



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveita lisäkoulutuksesta

Kuusisto, Marika
Toimela, Susanna

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja
toiveita lisäkoulutuksesta

Kuusisto Marika
Toimela Susanna
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Kuusisto Marika ja Toimela Susanna

Ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveita lisäkoulutuksesta

Vuosi 2016 Sivumäärä 63

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa ensihoitajien lisäkoulutuksen tarvetta. Tarkoituksena oli selvittää ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveita lisäkoulutuksesta. Tutkimustulokset toimitettiin Vihdin sairaankuljetus Oy:n käyttöön, joka tulosten avulla kehittää päihdeasiakasta käsittelevää lisäkoulutusta.

Opinnäytetyö vastaa tutkimuskysymyksiin, millaiseksi ensihoitajat kokevat työskentelyn päihdeasiakkaan kanssa sekä tarvitaanko aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta ja millaista mahdollisen lisäkoulutuksen tulisi olla.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rajattiin päihteiden ja ensihoidon käsitteisiin. Päihteet ovat rajattu opinnäytetyössä alkoholiin, huumeisiin ja lääkkeisiin. Olennaista oli selvittää päihteidenkäytön tunnistamista, -oireita ja seurauksia sekä päihdeasiakkaan kohtaamista.

Opinnäytetyö oli työelämäläheinen kyselytutkimus, joka toteutettiin käyttäen sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimustulokset kuvattiin tilastollisena, käyttäen apuna havainnollistavia kuvioita ja taulukoita.

Kyselytutkimuksen vastauksista voitiin päätellä, ettei lähes kukaan vastanneista ollut saanut päihteisiin liittyvää lisäkoulutusta ollenkaan tai lisäkoulutuksesta oli useita vuosia aikaa. Suurin osa (85 %) vastanneista koki tarvitsevansa aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta. Eniten lisäkoulutusta toivottiin päihteidenkäytön oireista sekä käytön tunnistamisesta, päihteiden käyttötavoista ja välineistä sekä päihteidenkäytön seurauksista ja niiden hoidosta. Aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta toivottiin eniten ensihoitolääkäriltä ja päihdetyöntekijältä yhteistyössä. Koulutusmuodoksi suurin osa vastaajista valitsi luennon sekä itseopiskelumateriaalin.

Kehittämisehdotuksena esitettiin, että tutkimuksen voisi toteuttaa laadullisella menetelmällä esimerkiksi teemahaastatteluna. Se voisi kohdentua enemmän siihen, mitä koulutuksen toivottaisiin sisältävän verrattuna ensihoitajien valmiuksiin kohdata päihdeasiakas. Jatkotutkimusehdotuksena esitettiin samanlaista kyselytutkimusta, jonka voisi kohdentaa päivystyspoliklinikan henkilökuntaan. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla tutkimus päihteidenkäyttäjien kokemuksista ensihoitoa tai päivystyksellistä sairaanhoitoa vaativissa tilanteissa.

Avainsanat: ensihoitaja, päihde, päihdeasiakas, päihdeasiakkaan kohtaaminen.

Kuusisto Marika and Toimela Susanna

Paramedics' experiences of encounters with drug abusers and hopes for further training

Year	2016	Pages	63
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to identify the need for additional training for paramedics. The purpose was to study paramedics' experiences of encounters with drug abusers and their hopes for further training. The results of the study were submitted to a Finnish company, Vihdin sairaankuljetus Oy, which will use the results to develop further training concerning clients with drug problems.

In the thesis, answers are searched for questions such as how paramedics experience working with drug abusers, and whether and what kind of further training is needed on this subject.

The theoretical framework of the thesis was limited to the concepts of drugs and primary care. In the thesis, drugs have been limited to alcohol, narcotics and medication. The aim was to study the recognition, symptoms and consequences of drug abuse and the encounter with a drug abuser.

The thesis was a survey in close contact with working life, implemented using both qualitative and quantitative research methods. The results of the study were described statistically, making use of both illustrations and tables.

Based on the responses to the survey, it can be concluded that hardly any who responded had received additional drugs-related training, or several years had passed since the additional training. Most (85%) of the respondents felt they needed additional training on the subject. The most popular subjects of further training included symptoms of drug abuse and recognition of abuse, drug usage methods and tools, and consequences of usage and their treatment. Providers of further training that were most often suggested were primary care doctors and alcohol & drug counsellors. Most responded preferred training in the form of lectures and self-study material.

Their suggestion for development was that the study could be implemented using a qualitative method, such as a theme interview. It could focus more on wishes regarding the contents of training, as opposed to paramedics' preparedness for meeting a drug abuser. As further research, a similar survey was proposed, which could focus on Emergency Clinic staff. Another subject for further research could be a survey of drug abusers' experiences of situations requiring primary care or emergency treatment.

Keywords: paramedic, drug, drug abuser, encounter with a drug abuser.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Ensihoito	7
2.1	Ensihoitopalvelun tehtävät ja lainsäädäntö	7
2.2	Ensihoitoyksikkö ja sen henkilöstö	9
2.3	Päihteet ja niiden käyttäminen	10
2.3.1	Alkoholi	12
2.3.2	Huumeet	13
2.3.3	Lääkkeet	14
2.3.4	Riippuvuus	14
2.4	Päihdeasiakas	16
2.4.1	Päihteiden käytön tunnistaminen	17
2.4.2	Päihdeasiakkaan kohtaaminen	18
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	22
4	Toteutus	22
4.1	Tutkimusmenetelmä	24
4.2	Toteuttamisympäristö ja aineiston keruu	25
4.3	Aineiston analyysi	27
5	Tulokset	28
5.1	Esitiedot	29
5.2	Kyselyn tulokset	32
6	Pohdinta	47
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu	47
6.2	Luotettavuus ja eettisyys	50
6.3	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	53
	Lähteet	54
	Kuviot	58
	Taulukot	59
	Liitteet	60

1 Johdanto

Päihteiden käyttö lisää asiakkaiden aggressiivista käytöstä ensihoidossa ja aiheuttaa niin työntekijälle, asiakkaalle sekä ympäristölle lisääntyneitä vaaratilanteita. Päihteiden käytön odotetaan lisääntyvän Suomessa edelleen.

Opinnäytetyön tarve perustuu tänä päivänä lisääntyneeseen päihteiden ongelma- ja väärinkäyttöön sekä oletettavaan ensihoitajien lisääntyneeseen osaamistarpeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveita lisäkoulutuksesta. Tavoitteena oli kartoittaa ensihoitajien lisäkoulutuksen tarvetta.

Tutkimustulokset toimitettiin Vihdin sairaankuljetus Oy:n käyttöön, joka tulosten avulla kehittää päihdeasiakasta käsittelevää lisäkoulutusta. Kyselyn kohderyhmä oli Vihdin sairaankuljetus Oy:n valmiusautoissa työskentelevä vakituinen henkilökunta. Vihdin Sairaankuljetus Oy huolehtii koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lohjan sairaanhoitoalueen asukkaista sekä vierailijoista. Vihdin sairaankuljetus Oy on vastannut vuodesta 1977 sopimuksella alueen sairaankuljetusvalmiudesta ja ensihoitopalvelusta.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rajattiin päihteiden ja ensihoidon käsitteisiin. Teoreettinen viitekehys sisältää tietoa ensihoidosta, ensihoitoyksiköistä ja niiden henkilöstöstä sekä päihteistä. Päihteet ovat rajattu opinnäytetyössä alkoholiin, huumeisiin ja lääkkeisiin. Opinnäytetyön kannalta teoreettisessa viitekehyksessä olennaista oli selvittää päihteiden käytön tunnistamista, päihteidenkäytön oireita ja seurauksia sekä päihdeasiakkaan kohtaamista.

Opinnäytetyö vastasi tutkimuskysymyksiin, millaiseksi ensihoitajat kokevat työskentelyn päihdeasiakkaan kanssa sekä tarvitaanko aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta ja millaista mahdollisen lisäkoulutuksen tulisi olla. Tutkimuskysymykset vastasivat käytännönläheisiin kysymyksiin, joita voidaan soveltaa suoraan työelämään sekä kyselyyn vastanneiden ensihoitajien ammattitaidon kehittämiseen. Opinnäytetyö oli työelämläheinen tutkimus, joka toteutettiin yhdistämällä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön analyysi toteutettiin sekä määrällisellä menetelmällä että laadullisella sisällönanalyysilla ja tutkimustulokset kuvattiin tilastollisena, käyttäen apuna havainnollistavia kuvia ja taulukoita.

2 Ensihoito

Ensihoito on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen asiakkaan kiireellisen hoidon antamista sekä tarvittaessa kuljettamista hoitoyksikköön. Ensihoito ja siihen kuuluva sairaanhoito ovat osa terveydenhuoltoa. Ensihoitoa koskevasta lainsäädännön valvonnasta, valmistelusta ja ohjauksesta vastaa Suomen sosiaali- ja terveysministeriö. Ensihoidon järjestäjinä toimivat sairaanhoitopiirit. Ne voivat toteuttaa toiminnan kokonaan itse, yhdessä pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa tai vaihtoehtoisesti sairaanhoitopiirit voivat ostaa palvelun myös muilta palveluntuottajilta, kuten yksityiseltä sektorilta. Sairaanhoitopiiri tekee ensihoidon toiminnasta palvelutasopäätöksen, jonka tarkoitus on määrittää ensihoidon sisältö ja sen toteuttaminen tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja oikein mitoitettusti. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet sairaanhoitopiireille palvelutasopäätöksen laatimiseen. Ensihoidon on muodostettava alueellisesti toimivan kokonaisuus päivystävän terveydenhuollon kanssa. (Ensihoito 2014.)

2.1 Ensihoitopalvelun tehtävät ja lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) määrätään, että sairaanhoitopiirin on ensihoitopalvelua järjestäessään vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoidon operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet asiakkaan hoitoonohjauksesta sekä kuljettamatta jättämisestä. Sairaanhoitopiirin tulee vastata ensihoidon päivittäistoiminnan ohella siitä poikkeavista tilanteista ja niihin varautumisesta, laadittava ensihoitopalvelu- sekä hälytysohjeet ja sovitettava ne erityisvastuualueessa yhteen Hätäkeskuslaitoksen kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011).

Lisäksi sairaanhoitopiirin tulee vastata alueensa väestön neuvonnasta ja tiedottamisesta ensihoitopalveluun kuuluvissa asioissa, ja tarvittaessa tarkastettava ensihoitopalvelun tehtävissä käytettävien yksiköiden soveltuvuus tehtävään. Sairaanhoitopiirin tulee sopia taktisen ensihoidon järjestämisestä poliisilaitosten kanssa ja tuottaa ensihoitopalvelun kannalta tarkoituksenmukaisia terveydenhuollonpalveluja siten, kuin siitä on erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa alueellisessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksessä sovittu. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ensihoitoa koskevan lainsäädännön valmistelusta ja ohjaa sekä valvoo toimintaa yleisellä tasolla (Ensihoito 2014). Ensihoidon ja ensihoitokeskuksen tehtävät, henkilöstön koulutusvaatimukset ja yksikkövaatimukset on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011).

Laki potilaan asemista ja oikeuksista (785/1992) ohjaa terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä toimenpiteitä potilaan terveyden määrittämiseksi, palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi eli terveyden ja sairaanhoitoa terveydenhuollon toimintayksikössä. Se määrittelee potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, hoitoon pääsyyn, hoidon suunnitteluun, tiedonsaantioikeuteen omasta hoidostaan ja terveydentilastaan, potilaan itsemääräämisoikeuden ja alaikäisen potilaan aseman tai potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen tiedonsaantioikeuden ja toimivallan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee myös, että asiakkaalle on annettava hänen terveyttään tai henkeään uhkaavan vaaran hoito, vaikka hän ei kykene esimerkiksi tajuttomuutensa vuoksi saamaan selvitystä hoidostaan. Jos asiakas on ilmaissut selkeästi tahtonsa, ei hänelle saa kuitenkaan antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Suomessa terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrää, että kunnalla on oltava riittävät voimavarat järjestää valtionosuuden perusteena olevaa terveydenhuoltoa sekä siihen kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava riittävästi käytössä terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja käytettävissä asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Terveydenhuollon henkilöstön on osallistuttava riittävästi lisäkoulutukseen. Kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista, jotka sosiaali- ja terveysministeriö on valtakunnallisesti säätänyt. Laki määrittää potilastietojen ja -rekisterin käsittelyä, palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuutta sekä terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, asianmukaista ja turvallista. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut, sisältäen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellisen päihdetyön, joka vahvistaa yksilön ja yhteisön päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä ja vähentää päihteisiin liitettävää terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Laki määrittää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoito ja sen on toimittava yhteistyössä alueensa päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Kiireellinen sairaanhoito on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Päihdehuoltolaki (41/1986) määrää, että kunnan on huolehdittava siellä esiintyvän tarpeen mukaan sisällöltään ja laadultaan sopivasta päihdehuollosta ja että sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan on seurattava päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välitettävä tietoa sen syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja toimittava asiantuntija-apuna muille viranomaisille ja kunnan asukkaille sekä yhteisöille. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen tulee pystyä riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan asiakas erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuihin palveluihin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia,

joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palveluihin täytyy voida hakeutua oma-aloitteisesti sekä asiakaslähtöisesti. Palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Päihdehuoltolaki (41/1986) määrittelee tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset, kuten väkivaltaisuuden ja terveysvaaran, eristämiseen, pakotteisiin ja rajoituksiin koskevat lait. Lain mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi toisen lääkärin antaman lääkärinlausunnon nojalla määrätä henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Lääkärinlausunnon voi antaa terveyskeskuksen tai mielenterveystoimiston lääkäri. Sosiaalityöntekijän ammatillisen kelpoisuuden omaava viranhaltija voi määrätä potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaisuuden perusteella päihteiden käytön katkaisemiseksi enintään viideksi vuorokaudeksi. Lisäksi potilaasta on laadittava lääkärinlausunto ennen hoitoon määräämistä. Jos viiden päivän tahdosta riippumattoma hoitoa ei voida aloittaa vuorokauden kuluessa tai 30 vuorokauden hoitoa viiden vuorokauden kuluessa päätöksen tekemisestä, päätös raukeaa. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Mielenterveyslaki (438/2014) ohjaa mielenterveystyön toteutumista, kuten esimerkiksi potilaan hoitoon asettamista tahdosta riippumatta. Ensihoidon kannalta on olennaista, että mielenterveyslaki määrää poliisin olevan velvollinen avustamaan tarvittaessa asiakkaan kuljetuksessa. Jos terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin virkasuhteen lääkäri toteaa, ettei asiakkaan toimittaminen hoitoon terveydenhuollon yksikköön ole soveliasta yksinään ammattikoulutuksen saaneen saattajan kanssa väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi, tekee hän poliisille virka-apupyynnön. Poliisi avustaa virka-apupyynnöllä asiakkaan kuljetuksessa yksikköön tarkkailulähetteen alaisuudessa tai sen laatimista varten. Tällöin tarvittaessa poliisi on myös velvollinen antamaan virka-apua potilaan palauttamisessa sairaalaan tai hänen toimittamisekseen sairaalan, jos asiakas jättää saapumatta. (Mielenterveyslaki 438/2014.)

