuustunteita. Tämä lisää itsemurhien ja tapaturmien riskiä. Käyttäjä voi kokea kaikkivoipaisuuden tunnetta, joka tarkoittaa sitä, että käyttäjä tuntee olevansa muiden yläpuolella.

Kuitenkin hyvien tuntemuksien lisäksi aineella voi samanaikaisesti olla huonoja vaikutuksia. LSD:n vaikutukset voivat olla negatiivisia, jolloin käyttäjä ei pysty kontrolloimaan itseään. Tämä tuntuu käyttäjältä painajaiselta, eikä sitä pysty estämään. Noin joka viides käyttökerta on huono kokemus ja tunteet voivat vaihdella paniikin, pelkojen, vaikean masennuksen ja tuskaisuuden välillä. (Pikatieto – LSD; Huttunen 2015c.)

LSD välittömiä vaikutuksia ovat esimerkiksi verenpaineen nousu, pulssin nopeutuminen, syljen erityksen lisääntyminen, pupillien laajentuminen ja ruumiinlämmön mahdollinen kohoaminen. Fyysisiä oireita voivat olla myös hengityksen kiihtyminen ja syveneminen, hikoilu sekä vapina. Lisäksi pahoinvointia, oksentelua ja ruokahaluttomuutta voi esiintyä. (Havio ym. 2009, 87; Partanen ym. 2015, 79.)

LSD:n jatkuvan käytön seurauksia ovat syvä masennus, krooninen pelokkuus ja vainoharhaisuus. LSD:n käytön jälkeen voi esiintyä flashback-kokemuksia, jotka tarkoittavat itsestään ilmaantuvia mielenhäiriöitä. Pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa psykoosioireita ja altistaa mielisairauksien puhkeamiselle. LSD:n käyttö voi vähentää mielenkiintoa sosiaalisia kontakteja ja ympäristöä kohtaan.

LSD:n käyttö aiheuttaa helposti psyykkisen riippuvuuden. Psyykkiseen riippuvuuteen liittyy voimakas halu saada huumausainetta lisää ja sen avulla kokea uusia tunnetiloja. Riippuvuus voi aiheuttaa sen, että ilman ainetta ei ole elämänhalua. Fyysistä riippuvuutta LSD:n käyttö ei aiheuta, mutta toleranssi kasvaa nopeasti. (Dahl & Hirschovits 2002, 19; Havio ym. 2009, 86–87; Partanen ym. 2015, 79.)

4.5.2 Hallusinogeenimyrkytys

Hallusinogeenien aiheuttaman myrkytyksen oireet riippuvat käytetystä aineesta. Diagnoosi perustuukin päihdeanamneesiin ja kliiniseen taudin kuvaan. Myrkytystilassa oleva potilas on ahdistunut ja pelokas. Pelot voivat ilmetä erilaisina harhoina. Myrkytyksen oireisiin kuuluu myös hikoilu ja vapina sekä pupillien selkeä laajentuminen. Myrkytystä hoidetaan oireiden mukaisesti, eikä vasta-ainetta ole. Bentsodiatsepiineista voi olla hyötyä rauhattomuuden hillitsemisessä. (Käypä hoito–suositus 2012a; Huttunen 2015c.)

Kuten jo aiemmin mainittu, hallusinogeeniä kohtaan ei synny fyysistä riippuvuutta. Tästä syystä fyysiset vieroitusoireetkin ovat vähäisiä. Psykkiset vieroitusoireet ovat samankaltaisia kuin ainetta käyttäessäänkin. Potilaalla voi siis esiintyä levottomuutta, pelkoja, väsymystä, masentuneisuutta ja unihäiriöitä. Vieroitusoireiden hillitsemiseen voidaan käyttää bentsodiatsepiineja. (Käypä hoito– suositus 2012a.)

4.6 Stimulantit

Stimulanteilla tarkoitetaan erilaisia piristeitä. Stimulantit huumausaineina ovat keskushermostoa kiihottavia aineita. Stimulantteja on useita erilaisia, mutta jokaisen vaikutus on piristävä ja elimistöä energisoiva. Yleisimpiä stimulantteja ovat mm. amfetamiini ja ekstaasi, joita tässä opinnäytetyössä käsitellään. (Böström, Bothas, Järvinen, Saarto, Tamminen & Teirilä 2008.)

Amfetamiini tunnetaan synteettisenä huumeena, joka on valmistettu fenyyliasetonista tai fenyylinitropropeenista. Suomessa amfetamiinin yleisin valmistustapa on keittää sitä fenyyliasetonista. Koostumukseltaan se on yleensä vaaleaa jauhetta tai tahnaa. Väri ja koostumus kuitenkin vaihtelevat suuresti sen valmistustavasta riippuen. Amfetamiinilla on ominainen haju, joka on helposti tunnistettavissa. Annostelu tapahtuu tavallisesti suonensisäisesti, mutta sitä voidaan käyttää myös nuuskaamalla. Aineen vaikutus alkaa tuntua elimistössä välittömästi ja vaikutuksen kokonaiskesto on n. 2–4 tuntia. (Havio ym. 2009, 85.)

4.6.1 Stimulanttien aiheuttamat oireet

Amfetamiinille tyypillisiä välittömiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen, verisuonien supistuminen, erilaiset rytmihäiriöt, levottomuus sekä hikoilu. Aluksi amfetamiinin vaikutus on kiihottava, jota seuraa usein masennus. Lisäksi kiihottavan vaikutuksen loputtua aistiharhat, pelot, unettomuus ja ruokahaluttomuus ovat mahdollisia, mutta myös itsetunnon lisääntyminen on tavallista. Jatkuvasti amfetamiinia käyttävä on usein masentunut ja vainoharhainen. Henkilö kärsii usein myös muistihäiriöistä sekä ahdistuksesta ja toiminta voi muuttua äkkipikaiseksi. Pitkäaikainen amfetamiinin käyttäjä altistuu herkästi erilaisille taudeille sekä tartunnoille ja on mahdollista, että henkilöllä on sukupuolitauti, aids, tuberkuloosi, hepatiitti tai jäykkäkouristus. Käyttäjillä on myös suurempi

riski saada aivoverenvuotoja, halvaus, ennen aikainen synnytys tai alipainoisia lapsia. (THL 2015b; Havio ym. 2009, 85.)

Ekstaasi eli MDMA on synteettisesti valmistettu amfetamiinijohdos. Ekstaasi kuuluu käytetyimpien huumausaineiden joukkoon. Se on niin sanottu bilehuume ja sitä käytetään lähes yksinomaan vain sosiaalisissa tilanteissa. Viihdekäyttäjien lisäksi löytyy myös ekstaasin ongelmakäyttäjiä. Ekstaasia on olemassa tabletteina, kapseleina, pulverina sekä nesteinä. Tabletit ovat näöltään erimuotoisia ja värisiä. Niihin on usein myös painettu jokin myönteinen kuva esimerkiksi sarjakuvahahmo. Amfetamiinijohdannaisien eli muun muassa ekstaasin vaikutus on lähes samanlainen kuin amfetamiinilla. Ekstaasi vaikuttaa serotoniini- ja dopamiinivälittäjäaineisiin säätelemällä mm. aggressiivisuutta, mielialoja, vireyttä, kipuherkkyyttä, ruumiinhallintaan ja liikkeisiin. Käyttäjä tuntee voimakasta hyvänolon tunnetta, itsevarmuutta ja piristymistä. Ekstaasi voi aiheuttaa myös aistiharhoja. (THL 2015b; Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 458–459; Pikatieto – Ekstaasi eli MDMA.)

Amfetamiiniin syntyy useimmiten voimakkaampi psyykinen kuin fyysinen riippuvuus. Toleranssi kasvaa myös nopeasti, minkä seurauksena annosmäärät nousevat jatkuvasti. Annosmäärien kasvun seurauksena myös niistä aiheutuvat haitat lisääntyvät. (Havio ym. 2009, 85–86.)

4.6.2 Stimulanttimyrkytys

Stimulanttien yliannostus voi johtaa pahimmillaan sydänkohtaukseen. Yliannostus voi aiheuttaa myös kouristuskohtauksen tai pyörtymisen. Myrkytystilan tyypillisiin oireisiin kuuluvat lisäksi kohonnut tykyttävä syke ja korkea verenväpaine. Yliannostuksen ottaneella potilaalla esiintyy usein hikoilua, pahoinvointia tai oksentelua. Motoriikka voi olla joko kiihtynyttä tai hidastunut. Vakava myrkytys johtaa tajunnan tason heikentymiseen ja jopa menettämiseen, jolloin myrkytys on hengenvaarallinen tila. Amfetamiinimyrkytykseen ei ole spesifistä vasta-ainetta. Myrkytyksen ollessa lievä hoidoksi riittää diatsepaami ja nesteytys. Diatsepaamien käytöllä pyritään ehkäisemään mahdollisia kouristuksia. (A-klinikka 2014b; Huttunen 2015c; Salaspuro 2009.) Ekstaasin yliannostus nostaa ruumiinlämpöä, mikä voi johtaa jopa kuolemaan. Yliannostus voi aiheuttaa myös munuaisvaurioita, lihassolutuhoa ja veren hyytymishäiriöitä. Ekstaasin yliannostukseen kuolleiden kuolinsyihin lukeutuu muun muassa lämpöhalvaus, nestehukka, aivoverenvuoto ja sydäninfarkti. Koska ekstaasi

vaikuttaa aivojen serotoniinin vapautumiseen, on tärkeää pitää mielessä myös mahdollisen serotoniinireyhtymän syntyminen. (Saarijärvi & Lopperi 2003.)

4.7 Sekakäyttö

Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan eri päihdyttävien aineiden samanaikaista tai vuorottaista käyttöä. Usean aineen yhtäaikainen käyttö lisää riskejä yliannostukseen, tapaturmiin, infektioihin sekä kuolemiin. (Vorma 2012, 71.) Sekakäyttäjä pyrkii tehostamaan lääkeaineella alkoholin tai huumeiden vaikutusta elimistössä. Sekakäyttöä nähdään päihdehoitotyössä paljon ja se näkyy myrkytystapauksissa ja yliannostuskuolemissa. Sekakäyttö on toiseksi yleisin päihteiden käyttömuoto.

Yleisimmin sekakäyttöä kokeillaan nuoruudessa ja tavallisin yhdistelmä on alkoholi ja lääkkeet. Sekakäyttöön liittyy usein mielenterveysongelmia, kivunhoitoa, päihteiden aiheuttamien vaikutusten tai haittojen hallitseminen. (Partanen ym. 2015, 95.)

Alkoholin ongelmakäyttäjät voivat hakea unilääkkeistä sekä rauhoittavista lääkkeistä apua alkoholin pitkäaikaiskäytöstä johtuviin vieroitusoireisiin, esimerkiksi unettomuuteen, masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. Lääkitys voi kuitenkin pitkittyä, jos sitä ei selkeästi rajata vain lyhytaikaiseen käyttöön vieroitusoireiden ajaksi. Tässä on ongelmana se, että lääkärikäynnit vaihtuvat usein, minkä vuoksi reseptin uusinnan perusteisiin ei välttämättä kiinnitetä ajoissa tarpeeksi huomiota. Alkoholin suurkuluttajien alkoholitoleranssin kasvaessa henkilöt tarvitsevat tavallista suurempia bentsodiatsepiiniannoksia. Lääkityksen pitkittyessä bentsodiatsepiiniriippuvuus voi kehittyä tavallista herkemmin. Yleinen väärinkäsitys on se, että bentsodiatsepiinilääkityksellä pystyisi korvaamaan alkoholin ongelmakäytön. Sekakäytön tarkoituksena voi olla myös yritys tehostaa alkoholin vaikutuksia. Bentsodiatsepiinit voivat joillekin alkoholin ongelmakäyttäjille tuottaa lievää hyvinolontunnetta, mikä voi lisätä lääkkeen käyttöä päihtymistarkoitukseen. (Vorma 2015a.)

Huumeongelmaisen käyttäytyessä lääkehakuisesti, on syytä epäillä potilaan olevan sekakäyttäjä. Myös silloin on syytä epäillä sekakäyttöä, jos vieroitus-hoidon aikana potilas saa vieroitusoireita lääkityksen vähentämisen tai lopetuksen jälkeen.

Potilaan ollessa sekava tai riehuva, voi oireet johtua primaarista tai jonkin taudin aiheuttamasta psykoottisesta häiriöstä, vieroitusoireista, huumemyrkytyksestä, psykoosista tai lääkaineista. Sekakäytön oireet vaihtelevat, ja ne voivat joko lamata tai kiihottaa potilasta. (Käypä hoito– suositus 2012a.)

5 PÄIHTYNYT POTILAS PÄIVYSTYKSESSÄ

Päihtynyt voi hakeutua päivystyspoliklinikalle monista eri syistä. Synä voivat olla esimerkiksi päihteiden aiheuttamat vieroitusoireet, erilaiset somaattiset oireet, kuten rytmihäiriöt, kivut ja infektiot. Päihtynyt voi olla niin sekaisin päihteen käytöstä, ettei välttämättä kykene itse kertomaan päivystykseen hakeutumisen syytä. Päivystykseen saatetaan hakeutua myös sen takia, että halutaan päästä katkaisuhuoltoon tai potilas on niin päihtynyt, että hän haluaa turvalliseen paikkaan. Päihtynyt voi olla myös ottanut yliannostuksen tai olla loukkaantunut.

Päihdepotilaat tulisi sijoittaa rauhalliseen tilaan, mutta kuitenkin riittävän tilavaan ja turvalliseen työntekijöiden, potilaan ja muiden potilaiden vuoksi. Päihdepotilaat voivat ahdistua ja hermostua kovista äänistä sekä ihmisten ohikulkemisesta. Päivystyspoliklinikoilla on usein oma päihdepotilaille tarkoitettu huone tai tila, jossa on rauhallista. Tämän avulla päihtyneet ja ei-päihtyneet voivat olla eri tiloissa. Omaisten tai saattajien ollessa päihtyneenä, tulisi heidät ohjata pois potilaan luota, sillä he eivät auta potilaan toipumista. He voivat tuoda myös päihkeitä potilaalle tai aiheuttaa muille vaaratilanteita. Kuitenkaan kaikki eivät näin tee, mutta tämä on hyvä ottaa huomioon. Heille voi kertoa vierailuajat sekäsen, montako saattajaa tai omaista voi olla samaan aikaan paikalla. Päihtyneen käytös voi luoda myös turvallisuuden tunnetta muille potilaille.

Päihtyneen potilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisena tiimityöskentelynä huomioiden potilaan yksilöllisyys. Hoitoon liittyy aina vitaalielin toimintojen ja nestetasapainon tarkkailu ja hoito sekä lääkärin määräämät röntgen-, laboratorio- ja muut tutkimukset. (Suokas 2005, 382–385.)

5.1 Päihtyneen potilaan kohtaaminen

Päihtyneen tai päihteiden ongelmakäyttäjän kohtaamiseen ei ole laadittu sääntöjä tai ohjeita, koska heidät tulee kohdata tasa-arvoisesti, kuten kuka tahansa potilas (Tuomola 2012, 47). Päihteitä käyttävän potilaan kohtaamisen perustana ovat sairaanhoitajan sisäistämät eettiset ohjeet. Suomen sairaanhoitajaliitto on julkaissut vuonna 1996 eettiset ohjeet, joiden tehtävänä on tukea sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa. Eettisten ohjeiden laiminlyöntiä voi ilmetä mm. epäasiallisena keskusteluna sekä epätasa-arvoisena kohteluna ja hoitona muihin asiakkaisiin verrattuna. (Partanen 2015, 34–35.)

Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan ja päihtyneen potilaan kohtaaminen perustuu hoitajan ja potilaan väliseen avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen (Sairaanhoitajaliitto 2014b). Sairaanhoitajan ammatillisen vuorovaikutuksen perustana ovat asenne, ajantasainen tieto sekä päihdeosaaminen. Sairaanhoitajan päihdehoidon osaaminen antaa potilaalle turvallisuuden tunnetta ja lisää luottamusta. Sairaanhoitajalla on vastuu hoitosuhteen vuorovaikutuksessa, jossa sairaanhoitaja on ammattinsa ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Luottamuksen perustana ovat sairaanhoitajan sisäistämät eettiset ohjeet ja lähestymistavan valinta. Potilaan tunne siitä, että sairaanhoitaja haluaa auttaa edistää luottamuksen syntymistä. Jotta potilas voisi tuntea saavansa apua, täytyy sairaanhoitajan pystyä kunnioittamaan ja huomioimaan kokonaisvaltaisesti potilas, jolloin potilaan on helpompi tuntea itsensä hyväksytyksi. (Partanen ym. 2015, 218, 220.)

Päihtynyttä kohdatessa on tärkeää, että keskustelu on aikuismaista ja potilasta kuunnellaan ja arvostetaan hänen päätöksiään. Hoitajan on pystyttävä pysymään rauhallisena, johdonmukaisena, ymmärrettävänä ja kärsivällisenä. (Tuomola 2012, 48.) Päihteiden käyttäjät aistivat helposti hoitajien henkilökohtaiset asenteet. Hoitajien epäasiallinen käytös saattaa provosoida päihtyneen käyttäytymään aggressiivisesti.

Päihteidenkäyttäjien arkeen kuuluu valehteleminen sekä toisesta ihmisestä hyötyminen. Päihteidenkäyttäjät huomaavat helposti, jos hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa päihteistä ja tämän avulla he voivat kääntää hoitotilanteen itselleen suotuisammiksi sekä pystyvät hallitsemaan hoitotilanteita. Tämän takia olisi tärkeää, että hoitohenkilökunnalla olisi tietoa päihteistä sekä korvaus-

ja ylläpitohoidoista. Potilaan ollessa epäilyttävä, hoitohenkilökunnan rehellinen, luotettava, asiallinen, johdonmukainen sekä napakka työskentely ja käytäytyminen voivat rauhoittaa potilasta. (Suokas 2005, 384.)

5.2 Päihteenkäyttäjän tunnistaminen

Pitkäaikaisen päihteiden käytön seurauksena voi kehittyä monia erilaisia vaivoja ja sairauksia, joiden vuoksi päihdeongelmaiset voivat joutua hakeutumaan terveydenhuollon ja sosiaaliavun palvelujen piiriin. Hoitajan on osattava tunnistaa päihteidenkäyttäjä, jotta tämä saisi apua ja hoitoa tarpeeksi ajoissa ja jotta hoito tapahtuu oikeassa paikassa. Tunnistaakseen päihteidenkäyttäjän hoitajalla on oltava tietoa eri päihteistä ja hänellä on oltava hyvät vuorovaikutustaidot. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 152–153.)

Päihtymyksen arvioinnissa käytetään alkometriä sekä tarvittaessa huumeepikatestejä. Potilaan puhaltaessa 0 huomioidaan esimerkiksi hajuhavainnot, pistojäljet sekä erotellaan somaattiset sairaudet. Päihteidenkäyttäjän ulkoinen olemus voi olla epäsiisti ja tämä on myös yksi havainnointikeino. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 419.) Alkoholin vaikutuksenalaisena oleva potilas on helppo tunnistaa alkoholin hajusta hengityksessä sekä tyypillisestä käyttäytymisestä esimerkiksi horjahtelusta, nukahtelusta tai iloisuudesta (Suokas 2005, 384).

Satunnaista päihteenkäyttäjää voi olla hankala tunnistaa. Yksittäisistä käyttö- tai kokeilukerroista ei jää tunnistettavia oireita, ellei se ole johtanut myrkytykseen tai aiheuttanut tapaturmaa. Pidempiaikainen päihteenkäyttäjä on usein tunnistettavissa käyttäytymisestä. Huumeriippuvainen on yleensä ahdistunut ja levoton. Muita päihteidenkäyttöön liittyviä oireita on kuvattu opinnäytetyön luvussa 4. Päihteenkäyttäjän tunnistus perustuu potilaan ja mahdollisen saat-tajan haastatteluun, havainnointiin, kyselyihin ja laboratorionkokeisiin sekä kliinisiin tutkimuksiin.

Haastattelussa on suotavaa luoda avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Haastattelu on usein paras keino selvittää päihteiden käytön taustaa. Luottamus hoitajan ja potilaan välille syntyy neutraalilla ja moralisoimattomalla haastattelutavalla. Kysymykset esitetään selkeästi ja asetellaan avoimiksi, kuten mitä? missä? milloin? Haastattelussa on myös kysyttävä jokaisen päihdeaineryhmän

käytöstä erikseen, esimerkiksi ”Mitä käytät?”, ”Miten pitkään olet käyttänyt?”, ”Millä tavalla olet käyttänyt?”. Haastattelun apuvälineenä voi käyttää myös erilaisia kyselylomakkeita, kuten AUDIT, DAST ja DUDIT.

Epäily potilaan päihtymyksestä voi herätä pelkästään havainnoimalla potilasta. Potilaan orientaatiota aikaan, paikkaan ja itseensä on syytä tarkkailla. Outo tai levoton käytös ja tunnetilojen vaihtelut sekä yleinen käytöksen loogisuus antavat viitteitä mahdollisesta päihtymystilasta. Fyysisiä oireita voi havainnoida esimerkiksi silmien mustuaisista. Opioideja käyttäneellä mustuaiset ovat pienentyneet ja amfetamiinia tai muita stimulantteja käyttäneillä mustuaiset ovat laajentuneet. Tässä on otettava myös huomioon huumeista riippumattomat syyt, kuten kipu. Suonensisäisiä huumausaineita käyttävällä potilaalla voi löytyä pistojälkiä muun muassa käsivarsissa ja säärissä sekä vatsalla ja kaulalla. Päihteidenkäyttäjillä usein kasvaa toleranssi myös joitakin lääkeaineita kohtaan, joten on hyvä tarkkailla etenkin kipulääkkeiden vaikutusta. Kipulääkkeiden tehottomuus voi viitata opioidien käyttöön.

Kliinisissä tutkimuksissa opioidien käyttäjillä verenpaine ja syke ovat matalat. Opioidien vieroitusoireista kärsivillä puolestaan verenpaine ja syke nousevat. Amfetamiini ja muut stimulantit sekä ekstaasi nostavat verenpainetta. Mikäli potilaalla on erityisen alhainen hengitystiheys voi sekin olla merkki opioidien käyttäjästä. Opioidien ja muiden aineiden yhtäaikainen käyttö voi johtaa jopa hengenvaaralliseen hengityslamaan. Muita huumausaineiden käytöstä johtuvia elintoimintojen muutoksia ovat lämmön nousu stimulanttien käyttäjillä ja päänsärky sekä vatsakivut, jotka liittyvät vieroitusoireisiin ja mahdolliseen yliannostuksesta johtuvaan aivoverenvuotoon. Erityisesti opioidien vieroitusoireisiin liittyvät myös nestetasapainon häiriöt, koska potilas oksentelee ja mahdollisesti ripuloi. Huumeidenkäyttäjillä aliravitsemus myös aiheuttaa kuivumista. (Alho 2012, 52; Holmberg 2014.)

5.2.1 Laboratoriokokeiden avulla tunnistaminen

Laboratoriokokeista alkoholinkäyttöä voidaan arvioida S-GT-, S-ASAT-, S-ALAT-, E-MCV- ja S-CDT- kokein. Tarvittaessa voidaan ottaa myös B-PK-, B-La-, P-CRP-, HDL-kolesteroli-, triglyseriidi-, uraatti-, ferritiini- ja seerumin IgA-kokeet. Uloshengityksestä mitattavaa puhallutuskoetta, etOH, voidaan myös käyttää alkoholista johtuvan päihtymyksen arvioimiseen. Huumausaineiden käytön selvittämiseksi käytetään U-huum-O-, U-HuSeula- tai U-HuumPika-

virtsakokeita. Näytteeksi tarvitaan 50–60 ml virtsaa. Myös huumeidenkäyttöä epäiltäessä voidaan ottaa S-GT-, S-ASAT- ja S-ALAT- kokeet. Tarvittaessa otetaan B-PVK-, B-La-, P-CRP-, S-HAVAbM-, S-HBsAg-, S-HBcAb-, S-HCVAAb-, S-HIVAgAb- ja U-lääke- tai B-lääkekokeet. (Holmberg 2014.)

S-ASAT, S-ALAT ja S-GT kuuluvat perinteisesti maksantoimintaa kuvaaviin tutkimuksiin. Tutkimusten avulla on jo vuosikymmenten ajan arvioitu myös alkoholin suurkulutusta. Jo kolme alkoholiannosta päivittäin nostaa GT:n eli gammaglutamyylitransferaasin aktiivisuutta. GT-arvoja nostavat myös ylipaino ja diabetes. S-CDT on suosittu laboratoriokoe alkoholinkäyttöä arvioitaessa, koska arvo harvoin kohoaa muista syistä kuin runsaan alkoholinkäytön yhteydessä. Arvioidaan, että CDT arvon nousuun tarvitaan viisi ravintola-annosta päivittäin, vaikka tästä ei vielä ole täyttä varmuutta. Alkoholin pitkäaikaiskulutuksen seurauksena myös punasolujen keskitilavuus nousee. Sitä voidaan mitata E-MCV kokeella. (Niemelä 2010, 352–354.)

5.2.2 Huumepikatesti

Huumetestien käyttöaiheet jaotellaan kahteen luokkaan; valvonnalliseen ja terveydenhoidolliseen testaukseen. Valvonnallisella testauksella tarkoitetaan työpaikkojen tai koulujen sekä poliisin tai muiden viranomaisten suorittamia testauksia huumeiden käyttäjien löytämiseksi. Terveydenhoidollisella testauksella pyritään diagnoosin tai erotusdiagnoosin tekemiseen. Terveydenhoidolliset syyt voivat olla myös ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito sekä oikeuslääketieteelliset syyt, kuten kuolinsyyn selvittäminen. (Seppälä 2012, 54.) Huumetestejä ei saa tehdä ilman henkilön lupaa, ellei kyse ole vakavan sairauden hoidosta tai erotusdiagnoosin tekemisestä (Alho 2012, 53).

U-huum-O	
Kannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Satunnaiskäyttäjät 2-4 vrk • Säännöllisesti käyttävillä 2-4vkoa
Amfetamiini	<ul style="list-style-type: none"> • 1-6 vrk
Kokaiini	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 vrk
LSD + muut hallusinogeenit	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 vrk
Opiaatit	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfiini 7-14 vrk • Heroiini, Kodeiini ja Morfiini 1-3 vrk

Kuva 2. Huumausaineiden näkyvyysajat huumausaineiden pikatestissä. (Niemelä 2010).

Valvonnallisessa testauksessa testin ottajan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö ja testin ottamisen sekä kuljettamisen aikana tapahtuva manipulointi on estettävä. Terveystieteessä tästä tavasta voidaan joustaa yksityisyyden ja hoidon joustavuuden vuoksi, jos manipuloinnin vaaraa ei ole. Valvomattomassa näytteenotossa ja kuljetuksessa on vaarana, että näyte vaihdetaan puhtaaseen, tai näytteeseen lisätään sokeria, suolaa, etikkaa tai muita aineita, joiden tarkoitus on vääristää näytteen tulosta. U-Huum-O- ensivaiheen seulontatestit tehdään virtsanäytteestä. Seulonnasta on mahdollista selvittää amfetamiini-, bentsodiatsepiini-, buprenorfiini-, kannabis-, kokaiini-, metadoni- ja opiaattipitoisuudet. Näytteestä selvitetään myös virtsan ominaispaino, kreatiiniinipitoisuus ja ph mahdollisen manipuloinnin selvittämiseksi. Kannabis näkyy näytteessä 2–4 vuorokautta satunnaiskäyttäjillä ja 2–4 viikkoa säännöllisillä käyttäjillä. Amfetamiini näkyy positiivisena testissä 1–6 vuorokautta, kokaiini 1–4 vuorokautta, LSD ja muut hallusinogeenit 0–2 vuorokautta ja opiaateista buprenorfiini 7–14 vuorokautta sekä heroini, kodeiini ja morfiini 1–3 vuorokautta (kuva 2). Positiivisen tuloksen jälkeen tulokset pitää varmistaa spesifisemmällä jatkoanalyysillä, joita tekee muun muassa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen laboratorio ja Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos. Positiivisen tuloksen voi virheellisesti antaa esimerkiksi kodeiinia sisältävä yskänlääke tai jotkin kipulääkkeet. (HUSLAB; Niemelä 2010, 352–357.)

6 PÄIHTYNEEN POTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

6.1 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia tarkoittava sana triage tulee ranskan kielen sanasta trier, joka tarkoittaa lajittelua tai valitsemista. Triagen tarkoituksena on siis arvioida potilaan tarvitsema hoito päivystyspoliklinikalla ja ohjata hänet asianmukaiseen paikkaan sekä antaa hänelle asianmukainen hoito oikeaan aikaan. Triage-hoitajana toimii kokenut sairaanhoitaja, jolla on tehtävään vaaditut taidot. Triage-mallia on hyödynnetty jo Napoleonin aikaan sotien taistelutantereilla, jolloin haavoittuneet jaoteltiin vammojen vakavuuden mukaan. Kuollettavia vammoja saaneet sotilaat eroteltiin niistä, joilla oli vielä mahdollisuus selviytyä. Näin pyrittiin maksimoimaan selviytyjien määrä, jotta mahdollisimman moni voisi palata taisteluun. (Gilboy 2005, 61–62.)

Päivystyspoliklinikoilla potilasmäärät ovat lisääntyneet, joten potilasryhmitteilyllä pyritään selvittämään, onko potilas päivystyshoidon tarpeessa. Triagekäytännön tavoitteena on näin vähentää potilasmääriä ja rauhoittaa rajallisia ja ruuhkautuvia päivystystiloja sekä antaa hoitajille mahdollisuus tarjota potilaille parempaa hoitoa. Potilasmäärien vähentyessä myös odotusajat lääkärin vastaanotolle lyhentyvät. Yhteispäivystyksessä triagea käyttämällä määritellään myös, kuuluuko potilas yleislääkäripäivystykseen vai erikoissairaanhoidon päivystyksen piiriin.

Triage-malleja on useita erilaisia, mutta Suomessa yleistynein on ABCDE-malli. Mallissa A-ryhmään kuuluvat ovat välittömän hoidon tarpeessa olevia potilaita ja E-ryhmään kuuluvat potilaat eivät ole päivystyshoidon tarpeessa ja heidät ohjataan oman terveyskeskuksen palveluihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 94–95.)

6.2 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas Pohjois-Kymen sairaalan päivystyspoliklinikalla

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä on käytössä ylilääkäri Kimmo Salmion ja päivystyksen osastonhoitaja Jari Hinkkurisen tekemä ABCDE-luokitteluun perustuva hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas. Ohjeistus on jaoteltu tulo-oireittain, ja lapsille on tehty oma ohjeistus. Tulo-oireiksi oppaaseen on valikoitunut hengitysvaikeus, rintakipu, rytmihäiriöt, neurologia, kuume ja

tulehdukset, silmät ja korva-, nenä- ja kurkkutaudit, traumat ja palovammat, vatsakipu, verenvuoto, yleiset sairaus oireet sekä mielenterveys ja psykiatria.

ABCDE-luokittelu antaa tavoitteen hoidon aloittamisen ajankohdalle. A-ryhmään luokiteltujen potilaiden tila on hengenvaarallinen tai tilan odotetaan heikkenevän nopeasti, ja heidän hoitonsa on tästä syystä aloitettava välittömästi. Potilaat, joilla on henkeä uhkaava tila, mutta joka saadaan ehkäistyksi nopeasti aloitettavilla hoidoilla tai toimenpiteillä kuuluvat ryhmään B. Heidän hoitonsa on aloitettava 15–30 minuutin sisällä potilaan saapumisesta päivystykseen. C-ryhmään kuuluvien potilaiden vitaalielintoiminnot ovat pääosin kunnossa, mutta he tarvitsevat laajempia tutkimuksia ja seurantaa sekä useita hoitotoimenpiteitä. Heille lääkärin tulee tehdä hoidonarvio kahden tunnin sisällä päivystykseen saapumisesta. D-ryhmän potilaiden yleistila on hyvä, mutta heille on tehtävä tutkimuksia, hoitotoimenpiteitä ja jatkohoidon järjestelyjä. Heidän hoito on aloitettava kolmen tunnin sisällä päivystykseen saapumisesta. E-ryhmään luokitellut potilaat eivät ole päivystyksellisen hoidon tarpeessa ja heidät kuuluu ohjata oman terveysaseman palveluihin. Pohjois-Kymen sairaalan päivystys on jaettu kolmeen päivystyslinjaan, jotka ovat konservatiivinen, operatiivinen ja yleislääkäri päivystys. A-, B- ja C-ryhmien potilaat ovat aina konservatiivisen tai operatiivisen päivystyksen potilaita. Yleislääkärille voi kuulua osa C-ryhmän potilaista, mutta kaikki D-ryhmän potilaat ohjataan yleislääkärin hoitoon.

Päihtymystilaan liittyvää oireilua ei ole juurikaan ohjeistuksessa eritelty. Eniten päihtyneeseen potilaaseen viitataan kohdassa mielenterveys ja psykiatria. Vain mielenterveys ja psykiatria- osiossa kehoitetaan tekemään päihdeanamneesi hoidon tarpeen arvioinnin ohella. Kohdassa mainitaan myös, että päihtynyt tai vieroitusoireinen potilas voi toimia impulsiivisesti. Ohjeistuksen mukaan triage-luokkaan A kuuluvat myrkytyspotilaat, joilla on henkeä uhkaava tila esimerkiksi alkoholin tai lääkkeiden käytön vuoksi. Vieroitusoireiset potilaat kuuluvat triage-luokkaan D. Päihtyneet potilaat, joilla ei ole muita oireita, eivät ole päivystyksellisen hoidon tarpeessa. (Salmio & Hinkkurinen 2013.)

6.3 Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen päivystyspoliklinikalla

Potilaan saapuessa päivystyspoliklinikalle hänestä tehdään tilanarvio, vaiheet esiteltä kuvassa 3. Ensisijaisena tehtävänä on selvittää potilaan hoitoon tulosyys, kliininen tila ja varmistaa hänen henkilöllisyys. Triage-hoitajan tekemä tilanarvio on nopea ja täsmällinen ensiarvio potilaan voinnista. Ambulanssilla tulleen potilaan voinnista on jo tehty täsmennetty tilanarvio, jota täydennetään päivystyshoidossa erilaisten mittausten avulla. Potilaasta mitataan verenpaine, happisaturaatio ja lämpö. Usein on syytä ottaa myös EKG, eli sydänfilmi. Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä on muistettava potilaan lähtötilanne, vaikkei päivystykseen saapumishetkellä peruselintoimintojen häiriöitä enää olisi, ja huomioitava myös potilaan perussairaudet ja lääkitykset. (Kuisma ym. 2010, 93.) Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen on tärkeä taito, joka vaatii kognitiivisia, ongelmanratkaisu- ja eettisiä taitoja. Sairaanhoidajan vastuulla on kirjata havaintonsa ja varmistaa, että tiedot ovat saatavilla, sekä välittää saamansa tieto muille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka ovat mukana potilaan hoidossa. (Lombardo 2005, 82.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa on tärkeintä ensin huomioida vitaalitoimintojen säilyvyys. Tähän voi muistisääntönä käyttää toista A-B-C-D-E– mallia, jossa A tarkoittaa Air ilmäteiden auki pitämistä, B breathing hengityksen turvaamista, C circulation verenkierron turvaamista, D disability tarkoittaa tajunnan tason arviointia ja E examination tai exposure tarkoittaa potilaan tarkempaa tutkimista sekä mahdollisen vamma-alueen paljastamista. Potilaan järjestelmällisen tutkimisen tarkoituksena on turvata vitaalielintoiminnot ja tunnistaa ensisijainen syy voinnin heikkenemiseen tai mahdollisesti jopa hengenvaaralliseen tilaan. Potilaan hengen turvaamiseen riittää A-, B- ja C- vaiheiden suorittaminen. (Adam, Odell & Welch 2010, 6–8.)

Vitaalielintoimintojen turvaamisen jälkeen voidaan siirtyä tekemään tarkempaa tutkimusta. Yleistutkimuksen tekemiseen voi käyttää katso, kosketa, kuuntele tekniikkaa, jonka tulisi seurata A-B-C-D-E– muistisäännön vaiheita. Pelkäämään katsomalla tai tarkkailemalla potilasta silmämääräisesti voi luoda ensivaikutelman potilaan tilasta. Tarkkailemalla potilasta on hyvä kiinnittää huomiota potilaan käyttäytymiseen, liikkumiseen, ihon väriin ja silmien liikkeeseen, koska nämä voivat viestiä potilaan kokemasta kivusta tai vakavista sairauksista. Mikäli jokin potilaasta tehtävistä havainnoista vaikuttaa poikkeavalta, on

kyseisen alueen tutkimuksia ja tarkkailua jatkettava. Potilaan silmämääräistä tarkkailua voi tehdä koko potilaan hoidon ajan. Koskettamalla potilasta voi havainnoida ihon kosteutta ja lämpöä. Kylmänhikisyys esimerkiksi viestii usein kovasta kivusta tai verenkierronhäiriöistä. Koskettamiseen kuuluu olennaisesti myös potilaan pulssin tunnustelu ranteesta, koska sillä selviää myös verenpaineen taso nopeasti. Rannepulssin saa tuntumaan, kun systolinen paine ylittää 70 mmHg. Rannepulssin puuttuminen voi johtua alhaisen verenpaineen lisäksi suonien ahtaumasta. Koskettamalla ja tunnustelemalla potilasta on tarkoitus myös etsiä mahdollisen kivun aiheuttajaa, turvotuksia, tulehduksia ja esimerkiksi merkkejä keuhkolaajentumasta. Kuuntelulla tarkoitetaan lähinnä sydämen, keuhkojen ja vatsaontelon auskultointia stetoskoopin avulla. Stetoskoopin luotettava käyttö vaatii kuitenkin harjoittelua ja taitoa erottaa normaalit äänet poikkeavista äänistä. (Kuisma ym. 2013, 121–122, 131, 136; Adam ym. 2010, 32–36.)