2.2 Ensihoitoyksikkö ja sen henkilöstö

Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoitopalvelun yksiköitä voivat olla ambulanssien lisäksi esimerkiksi johto- ja lääkäriautot. Ensihoitopalvelussa toimivan yksikön miehistöllä tulee ensivasteyksikössä olla vähintään kahdella henkilöllä ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.) Perustason ensihoidon yksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus sekä perustason ensihoidon yksikön toisen ensihoitajan oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman

tutkinnon suorittanut henkilö. Hoitotason ensihoidon yksikössä ainakin toisen yksikön jäsenen on oltava ensihoitaja AMK tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden yhteistyössä sellaisen ammattikorkeakoulun kanssa, jossa on opetus- ja kulttuuriministeriön päätöksen mukaisesti ensihoidon koulutusohjelma. Hoitotason yksikön toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö.

Näistä voidaan ensihoidon ruuhka- ja erityistilanteissa tilapäisesti poiketa. Sairaanhoitopiiriin tulee järjestää alueellensa ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoitopalvelua ja sen toimintaa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ja palvelutasopäätöksen mukaisesti. Lisäksi sairaanhoitopiirillä on oltava ympäri vuorokauden toimivat ensihoitopalvelun kenttäjohtajat. Kenttäjohtajat ovat sairaanhoitopiirinsä ensihoitopalvelun tilannejohtajia ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.) Tässä opinnäytetyössä ensihoitajalla ja ensihoitohenkilöstöllä tarkoitetaan ensihoidossa työskenteleviä henkilöitä koulutustaustasta riippumatta.

2.3 Päihteet ja niiden käyttäminen

Päihteet ovat aineita tai valmisteita, jotka aiheuttavat hetkellisiä muutoksia ihmisen mieli-alaan, havainnointiin, tietoisuuteen tai käytökseen. Päihteiden käyttö aiheuttaa sosiaalisia ongelmia, sairauksia ja riippuvuutta. (Päihteet 2014.) Kuten alun perin eläimet, myös ihmiset ovat löytäneet ympäriltään aineita, jotka tuottavat mielihyvää, rentouttavat ja piristävät. Osan näistä, kuten kahvin, kulttuurimme on hyväksynyt sallituiksi ja laillisiksi nautintoaineiksi. Osa nautintoaineista on kuitenkin luokiteltu laittomiksi sekä haitallisiksi, mutta ihmiset alkavat käyttää niitä riippuvuuden tai mielihyvän tunteen vuoksi. Joskus nautintoaineita käytetään liikaa, haitallisesti tai päihtymiseen. (Holopainen 2011.)

Päihdehakuinen käytös voi kroonistua eli muuttua jatkuvaksi pidemmän käytön myötä. Nautintoaineeseen kehittyy lopulta pakkomielle, jota kutsutaan päihderiippuvuudeksi. Melkein kaikkiin päihderiippuvuuksiin liittyy päihteiden seka- ja väärinkäyttöä. Varsinaisesta väärinkäytöstä puhutaan yleensä enemmän tai vähemmän tietoisesta rauhoittavan tai muun lääkkeen käytöstä päihtymyksen aikaansaamiseksi tai olotilan hetkelliseksi muuttamiseksi. Tällöin lääkkeitä käytetään usein yhdessä alkoholin tai jonkin toisen päihteen kanssa vaikutuksen voimistamiseksi. Lääkkeitä voidaan väärinkäyttää annostelemalla niitä eri reittejä esimerkiksi liuottamisen tai jauhamisen jälkeen. (Holopainen 2011.)

Huumeet ja päihteet voidaan jakaa kolmeen ryhmään: keskushermostoa lamaaviin, keskusympaattista hermostoa kiihdyttäviin sekä harhoja aiheuttaviin aineisiin. Ensihoidon kannalta merkityksellisiä ryhmiä ovat keskushermostoa ja sympaattista hermostoa lamaavat sekä kiihdyttävät päihteet. Keskushermostoa lamaavien päihteiden ryhmään kuuluvat esimerkiksi alkoholi, uni- ja rauhoittavat lääkkeet, opiaatit, gamma, lakka sekä kodeiinipitoiset yskänlääkkeet. Keskushermostoa lamaavat päihteet aiheuttavat ensihoidossa eniten kuolemantapauksia ja yliannostuksia. Peruselintoimintojen ongelmat kohdentuvat pääsääntöisesti hengitysteihin ja hengitykseen. (Boyd 2010.)

Keskus- ja sympaattista hermostoa kiihdyttäviä päihteitä ovat esimerkiksi huumeista kokaiini, ekstaasi, amfetamiini ja MDPV. Tämän ryhmän päihteet aiheuttavat harvemmin vakavia somaattista hoitoa vaativia yliannostuksia, mutta saattavat olla päihdehuollon kannalta vaikeahoitoisia. Keskus- ja sympaattista hermostoa kiihdyttävien huumausaineiden yliannostuksen hoito on pääsääntöisesti oireenmukaista. (Boyd 2010.)

Sekakäyttö tunnetaan yleisenä ilmiönä Suomessa ja arviolta joka kuudennelta rattijuopolta verestä löytyy lääkkeitä tai huumeita. Sekakäyttö voi ilmetä nuorison keskuudessa kokeiluna, jolloin esimerkiksi kodin lääkekaapista löytyneitä lääkkeitä kokeillaan käyttäen päihtymiseen. Sekakäytön seuraukset voivat olla kuitenkin käyttäjälle yllättäviä ja vaikuttavat eri tavoin tai voimakkaammin, kuin oli tarkoitus. Tavallisimmin esiintyy alkoholin tehokkaampaa vaikutusta, joka ilmenee muistinmenetyksenä ja käytöshäiriönä, joskus jopa aggressiivisena käytöksenä ja sekavuutena. Sekakäytön on raportoitu aiheuttaneen jopa henkirikoksia. Joskus esimerkiksi muistinmenetyks voi johtaa yliannosteluun ja esimerkiksi rauhoittavan lääkkeen yliannostus johtaa tajuttomuuteen, hengityslamaan ja kuolemanvaaraan. Sekakäyttö kuormittaa elimistöä runsaasti ja aiheutuneet sisäelinvauriot voivat olla pysyviä. Sekakäytön lopettaminen ja päihteistä luopuminen vaatii pitkäjänteistä vieroitushoitoa. Äkillistä lopettamista tulisi välttää vakavien vieroitusoireiden takia. (Surakka 2011.) Sekakäyttö ilmenee selkeästi esimerkiksi alkoholin suurkuluttajissa, he tupakoivat ja nauttivat kofeiinia yliannostellusti juomisen yhteydessä (Holopainen 2005).

Tavallisin sekakäytön muoto on alkoholi ja rauhoittavat lääkkeet. Alkoholismin edetessä, ja taudin vaikeutuessa alkavat riippuvuusoireet ja niiden lievittämiseksi otetaan rauhoittavia sekä unilääkkeitä lisääntyvässä määrin. Alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden farmakologisen vaikutuksen samankaltaisuudesta ja aineiden ristitoleranssista johtuen lääkkeiden käyttö on tällöin helposti yliannosteltua. Lääkeongelma kehittyy pahimmillaan hankalaksi lääkeriippuvuudeksi ja hengenvaarallisetkin annostelut usein yhdessä alkoholin kanssa ovat yleisiä. (Holopainen 2005.)

Yritykset vähentää lääkkeiden käyttöä johtavat vierotusoireisiin ja pahimmillaan yllättää käyttäjän tajuttomuus-kouristuskohtauksella tai muulla henkeä uhkaavalla vieroitusoireella. Sekakäytölle tyypillistä ovat komplisoituneet psykiatriset ongelmat, sosiaalinen syrjäytyminen sekä fyysisen terveyden heikkeneminen. Syrjäytyneiden päihdeongelmaisten keskuudessa suonensisäisesti päihteitä käytettäessä myös veri- ja tulehdustaudit yleistyvät ja leviävät. Lääkärit kohtaavat tämän asiakasryhmän hankalina, jotka yrittävät saada oloaan helpottavia lääkkeitä päivystys- tai yksityisvastaanotoilla. (Holopainen 2005.)

2.3.1 Alkoholi

Alkoholi on Suomessa laillinen ja yleisimmin käytetty päihde. Se luokitellaan lamaavaksi aineeksi ja riippuvuuden suhteen se on keksivahva päihde. Alkoholi aiheuttaa voimakasta fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. (Päihteet 2014.) Alkoholi kuuluu pääasiassa keskushermostoon (aivot ja selkäydin) vaikuttaviin aineisiin lamaavasti. Alkoholin välitön vaikutus oireilee humalatilana ja myöhemmässä vaiheessa sammumisena eli tajunnan laskuna ja unisuutena. (Holopainen 2005.)

Vuonna 2013 Suomessa alkoholin käyttöön liitettyjä kuolemia oli 2561 (tapaturmaisista tai väkivaltaan liittyviä 635), joka oli 29 enemmän kuin vuonna 2012 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015). Myös lyhyen päihteidenkäytön yhteydessä jo yhden promillen humalatilalla veressä lisää merkittävästi tapaturmariskiä. Suuremmat kerralla juodut alkoholimäärät voivat aiheuttaa alkoholimyrkytyksen, joka on varsinkin lapsille ja nuorille hengenvaarallinen tila. Runsaaseen käyttöön voi liittyä myös vakavampia oireita, kuten aivojen verenkiertohäiriöitä, sydämen rytmihäiriöitä tai äkillinen haimatulehdus. Nämä ovat esimerkkejä seurauksista, jotka vaativat välitöntä sairaalahoitoa. Myös alkoholin käytön seurauksena kehittynyt käytöshäiriö delirium eli juoppohulluus vaatii sairaalahoitoa, joka usein annetaan psykiatrisessa sairaalassa oirekuvansa vuoksi. (Alkoholin terveyshaittojen hoito 2011.)

Runsaan alkoholin käytön seurauksena on käyttöajasta riippuen lopettamisen jälkeen vierotusoireita. Pitkäaikainen runsas käyttö aiheuttaa monenlaisia vaikutuksia. Aluksi oireita esiintyy vain alkoholin käytön yhteydessä, mutta käytön pitkittyessä ne voivat jäädä pysyviksi. Juomisen lopettaminen parantaa olennaisesti suorituskykyä, mutta jos muutokset ovat isoja, täydellistä suorituskyvyn palautumista ei enää tapahdu, vaikka päihteen käytön lopettaisi. Usein todetaan heikentymistä muistissa, aloitteellisuudessa, päättelykyvyssä ja motoriikassa. Kun alkoholi on poistunut verestä runsaan juomisen jälkeen, kouristusalttius lisääntyy parin vuorokauden ajaksi merkittävästi. Voimakas vieroitusoireita edellyttää väliaikaista lääkehoitoa, jonka tarkoituksena on ehkäistä äkillisiä tajuttomuus-kouristuskohtauksia. Aivovaurion vaara kasvaa alkoholin käytön myötä etenkin nuorilla käyttäjillä. Vahva humalatilalla laskee myös verensokeria merkittävästi. Kun veren sokeripitoisuus laskee liian alas, aivojen energiansaanti

tyrehtyy ja seurauksena kehittyä vähitellen aivovaurio. Alkoholilla vaikuttaa myös pikkuaivojen toimintaan ja aiheuttaa niissä solumassan vähenemistä. Tästä seuraa tilanne, jossa tasapainoa on vaikea säilyttää. Portaissa, kapeilla käytävillä ja ihmisvilinässä liikkuminen vaikeutuu, erityisesti hämärässä, jolloin lisäksi näköaistin ja kuuloaistin yhteistoiminta on heikkoa. Käsien yhteistoiminta ja puhelihasten toiminta voivat joskus vaikeutua. Solumassan pienenemisestä johtuvat oireet ovat pysyviä, eikä niihin ole hoitokeinoja. (Holopainen 2005.)

Alkoholin suurkulutuksen raja on miehillä 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikossa. Riskirajana kertakulutuksessa pidetään miehillä 7 annosta kerrallaan ja naisilla 5 annosta kerrallaan. (Kylmänen 2012.)

2.3.2 Huumeet

Narcoticum eli huume on yleisnimitys huumausaineelle. Se on huumausainelaissa (373/2008) oleva aine, jota käytetään keskushermostoon vaikuttavien lamauttavien, päihdyttävien tai harhoja tuottavien aineiden vuoksi. (Huume 2015.)

Huumausaineet ovat laittomassa käytössä olevia aineita tai valmisteita, jotka aiheuttavat sekä psyykkistä että fyysistä riippuvuutta. Eri huumeilla on toisistaan eroavat vaikutukset, käytöstä johtuvat seuraukset ja riippuvuusominaisuudet. (Päihteet 2014.) Huumeiden käyttö on vaara terveydelle ja altistaa myös sosiaalisille sekä tapaturmaisille ongelmille (Huumeongelman hoito 2012). Huumemyrkytyskuolemia vuonna 2013 oli 162, mikä on seitsemän huumemyrkytyskuolemaa enemmän kuin edellisellä vuonna 2012 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015).

Huumeriippuvuuden hoito on moniammatillista yhteistyötä (Huumeongelman hoito 2012). Päihteiden ja huumeiden jatkuva käyttö saattaa aiheuttaa muutoksen aivojen toiminnassa, jotka monien kohdalla tekevät huumeen käytön omaehtoisen lopettamisen vaikeaksi tai lähes mahdottomaksi (Huttunen 2014). Huumeet aiheuttavat kuolemia ja lisäävät merkittävästi sairaaloiden kuormitusta. Huumeongelmaan liittyvät sairaudet ja komplikaatiot johtuvat joko käytetystä aineesta tai sen käyttötavoista. Sairaalahoitoa vaativat esimerkiksi suonensisäisiä huumeita käyttävien infektiot ja vammat. Huumeongelman voi tuoda terveydenhoitoon esimerkiksi infektio, tapaturma, vatsavaivat, verenkierron ongelmat tai myrkytys- ja vieroitusoireet. Eri aineilla on hyvin erilaisia vaikutuksia, mutta tavallisia ovat levottomuus, raukeus, pistosjäljet sekä huomattavasti laajentuneet tai toisaalta pienentyneet pupillit. Aggressiivisuus ja vainoharhaisuus ilman aiempaa psykiatrista oireilua ovat tavallisesti myös merkki huumeiden käytöstä. Siitä viestittää myös päihtymys ilman alkoholia. Huumeisiin kuolee keskimäärin runsaat 150 henkeä vuodessa. (Huumeongelman hoito 2012.)

Kannabis on eniten käytetty huume Suomessa ja sen käyttö on alkanut yleistyä vuodesta 2010 eteenpäin (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015). Suomessa eniten käytettyjä huumeita ovat lisäksi heroini ja opiaatit, kokaiini, psykostimulantit (kuten amfetamiini), hallusinogeenit (kuten fensyklidi eli "enkelipöly") ja lysergiinihapon dietyyliesteri ("LSD"), erilaiset synteettiset päihteet (esimerkiksi hydroksivoihappo eli "gamma" ja sen esiaste gammabutyrolaktoni eli "lakka") sekä erilaiset hengitettävät tai impattavat inhalantit, kuten puhdistusaineet ja spraymaalit (Huttunen 2014).

2.3.3 Lääkkeet

Myös lääkkeitä voidaan käyttää päihteinä. Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan yleensä tahallista, tietoisesti tapahtuvaa rauhoittavan tai muun olotilaan vaikuttavan lääkkeen käyttöä päihtymystarkoituksessa. Yleisimpiä väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat rauhoittavat- ja unilääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit, keskushermostoon vaikuttavat opiaattijohdannaiset kipulääkkeet, amfetamiinin kaltaiset laihdutuslääkkeet ja rauhoittavat psyykenlääkkeet. (Päihteet 2014.)