Olellainen osa potilaan tilanarvion tekemisessä on potilaan haastattelu tämän ollessa tajuissaan. Haastattelun tavoitteena on luoda luottamuksellinen suhde potilaaseen ja hankkia tietoa hänen ongelmastaan. Ensimmäisenä selvitetään potilaan hoitoon hakeutumisen syy. Avoimilla kysymyksillä potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa omin sanoin vaivastaan ja omista havainnoistaan, jonka jälkeen potilaalle voi esittää tarkentavia kysymyksiä. Tarkentavilla kysymyksillä pyritään selvittämään esimerkiksi oireiden alkamisajankohtaa ja fyysisten muutosten ilmenemistä tai kehittymistä. Mikäli potilaalla on samanaikaisesti useita oireita, on syytä selvittää niiden ilmenemisjärjestys ja se, mikä oireista sai potilaan hakeutumaan hoitoon. Haastattelussa tulisi ottaa huomioon kaikkien oireiden yhteydessä vaivan sijainti, ilmenemistapa, ajallinen kehitys, yhteydet muihin seikkoihin, kuten asentoihin, vaivaan vaikuttavat tekijät ja liittämissilmiöt. Haastattelun lopuksi kartoitetaan potilaan aikaisempia sairauksia ja terveydentilaa. Aikaisemmillä sairauksilla ja hoidoilla voi olla merkittävä rooli hoitoontulonsyyn selvittämisessä. Lisäksi potilaan lääkitys tulee selvittää ja kysyä myös käsikauppalääkkeiden ja luontaistuotteiden käytöstä. (Pasterneck 2009, 26, 28, 31, 37; Kuisma ym. 2013, 123.) Hoidon tarpeen arvioinnin kulkua on havainnollistettu kuvassa 3.



Kuva 3. Hoidon tarpeen arvioinnin kulku

Väkivaltaisen potilaan haastattelussa on huomioitava turvallinen ympäristö. Potilaalle tulee ilmaista huoli mahdollisesta väkivaltaisuudesta. Uhkaavaan tilanteeseen ei koskaan pidä mennä yksin. Lisäksi on varmistettava, että tilanteesta pystyy nopeasti ja turvallisesti poistumaan tarvittaessa. Hoitajan on myös hyvä selvittää itselleen työpaikkansa hälytysjärjestelmä ja toimintaohjeet hätätilanteessa. Tärkeää on itse pysyä rauhallisena ja kuunnella potilasta. Potilaalle voi tilanteen rauhoittamiseksi tarjota rauhoittavaa lääkettä. Haastattelun aikana ei suositella tehtävän muistiinpanoja, koska tämä voi häiritä potilasta ja hoitajan keskittymistä. (Aalberg 2009, 86–88.)

6.4 Päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteet

Potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoidon siitä riippumatta, onko hän päihtynyt vai ei (STM 2006, 13). Potilaan kohdella ja palvelu tulee olla asianmukaista päihtymyksestä huolimatta. Päihteidenkäyttäjillä on usein päihteiden sekakäyttöä, jolloin he käyttävät päihteitä samanaikaisesti tai vuorotellen. Hoidon tarve tulee arvioida ensin, mikäli potilas lähetetään poliisin tiloihin. (Castrén ym. 2009, 419.)

Potilaan hoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon päihteiden käytön historia ja tästä mahdollisesti tulevat vieroitusoireet sekä täytyy määritellä vieroitusoireisiin liittyvät hoitomuodot esimerkiksi oireenmukainen hoito tai korvaava lääkitys. Tämän avulla potilaan hoitomotivaatio ja hoidossa pysyvyys voivat onnistua paremmin. Päihteidenkäyttäjillä on aina yksilölliset vieroitusoireet, joten hoitosuunnitelman tulee myös olla yksilöllinen.

Päihteidenkäyttäjällä voi olla sairauksia, jotka voivat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin päihteet. Potilaalla voi olla myös perussairaus ja tämän vuoksi haikunut hoitoon, eikä vain päihtymystilan vuoksi. Tämän vuoksi potilaan hoi-

toon kuuluu päihtymystilaan liittyvä hoitotyö sekä varsinaisen somaattisen sairauden tai oireen hoitaminen. Haastattelun yhteydessä potilaalta tarkistetaan vitalelielintoiminnot sekä tehdään tilanteen vaatimat tutkimukset. (Suokas 2005, 383–385.)

Päihtynyt potilas päivystyksessä aiheuttaa usein hoitohenkilökunnassa turhautumisen ja pelon tunnetta, sekä vastenmielisyyttä potilasta kohtaan. Potilaat koetaan jo ennalta räyhääviksi, aggressiivisiksi ja haastaviksi. Päihtyneen potilaan diagnoosin tekeminen ja hoito ovat usein haasteellista, koska päihteiden käyttö ja toleranssin kehittyminen voi peittää alleen alkavan myrkytystilan. Pelko potilasta kohtaan voi olla aiheellista, koska päihtynyt potilas saattaa turvautua väkivaltaan kokiessaan tyytymättömyyttä hoitoonsa tai tulleen aliminlyödyksi. Potilaan aggressiot voivat päihtyneenä nousta pintaan myös sairaanhoitajan provosoivan käytöksen seurauksena. On tärkeää osata kohdata päihtynyt tai väkivaltainen potilas oikein, koska etenkin huumeidenkäyttäjät voivat olla arvaamattomia ja heillä voi olla mukanaan ase. (Salaspuro 2009, 897, 903; Heikkilä 2012, 17; Tuomola 2012, 45; Castrén ym. 2010, 621.) Tarkemmin päihtyneen potilaan kohtaamisesta on kerrottu opinnäytetyön luvussa 3.3.

Hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä voi hankaloittaa päihtyneen potilaan kognitiivisten taitojen, kuten ymmärryksen, muistin ja havainnointikyvyn heikentyminen. Kommunikointi usein hankaloituu päihtymyksen seurauksena. Päihtynyt ei välttämättä ymmärrä, mitä hänelle yritetään sanoa, eikä itsekään kykene ymmärrettävään puheentuottoon. (Partanen ym. 2015, 233.) Esimerkiksi delirium-potilailla orientaatio aikaan ja paikkaan on usein heikentynyt (Huttunen 2014). Mikäli potilas ei kykene tuottamaan ymmärrettävää puhetta, on hänen tajunnantasonsa syvyys tarkistettava muilla keinoin, kuten huomioimalla kontaktissa oleminen, pupillien koko, verenpaine ja syke sekä hengitystaajuus ja reagointi kosketukselle ja kivulle (STM 2006, 14).

Päihtymystila aiheuttaa potilaassa epävarmuutta ja häpeän tunnetta, eikä hän välttämättä uskalla luottaa hoitajiin. Potilaalla voi olla huonoja kokemuksia tai ennakkoluuloja terveydenhuollon palveluita kohtaan, jolloin hän voi kieltäytyä hoidosta kokonaan. Kieltäytyessään hoidosta potilaalle ei saa antaa edes kiireellistä hoitoa ilman hänen suostumustaan. Tällöin potilasta on suostuteltava ja perusteltava hänelle hoidon tarve. (Tuomola 2012, 47–48; Behm 2015, 43.)

7 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä työskentelevän hoitohenkilökunnan päihdeosaamista ja tavoitteena selvittää mitä haasteita on päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa.

Keräämämme tiedon perusteella päädyimme seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Onko hoitajilla kattava päihdeosaaminen?
 - 1.1. Miten päihtynyt potilas kohdataan päivystyksessä?
 - 1.2. Miten päihtynyt potilas tunnistetaan päivystyksessä?
2. Mitkä ovat päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteet?

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syyskuussa 2015. Päätimme heti alussa, että opinnäytetyön tulisi olla valmis huhtikuussa 2016, jotta voisimme valmistua toukokuussa 2016. Pysyimme hyvin aikataulussa suunnitelmaseminaariin asti, joka pidettiin helmikuussa 2016. Suunnitelmaseminaarin jälkeen tavoitteenamme oli, että olisimme saaneet kyselyn jakoon jo 15.2.2016. Haasteeksi tuli kuitenkin saada kyselystä tarpeita vastaava, joten jouduimme tekemään sen parissa enemmän töitä kuin olimme suunnitelleet. Lisäksi tutkimuslupien saamisessa kesti noin 2 viikkoa, minkä takia kyselyn lähettäminen vastaajille viivästyi. Lopulta saimme lähetettyä kyselyn vastaajille 1.3.2016. Alkuperäinen suunnitelmamme oli, että kysely olisi ollut avoinna 3 - 4 viikkoa, mutta aikataulun viivästyksen takia jouduimme lyhentämään vastausaikaa kahteen viikkoon. Kysely sulkeutui siis jo 16.3.2016, jotta ehdimme analysoida ja pohtia tuloksia. Päätöseminaari oli tarkoitus pitää 19.4.2016, mutta tiukan aikataulun ja sekaannusten vuoksi jouduimme siirtämään sitä ja päätöseminaari pidettiin 17.5.2016.

Taulukko 1. Opinnäytetyöprosessin kulku

Syyskuu 2015	Tapaaminen Jari Hinkkurisen kanssa Tapaaminen Terhi Heden kanssa Aiheen valinta Opinnäytetyö sopimuksen tekeminen
Lokakuu 2015	Tiedonhaku ja teoria osuuden kirjoittaminen Ohjaustapaamiset Ideaseminaari
Marraskuu 2015	Sisällönohjaus Teoria osuuden kirjoittaminen
Joulukuu 2015	Ohjaustapaaminen
Tammikuu 2016	Äidinkielen ohjaus Puhelinkeskustelu ohjaukset
Helmikuu 2016	Webropol- koulutus Kyselylomakkeen laadinta Suunnitelmaseminaari 23.2 Päihdekoulutus Pohjois-Kymen sairaalalla Tutkimuslupa hakemus Kyselyn vienti Webropoliin ja kyselyn esitetaus
Maaliskuu 2016	Kysely avoimeksi POKS päivystysten hoitajille Kyselyn tulokset Ohjaustapaamiset
Huhtikuu 2016	Tulosten analysointia ja pohdintaa Ohjauskeskustelut
Toukokuu 2016	Opinnäytetyö tarkastukseen äidinkielen- ja englannin opettajille Opinnäytetyön palautus Päätöseminaari 17.5.2016 Tulosten palauttaminen

9 MÄÄRÄLLISEN KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Valitsimme opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän, jonka toteutimme kyselylomakkeen avulla. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on yksinkertainen tutkimuksen muoto, joka usein noudattaa tarkasti tieteellisen tutkimuksen sääntöjä koko tutkimus prosessin ajan. Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana ovat tutkimusongelmat, joihin tutkimuksessa haetaan vastauksia tai ratkaisua. Määrällinen tutkimus edellyttää aina teoriaa ja tietoa tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat on esitelty luvussa 7. Menetelmässä käytetään usein tutkimuslomakkeita, joissa kysymyksiin on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joilla pyritään saamaan vastauksia tutkimusongelmaan. Määrällisen tutkimuksen tulokset ilmoitetaan luvuin ja prosenttiosuuksin, joita havainnollistetaan kuvioin ja taulukoin. Tutkimuksen onnistumiseen vaaditaan riittävän suuri otos. (Heikkilä 2010, 16; Kananen 2011, 20–21, 27.) Tutkimusmenetelmä on objektiivinen eli puolueeton, joten emme voineet vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Objektiivisuutta tukee myös, ettemme tavanneet tutkittavia henkilöitä, koska teimme kyselyn sähköisesti. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kysyä vastaajilta myös arkaluonteisia asioita, koska vastaajan henkilöllisyys pysyy salassa. (Vilkka 2007, 16; Vilkka 2015, 94.) Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän myös siksi, että saisimme mahdollisimman suuren otannan kuvaamaan perusjoukkoa.

9.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan päihdeosaamista ja tavoitteena selvittää mitä haasteita on päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa. Lähetimme kyselyn osastonhoitaja Jari Hinkkurisen välityksellä hoitohenkilökunnan työsähköposteihin. Tutkimus tehtiin kokonaisotannana eli kysely lähetettiin jokaiselle perusjoukon jäsenelle. Valitsimme kokonaisotannan, koska sitä suositellaan, jos perusjoukko on pieni. Perusjoukkona käytimme kyselyssä kaikkia Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä hoitotyötä tekeviä henkilöitä. Kyselyyn vastaamista pidimme vapaaehtoisena, joten emme voineet olettaa kaikkien vastaavan annetun ajan sisällä. (Heikkilä 2010, 33.) Kysely lähetettiin 51:lle päivystyksessä hoitotyötä tekeväälle hoitajalle ja 8:lle varahenkilöstön hoitotyötä tekeväälle hoitajalle, joihin kuului sairaanhoitajien lisäksi myös ensi-, lähi- ja perushoitajia.

9.2 Kyselyn laatiminen

Tilastollisessa tutkimuksessa aineisto kerätään erilaisten mittareiden avulla. Usein mittarin joutuu itse rakentamaan, koska valmista tutkimukseen sopivaa mittaria ei ole olemassa. Aineiston keräämiseen käytetään yleensä kyselylomakkeita. Kyselymme pohjautui koottuun teoriatietoon ja tutkimusongelmiimme. Kysymyksiä tehdessä otimme huomioon, mitä halusimme mitata ja miten asioita pystytään mittaamaan. (Valli 2015, 41.)

Kyselyn rakentamisessa ensimmäisenä huomioidaan aina tutkimuskohde ja hänen valmiutensa vastaamiseen. Kysymykset laadimme yksinkertaiseen ja ymmärrettävään muotoon, jotta välttyimme mahdollisilta virheellisiltä tuloksilta. Hyvä kyselylomake on selkeä ja miellyttävän näköinen. Tutkijan on lisäksi syytä kiinnittää huomiota myös kyselyn pituuteen. Kyselyn ollessa tutkittavan mielestä liian pitkä, hän helposti jättää kyselyyn vastaamatta tai vastaa kysymyksiin hätiköidysti. Näin ollen harkitsimme jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta tarkoin ja karsimmekin paljon kysymyksiä tällä perusteella.

Mitta-asteikkoja on olemassa 4 erilaista, joiden välillä mittaustarkkuus vaihtelee. Yksinkertaisin mitta-asteikko on nominaali- eli luokittelu asteikko, johon tyypillisiä vastauksia on kyllä tai ei. Ordinaali- eli järjestysasteikolla tarkoitetaan mitta-asteikkoa, jolla havaintoyksiköt voidaan asettaa järjestykseen. Likertin asteikko on sanallinen mittari, jolla voidaan selvittää vastaajan saman mielisyyttä, esimerkiksi täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Vastausvaihtoehtojen nimeämisessä tulee kuitenkin olla tarkka, koska jokaiselle vastaajalle tulisi löytyä sopiva vastausvaihtoehto. Likertin asteikossa tavallisesti keskimmäiseksi on asetettu neutraali-luokka, mikä poistaa pakko vastaamisen kysymykseen. Pakkovastaamisessa ongelmana on se, että vastaajan on valittava jokin vaihtoehto, vaikkei hänellä olisi tietoa tai mielipidettä asiasta. (Kananen 2011, 61–63; Valli 2015, 57.)

Tässä opinnäytetyössä laadimme tutkimuskysymykset käyttämällä nominaali- ja ordinaaliasteikoita. Nominaaliasteikkoa käytimme kartoittaessamme vastaajien taustatietoja esimerkiksi työkokemusta ja päihdekoulutustaustaa. Nominaaliasteikko toimi myös hyvin kyselyn päihdetietämys osiossa, jossa testasimme tietävätkö vastaajat päihdyttävien aineiden aiheuttamia oireita. Pääasiassa valitsimme käytettäväksi ordinaaliasteikon kysymyksiä tehdessä. Pää-

dyimme käyttämään Likertin asteikkoa eli sanallista mittausta, joka on yksi ordinaaliasteikon muodoista. Vastausvaihtoehtoina käytimme: en koskaan, harvoin, silloin tällöin, melko usein ja aina, sekä eri mieltä, hieman eri mieltä, en osaa sanoa, melko samaa mieltä tai samaa mieltä. Lisäsimme vastausvaihtoehtoihin vaihtoehdon ”en osaa sanoa”, jotta välttyimme virheellisiltä vastauksilta. Päätelimme, että vaihtoehto ”en osaa sanoa” lisää vastaajien rehellisyyttä. Tällöin annoimme heille mahdollisuuden vastata rehellisesti, jos he eivät osanneet vastata kysymykseen tai eivät tienneet oikeaa vastausta. Tämä myös todennäköisesti vähensi vastauksiin arvaamista.

Käytimme opinnäytetyömme tutkimusaineiston keräämiseen kyselylomaketta, jonka teimme sähköisenä Webropol-ohjelmaa käyttäen. Laadimme pääsääntöisesti strukturoituja kysymyksiä, joissa kysymykseen oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot nominaali ja Likertin asteikoilla. Strukturoiduilla kysymyksillä tutkittavan oli mahdollista vastata kysymykseen nopeasti ja meidän oli helpompi käsitellä kerättyä aineistoa. (Valli 2015, 43; Heikkilä 2010, 47–51.) Lisäksi käytimme hyväksi avoimia kysymyksiä kahdessa kohdassa, joiden tarkoituksena oli selvittää vastaajien omia mielipiteitä ja ehdotuksia. Avoimilla kysymyksillä on kuitenkin hyviä sekä huonoja puolia kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Hyvinä puolina on saada selville perusteellisesti vastaajien mielipiteitä sekä saada hyviä ideoita. Huonona puolena avoimissa kysymyksissä on se, että niihin vastaajat jättävät helposti vastaamatta eivätkä vastaukset välttämättä vastaa kysymykseen, jolloin niitä ei voi käyttää. (Valli 2015, 70.) Tässä tutkimuksessa avoimiin kysymykseen saimme yhteensä vain 5 vastausta eli suurin osa vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. Esitestasimme kyselymme yhdellä henkilöllä ennen lähettämistä varsinaisille tutkittaville. Esitestauksessa selvisi kyselyyn kuluva aika sekä kyselyn toimivuus ja raskaus (Heikkilä 2010, 61). Liitimme kyselyn mukaan saatekirjeen, jossa kerroimme tutkimuksen tavoitteen, kohderyhmän, vastaamiseen kuluvan ajan ja tutkimustietojen käyttöön liittyvät tiedot (liite 4).

Kyselymme koostui taustakysymyksistä, hoitajien päihdeosaamisen kartoittamisesta ja hoidon tarpeen arvioinnin haasteiden selvittämisestä. Päihdeosaamisen kartoittamista varten laadimme kysymyksiä eri päihteiden aiheuttamista oireista. Jaottelimme päihteet kyselyssä opinnäytetyön teorian pohjalta viiteen osioon ja otimme huomioon vain hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin op-

paassa triage A- ja B- kiireellisiksi luokiteltavat oireet. Sekakäytön oireet jätimme kyselystä pois sen moninaisten oireiden vuoksi ja koska oireet riippuvat käytetyistä aineista. Lisäksi laadimme kysymyksiä hoitajien kokemuksista päihtyneen potilaan kohtaamisesta ja päihtyneen potilaan tunnistamisesta.