Bentsodiatsepiinien yleinen väärinkäyttö perustuu niiden kykyyn lievittää myös eriaisteisia psyykkisiä oireita, kuten masennusta, pelkoa, unettomuutta, rauhattomuutta tai ahdistusta. Väärinkäyttäjät pyrkii lievittämään näitä oireita ja parantamaan olotilaansa. (Huttunen 2014). Bentsodiatsepiineja ovat diatsepaami, klooridiatsepoksidi, oksatsepaami, loratsepaami, klobatsaami ja alpratsolaami ja niitä myydään useina eri valmisteina. Bentsodiatsepiinit helpottavat unihäiriöitä ja lievittävät ahdistuneisuutta parhaiten lyhytaikaisessa käytössä, siksi niiden käyttöä hoitotyössä ja lääketieteessä tulisi rajata muutamaan viikkoon. Pitkäaikaisessa käytössä bentsodiatsepiinien teho heikkenee, jolloin annoksia pitää suurentaa ja lääkkeisiin kehittyä helposti riippuvuus. (Ravasalo 2013.) Erityisesti ahdistus- ja unilääkkeiden, mutta myös useimpien masennuslääkkeiden käyttöön liittyy myös suuri riippuvuuden riski, jossa tulee erottaa selvästi fysiologinen tai fyysinen riippuvuus, psyykinen riippuvuus tai lääkeaddiktio (Huttunen 2014).

2.3.4 Riippuvuus

Riippuvuus kehittyy, kun aluksi käytetty aine tai valmiste tuottaa nautintoa ja nautinto alkaa hallita muuta elämää syrjäyttäen muut tärkeät elämäalueet sekä tarpeet. Sen seurauksena kehittynyt riippuvuus vaatii ainetta tai valmistetta pitämään normaalin olotilan ja toimintakyvyn. Riippuvuuskäyttäytymisen alkamisen taustalla saattaa olla jokin turhauma tai negatiivinen kokemus, kuten suru, menetys, rakkaudennälkä tai yksinäisyys, johon asiakas pyrkii saamaan helpotusta esimerkiksi alkoholin tai huumausaineiden avulla. (Huumeriippuvuus on aivojen sairaus 2011.)

Addiktio termiä ei käytetä nykyisin enää lääketieteellisessä diagnosoinnissa, mutta se on yleinen termi puhekielessä. Addiktio voidaan ajatella sekä negatiivisena ja positiivisena. Päihteisiin kytkeytynyt negatiivinen puoli nousi suomessa 1900-luvulla ja syrjäytti addiktion positiivisen, omistautuneisuuteen liittyvän merkityksen. Addiktiolla korvattiin aikaisemmat päihteidenkäyttöä kuvanneet sanat, kuten juoppous ja kohtuuttomuus, joiden merkitystä tänä päivänä kutsutaan yleisimmin pakkomielleeksi tai riippuvuudeksi. (Tammi 2011.)

Addiktille on ominaista, että hän yrittää kaikin tavoin saada suurempia lääkeannoksia. Addiktio voidaan ymmärtää eri asiana kuin tavanomainen lääkeriippuvuus. Lääkeriippuvuudelle on ominaista, että erityisesti vieroitusoireet pitävät yllä ehkä jo turhaksi muodostunutta lääkitystä, kun taas addiktiossa himo lääkaineeseen vain kasvaa ja kasvaa. Tietynlainen kyseenalaistaminen on hoitoalan, erityisesti lääkärin työssä välttämätöntä lääkeaddiktien tunnistamiseksi. Itsetuhoinen käytös sekä lääkkeiden suurien määrien käyttöön viittaava anamneesi ovat merkkejä lääkkeisiin liittyvästä addiktiosta. Tällöin asiakas tulee tutkia huolella ja pyrkiä pitämään hänet hoidon piirissä, koska addiktoituneella lääkkeiden väärinkäyttäjällä on suuri menehtymisriski yliannostusmyrkytykseen. Addiktoitunut saattaa hankkia lääkkeitä terveydenhoidon ulkopuolelta lisäksi katukaupasta, jossa suosittuja lääkeaineita ovat esimerkiksi oksikodoni, metadoni, etyyliomorfiini, kodeiini, tramadoli, opioideja sisältävät reseptiyskälääkkeet, bentsodiatsepiinit, alkoholin kanssa huumaavasti vaikuttavat lääkkeet, buprenorfiini, atropiinia sisältävät ripulilääkkeet sekä barbituraatit. (Holopainen 2013.)

Asiakas on fyysisesti riippuvainen, kun elimistö on tottunut aineen olemassaoloon ja toimintaan sekä osaa kaivata sitä ”normaalin” olotilan saavuttamiseksi. Fysiologisella lääkeriippuvuudella tarkoitetaan lääkkeen lopettamisen yhteydessä ilmeneviä lopetus- tai vieroitusoireita. Fysiologinen lääkeriippuvuus on tavallaan elimistön luonnollinen ilmiö ja heijastaa vain tottumisen pitempään kestäneen lääkkeen käytön tilaan, ja sen muuttumisen tilaan, jossa elimistö ei enää saa sille alun perin vierasta ainetta. Näin ollen lopetus- ja vieroitusoireita ilmenee myös sairauksissa käytettyjen lääkkeiden lopettamisen yhteydessä, jonka vuoksi esimerkiksi kortisonilääkkeen hoitoannos lopetetaan aina annosta asteittain vähentäen. Fysiologisen lääkeriippuvuuden vieroitusoireet eivät yleisesti ole vaarallisia, mutta suurempi annoksen käytön äkillinen lopettaminen voi joskus laukaista kouristuskohtauksen tai hyvin voimakkaan ahdistuksen. Lopetus- ja vieroitusoireet ovat alkoholivieroitusoireiden tapaisia, kuten hikoilu ja pulssin kohoaminen, käsien vapina, ahdistuneisuus, pahoinvointi, unettomuus, ja oksentelu, motorinen kiihtyneisyys, ääni- ja ärsykeherkkyys sekä joskus tilapäiset harhat tai kouristukset. Vierotusoireet alkavat lääkkeen häviämisenopeudesta riippuen 1-10 päivää lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen ja voivat kestää asteittain lieventyen 1-5 viikon ajan, joskus lievänä jopa 2-4 kuukauden ajan. (Huttunen 2014.)

Lääkeriippuvuus voi olla luonteeltaan myös psykologista riippuvuutta ja perustuu aineen kykyyn tuottaa hyvää oloa tai muita toivottuja myös psyykkisiä vaikutuksia. Vierotusoireet voivat olla hyvin voimakkaita kipulääkkeinä käytettyjen opiaattien sekä ahdistus- ja unilääkkeiden jatkuvan käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä ja viikkoina. Vierotusoireet lääkkeen käytön lopettamisen yhteydessä saavat asiakkaat helposti jatkamaan muuten jo tarpeettomaksi käynnystä lääkkeen käyttöä. Lääkeriippuvuus on luonteeltaan addiktiivista eli voimakasta riippuvuutta, jos päivittäin käytetyn aineen määrä on suuri ja asiakkaalla on pakonomainen tarve saada aineen humalluttava tai euforisoiva päiväannos käyttöönsä melkein keinolla millä hyvänsä. Addiktiivinen lääkkeen käyttö perustuu jatkuvan lääkkeen käytön aiheuttamaan keskushermoston toiminnan tilapäiseen muutokseen ja on asiakkaan tahdosta pitkälti riippumaton vakava sairaustila. (Huttunen 2014.)

2.4 Päihdeasiakas

Vuoden 2014 väestöntutkimuksen mukaan 20 prosenttia 15-69-vuotiaista suomalaisista oli käyttänyt vähintään kerran elämässään jotakin laitonta huumetta. Vastaajista 6 prosenttia oli käyttänyt huumetta viimeisen vuoden aikana ja 2 prosenttia viimeisen kuukauden aikana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kerää tietoja kunnilta päihdehoidon asiakkaista ja vuonna 2014 päihdehuollon huumeasiakkaista 66 % oli miehiä ja valtaosa 20-35-vuotiaita. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015.) Asiantuntijoiden mukaan on todennäköistä, että huumeiden käyttö yleistyy vuoteen 2020 mennessä. Väestön ikääntymisen ei arvella vaikuttavan tähän kehitykseen hillitsevästi. Lääkkeiden huumeikäytön odotetaan myös yleistyvän ja esimerkiksi lisäävän huumekuolemia. (Lintonen, Rönkä, Ketovirta & Konu 2012.) Päihdehuollon menot kunnissa olivat vuonna 2013 noin 202 miljoonaa euroa, mikä on 5,6 prosenttia enemmän kuin edellisenä vuonna (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015).

Mielikuva asiakkaasta, joka käyttää huumeaineita, on muuttumassa. Tänä päivänä kuka tahansa voi käyttää huumeaineita ilman, että sen havaitseminen ja tunnistaminen on helppoa ja selkeää. Nykyisessä huumeaineita kohtaan kielteisessä ympäristössä on epätodennäköistä, että asiakas itse kertoo päihdeongelmastaan ja päihdeiden käytöstään, vaan tiedostaminen on todennäköisempää toisen ihmisen tekemien havaintojen perusteella. Huumeiden käyttö ei ole irtonainen tai yksittäinen ilmiö tai hetki, vaan osa ihmisen koko elämäntilannetta, jossa voi olla samalla kyse myös somaattisesta sairaudesta, psyykkisestä häiriöstä tai suuressa sosiaalisesta ongelmasta. Huumeiden käyttäminen sinänsä ei ole sairautta. (Tunnista ja toimi 2015.)

Päihdeasiakkaat ovat hätäkeskukselle ja pelastustoimelle yleisiä tapauksia. Samoja asiakkaita hoidetaan useita kertoja. Asiakkaat kuljetetaan tarvittaessa akuuteissa tapauksissa terveydenhuollon päivystykseen. Kyseiset tapaukset ovat päivystyksen henkilökunnalle haastavia.

Lisäksi, vaikka 10 % tapauksissa hoidon tarve liittyy ongelmalliseen alkoholinkäyttöön, tämä yhteys jätetään usein huomioimatta. (Nohl, Kohler, & German 2014.) Vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa Vantaalla Peijaksen sairaalan päivystykseen saapuneiden potilaiden päihtymystilaa arvioitiin. Tutkimuksessa todettiin, että päihteiden käyttö tai päihderiippuvuus liittyi varmasti tai mahdollisesti 27 % päivystyksessä käyneistä yli 18-vuotiaista potilaista. Tutkimuksessa pohdittiin, että päihteiden käytöstä johtuvat ongelmat kuormittavat päivystysterveystydenhuoltoa merkittävästi, mutta tutkimustietoa aiheesta on vähän. Tutkimuksessa tuotiin esille, että puolet päihdepotilaista tuotiin ambulanssilla ja heistä 23% viipyi päivystyksessä yli 5 tuntia. Päihdepotilaista sairaalahoitoon siirtyi neljännesosa. (Kantonen, Niittyinen, Mattila, Kussela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006.) Tässä opinnäytetyössä päihdeasiakkaalla tarkoitetaan mitä tahansa päihdyttävää ainetta käyttänyttä henkilöä.

2.4.1 Päihteiden käytön tunnistaminen

Yksittäisten ja satunnaisten päihteiden käytön jälkeen ei yleensä ilmene oireita, joista päihteiden käyttö voitaisiin tunnistaa. Poikkeuksena ovat päihdemyrkytykset ja tapaturman tai väkivallan aiheuttaman vamman vuoksi hoitoa tarvitseva oire ja asiakas. Päihteidenkäytön tunnistaminen asiakkaan muista oireista voi olla haasteellista, erityisesti silloin, kun asiakkaalla on yliannostus tai hän on useiden päihteiden sekakäyttäjä. (Holmberg 2014.) Lääkkeiden yliannostuksen oireita ovat mm. siniset tai kalpeat kasvot, veltto ruumis, heikentynyt tai jopa pysähtynyt hengitys, suun vaahtoaminen, pulssin hidastuminen, vapina, kouristelu, rintakipuoireet, pyörtyminen ja jopa elottomuus (Yliannostukset ja ensiapu 2014).

Päihteiden aiheuttamat kliiniset löydökset vaihtelevat käytetyn päihteen mukaan ja ilmenevät yleensä vasta pitkäaikaisen käytön jälkeen. Kokemattomilla päihteiden käyttäjillä kliiniset löydökset voivat olla myös äkillisiä ja henkeä uhkaavia sekä oireeltaan somaattisiin sairauksiin sekoittuvia. Päihteidenkäyttö voi olla somaattisten oireiden tai sairauksien taustalla, kuten esimerkiksi iho- ja sisäelintulehduksissa. Lisäksi terveysongelmia, joiden yhteys päihteiden käyttöön tulee huomioida ja pyrkiä tunnistamaan ovat esimerkiksi psyykkiset sairaudet (esim. äkillinen sekavuus, delirium), sydän- ja keuhkosairaudet, neurologiset oireet, selittämättömät kiputilat, ylipaino, myrkytykset, syöpäsairaudet tai unihäiriöt. Joskus vieroitusoireet saattavat esiintyä vamma- tai sairauskohtausepäilynä tai niihin verrattavina kipuna. Esimerkiksi opiaattien vieroitusoireina voi esiintyä lihas-, vatsa- tai alaselkäkipu. Yhtä aikaa esiintyvät mielenterveys- ja päihdeoireet vaativat hyvää tunnusmerkkien havainnointi- ja erottelukykyä. (Holmberg 2014.) Päihteiden käyttö-, pakkaus- ja säilytysvälineiden tunnistaminen on tärkeää, koska niitä havainnoimalla hoitaja voi tunnistaa päihteidenkäyttöä, ja näin parantaa omaa varautumistaan nopeastikin muuttuviin tilanteisiin (Saavalainen & Boyd 2009, 491).

Päihteidenkäytön tunnistaminen perustuu havainnointiin, asiakkaan ja omaisen haastatteluun ja kliinisiin tutkimuksiin. Asiakkaan päihtymystilaa ja päihteiden käyttöä voidaan tutkia arvioimalla asiakkaan orientaatiota itseensä, aikaan ja paikkaan, käytöksen loogisuutta, levottomuutta ja sekavuutta. Päihteidenkäyttö voi tuoda esiin pakko-oireita ja kouristelua. Raajoissa ja joskus kaulalla sekä vartalolla saattaa löytyä pistojälkiä, jotka voivat olla tulehtuneet. Silmien mustuaisten koko voi olla poikkeava, sillä esimerkiksi amfetamiini pienentää ja stimulantit suurentavat mustuaista. Päihteet muuttavat vitaalielintoimintojen arvoja, kuten verenpainetasoa, opiaattien käyttö laskee verenpainetta ja vieroitusoireet kohottaa. Amfetamiini ja muut stimulantit sekä ekstaasi kohottaa verenpainetta ja kiihdyttävät sykettä sekä lisäävät hengitystiheyttä, kun taas hengitystiheys laskee opiaateista ja rauhoittavista lääkkeistä, jolloin opiaattien tai eri aineiden sekakäyttö voi aiheuttaa jopa kuolemaan johtavan hengityslaman. Päihteidenkäyttö voi vaikuttaa ruumiinlämpöön, ja esimerkiksi amfetamiini ja muut stimulantit sekä ekstaasi nostaa ruumiinlämpöä elintoimintojen kiihtyessä. Nestetasapainon muutokset saattavat ilmetä opiaattien vieroitusoireiden aiheuttaman oksentelun ja ripuloinnin seurauksena tai mahdolliseen huumeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyvä aliravitsemus voi johtaa kuivumiseen. Tärkein keino asiakkaan päihteidenkäytön tunnistamiseen on haastattelu, sen ollessa mahdollista. Haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, jolloin asiakas pääsee vastamaan omien kokemustensa pohjalta. (Holmberg 2014.)

2.4.2 Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Päihteitä voidaan käyttää missä vain, kuten ravintoloissa tai kotona. Laillisia päihteitä on saatavilla useissa paikoissa esimerkiksi kioskeissa ja tapahtumissa. Päihteidenkäyttöpaikka on usein sidoksissa elämäntapaan, kuten riippuvuuteen tai ongelmakäyttöön sekä käytön tarkoitukseen esimerkiksi päihtymiseen tai rentoutumiseen. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 63-64.) Päihteiden aiheuttaessa tapaturmia tai ensihoitoa vaativia oireita äkillisesti, tapaa ensihoitaja päihtyneen asiakkaan lähes missä vain, missä päihteitä käytetään.

Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämä hoito niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat sillä hetkellä terveydenhuollon käytössä. Asiakkaan ihmisarvoa on kunnioitettava ja hänellä on oikeus saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveyspalveluja on annettava niin, ettei ikä, terveydentila tai vammaisuus aseta asiakkaita eri asemiin ja hoitopäätösten pitää perustua lääketieteellisiin syihin. (Potilaan keskeisimmät oikeudet 2008.) Päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoitoon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä (Kantonen 2009). Asiakas on kohdattavana yksilönä ja arvokkaasti. Hoitajan on toimittava tehtävässään oikeudenmukaisesti, ammattitaitoaan jatkuvasti kehittäen, moniammattilisen työyhteisön jäsenenä tehtävää omassa ammattikunnassaan arvokkaasti hoitaen (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Huumeista riippuvaisen kohtaamisessa tulisi kyetä

myötäelävään asenteeseen, suoruuteen ja aitoon haluun auttaa sekä ymmärtää asiakasta, vaikka asiakas saattaa käyttäytyä uhkailevasti ja vaativasti (Holopainen 2013).

Päihdeasiakkaita tavataan vastaanotolla ja heillä on usein psyykkisiä häiriöitä, fyysisiä vammoja tai sairauksia sekä näitä komplisoimassa päihdeongelma. Asiakkaalla voi olla ensisijainen hätätilanne vierotusoireiden tai yliannoksen vuoksi ja huolellinen perustutkimus on aina tarpeen, koska päihdeiden käyttö saattaa peittää vakavat oireet, joita asiakas muuten valittaisi. (Laine 2002.) Akuutti päihdeiden aiheuttama myrkytys voi olla vahinko tai tahallinen itsemurhayritys. Hyvä somaattinen ja psyykinen ensihoito luo pohjan päihdeongelman jatkohoidolle. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011.) Myrkytysasiakkaan hoidon tavoitteena on turvata peruselintoiminnot, estää myrkytymisen elimistöön sekä saada myrkky poistumaan elimistöstä mahdollisimman nopeasti. Kun toimitaan päihtyneen kanssa, on tärkeää muistaa työturvallisuus, sillä päihtynyt voi olla harhainen ja aggressiivinen sekä esimerkiksi kantaa veritartuntatauteja. (Rantala 2010, 412-413.) Useimmille huumeille ei ole vasta-aineita, joten hoito on oireita parantavaa ja peruselintoimintoja ylläpitävää (Laine 2002).

Kulmakiviä päihdeasiakkaan kohtaamisessa ammatillisesti ovat asenne, ajantasainen tieto ja päihdetyön osaaminen. Niiden hallitseminen heijastuu hoitajan taitoihin kohdata ja ohjata päihdeasiakasta. Vuorovaikutustilanteen tavoitteena on jättää päihtyneelle asiakkaalle positiivinen ja turvallinen mielikuva avunsaannista sekä sen mahdollisuuksista. Päihtyneen kanssa vuorovaikutustilanteessa on tärkeää, että hoitaja on rauhallisen empaattinen, tiukan johdonmukainen, selkeästi ja ymmärrettävästi puhuva, kärsivällisesti hoidon faktoja perusteleva, tavoitteita korostava sekä myönteistä käytöstä huomioiva. Päihtynyt asiakas on herkkä loukkaantumaa, joten vuorovaikutustilanteessa pitää pyrkiä välttämään asiakkaan kohtaamista alentavasti, uhkailevasti, määräilevästi tai provosoivasti sekä korottaa ääntään vain sen ollessa välttämätöntä. Työyhteisössä on tärkeää miettiä, miten päihdeasiakkaan päihtymystä voi ammatillisesti sekä hoidollisesti ymmärtää, vaikka sitä ei tarvitse kokonaisuudessaan hyväksyä. Päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa on olennaista pyrkiä selvittämään avun tai hoidon hakemisen syy ja pyrkiä hoitamaan ensitilanteessa välttämättömin päihtymystilasta huolimatta. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 203-204.) Huumeiden käyttäjät elävät normaalisti sellaisessa sosiaalisessa ympäristössä, jossa väkivalta on yleistä ja itsensä puolustamiselle on usein tarvetta. Esimerkiksi väkivaltaan valmistautuva asenne provosoi väkivaltaista käytöstä entisestään. Tämänlaisessa ympäristössä elävälle asiakkaalle voi kehittyä herkkyyttä aistia ympäristössä uhkaavia eleitä ja vastata niihin. (Laine 2002.)

Kommunikointiin ja kohtaamiseen voidaan etukäteen valmistautua. Kansainvälinen esimerkki on Delphi-tekniikka, joka on yksi menetelmä yhteisymmärryksen rakentamiseen. Se on käytössä Australialaisella ensiapupoliklinikalla. Delphi-tekniikan käytöstä on tehty tutkimus, jossa

raportoitiin ensiavussa ilmenevästä väkivallasta ja aggressiivisuudesta. Tutkimuksessa todettiin huumeiden ja alkoholin käytön lisäävän väkivaltaa hoitohenkilökuntaa kohtaan päivystyksellisessä terveydenhuollossa. Tutkimuksen yhteydessä todettiin, että hoitohenkilökunnan koulutuksella ja kommunikaatiokyvyillä voidaan ehkäistä väkivaltaa. Tutkimuksessa muistutettiin, että jokaisella on oikeus turvalliseen työpaikkaan ja todettiin, ettei väkivallan ehkäisyyn ole olemassa yhtä ainoaa keinoa. (Morphet, Griffiths, Plummer, Innes, Fairhall & Beattie 2014, 194-201.)

Riskiammatteja työväkivallalle ovat työsuojelukeskuksen vuonna 2010 teettämän raportin mukaan erityisesti hoitoalan ammatit, jotkin sosiaalialan ammatit, vartiointityö sekä poliisit. Uutena ryhmänä työväkivallan riskiammatiksi on nostettu myös palomiehet. Työpaikkaväkivalta on yleistynyt viimevuosikymmeninä. (Työväkivallan riskiammatit 2010.) Työssä väkivallan uhka aiheuttaa pelkoa sekä turvattomuuden tunnetta ja sillä on vaikutusta työmotivaatioon. Yhdessä sovitut toimintamallit luovat turvan perustaa. Niiden kehittäminen vaatii työntekijältä sitoutumista ja taitoa sekä tahtoa turvallisuuden parantamiseen ja ammattitaidon kehittämiseen. Ammattitaito sekä vuorovaikutustaito ovat keskeisessä asemassa kohdatessa aggressiivinen asiakas. Ammattitaitoon kuuluu myös työn vaatima hyvä fyysinen ja henkinen toimintakyky, joka sekä edistää uhkatilanteiden havainnointia että parantaa riskitietoisuutta. (Sundell 2014, 11.)

Asiakkaan aggressiivisen ja ennalta arvaamattoman käyttäytymisen syitä on monia, esimerkiksi pettymys saatuun hoitoon tai palveluun. Asiakas on ärsyyntynyt odotusaikojen venyessä, koska tuntee tullessa kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti tai hän ei saa sitä hoitoa siinä ajassa, joka hänen mielestään hänelle kuuluu. Syynä voi olla esimerkiksi huumaavien lääkeaineiden vaatiminen ilman lääketieteellistä perustetta tai päihtymys. Huumausaineiden vaikutuksen alainen asiakas on erityisen vaarallinen, sillä asiakkaan todellisuudentaju voi olla merkittävästi muuttunut. (Puttonen 2015.) Alkoholilla on selvä yhteys väkivaltaiseen käytökseen ja vuonna 2014 Suomessa tehdyissä henkirikoksissa syyllisiksi epäillyistä 40 prosenttia oli alkoholin vaikutuksen alaisia ja pahoinpitelyrikoksiin syyllisiksi epäillyistä 50 prosenttia (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015).

Väkivalta voi konfliktitilanteessa olla asiakkaan keino suojata omantunnonarvoa, itsetuntoa tai asiakas voi ajatella sen olevan ainut tapa selvittää tilanteesta voittajana ja säilyttää arvokkuus. Väkivaltaiseen käytökseen voi olla useita syitä, kuten yritys nopeuttaa tavoitteen saavuttamista painostamalla, mutta usein on kyseessä lukuisten syiden kokonaisuus. Aggressio ja väkivaltainen käytös eivät synny tyhjästä, vaan taustalla on aina olemassa jokin ratkaiseva tekijä. Persoonallisuuden häiriöt, mielenterveysongelmat ja päihteet ovat väkivaltaa merkittävästi lisääviä tekijöitä. Suomessa yhtenä keskeisimpänä aiheuttajana turvallisuusongelmien taustalla pidetään syrjäytymistä. (Sundell 2014, 13-14.) Syrjäytyneiden kansalaisten joukossa

on paljon huumausaineiden ja muiden päihteiden käyttäjiä, joiden sosiaalinen tila heikkenee jatkuvasti (Saarelainen, Stengård, Vuori-Kemilä & Annala 2000, 56).

Erimielisyystilanteissa asiakkaan kanssa tulee säilyttää katsekontakti ja häntä kuunnellaan aktiivisesti, joka antaa asiakkaalle mahdollisuuden purkaa kiihtymystä. Purkaus kestää usein vain sekunteja, jonka jälkeen tilanne rauhoittuu yleensä huomattavasti. Asiakasta puhutellaan asiallisella ja kunnioittavalla, mutta kuuluvalla äänellä. Jos asiakkaan aggressioon vastaan vasta-aggressiolla esimerkiksi asettamalla uhalle vastauhkaus, antaa se hänelle luvan siirtyä seuraavalle aggression tasolle, riitelyyn. Tällöin asiakas on mieleltään kiihtynyt ja vaatii hyvitystä tai jotakin selvästi kohtuutonta, ei suostu kuuntelemaan eikä hyväksy esitettyjä perusteluita. Tässä vaiheessa asiakkaan puheessa esiintyy voimasanoja, hoitajiin kohdistuvia uhkauksia ja äänen korottamista, jolloin hoitajan tulee rauhoittaa tilanne kuuntelemalla. Ratkaisuehdotukset voidaan tehdä vasta, kun asiakas on sanonut sanottavansa ja hän kykenee ottamaan vastaan puhetta. (Puttonen 2015.)

Tilanteen ratkaiseminen keskustelun avulla on mahdollista niin kauan, kun osapuolet pystyvät vastaanottamaan perusteluja ja tekemään ehdotuksia. Keskustelussa on hyvä tuoda esiin yksimielisyydet ja asiakkaan puolia pitämisen positiivisuus, kuitenkin keskittyen asiakohtiin ja ongelmanratkaisuun. Hoitajan tuntiessa, että tilannetta ei saada hallintaan keskustelun avulla, irrottaudutaan tilanteesta tai pyydetään tarvittaessa lisääpua ajoissa. (Puttonen 2015.)

Asiakkaan koskemista vältetään. Jos hoitaja vastaa asiakkaan riitelyyn jälleen vasta-aggressiolla, antaa hän luvan asiakkaalle siirtyä aggression seuraavalle tasolle, uhkailemiseen. Uhkaileva asiakas on selvästi kiihtynyt, vastahakoinen, äänekäs ja rauhaton. Hän on epäluuloinen hoitohenkilökuntaa kohtaan ja uhkaa kohtuuttomilla seurauksilla, jos ei saa tahtoaan läpi. Asiakas voi korostaa uhkauksiaan esimerkiksi lyömällä nyrkin pöytään tai kaatamalla huonekaluja tilasta. Sanattoman viestinnän osuus korostuu, koska asiakas ei kykene käsittelemään puhetta enää kiihtymystilassaan kunnolla. Tällöin hoitajan tulee varmistaa oma turvallisuutensa ja huomioida pakoreitit, työtovereiden informointi ja hyökkäykseen aletaan varautumaan etukäteen sovittujen toimintamallien mukaisesti. Hyökkäysvaaraa vähennetään ottamalla asiakkaaseen parin metrin etäisyys ja mahdollisesti pyydetään häntä istumaan. Tällöin tarttuakseen tai hyökätäkseen asiakas joutuu ensin lähestymään hoitajaa ja tällä saadaan lisää aikaa mahdolliselle pakenemiselle. (Puttonen 2015.)

Liikehtimistä tai äkkinäisiä liikkeitä vältetään ilmoittamatta etukäteen, koska asiakas voi tuntea epävarmuutta ja kiihtyä edelleen. Käsien pitäminen alhaalla ja näkyvissä kertoo asiakkaalle turvallisuudesta ja yhteistyötahdosta. Kohotettu tai piilotettu käsi merkitsee uhkaa. Mieluisinta olisi seistä asiakkaaseen nähden sivuttain 45 asteen kulmassa, jolloin asento on vähiten uhkaava ja mahdollistaa nopean pakenemisen. (Puttonen 2015.)

Edelleen vasta-aggression asettaminen antaa asiakkaalle luvan uhkailusta eteenpäissiirtymiseen eli hyökkäykseen ja väkivaltaan. Väkivaltainen ja epätavallisen kiihtynyt asiakas uhkaa fyysisellä väkivallalla eikä pyrikään neuvotteluratkaisuun vaan ymmärtää tahallaan väärin ja hakee syytä hyökkäykseen. Asiakkaan mielentila vaihtelee voimakkaasti, hänen katseensa harhailee, kasvot ja hartiat jännittyvät, kädet puristuvat nyrkkiin, hengitys tihenee, puhe katkeaa ja ääni värisee kiihtymystilan seurauksena sekä asiakas voi hakea sivuliikkeellään suuntaa hyökkäykselle. Tällöin hoitajalta vaaditaan nopeaa reaktiota suojautumiseen esimerkiksi tuolin tai pöydän taakse suojaan. Asiakasta ohjataan lyhyin käskysanoin: älä, seis tai lopeta. Pakotie ja pakeneminen turvataan, ja asiakkaan fyysinen vahingontuottamus ympäristöä, itseä tai muita kohtaan estetään sekä minimoidaan turvallisesti. (Puttonen 2015.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämä opinnäytetyö perustuu tänä päivänä yleistyneeseen päihteiden ongelma- ja väärinkäyttöön sekä oletettavaan ensihoitajien lisääntyneeseen osaamistarpeeseen. Aiheen valintaa ohjasivat Vihdin sairaankuljetus Oy:n toiveet sekä opinnäytetyön tekijöiden aikaisempi osaaminen ensihoidosta ja päihdetyöstä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveita lisäkoulutuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa päihdeasiakasta koskevan lisäkoulutuksen tarvetta. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Millaiseksi ensihoitajat kokevat työskentelyn päihdeasiakkaan kanssa?
2. Tarvitaanko aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta ja millaista mahdollisen lisäkoulutuksen tulisi olla?