9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston käsittely vaiheella tarkoitetaan kyselyn vastausten tarkistamista. Käsittely vaiheessa ensimmäisenä tiedot tallennetaan tietokoneelle numeraalisesti, siten että niitä voidaan helposti tutkia ja verrata. Apuna voidaan käyttää tilasto- ja taulukko-ohjelmia, esimerkiksi Excel-ohjelmaa. (Vilka 2007, 106.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto käsiteltiin sähköisesti ja nimettömästi Webropol-ohjelman sisällä. Ohjelma antoi tulokset valmiiksi prosentteina ja samalla näimme vastaajalukumäärät.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysimenetelmän valintaan vaikuttavat käytetyt mittarit sekä niiden mittaustasot. Mittarin eli kysymyksen luonteen valinta taas vaikuttaa siihen, millaista tietoa halutaan saada. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää määriä, riippuvuuksia sekä syiden seurauksia. Lähtökohtana on se, että saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa. Luotettavuuden kannalta olisi tärkeää pystyä tutkimaan kaikki perusjoukon havaintoyksiköt, mutta tämä on harvoin mahdollista.

Useimmiten joudutaan tyytymään pieneen otokseen, josta johtopäätökset tehdään. Yksinkertaisin tapa on esittää tulokset taulukossa, jossa ne esitetään prosentteina, jolloin jakauma yleistetään vastaamaan koko perusjoukkoa. (Kananen 2011, 85–86.)

Käytimme opinnäytetyön tuloksia analysoidessa myös ristiintaulukointia vertaillen päihdekoulutuksen käyneiden ja ei-käyneiden päihdetietämystä. Ristiintaulukointi kuvaa kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia. Riippuvuudella tarkoitetaan yhden muuttujan vaikutusta toiseen muuttujaan.

Avoimien kysymysten analysointi on haastavampaa ja aikaa vievää verrattuna strukturoituihin kysymyksiin, jotka ovat helppo tilastoida. Avoimia kysymyksiä voidaan myös tilastoida, mikäli kysymysten vastaukset voidaan jaotella ryhmiin sisältönsä mukaan. Toinen vaihtoehto on tarkastella avoimia kysymyksiä laadullisesti, mikä tapahtuu tavallisesti teemoittelulla. (Valli 2015, 70–71.)

Tässä opinnäytetyössä saimme avoimiin kysymyksiin vastauksia niin vähän,

että niiden tilastoinen useampaan ryhmään oli mahdotonta. Vastaukset olivat melko samanlaisia sisällöltään. Mielenpiirteet kysytystä asiasta olivat yhtenäiset, minkä takia ne olivat helppo analysoida.

9.4 Katoanalyysi

Tutkimusaineiston tarkastuksessa tärkeintä on arvioida kato. Kato ei yleensä ole vaaraksi tutkimukselle, jos se on vähäistä. Tutkimuksen kadolla tarkoitetaan yhden tai useamman kokonaisen otosyksikön puuttumista tutkimustuloksista eli tässä opinnäytetyössä se tarkoittaisi kyselyyn vastaamatta jättämistä. Tätä voidaan kutsua ulkoiseksi kadoksi, jonka syynä voivat olla esimerkiksi kohdehenkilöiden kieltäytyminen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuskatoa voi olla myös yksittäisten tietojen puuttuminen yhden tai useamman havaintoyksiköiden tiedoissa, esimerkiksi yhteen kysymykseen vastaamatta jättäminen. Tätä kutsutaan sisäiseksi kadoksi, joka voi johtua esimerkiksi joko vastaajan haluttomuudesta vastata tai jonkin vastausvaihtoehdon puuttumisesta. Suuren vastauskadon voi välttää lähettämällä muistutuksen tai uusintakyselyn. Kato tulee huomioida jo mittarin eli kyselylomakkeen suunnittelussa (Vilka 2007, 106–107; Tilastokeskus.)

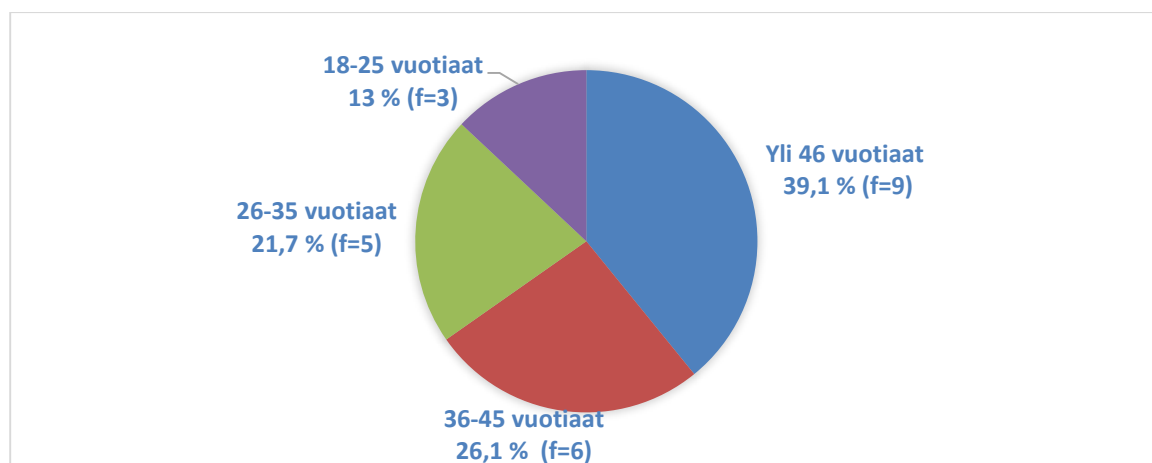
Tässä opinnäytetyössä ulkoinen kato oli suuri. Kysely lähetettiin sähköpostitse Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, johon kuului yhteensä 59 henkilöä. Kyselyyn vastasi vain 23 henkilöä. Webropolista saimme kuitenkin selville, että kyselyn linkki oli avattu 51 kertaa eli useampi henkilö on todennäköisesti avannut kyselyn, mutta jättänyt jostain tuntemattomasta syystä vastaamatta. Koko kyselyn aukiolon aikana vuosi-, sairaus- tai työlomalla oli yhteensä 10 hoitohenkilöä. Ensimmäisen viikon aikana oli lisäksi poissa 5 henkilöä ja toisen viikon aikana 2 henkilöä heistä, joille kysely oli lähetetty. Uskomme päivystyksen hektisen työnluonteen ja mahdollisten vajaiden työvuorojen myös osaltaan vaikuttaneen vastausaktiivisuuteen. Kyselyn ollessa avoinna vastaajille pystyimme helposti seuraamaan Webropolista vastausaktiivisuutta. Huomatessamme vastausmäärän olevan vähäinen otimme yhteyttä osastonhoitaja Jari Hinkkuriseen, joka lupasi muistuttaa työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Tästä huolimatta vastausprosentti jäi pieneksi.

10 TULOKSET

Tutkimuskyselymme oli avoinna Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnalle 1.–16.3.2016. Kysely lähetettiin 59 vastaajalle osastonhoitaja Jari Hinkkurisen välityksellä sähköpostitse. Kyselyyn vastasi 23 hoitohenkilökunnan jäsentä. Vastausaktiivisuus oli 39 %.

10.1 Taustakysymykset

Taustakysymyksiä avulla kartoitimme vastaajien iän, työkokemuksen hoitoalalta ja sen, ovatko he käyneet triage-hoitaja koulutuksen ja ovatko he käyneet päihdekoulutuksessa. Vastaajista suurin osa, 39,1 % (f=9) olivat iältään yli 46–vuotiaita. 36–45-vuotiaita vastaajia oli 26,1 % (f=6), 26–35-vuotiaita vastaajia oli 21,7 % (f=5) ja vähiten oli 18–25-vuotiaita vastaajia, joita oli 13 % (f=3) (kuva 4).

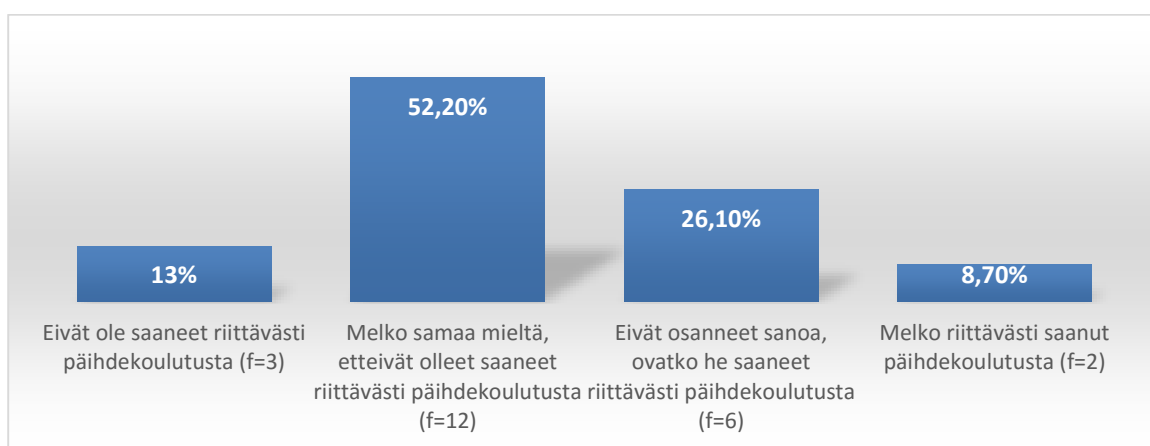


Kuva 4. Vastaajien ikä (n=23)

Suurimmalla osalla vastaajista, 60,9 %:lla (f=14) oli yli 10 vuoden työkokemus hoitoalalla. Muuten työkokemus oli jakaantunut vastaajien kesken tasaisesti. 7–9 vuoden työkokemus oli 17,4 %:lla (f=4) vastaajista, 4–6 vuoden työkokemus 8,7 %:lla (f=2) vastaajista ja 0–3 vuoden työkokemus 13 %:lla (f=3) vastaajista. Valtaosa vastaajista, 78,3 % (f=18), ei ollut käynyt triage-hoitajan koulutusta. Triage-hoitajan koulutuksen oli käynyt vain 21,7 % (f=5) vastaajista. Päihdekoulutuksessa käyneiden vastaajien jakauma oli lähes vastaava. Päihdekoulutuksessa käyneitä hoitajia oli 26,1 % (f=6) vastaajista, ja 73,9 % (f=17) vastaajista ei ollut käynyt päihdekoulutuksessa.

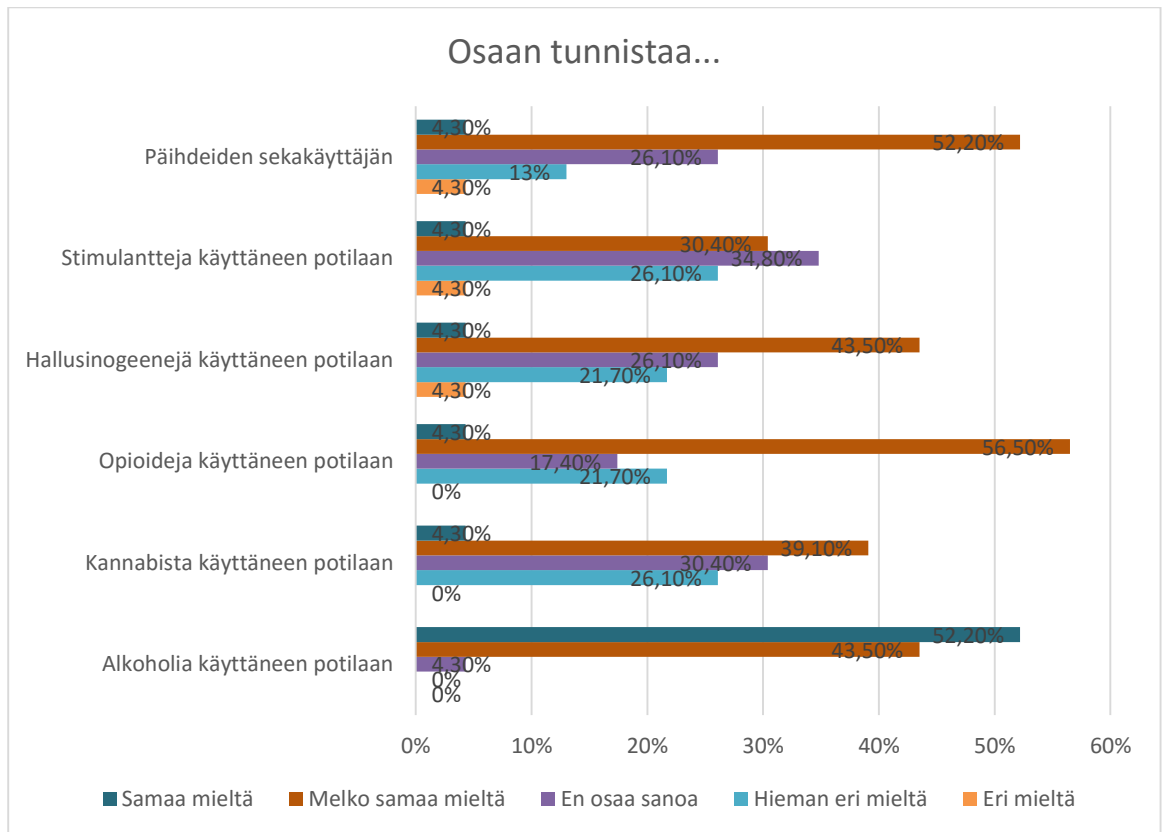
10.2 Hoitohenkilökunnan oma arvio päihdeosaamisesta

Lähes puolet vastaajista 47,8 % (f=11) olivat sitä mieltä, että heidän oma päihdeosaaminen ei ole riittävää. 17,4 % (f=4) eivät osanneet sanoa. 34,8 % (f=8) oli sitä mieltä, että heidän päihdeosaamisensa on melko riittävää tai riittävää. Yli puolet vastaajista, 65,2 % (f=15), olivat sitä mieltä, etteivät he ole saaneet riittävästi päihdekoulutusta. 26,1 % (f=6) vastaajista ei osannut sanoa, ovatko he saaneet riittävästi päihdekoulutusta. 8,7 % (f=2) vastaajista koki saaneensa melko riittävästi päihdekoulutusta. Kukaan vastaajista ei kokenut saaneensa riittävästi päihdekoulutusta (kuva 5).



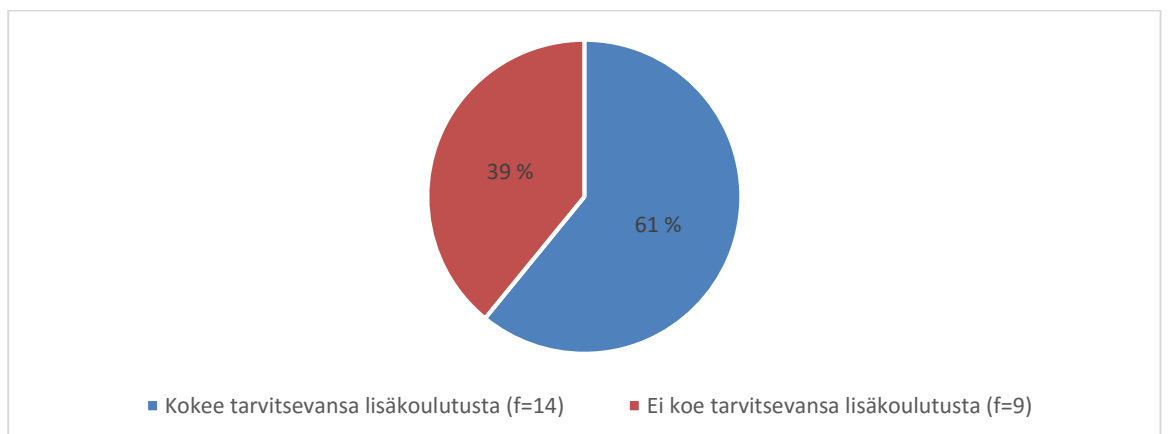
Kuva 5. Päihdekoulutus (n=23)

Vastaajat kokivat tunnistavansa alkoholia käyttäneen potilaan lähes aina. Vastaajista lähes kaikki 95,7 % (f= 22) kokivat tunnistavansa alkoholia käyttäneen potilaan melko hyvin tai hyvin. Vain 4,3 % (f=1) vastaajista ei osannut sanoa, tunnistavatko he alkoholia käyttäneen potilaan. Huumausaineita käyttäneen potilaan tunnistamisessa oli huomattavasti enemmän vaihtelua vastaajien kesken, tätä on havainnollistettu kuvassa 6.

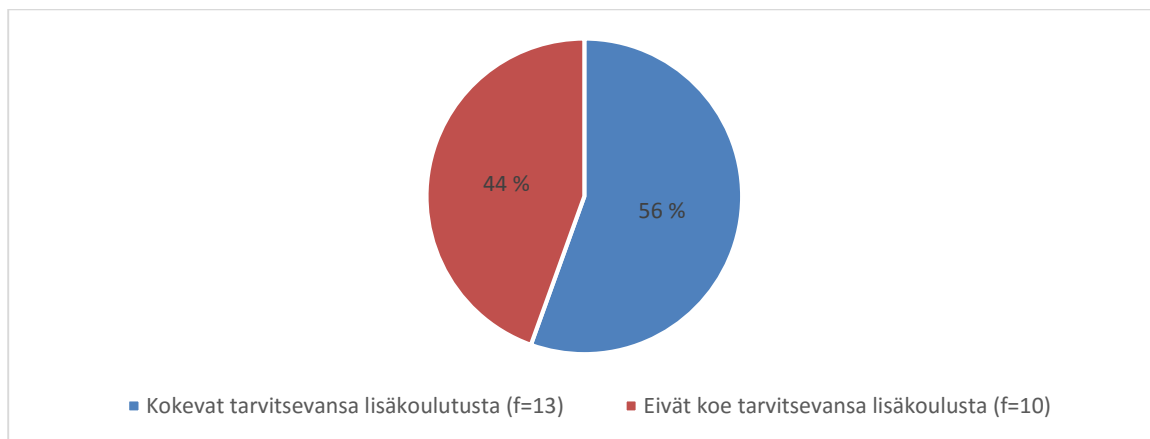


Kuva 6. Päihtyneen tunnistaminen (n=23)

Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta huomattavasti enemmän huumausaineiden aiheuttamista oireista, kuin alkoholin aiheuttamista oireista. 60,9 % (f=14) vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta huumausaineiden aiheuttamista oireista, kun taas 43,5 % (f=10) vastaajista koki, ettei tarvitse lisäkoulutusta alkoholin aiheuttamista oireista.