4 Toteutus

Opinnäytetyön prosessi alkoi tammikuussa 2015 ottamalla yhteyttä Vihdin sairaankuljetus Oy:n opinnäytetyön vastaanottavaan ensihoitajaan ja jättämällä opinnäytetyön hakemus. Orientaatiovaihe sisälsi aiheen valinnan ja siihen tutustumisen aiempien tutkimusten ja teorian tiedon kautta. Aiheen valintaa seurasi tavoitteiden ja tarkoituksen sekä tutkimuskysymysten ja keskeisten käsitteiden määrittely, jotka toimivat teoreettisen viitekehyksen rajauksen pohjalla. Alustava suunnitelma esitettiin alustavan suunnitelman seminaarissa maaliskuun 2015 lopulla. Alustavaa suunnitelmaa muokattiin opettajien ohjeiden pohjalta suunnitelmaseminaaria varten, jossa opinnäytetyö esitettiin toukokuun alussa 2015. Suunnitelmaseminaarissa saatujen kommenttien ja opponoinnin pohjalta opinnäytetyötä kehitettiin. Kesän ja syksyn 2015 aikana menetelmiin tehtiin muutoksia ja tutkimuskysymyksiä muokattiin uudelleen opinnäytetyön onnistumista varten. Tutkimusmenetelmien varmistuessa alkuvuonna 2016 laa-

dulliseksi sekä määrälliseksi, haettiin ohjausta tekstinohjaus- sekä analyysipajoista. Sieltä saatujen ohjeiden mukaan opinnäytetyötä muokattiin ja kyselylomaketta alettiin suunnitella. Tutkimussuunnitelma palautettiin maaliskuun aikana arvioitavaksi. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen haettiin Vihdin sairaankuljetus Oy:ltä tutkimuslupaa. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen aineisto kerättiin maaliskuun lopussa 2016 ja analysoitiin sekä raportoitiin opinnäytetyöhön huhtikuun alussa. Lopullinen opinnäytetyö esitettiin opinnäytetyön seminaarissa toukokuussa 2016.

Opinnäytetyön toteutuksen pohjana olevan teoratiedon haku kohdistettiin keskeisiin käsitteisiin ja käynnistyi Medic-viitetietokannasta laajentuen muihin verkkolähteisiin ja kirjallisuuteen. Pyrimme käyttämään selkeitä, käytäntöön läheisesti liittyviä lähteitä, jotka toisivat ensisijaisesti realistisen kuvan päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta.

Opinnäytetyön kulut liittyivät kyselylomakkeiden tulostamiseen sekä niiden toimittamiseen vastaajille ja noutamisesta takaisin opinnäytetyön tekijöille. Tulostuskustannukset sisältyivät opintojen aikana käytettävään tulostusmäärään, joten kuluja ei koitunut maksettaviksi opinnäytetyön tekijöille tai yhteistyöorganisaatiolle. Kyselylomakelaatitot saatiin hankittua opinnäytetyön tekijöiden omasta toimesta ilman kuluja uusiokäyttöä hyödyntäen.

Teoreettinen viitekehys rajattiin ensihoidon, alkoholin, huumeiden ja lääkeaineiden väärin-, seka- ja yhteiskäyttöön asiakkailta sekä päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ja tunnistamiseen. Opinnäytetyön käsitteet koskevat päihteitä ja ensihoitoa, vaikka mielenterveystyö koskettaa läheisesti myös opinnäytetyön aihealueita. Tällä estettiin opinnäytetyön liika laajuus ja pyrittiin selkeyttämään opinnäytetyön sisältöä tutkimuskysymyksiin vastaaviksi. Päihteet rajattiin lääkeaineisiin, huumeisiin ja alkoholiin, sillä ne ovat yleisemmin Suomessa käytetyt ja ensihoidossa kohdatut päihteet. Esimerkiksi nikotiini rajattiin pois, sillä se harvoin aiheuttaa ensihoitoa vaativia oireita tai toimenpiteitä. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin päihteidenkäytön tunnistamista, päihteidenkäytön oireita ja seurauksia sekä päihdeasiakkaan kohtaamista, sillä oikeilla toimintatavoilla ja ensihoitajan ammattitaidolla sekä asiakkaan aggressioon vastaamisella on yhteyttä väkivaltatilanteen etenemiseen tai mahdolliseen raukeamiseen.

Perusjoukon muodostavat kohteet, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja otannan tutkimukseen valitut kohteet. Jokaisella perusjoukon jäsenellä tulee olla samanlaiset mahdollisuudet päästä mukaan tutkimukseen. (Vehkalahti 2014, 43.) Opinnäytetyön perusjoukko on Vihdin sairaankuljetus Oy:ssa työskentelevä vakituinen ensihoitotehtävissä toimivat ensihoitajat hoitovelvoitteesta riippumatta. Tässä opinnäytetyössä hoitovelvoitteella tarkoitetaan sitä, toimiiko ensihoitaja perustason vai hoitotason ensihoitajana. Koska opinnäytetyön perusjoukko on rajattu niin tarkkaan, käytettiin aineiston keruussa kokonaisotantaa. Perusjoukko rajat-

tiin opinnäytetyössä tarkkaan, jotta tulokset vastaavat lisäkoulutukseen osallistuvien ensihoitajien toiveita. Kokonaisotantaa käytettiin otannan suurentamiseksi. Perusjoukon rajaaminen tarkkaan parantaa pienen otannan edustamista koko perusjoukon osalta (Vehkalahti 2014, 43). Opinnäytetyössä ei rajattu vastaajia koulutuksen perusteella. Tämä mahdollistaa suuremman vastaajamäärän sekä antaa yleisemmän kuvan organisaation lisäkoulutustarpeesta.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä yhdistyi laadullinen sekä määrällinen tutkimusmenetelmä. Tämä opinnäytetyö oli työelämäläheinen kyselytutkimus. Määrällisen analysoinnin lisäksi avoimien kysymysten analysoinnissa käytettiin apuna sisällönanalyysia. Tutkimustulokset kuvattiin tilastollisena, käyttäen apuna havainnollistavia kuvioita ja taulukoita.

Karkea perusolettamus on, että mitä vähempi tutkittavasta kohteesta tiedetään, sitä todennäköisimmin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on sopiva. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä edellyttää tutkittavaan ilmiöön liittyvien asioiden tuntemista ja se pyrkii yleistämään tietoa. Tämä yksinkertaisimmillaan tarkoittaa tutkimustiedon keräämistä pieneltä joukolta ilmiöön kuuluvia esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. (Kananen 2011, 17-18.) Viime kädessä tutkimuksen onnistumisen taustalla ovat tutkimuksen luotettavuus sekä hyödynnettävyys eikä se, millä tutkimusmenetelmällä työ on tehty (Vilkkä 2015, 68).

Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän yhdistämisessä on tavoitteena lisätä tutkimuksen kattavuutta (Vilkkä 2015, 71). Laadullinen ja määrällinen tutkimus täydentävät toisiaan ja joskus tutkimus voi koostua molemmista tutkimusotteista. Kvantitatiivinen tutkimus antaa ryhtiä tutkimukselle, kun taas kvalitatiivinen tutkimus on joustava ja se antaa tutkijalle erilaisia mahdollisuuksia. (Kananen 2011, 15-17.) Usein laadullisilla menetelmillä paneudutaan enemmän yksityiskohtiin, mutta myös tilastollisella menetelmällä voidaan päästä niihin käsiksi. Samassa tutkimuksessa voidaan käyttää hyödyksi molempia lähestymistapoja. (Vehkalahti 2014, 13.)

Laadullinen menetelmä oli luonteva ajatellen opinnäytetyön aiheen vähäistä aiempaa tutkimusta, arkaluontoisuutta sekä yhteyttä vastaajien kokemuksiin ja ajatuksiin. Kuitenkin tulosten analysointi olisi ollut kiireellisen aikataulun vuoksi haastavaa. Kyselyn toteutus lomakkeella pelkästään laadullisesti olisi ollut vastaajien kannalta työlästä ja voinut vähentää vastaajamäärää. Tämän vuoksi tutkimusmenetelmässä päädyttiin yhdistämään laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyö on poikittaistutkimus, sillä aineisto kerättiin vain kerran eikä sitä voida verrata suoraan aikaisempaan tulokseen muista tutkimuksista.

Kyselytutkimus on menetelmä, jolla kerätään ja tarkastellaan vastaajilta saatua aineistoa esimerkiksi ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, arvoista ja asenteista (Vehkalahti 2014, 11). Hyvän kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää aiheeseen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista sekä kohdistamista, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Lomakkeen tekijällä täytyy olla tiedossa käytössä olevat työkalut ja menetelmät, joilla lomakkeet tullaan analysoimaan. Opinnäytetyön tekijöiden tulee varmistua, että tutkittava asia saadaan selville kyselylomakkeen avulla ja tiedostaa vastauksiin vaikuttavat taustatekijät. Kun kyselylomakkeessa annetaan valmiita vastausvaihtoehtoja, ovat kysymykset suljettuja ja kyseessä ovat strukturoidut kysymykset. Niiden etuna on helppo ja nopea vastaaminen sekä helppo tilastollinen käsittely. (Heikkilä 2014, 46-49.) Kyselylomakkeessa oli mahdollisuus vastata avoimesti joihinkin kysymyksiin, jolloin vastaaja pystyi tuomaan esiin sellaisen vastauksen, jota kyselylomakkeessa ei ollut mainittu. Sekamuotoinen kysymys on toimiva, jos epäilään, onko varmasti kaikki vastausvaihtoehdot lueteltu tai tunnetaanko niitä. (Vilkkä 2015, 106.) Tämä opinnäytetyö on työelämäläheinen kyselytutkimus ja aineisto kerättiin Vihdin sairaankuljetus Oy:n vakituisilta ensihoitajilta paperisilla kyselylomakkeilla.

Kyselytutkimuksen vastauksilla pyritään kuvaamaan, selittämään tai vertailemaan jotakin ilmiötä (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 130). Kyselytutkimuksessa vastaaja itse lukee kirjallisen kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti. Menetelmä sopii hyvin hajallaan sijaitsevalle vastaajajoukolle tai arkaluontoista aihetta käsittelevään tutkimukseen. Riskinä on kuitenkin aineistokato, jos vastaajamäärä jää vähäiseksi. (Vilkkä 2015, 94-95.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomake, sen tilastolliset analysointimenetelmät ja tutkimustulosten kuvaaminen tekevät opinnäytetyöstä enemmän määrällisen, mutta laadulliset tutkimusmenetelmät taustoittavat ja ohjaavat opinnäytetyön tekoa eri vaiheissa. Laadullista tutkimusmenetelmää on käytetty myös avoimien kysymysten analysoinnissa.

Likertin asteikko on yleisimmin mielipidekysymyksissä käytetty 5-portainen asteikko, joka pyrkii kuvaamaan vastausta täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä -väittämin. Vastaajat valitsevat viisiportaisesta asteikosta parhaiten kokemustaan kuvaavan vaihtoehdon. Viisiportaisen asteikon keskelle voidaan asettaa vaihtoehto, jonka vastaaja voi valita silloin, kun hän kokee ettei hänellä ole kokemusta tai tietoa kysymyksen aiheesta. (Heikkilä 2014, 51-52.) Likertin asteikkoa käytettiin tässä opinnäytetyössä, sillä se sopi hyvin vastausvaihtoehtojen luomiseen kysymyksissä F-Q. Neutraaliksi vaihtoehdoksi asetettiin ”en osaa sanoa”, jolloin se ei vääristänyt vastauksia kyllä-ei suhteessa.

4.2 Toteuttamisympäristö ja aineiston keruu

Vihdin Sairaankuljetus Oy on huolehtinut yhtäjaksoisesti vuodesta 1977 Vihdin kunnan alueen ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden tuottamisesta. Yritys on ollut ISO9001-

laatusertifikoitu Inspektan toimesta vuodesta 2006. Tällä hetkellä Vihdin Sairaankuljetus Oy huolehtii koko Lohjan sairaanhoitoalueen (Lohja, Vihti, Karkkila ja Siuntio) kaikista ensihoito-tehtävistä kahdeksalla yksiköllä. Näistä kolme on miehitetty kahdella hoitotasoisella ensihoitajalla, loput viisi vähintään yhdellä hoitotasoisella ensihoitajalla. Toimintaa on viidellä ambulanssiasemalla: Lohja, Nummela, Karkkila, Saukkola ja Siuntio. Sopimuskumppanina toimii Lohjan sairaanhoitoalueen ensihoitoyksikkö, joka myös valvoo toimintaa ja omalta osalta kouluttaa ja testaa ensihoitohenkilökuntaa. Tämän lisäksi yrityksellä on kaksi yksikköä Espoossa, jotka toimivat HUS Logistiikan alaisuudessa eli suorittavat em. tahon välittämiä kiireellisiä ja kiireettömiä sairaalasiirtoja. Yrityksellä on noin 60 vakituista työntekijää ja toimintaa johtaa kahden yrittäjän lisäksi yksi johtava ensihoitaja sekä kolme vastaavaa ensihoitajaa. Yritys järjestää kuukausittain henkilökunnalle koulutusta. Valtaosa koulutuksista on lääkäreiden luennoimia. (M. Stenström, vastaavan ensihoitajan haastattelu 20.3.2015.)

Saatekirjeet (Liite 1) ja kyselylomakkeet (Liite 2) toimitettiin paperiversioina Vihdin sairaankuljetus Oy:n ambulanssiasemille Lohjalle, Karkkilaan ja Nummelaan. Saukkolan ja Siuntion asemilla toimivat yksiköt aloittavat vuoron muilta ambulanssiasemilta, joten lomakkeiden toimittaminen niille asemille ei olisi ollut järkevää. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljettuihin palautuslaatikoihin. Kyselytutkimuksen ajankohta sekä vastaamisen mahdollisuus informoitiin työntekijöille esimiehen toimesta sähköpostitse.

Kyselylomakkeilla suoritettiin testikysely viidelle henkilölle, jotka työskentelevät päivystyspoliklinikalla kohdaten päivittäin päihdeasiakkaita ja työskentelevät myös yhteistyössä ensihoitajien kanssa. Testikyselyllä varmistettiin kysymysten ymmärrettävyys sekä kyselyyn kuluva aika ja selvitettiin mahdollisia vastausongelmia. Testikyselyssä lomakkeesta pyydettiin palautetta, jolloin sitä voitiin muokata parempaan muotoon. Testikyselylomake koettiin sopivan mittaiseksi ja kysymykset olivat selkeitä ja ytimekkäitä. Lisäkoulutuksen järjestämiseen liittyviä kysymyksiä selvennettiin, koska testikyselyssä vastaajat olivat osittain ymmärtäneet ne väärin. Vastaajista osa ymmärsi kysymyksellä selvitettävän lisäkoulutuksen järjestäjänä sen kustantajaa, kuten työnantajaa. Tarkoituksena oli selvittää lisäkoulutuksen järjestäjä, joka suunnittelee koulutuksen ja esimerkiksi johtaa tai luennoi sen. Kysymys muutettiin avoimesta kysymyksestä suljetuksi ja annettiin valmiit vastausvaihtoehdot kysymyksen oikein ymmärtämiseksi. Kyselyyn vastaamisen ei koettu olevan työlästä eikä liikaa aikaa vievää. Vastaaminen testikyselyyn kesti noin 5-10 minuuttia. Testikyselyn jälkeen kyselylomakkeeseen lisättiin kaksi kysymystä opinnäytetyön onnistumiseksi, ja vastaamiseen kuluva aika arvioitiin 10-15 minuutin mittaiseksi. Lisätyt kysymykset olivat millaisia ovat kohtaamiset päihdeasiakkaan kanssa ja mitkä ovat tärkeitä taitoja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa. Nämä kaksi kysymystä lisättiin, koska ne antavat suoraan vastauksen tutkimuskysymykseen, millaiseksi ensihoitajat kokevat työskentelyn päihdeasiakkaan kanssa.

4.3 Aineiston analyysi

Aineistoon tutustuminen sekä sen esikäsittely ennen varsinaisia analyysseja varten on suuri ja kauaskantoinen vaihe tutkimusta. Se sisältää kokeiluja, tarkisteluja, erehdyksiä ja yrityksiä. Tärkeintä on dokumentoida kaikki vaiheet, jotta tutkimuksesta voidaan tuoda esille mitä kaikkea ja miten on tehty. (Vehkalahti 2014, 67.) Kyselytutkimus on usein suurimmaksi osaksi määrällistä tutkimusta, jossa sovelletaan tilastollisia menetelmiä (Vehkalahti 2014, 13). Opinnäytetyön kyselylomakkeiden analysointi toteutettiin tilastollisesti kuvaavana analyysinä, käyttäen apuna avoimissa kysymyksissä sisällönanalyysia.

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan keräysaineiston tiivistämistä niin, että tutkittava asia voidaan kuvailla lyhyesti. Analyysissä on olennaista, että tutkimukseen kerätystä aineistosta etsitään erilaisuudet tai samanlaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja sekä samanaikaisesti kuvailla niitä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä. Sen vaiheet jaetaan aineistoon tutustumiseen, aineiston pelkistämiseen, aineiston luokitteluun ja tulkintaan sekä luotettavuuden arviointiin. Analyysimenetelmistä ei ole selitetty yksinkertaisia kuvaksia, vaan jokainen tutkija joutuu tarkastelemaan itseään ja kykyään tutkijana. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista tai deduktiivista, eli puhutaan aineisto- ja teorialähtöisestä analyysistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-135.)

Tutkimusaineiston käsittelyyn on olemassa lukuisia eri ohjelmia, mutta se voidaan toteuttaa myös yleisimmillä taulukkolaskentaohjelmilla (Vilka 2005, 89-94). Tässä opinnäytetyössä tulokset raportoitiin tilastollisesti sekä kirjallisesti käyttäen apuna havainnollistavia kuvia sekä taulukoita.

Opinnäytetyön analyysi aloitettiin tutustumalla koko aineistoon. Ennen tietojen siirtämistä taulukkoon kyselylomakkeet numeroitiin, jolloin tallentumisen tarkkuutta voitiin tarkastaa. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeet numeroitiin vasta palautumisen jälkeen nimettömyyden suojaamiseksi. Tilastointi toteutettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen. Taulukkolaskentaohjelman yksinkertaisuudet oli otettu huomioon kyselylomaketta suunnitellessa. Taulukointi sekä muuttujien kuvaaminen numeraalisesti helpottivat vastausten analysointia ja käsittelyä. Kun vastaukset oli taulukoitu, voitiin niistä laskea esimerkiksi muuttujien arvoa, jota on eniten. (Vilka 2015, 111-112.) Määrällisessä tutkimuksessa pyritään yleistämiseen, joten kappalemääriä tärkeämpi, on tuoda esiin arvon suhteellinen käsitys verrattuna kokonaismäärään. Tuloksia esitetään prosenttijaumina, mutta tuodaan myös lukijalle ilmi, mistä luvuista prosenttiosuus on laskettu. (Kananen 2011, 74-79.)

Kolme kyselyyn vastanneista oli ympäröinyt kaksi koulutusvaihtoehtoa (lähihoitaja sekä ensihoitaja/sairaanhoitaja AMK). Vastaajan koulutusmuoto muutettiin korkeimman suoritettun tutkinnon mukaiseksi. Analysointivaiheessa yhdistettiin ylemmän ammattikorkeakoulun suorittaneet sairaanhoitajat samaan ryhmään sairaanhoitaja AMK - kanssa.

Avoimissa kysymyksissä käytettiin pohjana sisällönanalyysiä. Kysymyksissä analysointi aloitettiin aineistoon tutustumisella. Vastaukset olivat niin lyhyitä ja ytimekkäitä, ettei varsinaista tiivistämistä tarvittu, mutta vastaukset täytyi rajata yksittäisiksi muuttujiksi luokittelua varten. Vastaukset luokiteltiin ryhmiin ja kuvattiin taulukkomuodossa. Vastaukset raportoitiin myös kirjallisesti opinnäytetyön tuloksissa. Sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti.

Kun muuttujien esiintyvyyttä verrattiin vastaajien määrään, saatiin selville, kuinka monta prosenttia vastaajista oli vastannut kyseisen muuttujan. Kun muuttuja oli esimerkiksi taito, jota tarvitaan päihdeasiakkaan kohtaamisessa, niin verrattaessa muuttujien määrää vastaajien määrään oli tärkeää varmistua, ettei yksittäinen vastaaja ollut vastannut kahta samaa asiaa tarkoittavaa muuttujaa. Tällä tarkoitetaan kysymyksiä, joissa vastaaja pystyi valitsemaan useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon tai kysymys oli avoin. Jos vastaaja oli kuvannut tärkeiksi taidoksi esimerkiksi sosiaaliset taidot ja vuorovaikutustaidot, olisi ne ryhmitelty samaan ryhmään kahdeksi eri muuttujaksi ja tämä olisi vääristänyt prosenttiosuutta, kun vastaajien määrää verrattiin muuttujien määrään.

Ristiintaulukointi tarkoittaa, että samanaikaisesti kuvataan kahta muuttujaa. Erityisesti määrällisessä tutkimuksessa tuodaan esiin asioiden välisiä riippuvuussuhteita, sillä riippuvuussuhteiden löytäminen mahdollistaa asiaan vaikuttamisen. Taulukoinnin avulla opinnäytetyön tuloksia oli helpompi ymmärtää ja vastausten riippuvuussuhteita voitiin alustavasti hahmottaa. Kun taulukoitiin kahta muuttujaa keskenään, opinnäytetyöstä saatiin esiin riippuvuussuhteita ja analysointi monipuolistui. Kuitenkin täytyy huomioida, että vaikka asioiden välillä löytyi riippuvuussuhteita, ei ole välttämättä kyse syy-seuraussuhteesta. (Kananen 2011, 74-79.)

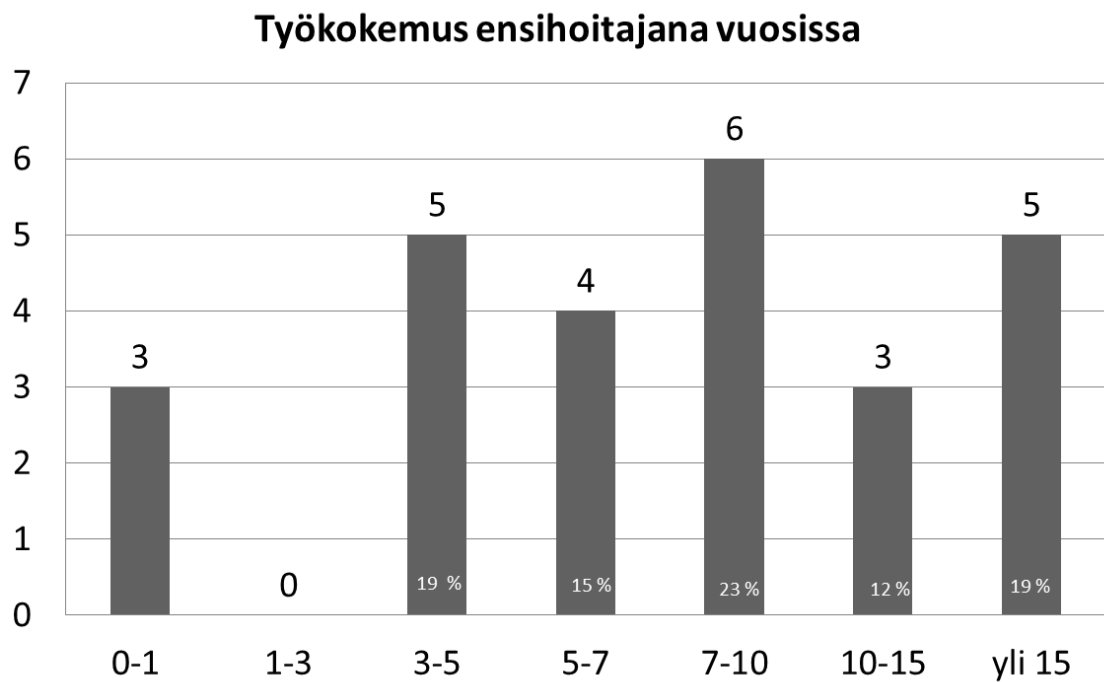
5 Tulokset

Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 26 kappaletta, jolloin kyselyyn osallistui 60 vakituista työntekijästä 43 %. Eniten kyselylomakkeita palautettiin Nummelan asemalta (17), Karkkilan asemalta palautettiin kuusi (6) ja Lohjan asemalta kolme (3).

5.1 Esitiedot

A. Työkokemus ensihoitajana vuosissa

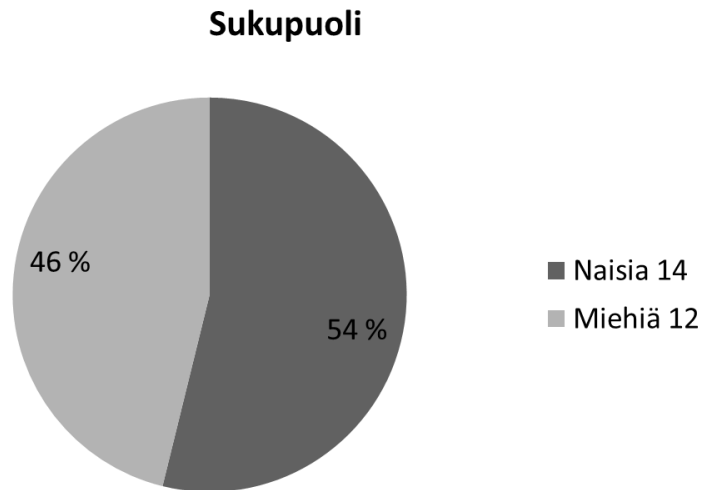
Vastanneista (N=26) kolme (12 %) vastasi työskennelleensä ensihoidossa 0-1 vuotta. Viisi (19 %) vastasi 3-5 vuotta, neljä (15 %) 5-7 vuotta, kuusi (23 %) 7-10 vuotta, kolme (12 %) 10-15 vuotta ja viisi (19 %) yli 15 vuoden ajan (Kuvio 1).



Kuvio 1: Työkokemus ensihoitajana vuosissa (N=26)

B. Sukupuoli

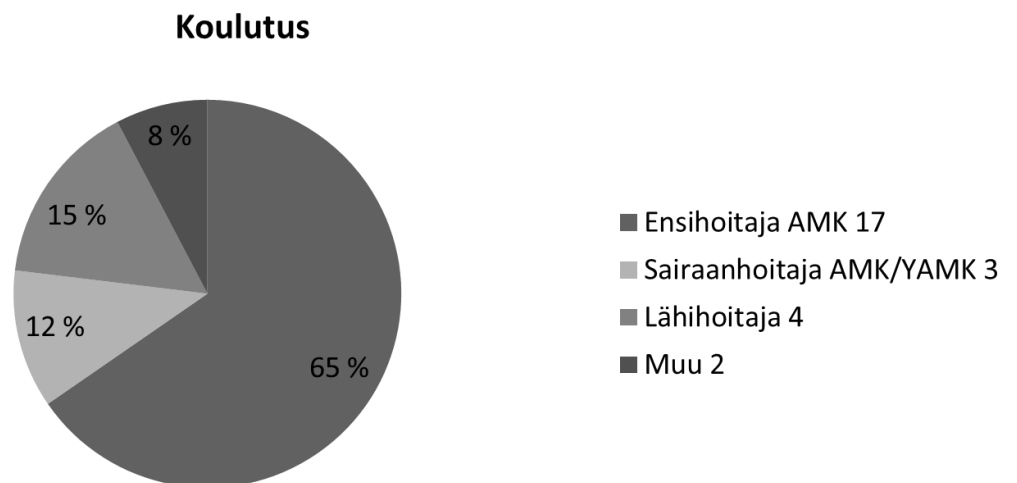
Vastaajista (N=26) 12 (46 %) oli miehiä ja 14 (54 %) naisia (Kuvio 2).



Kuvio 2: Sukupuoli (N=26)

C. Koulutus

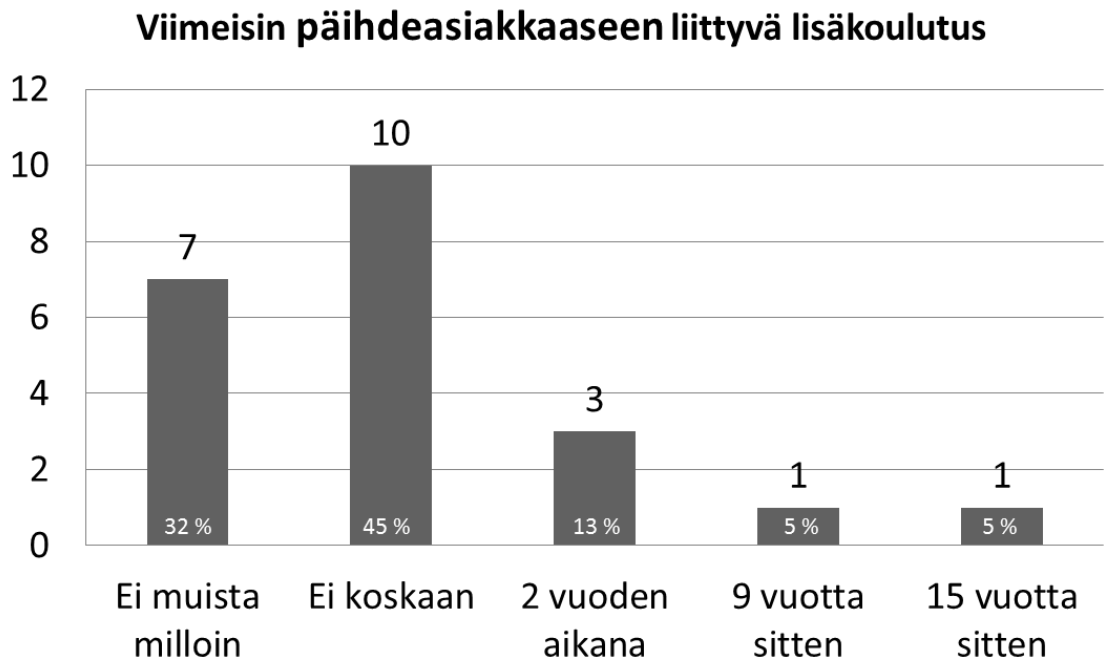
Vastaajista (N=26) 17 (65 %) oli koulutukseltaan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita ensihoitajia (AMK). Kolme (12 %) oli sairaanhoitajia, neljä (15 %) lähihoitajia ja muut kaksi (8 %) lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia (Kuvio 3).



Kuvio 3: Koulutus (N=26)

D. Viimeisin päihdeasiakasta koskeva lisäkoulutus

Vastaajista (N=22) seitsemän (32 %) ei muistanut, milloin viimeksi oli saanut lisäkoulutusta ja kymmenen (45 %) ei ollut saanut lisäkoulutusta koskaan. Kolme (13 %) oli saanut aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta viimeisen kahden vuoden aikana, yksi (5 %) yhdeksän vuotta sitten ja yksi (5 %) 15 vuotta sitten (Kuvio 4). Vain kolme vastaajaa oli saanut päihdeasiakkaaseen liittyvää koulutusta lähivuosina. Vastaajista 19 (86 %) lisäkoulutuksesta oli pitkä aika, sen ajankohdasta ei muistettu tai sitä ei ollut koskaan saatu. Neljä vastaajaa ei vastannut kysymykseen.