Kuva 7. Lisäkoulutuksen tarve huumausaineiden aiheuttamista oireista (n=23)

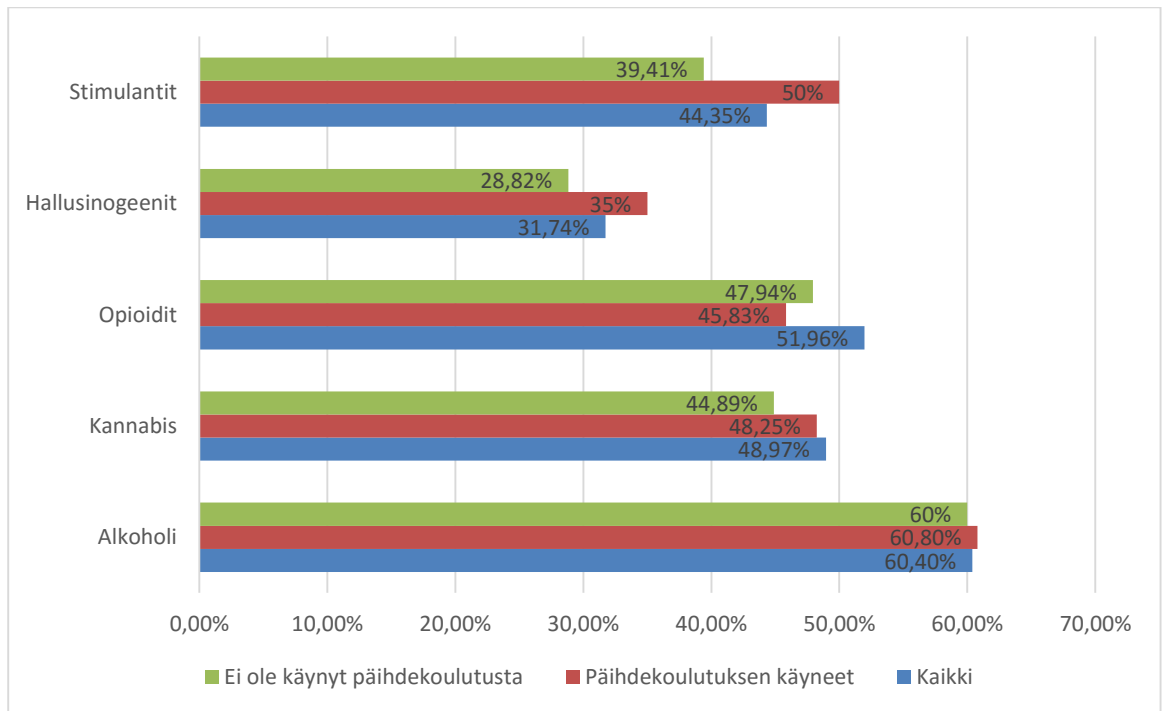


Kuva 8. Lisäkoulutuksen tarve alkoholin aiheuttamista oireista (n=23)

Yli puolet, 60,9 % (f=14), vastaajista olivat melko samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta myös hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. 13 % (f=3) oli sitä mieltä, ettei tarvitse lisäkoulutusta ollenkaan, lisäksi 13 % oli hieman eri mieltä lisäkoulutuksen tarpeesta. 13 % (f=3) vastaajista eivät osanneet sanoa, tarvitsevatko he lisäkoulutusta.

10.3 Päihdeosaaminen

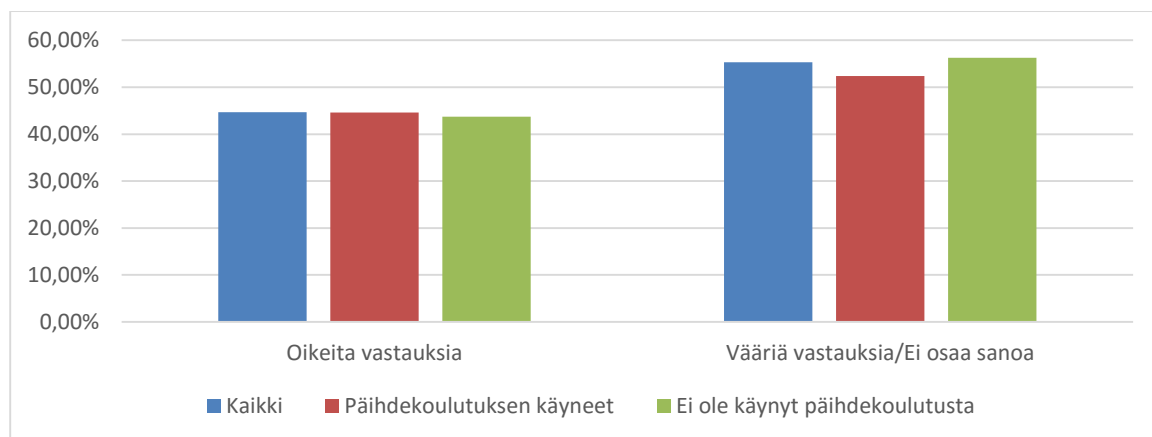
Kysymyksillä 6–10 kartoitimme, kuinka paljon hoitajat tiesivät eri päihdyttävien aineiden aiheuttamista oireista. Kuvassa 9 on havainnollistettu prosentuaalinen osuus vastaajien oikeista vastauksista. Tämän avulla meille selvisi, millä tasolla hoitajien tietämys oli ylläolevien päihdyttävien aineiden aiheuttamista oireista. Lisäksi kuvasta 9 selviää, miten tietämys erosi päihdekoulutuksessa käyneiden ja niiden jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa välillä. Kysymyksissä jokaisen aineen kohdalla oli 20 oireita, joihin vastausvaihtoehdot olivat *kyllä aiheuttaa*, *ei aiheuta* ja *en osaa sanoa*. Kannabiksen kohdalla oireita oli tullut epähuomiossa vain 19. Kannabiskysymyksistä saimme vastauksia yhteensä 437 ja muista aineista yhteensä 460.



Kuva 9. Kysymykset 6–10. Oikeiden vastausten prosentuaalinen osuus päihdeosaamiskysymyksissä. (n=23)

Kokonaisuudessaan tuloksista selvisi, että hoitajien päihdetietämys on melko huonoa. Kaikkien kysytyjen päihdyttävien aineiden oiretietämys oli keskiarvoltaan alle puolet. Oikeita vastauksia saimme kaikkien päihdyttävien aineiden aiheuttamista oireista 47,5 %. Päihdekoulutuksen käyneiden ja niiden, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa, oikeiden vastausten määrissä ei ollut merkittävää eroa. Päihdekoulutuksessa käyneiden vastauksista 48 % ja niiden, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa, vastauksista 44 % oli oikeita vastauksia. Parhaiten vastaajat tiesivät alkoholin aiheuttamat oireet. Kaikkien vastaajien kesken alkoholikysymyksistä oikeita vastauksia oli 60,4 %. Päihdekoulutuksen käyneiden ja niiden, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutusta välillä osaamisessa ei ollut juurikaan eroa kysyttäessä alkoholin aiheuttamista oireista. Päihdekoulutuksessa käyneiden vastauksista meni oikein 60,8 % ja 60 % niiden, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa. Kaikki tiesivät, että alkoholi voi heikentää tajunnantasoja ja aiheuttaa takykardiaa ja rytmihäiriöitä. Hallusinogeenien aiheuttamia oireita tunnistettiin huonoiten: vain 28,8 % kaikista vastauksista oli oikein. Päihdekoulutuksen käyneet tiesivät hallusinogeenien aiheuttamia oireita hieman paremmin kuin ne, jotka eivät olleet käyneet koulutuksessa. Opioidien aiheuttamia oireita vastaajat tiesivät toiseksi parhaiten. Oikeita vastauksia tuli kaikkien vastaajien kesken yli puolet. Tulosten perusteella päihdekoulutuksen käyneiden ja niiden, jotka eivät olleet

käyneet koulutuksessa, välillä ei ollut juurikaan eroa opioidien aiheuttamien oireiden tietämyksessä.



Kuva 10. Kysymys 11. Päihteiden ominaisuuksia kuvaavat väittämät (n=23)

Esitimme kysymyksessä 11 vastaajille väittämiä päihteiden yleisistä ominaisuuksista, jotka voivat vaikuttaa potilaan hoitoon. Vastausvaihtoehtona oli myös ”en osaa sanoa”, jonka tulkitsimme vääräksi vastaukseksi. Tuloksia on havainnollistettu kuvassa 10. Pääsääntöisesti väittämiin oikeita ja väriä vastauksia oli hyvin tasaisesti, mutta kuitenkin oikeita vastauksia hieman vähemmän eli yhteensä 44,7 %. Vertailimme päihdekoulutuksessa käyneiden ja niiden, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa vastauksia. Heidän välillään ei ollut merkittäviä eroja oikeissa vastauksissa. Päihdekoulutuksessa käyneet vastasivat väittämiin 47,6 % oikein ja he, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa, saivat 43,7 % väittämistä oikein.

10.4 Päihtyneen potilaan kohtaaminen

Kysyttäessä, kuinka usein vastaajat tapaavat päihtyneitä potilaita työssään, yli puolet vastaajista, 52,2 % (f=12), tapasivat päihtyneitä potilaita päivittäin. 43,5 % (f=10) kertoi tavanneensa päihtyneitä potilaita viikoittain ja 4,3 % (f=1) kerran kuussa.

Taulukko 2. Päihtyneen kohtaamiseen liittyvät kysymykset (n=23)

Kysymys 13.	Eri mieltä	Hieman eri mieltä	En osaa sanoa	Melko samaa mieltä	Samaa mieltä
Työyhteisössäni on hoitajia, jotka kohtelevat päihtyneitä potilaita epätasa-arvoisesti n=23	4,3 %	30,4 %	34,8 %	21,7 %	8,7 %
Pysyn rauhallisena kohdatessani päihtyneen potilaan n=23	0 %	13 %	0 %	56,5 %	30,4 %
Puutteellinen päihdeosaaminen vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti n=23	0 %	17,4 %	17,4 %	56,5 %	8,7 %
Pyrin luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen itseni ja päihtyneen potilaan välille n=23	0 %	0 %	4,3 %	56,5 %	39,1 %

Kysymys 13 liittyi päihtyneen potilaan kohtaamiseen (taulukko 2). Kysyttäessä päihtyneiden tasa-arvoisesta kohtelusta vastaukset vaihtelivat melko paljon. Suurin osa, eli 34,8 % (f=8) vastaajista, ei osannut sanoa, kohtelevatko heidän työtoverinsa päihtyneitä epätasa-arvoisesti. Väitteen kanssa hieman eri mieltä tai eri mieltä oli yhteensä 34,7 %. Melko samaa mieltä tai samaa mieltä olivat yhteensä 30,4 % vastaajista. Muissa kysymyksissä vastausten vaihtelevuus oli huomattavasti vähäisempää. Lähes kaikki eli yhteensä 86,9 % (f=20) vastaajista olivat samaa mieltä tai melko samaa mieltä kysyttäessä pysyvätkö he rauhallisina kohdatessaan päihtyneen potilaan. 13 % (f=3) vastaajista oli hieman eri mieltä väitteen kanssa. Kysyttäessä puutteellisen päihdeosaamisen vaikutuksesta vuorovaikutukseen päihtyneen potilaan kanssa, vastauksissa oli hieman vaihtelua. Yli puolet, 56,5 % (f=13) olivat kuitenkin melko samaa mieltä siitä, että puutteellinen päihdeosaaminen vaikuttaa vuorovaikutukseen negatiivisesti. Täysin samaa mieltä oli 8,7 % (f=2), hieman eri mieltä 17,4 % (f=4) ja 17,4 % (f=4) ei osannut sanoa. Luottamuksellisen suhteen luomista pidettiin tulosten mukaan tärkeänä. Lähes kaikki eli 95,6 % (f=22) vastaajista olivat samaa mieltä tai melko samaa mieltä väitteen, pyrin luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen itseni ja päihtyneen potilaan välille, kanssa. 4,3 % (f=1) vastaajista ei osannut sanoa.

10.5 Päihtyneen potilaan tunnistaminen

Kysymyksessä 14. kysyimme päihtyneen potilaan tunnistamiseen liittyviä asioita. Taulukosta 3 selviää, että vastauksissa ei ollut suuria vaihteluita.

Taulukko 3. Päihtyneen tunnistamiseen liittyvät kysymykset (n=23)

Kysymys 14.	En koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Aina
Epäillessäni potilaan olevan päihtynyt, kysyn asiasta suoraan n=23	0 %	0 %	0 %	26,1 %	73,9 %
Työpaikallani käytetään alkometriä potilaan humalatilan selvittämisen n=23	0 %	0 %	4,3 %	39,1 %	56,5 %
Työpaikallani käytetään U-Huum-O pikatestiä potilaan huumausaineiden käytön selvittämiseen n=23	0 %	0 %	17,4 %	39,1 %	43,5 %
Otan alkoholin käytön puheeksi, epäillessäni potilaan olevan humalassa n=23	0 %	0 %	8,7 %	30,4 %	60,9 %
Otan huumausaineiden käytön puheeksi, epäillessäni potilaan olevan huumausaineiden vaikutuksen alaisena n=23	0 %	4,3 %	8,7 %	39,1 %	47,8 %
Kysyn erikseen jokaisen päihdeaineryhmän käytöstä n=23	8,7 %	39,1 %	8,7 %	30,4 %	13 %
Etsin potilaasta ulkoisia päihteen käytön merkkejä (pistosjäljet, pupillit, ulkoinen olemus) n=23	0 %	4,3 %	0 %	56,5 %	39,1 %

Taulukosta 3 selviää lisäksi, että vastaajien epäillessä potilaan olevan päihtynyt jokainen vastaajista kysyi potilaalta aina tai melko usein suoraan asiasta. Noin puolet, 56,5 % (f=13), vastaajista kertoi, että työpaikalla käytetään humaltilan selvittämiseksi alkometriä aina. 39,1 % (f=9) vastasi, että alkometriä käytetään melko usein ja loppu 4,3 % (f=1) vastasi alkometriä käytettävän silloin tällöin. 43,5 % (f=10) vastasi, että työpaikalla käytetään aina U-Huum-O-pikatestiä potilaan huumausaineiden käytön selvittämiseksi. 39,1 % (f=9) vastasi U-Huum-O-pikatestiä käytettävän melko usein ja loput 17,4 % (f=4) vastasivat testiä käytettävän silloin tällöin.

Tuloksista selvisi myös, että alkoholin käytön puheeksiottaminen oli yleisempää kuin huumausaineiden. Yli puolet (60,9 %, f=14) vastasivat ottavansa alkoholin käytön puheeksi aina epäillessä potilaan olevan humalassa, kun taas 47,8 % (f=11) vastasi ottavansa huumausaineiden käytön puheeksi epäillessä potilaan olevan huumausaineen vaikutuksen alaisena. 30,4 % (f=7) vastasi ottavansa alkoholin käytön puheeksi melko usein epäillessään potilaan ollessa humalassa ja loput 8,7 % (f=2) vastasi ottavansa alkoholin käytön puheeksi silloin tällöin. 39,1 % (f=9) vastasi ottavansa huumausaineiden käytön puheeksi melkein aina, jos he epäilevät potilaan olevan huumausaineen vaikutuksen alaisena. Myös huumausaineiden kohdalla 8,7 % (f=2) vastasi ottavansa käytön puheeksi vain silloin tällöin. Kysyttäessä vastaajilta kysyvätkö he potilaalta jokaisen päihdeaineryhmien käytöstä erikseen vastaukset olivat melko hajanaisia. 31,9 % (f=9) vastasivat kysyvänsä harvoin ja 30,4 % (f=7) vastasivat kysyvänsä melko usein. 13 % (f=3) vastasivat kysyvänsä aina ja loput 8,7 % (f=2) vastasivat, etteivät he kysy koskaan jokaisen päihdeaineryhmän käytöstä erikseen. Lähes kaikki, eli yhteensä 95,7 %, vastasi etsivänsä potilaasta ulkoisia päihdeiden käytön merkkejä melko usein tai aina. Vain 4,3 % (f=1) vastasi etsivänsä ulkoisia merkkejä harvoin.

10.6 Hoidon tarpeen arviointi

Kysymyksissä 15–17 selvitimme tietoja Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen hoidontarpeen kiireellisyyden arvioinnin oppaasta. Tuloksista selvisi, että lähes kaikille vastaajille, 82,6 % (f=19), Jari Hinkkurisen ja Kimmo Salmion tekemä ABCDE-luokitteluun perustuva hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas oli tuttu. Vain 8,7 % (f=2) vastaajista ei entuudestaan tuntenut opasta ja

8,7 % (f=2) ei osannut vastata. 56,5 % (f=13) vastaajista käytti opasta työssään apuna tehdessään hoidon tarpeen arviointia. Vastaajista 30,4 % (f=7) ei käyttänyt opasta työssään ja 13 % (f=3) vastaajista ei osannut vastata. Suuri osa 60,9 % (f=14) vastaajista piti opasta hyödyllisenä. 8,7 % (f=2) vastaajista ei pitänyt opasta hyödyllisenä ja 30,4 % (f=7) ei osannut vastata. Kysyttäessä, onko oppaassa puutteita vastaajista 69,6 % (f=16) ei osannut vastata. 17,4 % (f=4) vastasi kyllä ja 13 % (f=3) vastasi ei.

Pyysimme vastaajia kertomaan, mitä puutteita kiireellisyyden arvioinnin oppaassa on, mikäli he vastasivat kysymykseen 16. onko oppaassa mielestäsi puutteita "kyllä". Vähäisistä vastauksista nousi selkeästi esille, että vastaajat ovat tyytymättömiä tämän hetkiseen kiireellisyyden arvioinnin oppaaseen ja että opas tulisi päivittää.

Vastaajat vastasivat puutteiden olevan seuraavia:

- *Ohjetta pitäisi päivittää.*
- *Ei ole kaiken kattava opus.*
- *Opas ohjaa arvioimaan hoidon kiireellisyyttä työdiagnoosien perusteella. Hyödyllisempää olisi lähtökohtaisesti käsitellä potilaan oireita ja niiden vakavuutta, eikä ajatella mikä on taustalla. Siten esim. voitaisiin tuoda peruselintoimintojen vaihtelun vaikutus paremmin hoidon kiireellisyyden, kuten NEWS-luokituksessa tehdään.*
- *Opas on päivittämätön tämän hetkiseen toimintamalliin nähden.*

Vähäisistä vastauksista nousi selkeästi esille, että vastaajat ovat tyytymättömiä tämän hetkiseen kiireellisyyden arvioinnin oppaaseen.

Taulukko 4. Hoidon tarpeen arviointi (n=23)

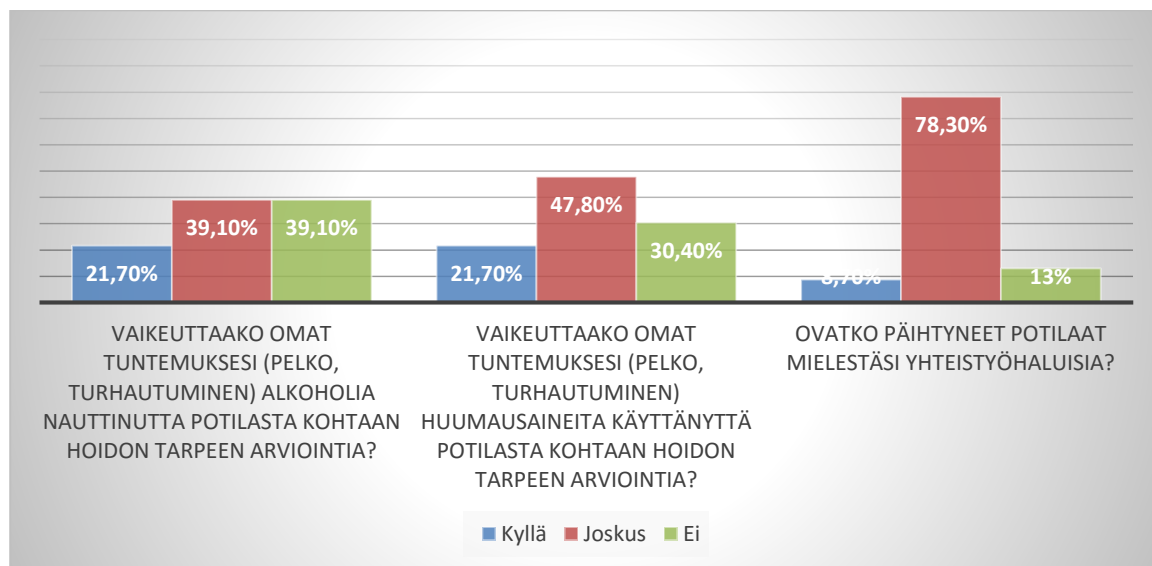
Kysymys 18.	En koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Aina
Potilaan hoidon kannalta on tärkeää selvittää potilaan päihtymistila n=23	0 %	0 %	0 %	34,8 %	65,2 %
Seuraan alkoholia käyttäneen potilaan verensokeria n=23	0 %	0 %	13 %	52,2 %	34,8 %
Seuraan kannabista käyttäneen potilaan verenpainetta n=23	0 %	0 %	17,4 %	30,4 %	52,2 %
Seuraan opiaatteja käyttäneen potilaan hengitystiheyttä n=23	0 %	0 %	8,7 %	13 %	78,3 %
Seuraan hallusinogeeniä käyttäneen potilaan psyykkistä tilaa n=23	0 %	0 %	13 %	26,1 %	60,9 %
Otan amfetamiinia käyttäneeltä potilaalta EKG:n n=23	0 %	0 %	13 %	17,4 %	69,6 %
Seuraan ekstaasia käyttäneen potilaan ruumiinlämpöä n=23	0 %	13 %	30,4 %	26,1 %	30,4 %

Kysymyksen 18 vastauksissa ei ollut juurikaan vaihtelevuutta (taulukko 4). Kysymykset liittyivät potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja seurattaviin vitaalielintoihin. Kaikkien vastaajien mielestä hoidon kannalta oli tärkeää selvittää potilaan päihtymistila aina tai melko usein. Kysyttäessä vitaalielintoimintojen seurannasta yli puolet eli 52,2 % (f=12) seurasivat melko usein alkoholia käyttäneen potilaan verensokeria. Kannabista käyttäneen potilaan verenpainetta seurasivat aina myös yli puolet vastaajista, melko usein vastanneita oli 30,4 % (f=7) ja silloin tällöin– vastanneita 17,4 % (f=4). Opioidesä käyttäneen potilaan hengitystiheyttä seurasi aina tai melko usein lähes kaikki vastaajat, 91,3 %

(f=21), ja 8,7 % (f=2) seurasi silloin tällöin. Hallusinogeeniä käyttäneiden potilaiden psyykkistä tilaa seurasi aina myös suurin osa eli 60,9 % (f=14). Amfetamiinia käyttäneeltä potilaalta 69,6 % (f=16) vastaajista kertoivat ottavansa EKG:n aina. Suurin jakauma oli kysyttäessä ekstaasia käyttäneen potilaan ruumiinlämmön seurannasta. 30,4 % (f=7) vastaajista kertoi seuraavansa aina kyseisten potilaiden ruumiinlämpöä ja yhtä suuri osuus silloin tällöin. 26,1 % (f=6) vastasi seuraavansa ekstaasia käyttäneiden ruumiinlämpöä melko usein ja 13 % (f=3) vastasivat harvoin.

Kysyttäessä onko päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointi haastavaa, valtaosa vastasi kyllä tai joskus. Alkoholia käyttäneen potilaan kohdalla 34,8 % (f=8) vastasivat kyllä ja 60,9 % (f=14) vastasivat joskus. Vain 4,3 % (f=1) ei pitänyt alkoholia käyttäneen potilaan hoidon tarpeen arviointia haastavana.

Huumausaineita käyttäneen potilaan kohdalla 52,2 % (f=12) vastasi kyllä, 43,5 % (f=10) vastasi joskus ja 4,3 % (f=1) vastasi ei. Lähes kaikki vastaajat 82,6 % (f=19) koki päihtyneen potilaan aggressiivisuuden vaikeuttavan hoidon tarpeen arviointia. 17,4 % (f=4) vastaajista koki potilaan aggressiivisuuden joskus vaikeuttavan hoidon tarpeen arviointia.



Kuva 11. Päihtyneen hoidon tarpeen arvioinnin haasteet (n=23)

Kysyttäessä, vaikeuttavatko omat tuntemukset hoidon tarpeen arviointia huumausaineita ja alkoholia käyttäneen potilaan kohdalla, vastaukset jakautuivat melko tasaisesti (kuva 11). Alkoholin kohdalla vastaukset jakautuivat siten, että 39,1 % (f=9) vastaajista olivat sitä mieltä, että omat tuntemukset vaikeuttavat joskus hoidon tarpeen arviointia. Toiset 39,1 % (f=9) olivat kuitenkin sitä mieltä, että omat tuntemukset eivät vaikeuta hoidon tarpeen arviointia. 21,7 %

(f=5) oli kuitenkin sitä mieltä, että omat tuntemukset vaikeuttavat arvioinnin tekemistä. Huumausaineiden kohdalla vastaukset olivat myös tasaisesti jakautuneet vastausvaihtoehtojen välillä. Suurin osa, eli 47,8 % (f=11), oli sitä mieltä, että omat tuntemukset vaikeuttavat joskus hoidontarpeen arviointia. 30,4 % (f=7) vastasi, että omat tuntemukset eivät vaikeuta arvioinnin tekemistä, kun taas 21,7 % (f=5) vastaajista oli sitä mieltä, että ne vaikeuttavat hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä. Suurin osa kyselyyn vastanneista, 78,3 % (f=18) oli sitä mieltä, että päihtyneet ovat yhteistyöhaluisia joskus. 13 % (f=3) vastasi, että päihtyneet eivät ole yhteistyöhaluisia, kun taas vain 8,7 % (f=2) mielestä päihtyneet ovat yhteistyöhaluisia.

Kysyttäessä, onko jokin muu päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa haastavaa, saimme vain yhden vastauksen, joka oli:

”Päihdeaineiden laaja kenttä ja sekä alueellinen että ajan mukanaan tuoma vaihtuvuus vaikeuttavat myös yksittäisen potilaan tilan arviointia. Huumausaineiden liikkuvuus on lisääntynyt reilusti ja esimerkiksi design-huumeiden ja synteettisten kannabinoidien vaikutus potilaaseen ovat arvaamattomia.”

10.7 Tulosten yhteenveto

Yli puolet kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, etteivät he ole saaneet riittävästi päihdekoulutusta. Lähes puolet vastaajista koki, että heidän päihdeosaamisensa ei ole riittävää. Lähes kaikki kertoivat tunnistavansa alkoholia käyttäneen potilaan. Pääsääntöisesti vastaajat koki huumausaineita käyttäneen potilaan tunnistamisen haastavaksi. Tämä näkyi myös halukkuutena saada lisäkoulutusta päihdeiden aiheuttamista oireista. Lisäksi yli puolet olivat sitä mieltä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta myös hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen.

Päihdeosaamista koskevilla kysymyksissä alkoholin aiheuttamat oireet tiedettiin parhaiten. Huumausaineiden osalta osaaminen jakaantui tasaisesti. Hallusinogeenien aiheuttamat oireet olivat vastaajien keskuudessa huonoiten tiedossa. Kokonaisuudessaan huumausaineiden aiheuttamista oireista tiedettiin noin puolet. Alkoholin aiheuttamista oireista tiedettiin hieman yli puolet. Päihdeiden yleisiä ominaisuuksia kuvaavissa kysymyksistä tiedettiin alle puolet. Päihdekoulutuksessa käyneiden ja päihdekoulutuksessa ei käyneiden osaamisen välillä ei ollut juurikaan eroja.

Päihtyneen kohtaamiseen liittyvissä kysymyksissä suurin osa hoitajista kertoo pysyvänsä rauhallisena kohdatessaan päihtyneen potilaan. Yli puolet vastaajista kokivat puutteellisen päihdeosaamisen vaikuttavan hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti. Lähes kaikki vastaajat pyrkivät luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen itsensä ja päihtyneen potilaan välille. Kysyttäessä päihtyneen potilaan tasa-arvoisesta kohtelusta vastaukset vaihtelivat melko paljon.

Kyselystä selvisi, että vastaajat käyttävät monipuolisesti apukeinoja päihtyneen potilaan tunnistamiseen. Lähes kaikki vastaajat käyttävät alkometriä ja U-huum-O-pikatestiä työssään tunnistamisen apuvälineenä. Useimmat myös ottavat päihtyneiden käytön suoraan puheeksi epäillessään potilaan olevan päihtynyt. Suurin osa vastaajista kuitenkin kysyy vain harvoin jokaisen päihdeaineryhmän käytöstä erikseen. Lisäksi suurin osa etsii ulkoisia merkkejä päihtyneiden käytöstä.

Kaikkien vastaajien mielestä on hoidon kannalta tärkeää selvittää päihtyneen potilaan päihtymystila. Kysyimme eri vitaalielintoimintojen seuraamisesta tiettyä päihdeainetta käyttäneen potilaan kohdalla, ja vastaajat kertoivat seuraavansa kyseisiä vitaalielintoimintoja vähintään silloin tällöin. Valtaosa seurasi kyseisiä vitaalielintoimintoja kuitenkin useammin, melko usein tai aina.

Keskeisin tulos kyselyssä oli, että vastaajien päihdeosaaminen ei ole kovin kattavaa. Lisäksi päihdekoulutuksen käyneiden vastaukset eivät juurikaan eroa niiden vastauksista, jotka eivät olleet käyneet päihdekoulutuksessa.

11 POHDINTA

11.1 Henkilökunnan oma arvio omasta päihdeosaamisestaan

Tulosten mukaan lähes puolet vastaajista olivat sitä mieltä, että heidän päihdeosaamisensa ei ole riittävää. Lisäksi yli puolet olivat sitä mieltä, etteivät he ole saaneet riittävästi päihdekoulutusta. STM:n mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien peruskoulutus ei ole riittävää ja päihdekoulutusta tulisi lisätä kaikkiin ammattitukintoihin (STM 2012, 62). Tämä näkyi kyselyssä vastaajien arvioidessa omaa osaamistaan. Lisäkoulutuksen tarpeellisuus ilmeni kysyttäessä päihtyneiden aiheuttamista oireista, joissa oikeiden vastausten prosentuaalinen osuus jäi alhaiseksi. Lisäksi vastaajien oman arvion ja päihde-

osaamiskysymysten välillä ilmeni ristiriitoja. Esimerkiksi vastaajat kokivat tunnistavansa hallusinogeenieja käyttäneen potilaan melko hyvin, mutta päihdeosaamiskysymyksissä hallusinogeenien aiheuttamia oireita tunnistettiin huonosti. Lisäksi kaikki vastaajat kokivat tunnistavansa alkoholia käyttäneen potilaan lähes aina, mutta alkoholin aiheuttamia oireita tunnistettiin vain hieman yli puolet. Huumausaineista vastaajat kokivat tunnistavansa opioideja käyttäneen potilaan parhaiten. Opioideja käytetään terveydenhuollossa kipulääkkeinä, joten on luonnollista, että opioideja käyttänyt potilas tunnistetaan parhaiten. Oletimme, että hoitajat arvioivat oman päihdeosaamisensa riittämättömäksi. Uskoimme myös lisäkoulutukseen olevan tarvetta päihdyttävien aineiden osalta. Molemmat olettamukset osoittautuivat todeksi tulosten perusteella.

11.2 Päihdeosaaminen päivystyksessä

Hoitohenkilökunnalla tulisi olla ajantasaista tietoa päihteistä, koska päihdekäyttäjät huomaavat helposti, jos hoitohenkilökunnalla ei ole riittävää tietoa päihteistä, ja tämän avulla he voivat kääntää hoitotilanteen itselleen suotuisemmaksi sekä pystyvät hallitsemaan hoitotilanteita (Suokas 2005, 384). Tulosten perusteella vastaajien päihdeosaaminen ei mielestämme ollut tarpeeksi kattavaa. Koska päihdekoulutuksen käyneiden ja ei käyneiden välillä ei ollut suuriakaan eroja, pohdimme, oliko päihdekoulutus päivystyksen tarpeita vastaava. Osallistuimme Pohjois-Kymen sairaalassa järjestettyyn päihdekoulutukseen, jossa lähinnä keskustellen käsiteltiin AUDIT-kyselyä ja uusia alkoholin käytön riskirajoja. Kyseinen päihdekoulutus keskittyi alkoholin aiheuttamiin terveysriskeihin ja alkoholin käytön puheeksi ottamiseen. Pohjois-Kymen sairaalalla oli järjestetty aiemmin toinen päihdekoulutus, jossa käsiteltiin huumausaineita. Mielestämme päihdekoulutuksen sisältö oli vain pintaraapaisu alkoholin käytön riskeistä. Olisimme toivoneet syvällisempää käsittelyä alkoholin aiheuttamista oireista ja niiden tunnistamisesta, joista olisi hyötyä potilaan hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen sekä oikean diagnoosin selvittämiseen. Myöskään käytännön keinoja alkoholin käytön puheeksiottamiseen ei päihdekoulutuksessa käyty, vaikka se oli koulutuksen teemana.

STM:n (2012) julkaisun mukaan ammattihenkilöiden tulisi saada koulutukselta perusvalmiudet päihdehoitotyöhön, johon liittyy myös päihtyneen tunnistaminen ja päihteiden käytön puheeksiottaminen. Oletimme, että alkoholin ja opioidien aiheuttamat oireet tunnistettaisiin parhaiten, joka tuli myös ilmi tuloksista

ja heijastui myös vastaajien oman osaamisen arviointiin. Vastaajien osaaminen kannabiksen aiheuttamista oireista oli huonompaa kuin odotimme. Odotimme osaamisen olevan parempaa, koska kannabiksen käyttö on lisääntynyt ja kotikasvatus yleistynyt.

11.3 Päihtyneen potilaan kohtaaminen ja tunnistaminen

Päihtyneet potilaat ovat selkeä rasite päivystykselle, yli puolet vastaajista kertoivat tapaavansa päihtyneitä potilaita työssään päivittäin ja lähes puolet viikoittain. Tämän vuoksi on tärkeää, että sairaanhoitajilla on riittävät vuorovaikutukselliset taidot jotka perustuvat asenteisiin, ajantasaiseen tietoon sekä päihdeosaamiseen. (Partanen ym. 2015, 218). Lisäksi hoitajien epäasiallinen käytös saattaa johtaa päihtyneen potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen (Suokas 2005, 384). Vastaajien mukaan työyhteisössä esiintyi ainakin jonkin verran epätasa-arvoista kohtelua päihtynyttä potilasta kohtaan. Hajanaisten vastausten takia emme voi tehdä johtopäätöksiä siitä, kuinka paljon todellisuudessa kyseistä asiaa tapahtuu. Aiheesta olisi syytä tehdä jatkotutkimusta, kuinka paljon potilaan epätasa-arvoista kohtelua ilmenee yksikössä ja mistä tämä voisi johtua. Lähes kaikki vastaajat kertoivat pysyvänsä rauhallisena kohdatessaan päihtyneen potilaan. Mietimme, ovatko nämä vastaukset todennukaisia, koska epätasa-arvoisuutta esiintyi tulosten mukaan päivystyksessä. Voiko hoitaja olla rauhallinen, jos samalla kohtelee päihtynyttä potilasta epätasa-arvoisesti? Yli puolet olivat sitä mieltä, että puutteellinen päihdeosaaminen vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti. Päihdeosaamis tulosten mukaan vastaajien päihdeosaaminen ei ole riittävän kattavalla tasolla. Uskomme tämän heijastuvan vuorovaikutustilanteisiin hoitajan ja päihtyneen potilaan välillä, mutta emme voi todentaa asiaa, koska tutkimme kyselyssämme päihtyneen potilaan kohtaamista vain pinnallisesti.

Päivystyksessä päihdeidenkäyttäjät tunnistetaan haastattelemalla ja havainnoimalla potilasta, tekemällä kyselyjä, laboratoriokokeita ja kliinisiä tutkimuksia (Alho 2012, 52). Vastaajat kertoivat kyselyssä käyttävänsä eri keinoja potilaan päihtymystilan tunnistamiseen. Kaikki vastaajat käyttävät alkometriä ja U-Huum-O- pikatestiä potilaan päihtymystilan selvittämiseen edes silloin tällöin, suurin osa aina. Kaikki vastaajat käyttävät apukeinona myös haastattelua ja ulkoisen olemuksen havainnointia. Haastattelu on usein paras keino selvittää

päihteidenkäytön tausta (Holmberg 2014). Vastaukset jakautuivat vain kysytessä, kysyvätkö vastaajat erikseen jokaisen päihdeaineryhmän käytöstä erikseen. Jos päihdehistoriaa ei kartoiteta tarkasti, vaikuttaako se potilaan hoitoon ja potilasturvallisuuteen? Luottavatko hoitajat liikaa siihen, että potilas omatoimisesti kertoo koko päihdehistoriansa, tai riittääkö hoitajalle tieto vain yhdestä käytetystä aineesta? Jääkö tällöin varmistamatta muiden päihdyttävien aineiden käyttö?

11.4 Hoidon tarpeen arviointi

Päihtynyt voi hakeutua päivystykseen esimerkiksi vieroitusoireiden tai somaattisten oireiden, kuten rytmihäiriöiden tai kipujen takia. Päihteet voivat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin jokin somaattinen sairaus, mikä voi johtaa virheelliseen diagnoosiin. Potilaalta tulee tarkistaa vitaalielintoiminnot tulotilanteessa. (Suokas 2005, 382–383.) Kaikkien vastaajien mielestä hoidon kannalta on tärkeää selvittää potilaan päihtymystila. Keräsimme teoria osuudesta kyselyyn päihteiden aiheuttamia spesifisiä oireita ja selvitimme, seuraavatko vastaajat oireiden aiheuttamia muutoksia vitaalielintoiminnoissa. Kyselyn vastausten perusteella vitaalielintoimintojen seuranta oli melko kiitettävää, mutta pohdimme sitä, olivatko kysymyksemme aseteltu liian johdattelevaan muotoon ja onko se vaikuttanut vastauksiin. Lisäksi kysytyjä vitaalielintoimintoja todennäköisesti seurataan kaikilta potilailta huolimatta siitä, onko potilas päihtynyt tai ei.

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä on käytössä hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioinnin opas, joka on lähes kaikille vastaajille tuttu, ja yli puolet vastasivat käyttävänsä sitä työssään apuna. Kysyttäessä puutteista vastaajat kaipaivat enemmän oireisiin keskittyntä opasta, kuin diagnoosipohjaista. Mielestämme tämä on hyvä kehitysehdotus oppaalle, koska päivystykseen hakeudutaan tietyn oireen vuoksi, eikä potilaalla tai hoitajalla ole diagnoosia valmiina potilaan saapumishetkellä. Jälkikäteen ajateltuna olisimme voineet kysyä myös, onko päivystyksessä tarvetta erilliselle ohjeelle päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, koska nykyisestä oppaasta puuttuu kokonaan tulo-oire päihtymys.