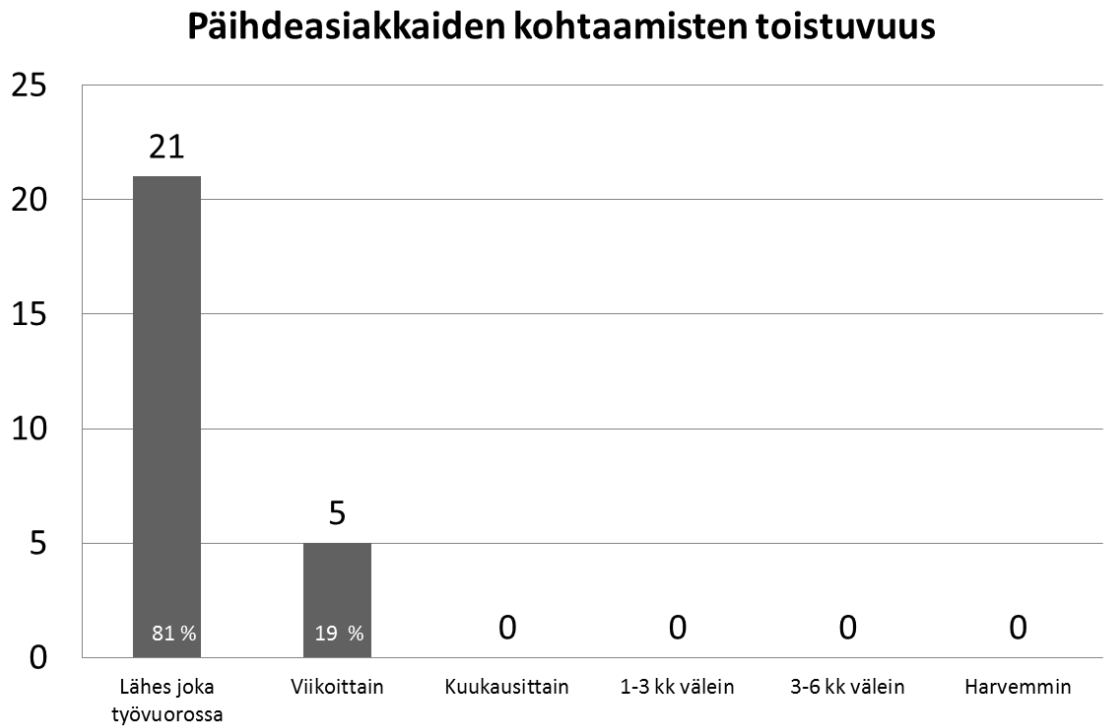


Kuvio 4: Viimeisin päihdeasiakasta koskeva lisäkoulutus (N=22)

5.2 Kyselyn tulokset

E. Päihdeasiakkaiden kohtaamisten toistuvuus

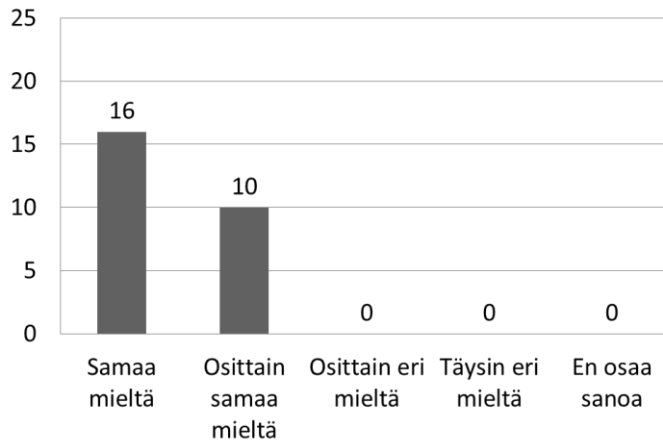
Vastaajista (N=26) 21 (81 %) arvioi tapaavansa päihtyneitä asiakkaita lähes joka työvuorossa ja 5 (19 %) viikoittain (Kuvio 5).



Kuvio 5: Päihdeasiakkaiden kohtaamisten toistuvuus (N=26)

F. Tunnistan erilaisia päihteitä ja niiden käyttöön liittyviä välineitä nähdessäni niitä

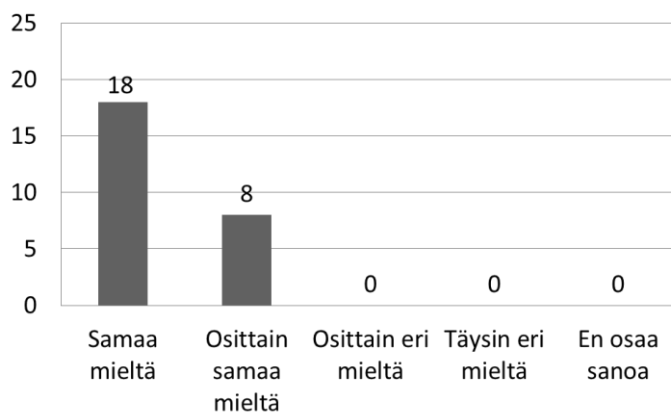
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 16 (62 %) ja 10 (38 %) osittain samaa mieltä (Kuvio 6).



Kuvio 6: Tunnistan erilaisia päihteitä ja niiden käyttöön liittyviä välineitä nähdessäni niitä (N=26)

G. Tiedän päihteiden erilaisia käyttötapoja

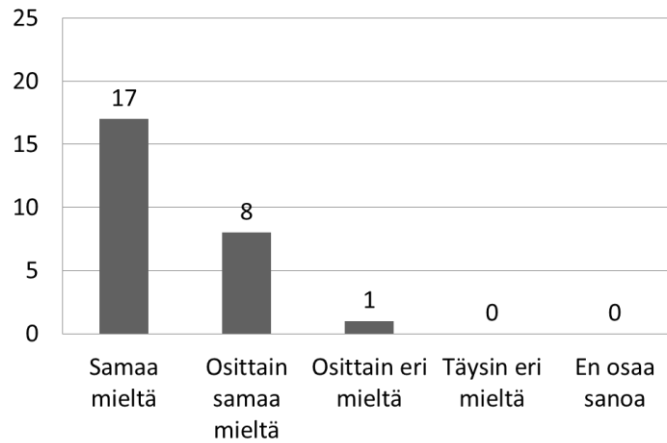
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 18 (69 %) ja loput 8 (31 %) osittain samaa mieltä (Kuvio 7).



Kuvio 7: Tiedän päihteiden erilaisia käyttötapoja (N=26)

H. Tiedän päihteidenkäytön vaikutuksia ja oireita

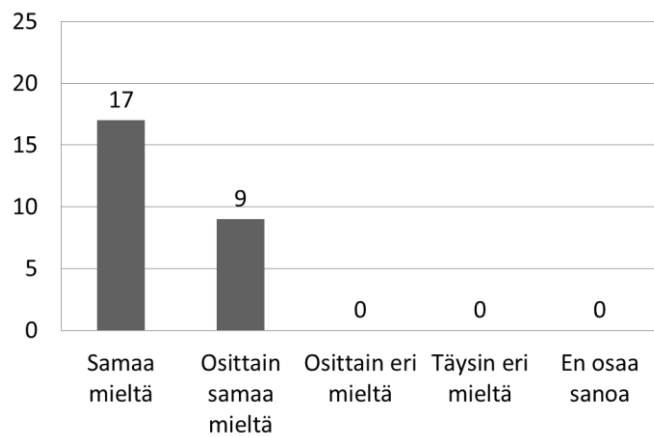
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 17 (65 %) ja 8 (31 %) osittain samaa mieltä. Yksi (4 %) vastaaja oli osittain eri mieltä (Kuvio 8).



Kuvio 8: Tiedän päihteidenkäytön vaikutuksia ja oireita (N=26)

I. Kykenen tunnistamaan päihdeasiakkaan

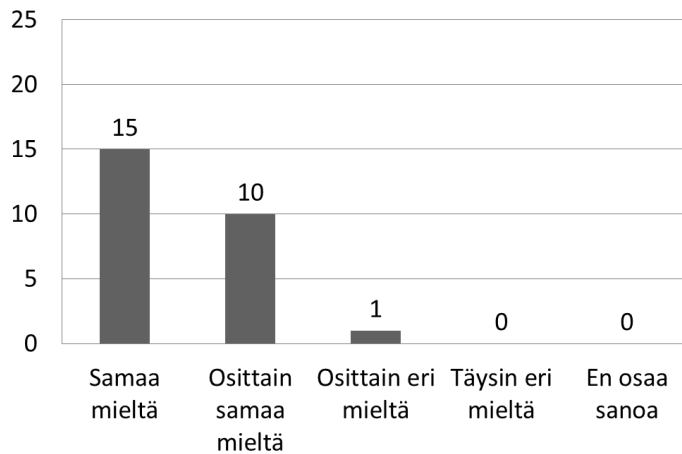
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 17 (65 %) ja 9 (35 %) osittain samaa mieltä (Kuvio 9).



Kuvio 9: Kykenen tunnistamaan päihdeasiakkaan (N=26)

- J. Tiedän asiakkaalle päihteidenkäytöstä aiheutuvia vakavia seurauksia ja osaan varautua niihin

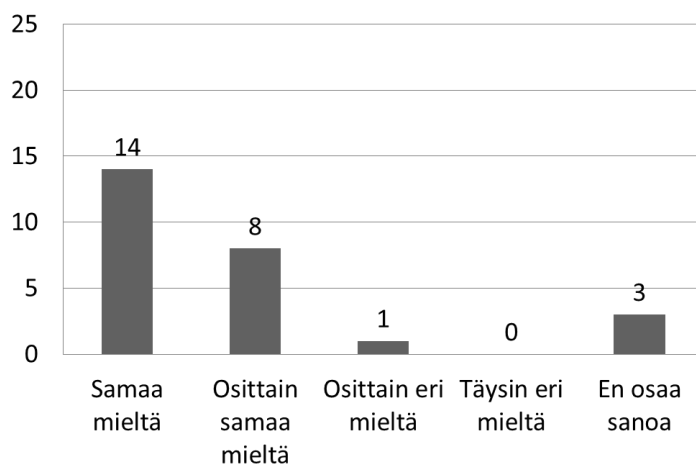
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 15 (58 %) ja 10 (38 %) osittain samaa mieltä. Yksi (4 %) vastaaja oli osittain eri mieltä (Kuvio 10).



Kuvio 10: Tiedän asiakkaalle päihteidenkäytöstä aiheutuvia vakavia seurauksia ja osaan varautua niihin (N=26)

- K. Pystyn vuorovaikutustaidoillani kommunikoida päihtyneen asiakkaan kanssa riittävästi hoidon onnistumiseksi

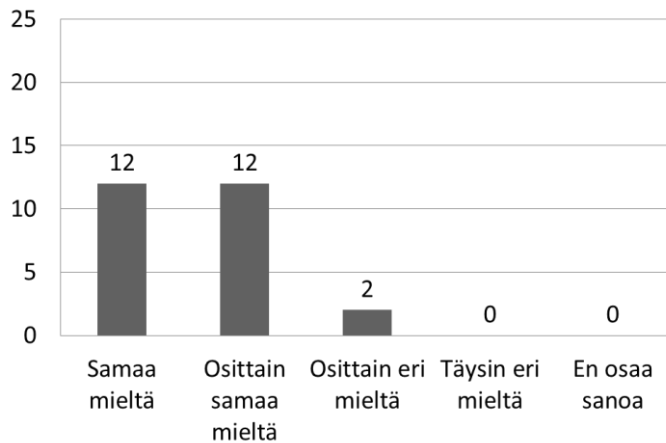
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 14 (54 %) ja osittain samaa mieltä 8 (30 %). Kolme (12 %) vastasi ”en osaa sanoa” ja yksi (4 %) oli osittain eri mieltä (Kuvio 11).



Kuvio 11: Pystyn vuorovaikutustaidoillani kommunikoida päihtyneen asiakkaan kanssa riittävästi hoidon onnistumiseksi (N=26)

- L. Pystyn tulkitsemaan päihtyneen asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää ja reagoimaan siihen

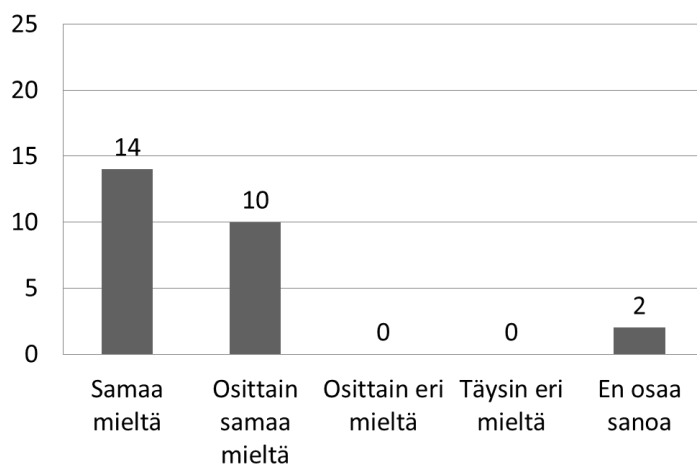
Vastaajista (N=26) oli osittain eri mieltä 2 (8 %). Samaa mieltä vastasi olevansa 12 (46 %) ja 12 (46 %) osittain samaa mieltä (Kuvio 12).



Kuvio 12: Pystyn tulkitsemaan päihtyneen asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää ja reagoimaan siihen (N=26)

- M. Pystyn nimeämään mahdollisia vaaratilanteita päihdepotilaan kanssa työskentelyssä ja ehkäisemään niitä

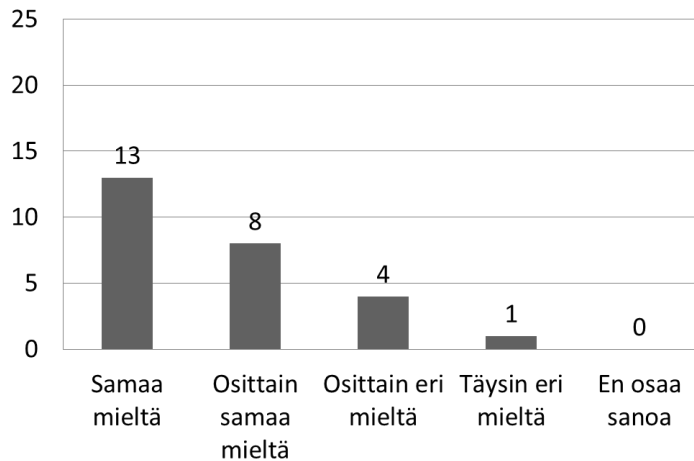
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 14 (54 %) ja osittain samaa mieltä 10 (38 %). Kaksi (8 %) valitsi vaihtoehdon "en osaa sanoa" (Kuvio 13).



Kuvio 13: Pystyn nimeämään mahdollisia vaaratilanteita päihdepotilaan kanssa työskentelyssä ja ehkäisemään niitä (N=26)

N. Asiakkaan päihteidenkäyttö heikentää työturvallisuuttani

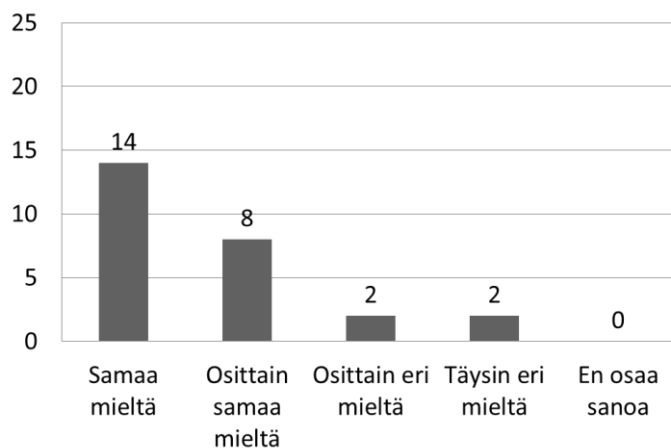
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 13 (50 %) ja osittain samaa mieltä 8 (31 %). Neljä (15 %) oli osittain eri mieltä ja yksi (4 %) täysin eri mieltä (Kuvio 14).