Oletimme päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin tekemisen olevan haastavaa ja tämä myös varmistui tulosten avulla. Vastaajien omat tuntemukset, kuten pelko ja turhautuminen vaikeuttivat pääasiassa vain joskus hoidon

tarpeen arviointia. Uskomme, että lisäkoulutuksella ja päihdeosaamisen karttumisella hoitajien pelkoja saataisiin vähennettyä. Turhautumiseen johtavia syitä olisi selvitettävä lisää, jotta ongelmaan voitaisiin puuttua ja antaa hoitajille selviytymiskeinoja tilanteeseen. Potilaan aggressiivisuuden koettiin vaikeuttavan hoidon tarpeen arviota. Potilaan ollessa aggressiivinen, tulisi mielestämme pohtia, mistä potilaan käytös johtuu ja voisiko siihen vaikuttaa omalla rauhallisella käyttäytymisellä. Lisäksi pohdimme voisiko sairaanhoitajien omaa päätösvaltaa laajentaa, esimerkiksi rauhoittavan lääkkeenannossa? Väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä olisi myös hyvä kartoittaa, jotta selviäisi onko päivystyksessä tarvetta lisäkoulutukselle väkivaltatilanteiden varalle.

Tuloksia analysoitaessa huomasimme, että kysymykset eivät antaneet vastauksia tutkimusongelmaamme siitä, mitkä tekijät vaikeuttavat potilaan hoidon tarpeen arviointia. Olimme keränneet kysymykset haastavista tekijöistä opinnäytetyön teorian pohjalta ja tehneet vain yhden avoimen kysymyksen, johon saimme vain yhden vastauksen. Kysymykset olisi pitänyt asetella toisin, jotta olisimme saaneet vastauksista myös uutta ja yksityiskohtaisempaa tietoa.

11.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka noudattaa yleisesti sovittuja sääntöjä koskettaen kollegoja, tutkimuksen kohdetta, toimeksiantajia ja yleisöä. Tutkimusetiikka seuraa mukana tutkimuksen ideoinnista ja tutkimustulosten analysoinnista niistä tiedottamiseen. Jotta hyvä tieteellinen käytäntö toteutuisi, tutkijan tulisi käyttää tutkimuksessa eettisesti hyväksytyjä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Vilkkä 2015, 41–42.) Tämän toteutumiseksi kävimme opinnäytetyön tekemisen alkuvaiheessa kirjaston tiedonhankintainfossa, josta saimme tietoa luotettavista tietokannoista ja hakukoneista. Lisäksi pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tavoitteenamme oli käyttää alle 10 vuotta vanhoja kirjallisuuslähteitä ja alle 5 vuotta vanhoja internetlähteitä. Tämä ei kuitenkaan täysin toteutunut tutkimuksessa, vaan jouduimme käyttämään muutamia vanhempia lähteitä. Keräsimme teorian tietoa aiheestamme monista eri lähteistä. Sama tieto löytyi useammasta lähteestä, joten tämä lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Tutkimusta tehdessämme pyrimme siihen, että noudatamme hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimuksemme olisi tehty eettisellä ja luotettavalla tavalla. Tämä tarkoittaa, että tutkimus ei missään vaiheessa loukannut tutkimuksen

kohderyhmää, tiedeyhteisöä tai hyvää tieteellistä tapaa. Kohderyhmälle aiheutettuja vahinkoja voivat olla esimerkiksi aineiston keräämisen aikana aiheutettu kipu, osallistumiseen liittyvät haitat tai testien pitkittyminen. Kyselyä rakentaessa pyrimme saamaan kysymyksien määrän mahdollisimman pieneksi, jotta kyselystä ei tulisi liian pitkä. Liian pitkän kyselyn uskoimme vaikuttavan vastaajien jaksamiseen keskittyä ja siihen, jaksavatko he vastata kyselyyn ollenkaan. Lupauksien pitäminen luo luotettavuutta, joten siksi testasimme, kuinka kauan tutkimuksen tekeminen vie aikaa ja informoimme vastaajille saatekirjeessä ajan, jonka tutkimukseen vastaaminen vie. (Vilkkä 2007, 90.)

Tutkimuseetiikan lisäksi tutkimuksen tekemistä ohjasivat myös lait ja ne on huomioitu tutkimusta tehdessä. Tutkimukset koskettavat aina jonkun yksityisyyttä ja tekijän oikeuksia. Tutkijan tulee ratkaista ne lakien ja normien mukaisesti, jotka ovat kaikilla samat riippumatta tutkimuksen tekijästä. Henkilötietolaki ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta määräävät, että tutkimusaineisto kerätään anonyymisti eli henkilötietoja voidaan kerätä, mutta ne tulee säilyttää, käyttää ja luovuttaa asianmukaisesti.

Tässä tutkimuksessa kyselyn vastaukset on kerätty anonyymisti siten, etteivät kenenkään henkilötiedot selviä, eikä ketään ei voida tunnistaa vastausten perusteella. Käytimme kuitenkin epäsuoria tunnistetietokysymyksiä, selvittääksemme vastaajien ikää, sukupuolta ja työkokemusta, sekä lisäkoulutustasua, jotta pystyimme vertaamaan tutkimustuloksista vaikuttavatko erot epäsuorissa tunnistetiedoissa tutkimuksen tuloksiin. (Vilkkä 2007, 95–96.)

Validiteetti kuvaa tutkimuksen pätevyyttä eli sitä, vastaavatko tutkimustulokset tutkimuksen tarkoitusta. Validiteettia tukee tässä opinnäytetyössä tarkka aineiston määrittely ja kerääminen sekä kyselyn huolellinen laatiminen teorian ja tutkimusongelmien pohjalta. (Vilkkä 2015, 193–194.) Tutkimuksen tulokset vastaavat tämän opinnäytetyön tarkoitusta osittain. Saimme vastauksen ensimmäiseen tutkimusongelmaamme ”Onko hoitajilla kattava päihdeosaaminen?”, mutta toiseen ongelmaan vastaus selvisi vain pinnallisesti.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta, eli tulosten tarkkuutta. Luotettavuutta lisäsi sopivan mittarin valinta, mittauksen toistettavuus ja kyky antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. (Valli 2015, 139; Vilkkä 2015, 194.) Mitta-

rin, eli kyselyn rakentaminen tuotti alkuun ongelmia. Jouduimme muokkaamaan kyselyä useasti, jotta se vastaisi tarkoitustaan ja saisimme vastaukset tutkimusongelmiimme. Kysely onnistui päihdeosaamisen osalta hyvin, mutta hoidon tarpeen arviointia koskevat kysymykset eivät vastanneet tarkoitustaan. Tarkoituksena oli kerätä tietoa myös päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteista, mutta puutteellisten vastausten vuoksi aiheeseen ei saatu selvyyttä.

Yhdessä reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa edellä mainittujen asioiden lisäksi se, että otanta edustaa koko perusjoukkoa. Tutkimustulosten luotettavuutta pohtiessa otimme huomioon mahdolliset luotettavuutta heikentävät virheet, esimerkiksi vastaaja ei ymmärtänyt kysymystä tai muisti kysyttävän asian vastauksen väärin. Satunnaisilla virheillä ei todennäköisesti ole suurta merkitystä tutkimuksen kannalta. (Vilka 2015, 194.)

Kyselyä laatiessamme pohdimme kysymysten sanamuotoja ja asettelua, jotta saisimme mahdollisimman luotettavia tuloksia. Luotettavuutta saattoi heikentää se, etteivät tutkittavat olleet esimerkiksi lukeneet kyselyn ohjeistusta huolellisesti tai kiinnittäneet tarpeeksi huomiota vastausvaihtoehtoihin. Luotettavuutta heikentää hoidon tarpeen arviointia koskevien kysymysten johdatteleva asettelu.

Kävimme päihdekoulutuksessa Pohjois-Kymen sairaalalla 23.2.2016, mikä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta. Olimme jo silloin saaneet opinnäytetyön teoriaosuuden valmiiksi, joten aihe oli tuttua. Koulutuksessa ilmeni monia samoja asioita, joita olimme jo kirjanneet teoriaosuuteen. Huomasimme myös koulutuksessa käytettyjen lähteiden olleen samoja, joita olimme omassa työssämmme käyttäneet.

11.6 Hyödynnettävyys ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tuloksista selviää, ettei hoitajien päihdeosaaminen ole kovin kattavaa. Lisäkoulutuksen tarve ja halukkuus tulivat ilmi kyselymme tuloksissa, ja tätä tietoa työnantajan olisi hyödynnettävä. Etenkin yleinen tietämys huumausaineista ja niiden aiheuttamista oireista tarvitsee kehittämistä. Alkoholin aiheuttamat oireet olivat hoitajilla paremmin tiedossa. Hoitajien päihdeosaamista tulisi jatkossa kartoittaa tarkemmin, jotta selviäisi lisäkoulutuksen

tarve ja tämän avulla päihdekoulutusta pystyisi kehittämään tarpeita vastaavaksi.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni myös, että osa vastaajista koki joidenkin työtovereidensa kohtelevan päihtyneitä potilaita epätasa-arvoisesti. Työnantajan olisi syytä kiinnittää jatkossa tähän huomiota, koska sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan jokainen potilas tulisi kohdata tasavertaisesti. Aiheesta pystyisi tekemään myös jatkotutkimuksen, jolloin selviäisi paremmin negatiivisten asenteiden vaikutus kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Laadimme opinnäytetyön liitteiksi yksisivuiset, yksinkertaiset ohjeistukset päihtyneen potilaan kohtaamiseen ja tunnistamiseen. Niitä voidaan hyödyntää työelämässä.

Kyselyssä tuotiin esille myös päivystyksessä käytössä oleva ABCDE-luokitteluun perustuva hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas, johon kyselyssä saatiin hyödynnettäviä kehitysideoita. Opasta päivitettiin opinnäytetyöprosessimme aikana ja myös sen jälkeen, joten työnantaja voi huomioida vastaajien esille tuomat kehitysideat. Vastaaminen oppaan kehitysehdotuksista ei ollut kyselyssä pakollinen, joten ehdotuksia saimme vain neljä.

Aikaisempia tutkimuksia emme opinnäytetyömme aiheesta löytäneet. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää jatkotutkimuksia ajatellen. Tässä opinnäytetyössä on kerätty päihteisiin ja hoidon tarpeen arviointiin liittyvää teoretietoa pintapuolisesti. Jatkotutkimusta pystyisi opinnäytetyön perusteella tekemään esimerkiksi hoitajien asenteista päihtyneitä kohtaan. Lisäksi voisi tehdä tarkemman tutkimuksen pelkästään päihdeosaamisesta ja myöhemmin lisäkoulutuksen vaikutuksista päihtyneen potilaan tunnistamiseen, kohtaamiseen ja yleiseen tietouteen päihteistä. Koska hoidon tarpeen arvioinnin haasteiden selvittäminen jäi tässä opinnäytetyössä vaillinaiseksi, olisi aiheellista tutkia aihetta enemmän. Samassa yhteydessä olisi mahdollisuus selvittää, miten päihdeosaaminen vaikuttaa päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointiin.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 2009. Psykkinen tila. Teoksessa: Potilaan tutkiminen. Saha, H., Salonen, T. & Sane, T. 2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 83–98.
- Aalto, M. 2010. Alkoholihaitat. Teoksessa: Alkoholiriippuvuus. Seppälä, K., Alho, H. & Kiianmaa K. 2010. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 12–13.
- Adam, S., Odell, M. & Welch, J. 2010. Wiley-Blackwell, A John Wiley & Sons, Ltd. Publication.
- A-klinikka 2014b. Yliannostukset ja ensiapu. 8.1.2014. Saatavissa: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/yliannostukset-ja-ensiapu> [viitattu 8.2.2016].
- A-klinikka. 2014a. Päihteet. Päivitetty 8.1.2014. Saatavissa: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/paihteet> [viitattu 14.10.2015].
- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammi.
- Alho, H. 2012. Huumeiden käytön tunnistaminen ja huumeriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa: Huume- ja lääkeriippuvuudet. Seppä, K., Aalto, M., Alho, H., & Kiianmaa, K. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 52–53.
- Atula, S. 2015. Kouristukset. Päivitetty: 22.5.2015. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00036 [viitattu: 25.3.2016].
- Behm, M.-M. 2015. Ihanteet ja arki päihteidenkäytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla – Eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Böström, A., Bothas, H., Järvinen, M., Saarto, A., Tamminen, H. & Teirilä, J. 2008. Päihdetyö työpaikalla. Päivitetty 29.8.2008. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00075 [viitattu: 20.10.2015].
- Castrén, M. Sakari, A. Rantala, E. Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Helsinki: Youth against drugs ry.

Ekstaasi eli MDMA. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/ekstaasi-eli-mdma> [viitattu: 20.10.2015].

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.

Gilboy, N. 2005. Triage. Teoksessa: Sheehy's manual of emergency care.

Newberry, L. & Criddle, L. 2005. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosb, 61–81.

Hakkarainen, P., Kaprio, J., Pirkola, S., Seppälä T., Soikkeli M. & Suvisaari J. 2014. Kannabis ja terveys. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116243/Kannabis_ja_terveys_taitto_2014.pdf?sequence=3

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, A. 2012. Alkoholien yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa, Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita prima Oy.

Holmberg, J. 2014. Päihteidenkäytön tunnistaminen. Päivitetty 31.10.2014 Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=p%C3%A4ihneiden%20k%C3%A4yt%C3%B6n [viitattu 26.11.2015].

Hujala, N. & Tiainen, A.-M. 2009. Lääkehoito lähihoitajan työssä. Helsinki: Edita Prima Oy.

HUSLAB-ohjekirja. Saatavissa: <http://huslab.fi/ohjekirja/4221.html> [viitattu 26.11.2015].

Huttunen, M. 2014. Sekavuustila (delirium). Päivitetty 14.9.2014. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357 [viitattu 21.12.2015].

Huttunen, M. 2015a. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 14.11.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414 [viitattu 12.4.2016].

Huttunen, M. 2015b. Alkoholinkäytön aiheuttamat myrkytystilat. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty: 27.11.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00080 [viitattu 2.2.2016].

Huttunen, M. 2015c. Tietoa potilaalle: Huumeiden aiheuttamat päihtymystilat. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty: 14.11.2015. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 8.2.2016].

Huumausaineet – Hallusinogeenit. Irti huumeista ry. Saatavissa: http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet/hallusinogeenit [viitattu 21.10.2015].

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen yliopistopaino Oy–Juvenes Print.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, K. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuitunen, T. 2000. Alkoholimyrkytykset. Duodecim. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/kokoelmat;jsessionid=CF5C3EBFE4215E254F3B2FF30837E760?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&doAsUserId=zprpmedx&Article_WAR_DL6_Articleportlet_doAsUserId=zprpmedx&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo91681 [viitattu 2.2.2016].

Käypä hoito- suositus. 2012a. Huumeongelmaisen hoito. Julkaistu: 05.09.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041> [viitattu 6.2.2016].

Käypä hoito- suositus. 2012b. Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat. Julkaistu 15.6.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01881> [viitattu 4.4.2016].

Käypä hoito- suositus. 2015. Alkoholiongelman hoito. Päivitetty: 4.11.2015. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028> [viitattu 1.3.2016].

Laki potilaan asemista ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita prima oy.

Lindroos, L. Alkoholi ja sydän. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/alkoholi-ja-sydan> [viitattu 25.3.2016].

Lombardo, D. 2005. Patient Assessment. Teoksessa: Sheehy's manual of emergency care, toim. Newberry, L. & Criddle, L. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosb. 82–98.

Lsd. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pika-tieto/lsd> [viitattu 3.3.2016].

Lund, V. 2007. Vaikean myrkytyspotilaan ensihoito sairaalanulkopuolella. Suomen lääkärilehti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 8.2.2016].

Mäkelä, R. 2010. Juoppohulluus ja muut alkoholipsykoosit. Päivitetty 3.2.2010. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-terveys/juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit> [viitattu 25.3.2016].

Niemelä, O. 2010. Päihteidenkäytön laboriodiagnostiikka. Teoksessa: Laboratoriolääketiede kliininen kemia ja hematologia. Niemelä, O. & Pulkki, K. 2010. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy. 352–357.

Nora, D. & Volkow, M.D. 2014. What are the possible consequences of opioid use and abuse? <http://www.drugabuse.gov/publications/prescription-drugs-abuse-addiction/opioids/what-are-possible-consequences-opioid-use-abuse> [viitattu 8.2.2016].

Ojanperä, I., Kriikku, P. & Vuori, E. 2015. Myrkytyskuolemat ovat vähentyneet, lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyy. Suomen lääkärilehti, Terveysportti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 8.2.2016].

Pajarre-Sorsa, S. 2009. Nuorten päihteet. Päivitetty 1.1.2009. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lmy00015 [viitattu 02.02.2016].

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M & Salo- Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.

Pasternack, A. 2009. Anamneesi (esitiedot). Teoksessa: Potilaan tutkiminen. Saha, H., Salonen, T. & Sane, T. 2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 25–42.

Peltoniemi, T. 2013. Pääasiana alkoholi. Helsinki: Lönnberg Painot Oy.

Perustuslaki 11.6.1999/731.

Pikatieto – Heroiini ja opiaatit. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/heroiini-ja-opiaatit> [viitattu 22.10.2015].

Pikatieto – Kannabis. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kannabis> [viitattu 15.10.2015].

Poikolainen, K. 2013. Tietoa potilaalle: Alkoholihumala ja muita alkoholin välittämiä vaikutuksia. Päivitetty 21.8.2013. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk01084&p_haku=p%C3%A4ihdeet [viitattu 14.10.2014].

Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdelinkki. 2011. Huumeiden käyttö Suomessa. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-laakkeet-ja-muut-paihdeaineet/huumeiden-kaytto-suomessa> [viitattu 22.10.2015].

Saarijärvi, S. & Lopperi, M. 2003. Ekstaasin vaikutukset elimistöön. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2003. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 8.2.2016].

Sairaanhoitajaliitto. 2014a. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoitajaksi/> [viitattu 17.1.2016].

Sairaanhoitajaliitto. 2014b. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/> [viitattu 27.11.2015].

Sairaanhoito – Opioidit. HUS. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitomenetelmia/opioidit/Sivut/default.aspx [viitattu 1.4.2016].

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim. Saatavissa: <http://phekaiseva-tyo.pbworks.com/w/file/74071877/p%C3%A4ihdepotilas%20p%C3%A4ivystyksess%C3%A4%5B2%5D.pdf> [viitattu 22.10.2015].

Salmio, K. & Hinkkurinen, J. 2013. ABCDE Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi-opas. Päivitetty 5.3.2013. Opas Pohjois-Kymen sairaalan päivystyspoliklinikalle.

Seppälä, T. 2012. Huumemäärittysten käyttöaiheet. Teoksessa: Huume- ja lääkeriippuvuudet. Seppä, K. Aalto, M. Alho, H. Kiiänmaa, K. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 54–55.

STM. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito – Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet 2006:65.

STM. 2012. Mielensterveys ja päihdesuunnitelma – Ehdotukset mielensterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:24.

STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportti. 2010:4.

Suokas, M. 2005. Päihdepotilas. Teoksessa: Potilaan hoito päivystyksessä. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 380–394.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

THL. 2015b. Tietoa eri huumeista. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 9.7.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielensterveys/mielensterveyden-edistaminen/keinoja-mielensterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elamaraiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista#eks> [viitattu 1.4.2016].

THL. 2014a. Kannabisriippuvuus. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty: 20.10.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet/kannabis/kannabisriippuvuus> [viitattu 1.4.2016].

THL. 2014b. Kannabiksen vaikutukset. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty: 20.10.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet/kannabis/kannabiksen-vaikutukset> [viitattu 1.4.2016].

THL. 2015. Alkoholi. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 9.11.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi> [viitattu 18.11.2015].

Tietoa ja tukea – Alkoholi. Youth Against Drugs. Saatavissa: <http://www.yad.fi/huumetietoa/tietoa-ja-tukea/aineinfot/alkoholi/> [viitattu 14.10.2015].

Tietoa ja tukea – Hallusinogeenit. Youth Against Drugs. Saatavissa: <http://www.yad.fi/huumetietoa/tietoa-ja-tukea/aineinfot/hallusinogeenit/> [viitattu 15.10.2015].

Tietoa ja tukea – Kannabis. Youth Against Drugs. Saatavissa: <http://www.yad.fi/huumetietoa/tietoa-ja-tukea/aineinfot/kannabis-2/> [viitattu 15.10.2015].

Tietoa ja tukea – Opioidit. Youth Against Drugs. Saatavissa: <http://www.yad.fi/huumetietoa/tietoa-ja-tukea/aineinfot/opioidit/> [viitattu 22.10.2015].

Tietoa ja tukea – Sekakäyttö. Youth Against Drugs. Saatavissa: <http://www.yad.fi/huumetietoa/tietoa-ja-tukea/aineinfot/sekakaytto/> [viitattu 15.10.2015].

Tilastokeskus. Kato. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/kato.html> [viitattu 25.3.2016].

Tuomola, P. 2012. Auttajan ja ongelmakäyttäjän kohtaaminen. Teoksessa: Huume- ja lääkeriippuvuudet. Seppä, K., Aalto, M., Alho, H., & Kiiänmaa, K., Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 47–49

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Juva: Bookwell Oy.

Valvira. 2015. Hoidon tarpeen arviointi. Päivitetty: 28.10.2015 Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi [viitattu 5.4.2016].

Varjonen, V. 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1 [viitattu 22.10.2015].

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Voipio-Pulkki, L.-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa: Potilaan hoito päivystyksessä. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 18–22.

Vorma, H. 2015a. Sekakäytön kehittyminen. Päivitetty 2.10.2015. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=alr00107&p_haku=Se-
kak%C3%A4ytt%C3%B6](http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=alr00107&p_haku=Se-
kak%C3%A4ytt%C3%B6) [viitattu 28.1.2016]

KUVALUETTELO

- Kuva 1. Päivystystoiminnan rakenne
- Kuva 2. Huumausaineiden näkyvyysajat huumausaineiden pikatestissä.
- Kuva 3. Hoidon tarpeen arvioinnin kulku.
- Kuva 4. Vastaajien ikä (n=23)
- Kuva 5. Päihdekoulutus
- Kuva 6. Päihtyneen tunnistaminen
- Kuva 7. Lisäkoulutuksen tarve huumausaineiden aiheuttamista oireista
- Kuva 8. Lisäkoulutuksen tarve alkoholin aiheuttamista oireista
- Kuva 9. Kysymykset 6-10. Päihdyttävien aineiden oiretietämys. (Oikein vastanneet)
- Kuva 10. Kysymys 11. Päihteiden ominaisuuksia kuvaavat väittämät
- Kuva 11. Päihtyneen hoidon tarpeen arvioinnin haasteet

OHJE PÄIHTYNEEN POTILAAN KOHTAAMISEEN

- Kohtele päihtynyttä potilasta tasa-arvoisesti
- Ole avoin
- Huomioi ajantasainen tieto
- Luo luottamuksellinen hoitosuhde
- Kunnioita potilasta
- Keskustele aikuismaisesti
- Kuuntele
- Ole rauhallinen ja johdonmukainen
- Toimi kärsivällisesti
- Älä provosoi potilasta
- **Älä anna omien asenteiden vaikuttaa negatiivisesti!**

TUNNISTA PÄIHTYNYT

Ulkoiset merkit

- * Epäsiisti ulkoinen olemus
 - * Pisto jäljet
 - * Hajut
 - * Horjahtelu
- * Muutokset pupilleissa

Psyykkiset merkit

- * Tunnetilojen vaihtelu (Iloisuus, ahdistuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus ym.)
- * Aistiharhat
- * Nukahtelu

Mittaukset ja testit

- * Alkometri
- * Huumepikatesti
- * Laboratoriokokeet
 - * Huomioi vitaalinelintoimintojen muutokset

Muut keinot

- * Haastattelu
- * Kyselylomakkeet (AUDIT, DAST, DUDIT)
- * Havainnointi

Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä, Tutkimusalue/otos	Tutkimuksen tulokset
<p>Anne Heikkilä. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro-Gradu. Itä-Suomen Yliopisto.</p>	<p>Selvittää kuinka suuri osa ensiavussa hoitoon hakeutuneista traumapotilaista oli alkoholin vaikutuksen alaisena sekä kuvata hoitohenkilökunnan päihdeosaamista ja asenteita päihtyneisiin potilaisiin.</p>	<p>Potilasaineisto osuuden muodostivat potilaat, jotka olivat hoidossa tutkimusajankohtana (Etelä-Suomen 7 terveyskeskus poliklinikka, yksi erikoissairaanhoidon yksikön ensiapu ja sen yhteydessä toimiva terveyskeskus poliklinikka. Hoitohenkilökunnan kysely toteutettiin näiden samojen toimipisteiden lisäksi yhdessä erikoissairaanhoidon yksikössä ja sen yhteydessä toimivassa terveyskeskuspoliklinikassa.</p>	<p>Päihtyneet tapaturmapotilaat näyttävät olevan melko harvinaisia perusterveydenhuollossa, kun taas erikoissairaanhoidossa hoidetaan runsaasti päihtyneitä potilaita. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että alkoholin käyttö on selkeästi yhteydessä tapaturmiin. Tulosten mukaan päihtyneiden potilaiden suuri määrä lisää hoitohenkilöstön negatiivista suhtautumista päihtyneitä potilaita kohtaan.</p>
<p>Minna-Maria Behm. 2015. Ihanteet ja arki päihdeiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata varhaisvaiheen päihdetyötä, eettisten periaatteiden toteutumista ja kehittämistarpeita päivystysvastaanotoilla. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat tutkimukseen osallistujille tärkeät eettiset periaatteet sekä ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Lisäksi tutkitaan oikeuden ja oikeutuksen ilmenemistä varhaisvaiheen päihdetyössä ja päihdeiden käytön puheeksiottotilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaista varhaisvaiheen päihdetyö on, miten eettiset periaatteet toteutuvat päivystysten varhaisvaiheen päihdetyössä, ja miten periaatteiden soveltamista tulisi kehittää. Lopullisena tavoitteena on hyödyntää tuotettua tietoa toimintamallin luomisessa varhaisvaiheen päihdetyöhön ja monialaiseen yhteistyöhön.</p>	<p>Tutkimuksen lähestymistapa oli narratiivinen. Tutkimushaastatteluihin osallistuneet päivystysvastaanottojen työntekijät (n=34) ja potilaat (n=6) kuvasivat päihdeiden käytön puheeksiottotilanteita omakohtaisissa esimerkkikertomuksissa. Päihdetyön asiantuntijoiden aineisto kerättiin neljänä (n=16) ryhmähaastatteluna. Tutkimuksen aineistonkeruu ajoittui syksystä 2011 syksyyn 2012. Aineistoja analysoitiin soveltaen kategorista narratiivien analyysia ja teemaattista sisällönanalyysia. Aineistonkeruuta, teema- haastatteluja ja moniammatillista fokusryhmähaastattelua.</p>	<p>Tulosten mukaan puheeksiottoa pidettiin tärkeänä, mutta työntekijät ja asiantuntijat kuvasivat sen toteutumisessa monia haasteita. Työntekijöillä ei ollut yksiselitteistä kuvaa varhaisvaiheen päihdetyöstä. Puheeksiottotilanteet herättivät työntekijöissä pääosin kielteisiä tunteita. Potilaat kokivat puheeksioton hoitoon kuuluvaksi osaksi. Työntekijät kuvasivat eettisten periaatteiden ilmenemismuotoja, mutta samalla toivat esiin ongelmat päihdeitä käyttäneiden potilaiden kohdalla. Toteutumiseen vaikuttivat päivystyksen luonne, perustehtävä ja toimintamallit sekä työntekijöiden ajatus- ja toimintamallit. Puheeksioton onnistumisesta määrävänä tekijänä korostui se, millainen potilas oli yhteistyökumppanina. Asiantuntijat toivat esiin huolen työntekijöiden asenteista ja osaamisesta.</p>

SAATE

Hei!

Teemme opinnäytetyötä Pohjois-Kymen sairaalan päivystyspoliklinikalla työskenteleville hoitajille. Yhteys-henkilönämme ja opinnäytetyön sisällön ohjaajana toimii osastonhoitaja Jari Hinkkurinen. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikeuttavat päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointia ja millainen vaikutus hoitajan päihdeosaamisella on aiheeseen. Valmista tutkimusta on tarkoitus pystyä hyödyntämään työpaikallanne. Aineiston keräämme oheisen kyselylomakkeen avulla ja toivomme mahdollisimman monen vastaavan siihen, jotta saamme luotettavan tutkimustuloksen.

Tutkimus toteutetaan sähköisenä kyselynä ja siihen vastaaminen kestää noin 20 minuuttia. Kysely toteutetaan anonymisti kaikille hoitotyötä päivystyksessä tekeville henkilöille, joten kenenkään henkilötiedot eivät tule selville tutkimukseen vastatessa. Tutkimusaineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti eikä tuloksia luovuteta ulkopuolisille. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua huhtikuussa 2016. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen kerätty aineisto hävitetään.

Ohessa linkki kyselyyn:

xxxxxxx

Kysely on avoinna 13.3.2016 klo 24.00 asti. Mikäli kaikki vastaavat ennen 13.3.2016 kysely sulkeutuu aiemmin.

Kiitos vastauksistanne!

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat

Tiia Koivu

Lotta Saatonen

Taija Valkeapää

tiia.koivu@student.kyamk.fi

lotta.saatonen@student.kyamk.fi

taija.valkeapaa@student.kyamk.fi

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen yhteyshenkilö

osastonhoitaja Jari Hinkkurinen

jari.hinkkurinen@kouvola.fi

TAUSTATIEDOT

1. Minkä ikäinen olet? *

- 18-25v
- 26-35v
- 36-45v
- yli 46v

2. Työkokemus hoitoalalla? *

- 0-3v
- 4-6v
- 7-9v
- yli 10v

3. Oletko käynyt triage-hoitaja koulutuksen? *

- Kyllä
- Ei

4. Oletko käynyt päihdekoulutuksessa? *

- Kyllä
- Ei

5. OMAN PÄIHDEOSAAMISEN ARVIOINTI *

Arvioi asteikolla 1-5 omaa päihdeosaamistasi. Asteikko: 1 = eri mieltä, 2 = hieman eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Päihdeosaamiseni on mielestäni riittävä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut riittävästi päihdekoulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa alkoholia käyttäneen potilaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa kannabista käyttäneen potilaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa opioideja käyttäneen potilaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa hallusinogeenisiä käyttäneen potilaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan tunnistaa stimulantteja käyttäneen potilaan	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Osaan tunnistaa päihteiden sekakäyttäjän	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Koen tarvitsevani lisäkoulutusta alkoholin aiheuttamista oireista	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Koen tarvitsevani lisäkoulutusta huumausaineiden aiheuttamista oireista	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Koen tarvitsevani lisäkoulutusta hoidontarpeen arvioinnin tekemiseen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kysymyksissä 6-10 on lueteltu oireita, joita päihteet aiheuttavat. Valitse kyllä, ei, en osaa sanoa, sen mukaan aiheuttaako kysyttävä päihde kyseistä oiretta.

6. Alkoholi voi aiheuttaa *

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Tajunnantason heikentymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysvaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon laskua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon nousua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivopaineen nousun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muutoksia pupilleihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rytmihäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivoverenvuotoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halvauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serotoniinioireyhtymän syntymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veren hyytymishäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisvaurioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Kannabis voi aiheuttaa *

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Tajunnantason heikentymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hengitysvaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon laskua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon nousua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivopaineen nousun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muutoksia pupilleihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rytmihäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivoverenvuotoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serotoniinioireyhtymän syntymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veren hyyttymistekijöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisvaurioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Opioidit voivat aiheuttaa *

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Tajunnantason heikentymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysvaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon laskua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon nousua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivopaineen nousun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muutoksia pupilleihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rytmihäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivoverenvuotoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halvauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serotoniinioireyhtymän syntymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verenhyytymishäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisvaurioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Hallusinogeenit voivat aiheuttaa *

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Tajunnantason heikentymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysvaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon laskua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon nousua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivopaineen nousun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muutoksia pupilleihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rytmihäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivoverenvuotoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halvauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serotoniinioireyhtymän syntymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verenhyytymishäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisvaurioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Stimulantit voivat aiheuttaa *

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Tajunnantason heikentymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysvaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lämmöntuotannon laskua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmöntuotannon nousua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertensiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivopaineen nousun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoosia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradykardiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muutoksia pupilleihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rytmihäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivoverenvuotoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halvauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serotoniinioireyhtymän syntymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verenhyytymishäiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisvaurioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Väittämät *

Vastaa oikein, väärin, en osaa sanoa sen mukaan ovatko väittämät totta vai ei.

	Oikein	Väärin	En osaa sanoa
Yli 3 promillen humalaa pidetään tappavana pitoisuutena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannabiksen vaikutus poltettuna kestää 8 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD aiheuttaa fyysistä riippuvuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulantit vaikuttavat keskushermostoon kiihottavasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetamiini on hajuton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetamiinin vaikutus kestää 6 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekakäytön tavallisin yhdistelmä on alkoholi ja rauhoittavat lääkkeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PÄIHTYNEEN KOHTAAMINEN

12. Kuinka usein tapaat päihtyneitä potilaita työssäsi? *

En koskaan

- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Kerran kuussa
- Viikoittain
- Päivittäin

13. PÄIHTYNEEN KOHTAAMINEN *

Vastaa asteikolla 1-5, kuinka samaa mieltä olet alla olevien väittämien kanssa. Asteikko: 1 = eri mieltä, 2 = hieman eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = samaa mieltä

1 2 3 4 5

- Työyhteisössäni on hoitajia, jotka kohtelevat päihtyneitä potilaita epätasa-arvoisesti
- Pysyn rauhallisena kohdatessani päihtyneen potilaan
- Puutteellinen päihdeosaaminen vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti
- Pyrin luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen itseni ja päihtyneen potilaan välille

14. PÄIHTYNEEN TUNNISTAMINEN *

Asteikko: 1 = en koskaan, 2 = harvoin, 3 = silloin tällöin, 4 = melko usein, 5 = aina

1 2 3 4 5

- Epäillessäni potilaan olevan päihtynyt, kysyn asiasta suoraan
- Työpaikallani käytetään alkometriä potilaan humalatilän selvittämiseen
- Työpaikallani käytetään U-Huum-O pikatestiä potilaan huumausaineiden käytön selvittämiseen
- Otan alkoholinkäytön puheeksi, epäillessäni potilaan olevan humalassa
- Otan huumausaineiden käytön puheeksi, epäillessäni potilaan olevan huumausaineiden vaikutuksen alaisena
- Kysyn erikseen jokaisen päihdeaineryhmän käytöstä
- Etsin potilaasta ulkoisia päihteiden käytön merkkejä (pistosjäljet, pupillit, ulkoinen olemus)

15. HOIDON TARPEEN ARVIOINTI *

Kyllä Ei En osaa sanoa

- Onko osastonhoitaja Jari Hinkkurisen ja ylilääkäri Kimmo Salmion tekemä ABCDE-malliin perustuva hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin opas sinulle tuttu?
- Käytätkö edellä mainittua opasta apuna arvioidessasi potilaan hoidon tarvetta?
- Koetko oppaan olevan hyödyllinen potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa?

16. Onko oppaassa mielestäsi puutteita? *

- Kyllä

- Ei
 En osaa sanoa

17. Jos vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä", mitä puutteita oppaassa mielestäsi on?

18. PÄIHITYNEEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI *

Vastaa väittämiin, kuinka usein kyseinen väittämä toteutuu Asteikko: 1= En koskaan, 2=Harvoin, 3=Silloin tällöin, 4=Melko usein, 5=Aina

	1	2	3	4	5
Potilaan hoidon kannalta on tärkeää selvittää potilaan päihtymystila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraan alkoholia käyttäneen potilaan verensokeria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraan kannabista käyttäneen potilaan verenpainetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraan opiaatteja käyttäneen potilaan hengitystiheyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraan hallusinogeeniä käyttäneen potilaan psyykkistä tilaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otan amfetamiinia käyttäneeltä potilaalta EKG:n	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraan ekstaasia käyttäneen potilaan ruumiinlämpöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. PÄIHITYNEEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI *

	Kyllä	Jos- kus	Ei
Koetko alkoholia käyttäneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haastavaksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko huumausaineita käyttäneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haastavaksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko päihtyneen potilaan aggressiivisuuden vaikeuttavan hoidon tarpeen arviointia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaikeuttaako omat tuntemuksesi (pelko, turhautuminen) alkoholia nauttinutta potilasta kohtaan hoidon tarpeen arviointia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaikeuttaako omat tuntemuksesi (pelko, turhautuminen) huumausaineita käyttänyttä potilasta kohtaan hoidon tarpeen arviointia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovatko päihtyneet potilaat mielestäsi yhteistyöhaluisia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Onko jokin muu mielestäsi päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa haastavaa? Mikä?

Muuttujaluettelo**Päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät**

Tiia Koivu, Lotta Saattoon & Taija Valkeapää HO13K

Tutkimusongelmat:

1. Onko hoitajilla kattava päihdeosaaminen?

1.1 Miten päihtynyt potilas kohdataan päivystyksessä?

1.2 Miten päihtynyt potilas tunnistetaan päivystyksessä?

2. Mitkä ovat päihtyneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin haasteet?

Tutkimusongelma	Muuttuja	Teoriakappale	Kysymykset
	Taustakysymykset		1-4
1. 2.	Päihteiden käyttö Suomessa, Alkoholi, Kanna- bis, Opioidit, Hallusi- nogeneetit, Stimulantit	4.1-4.6	6-11
1.1	Päihtyneen potilaan kohtaaminen	5.1	12-13
1.2	Päihteenkäyttäjän tun- nistaminen	5.2	14
2.	POKS ABCDE-malli	6.2	15-17
2.	Päihtyneen potilaan hoi- don tarpeen arvioinnin haasteet	6.4	18-20
1.	Sairaanhoitajien päihde- osaaminen	3	5