Kuvio 14: Asiakkaan päihteidenkäyttö heikentää työturvallisuuttani (N=26)

O. Asiakkaan päihtymystila lisää työni kuormitusta

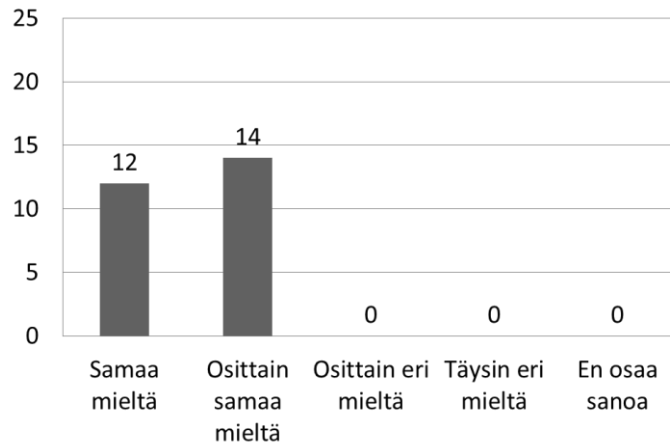
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 14 (53 %) ja 8 (31 %) osittain samaa mieltä. Kaksi (8 %) vastaajista oli osittain eri mieltä ja kaksi (8 %) täysin eri mieltä (Kuvio 15).



Kuvio 15: Asiakkaan päihtymystila lisää työni kuormitusta (N=26)

P. Toimin ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä asiakkaita

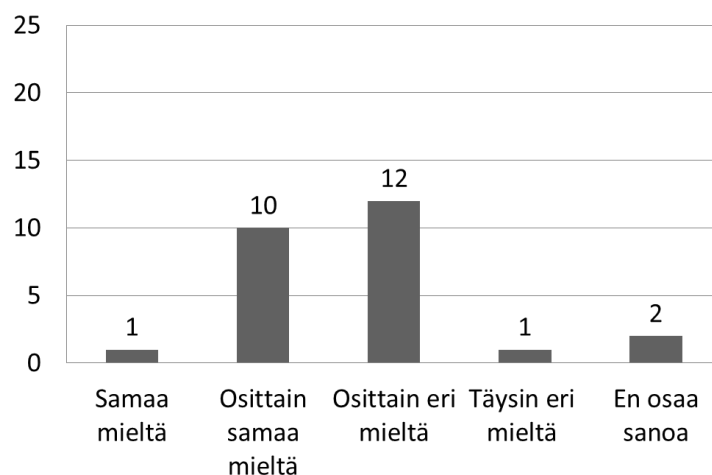
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli 12 (46 %) ja osittain samaa mieltä 14 (54 %) (Kuvio 16).



Kuvio 16: Toimin ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä asiakkaita (N=26)

Q. Päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa

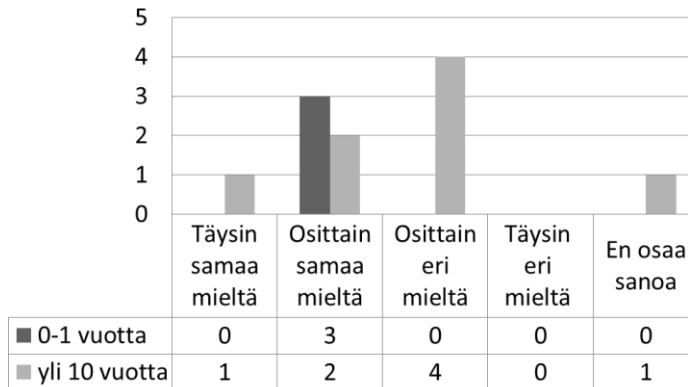
Vastaajista (N=26) samaa mieltä oli yksi (4 %) ja osittain samaa mieltä oli 10 (38 %). Osittain eri mieltä oli 12 (46 %) ja täysin eri mieltä yksi (4 %). Kaksi (8 %) valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” (Kuvio 17).



Kuvio 17: Päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa (N=26)

Alle vuoden ensihoidossa työskennelleet vastaajat eivät kokeneet päihdeasiakkaan kanssa työskentelyä vaikeaksi, vaan kaikki arvioivat olevansa väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Yli 10 vuotta ensihoidossa työskennelleistä vastaajista neljä (50 %) arvioi olevansa osittain eri mieltä väittämän kanssa (Kuvio 18).

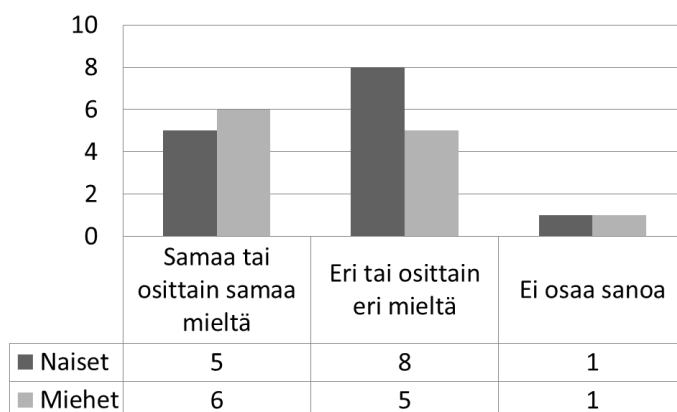
Työkokemuksen vaikutus kokemukseen työn helppoudesta



Kuvio 18: Työkokemuksen vaikutus kokemukseen työn helppoudesta (N=11)

Naisista kahdeksan (58 %) oli väittämän kanssa eri mieltä tai osittain eri mieltä, yksi (7 %) ei osannut sanoa ja viisi (35 %) oli asiasta samaa tai osittain samaa mieltä. Miehistä viisi (42 %) oli väittämän kanssa osittain eri mieltä, yksi (8 %) ei osannut sanoa ja kuusi (50 %) oli samaa tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa (Kuvio 19).

Sukupuolen vaikutus työn helppouteen



Kuvio 19: Sukupuolen vaikutus työn helppouteen (N=26)

R. Millaisia ovat kohtaamiset päihdeasiakkaan kanssa?

Vastaajista 24 vastasi kysymykseen. Suurin osa vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Vastauksia saatiin yhteensä 33 (N=33).

Vastauksista (N=33) viisi kuvasi kohtaamisten olevan vaihtelevia, neljä arvaamattomia, kuusi vaativia, kaksi sekavia ja viisi raskaita. Neljä kuvasi, että asiakkaan päihdeidenkäyttö vaikuttaa työn tekoon ja esimerkiksi tietojen saantiin asiakkaalta ja seitsemän kaikista vastauksista kuvasi kohtaamisia onnistuneina tai positiivisina (Taulukko 1).

Taulukko 1: Kohtaamiset päihdeasiakkaan kanssa (N=33)

Otteita alkuperäisilmaisuista	Luokka	N=	%
"erilaisia" "vaihtelevia" "erilaisia keskenään"	vaihtelevia	5	15
"arvaamattomia" "arvaamattomia" "arvaamattomia"	arvaamattomia	4	12
"haastavia" "vaativia" "välillä hankalia"	vaativia	6	18
"sekavia" "sekavia"	sekavia	2	7
"ajoittain raskaita" "raskaita henkisesti" "välillä koettelee hermoja"	raskaita	5	15
"tietojen saanti vaikeaa" "potilaan toimintakyky haittaa hoitotyön toteutumista" "yleensä vie enemmän aikaa"	työtä vaikeuttavia	4	12
"suurin osa rauhallisia" "humoristisia" "valtaosa ongelmitta"	onnistuneita	7	21
Yhteensä		33	100

S. Tärkeät taidot päihdeasiakkaan kohtaamisessa

Vastaajista 25 vastasi kysymykseen. Suurin osa vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Vastauksia saatiin yhteensä 76 (N=76).

Vastauksista (N=76) tärkeiksi taidoiksi kuvasi vuorovaikutustaitoja 22, osaamiseen (teoreettinen sekä kliininen) liittyviä neljä, kärsivällisyyteen kuusi, tilannetajuun 12, asiallisuuteen viisi, tasa-arvoiseen ajatteluun neljä ja rauhallisuuteen 11. Vastauksista 12 kuvasi ensihoitajan yksittäisiä ominaisuuksia (Taulukko 2).

Taulukko 2: Tärkeät taidot päihdeasiakkaan kohtaamisessa (N=76)

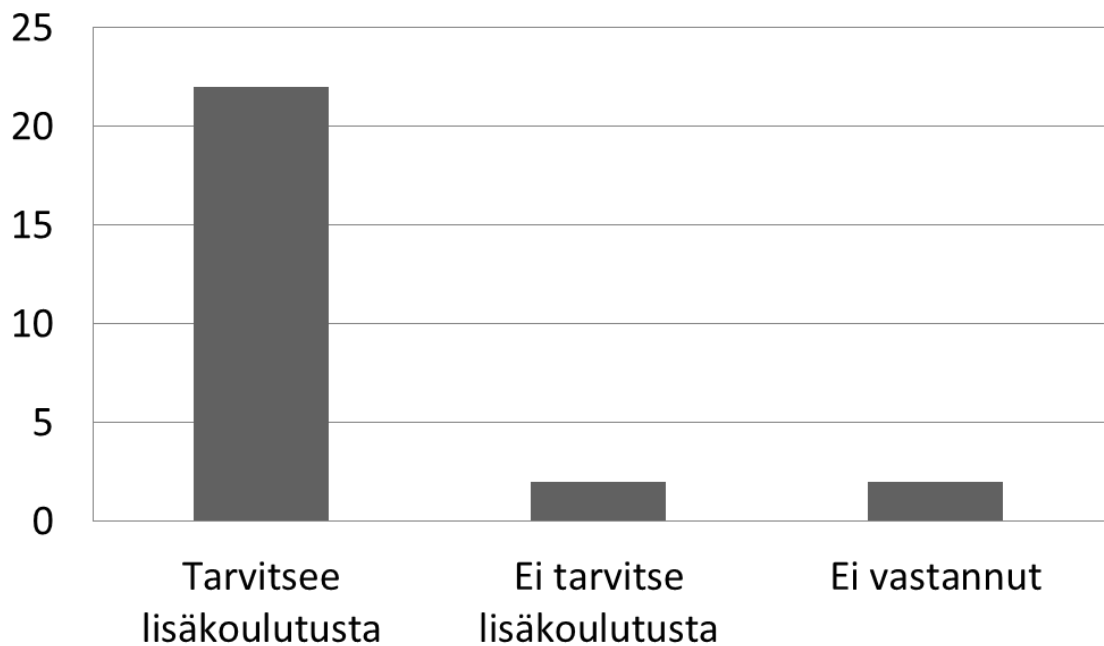
Otteita alkuperäisilmaisuuksista	Luokka	N=	%
"sosiaaliset taidot" "keskustelutaidot" "kuunteleminen"	vuorovaikutustaidot	22	29
"kliininen kokemus" "tieto eri päihteiden aiheuttamista oireista ja löydöksistä" "tietämys päihteistä/ niiden vaikutuksista"	osaaminen	4	5
"lehmän hermot" "kärsivällisyys" "kärsivällisyys"	kärsivällisyys	6	8
"tilanneluku" "ennakointi" "turvallisuuden varmistus"	tilannetaju	12	16
"asiallisuus" "asiallisuus" "asiallinen käyttäytyminen"	asiallisuus	5	7
"kaikkien asiakkaiden pitäminen samanarvoisina" "kunnioitus" "eettiset taidot"	tasa-arvoisuus	4	5

"rauhallisuus" "rauhallisuus" "rauhallisuus"	rauhallisuus	11	14
"taidot, joita ei voi opettaa" "tietynlainen diplo- maattisuus" "ammattillisuus"	ominaisuudet	12	16
Yhteensä		76	100

T. Aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen tarve

Vastaajista (N=26) lisäkoulutusta koki tarvitsevansa 22 (85 %). Kaksi (8 %) ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta ja kaksi (8 %) ei vastannut (Kuvio 20).

Aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen tarve

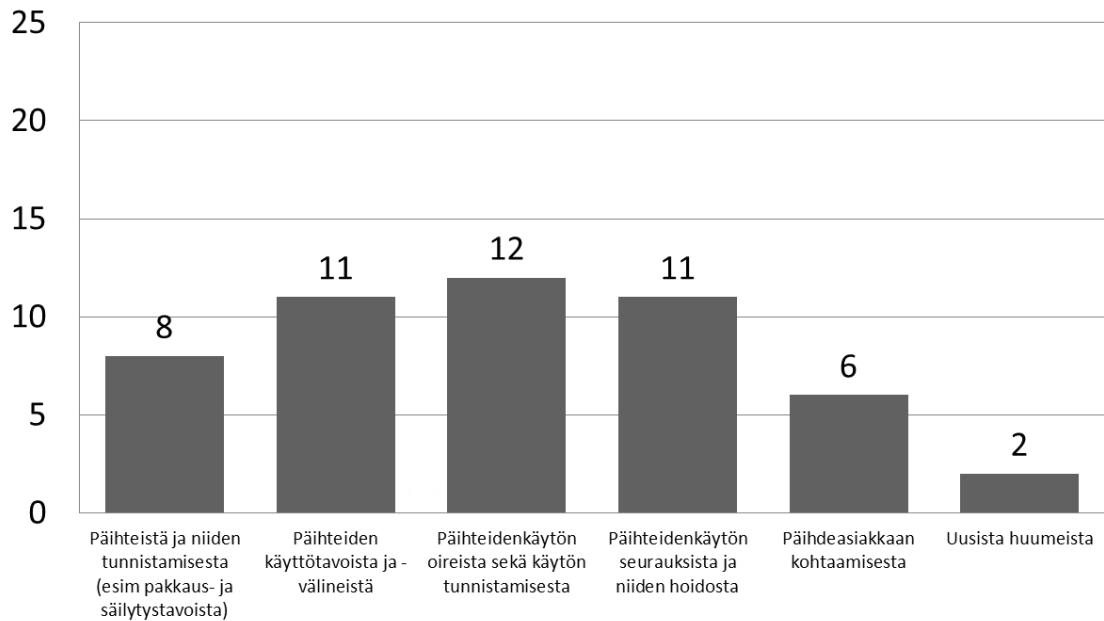


Kuvio 20: Aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen tarve (N=26)

Vastaajista 24 vastasi kysymykseen. Heistä kaksi ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. Lisäkoulutusta toivovista vastaajista (22) suurin osa oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.

Vastauksia saatiin yhteensä 50 (N=50). Vastauksissa lisäkoulutusta toivoi päihteistä ja niiden tunnistamisesta 8 (16 %), päihteiden käyttötavoista sekä välineistä 11 (22 %), päihteidenkäytön oireista sekä käytön tunnistamisesta 12 (24 %), päihteidenkäytön seurauksista sekä niiden hoidosta 11 (22 %) ja 6 (12 %) päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Lisäksi kaksi (4 %) toivoi lisäkoulutusta, jossa käsiteltäisiin muuntohuumeita tai uusia huumeita (Kuvio 21).

Toiveet lisäkoulutuksen sisällöstä

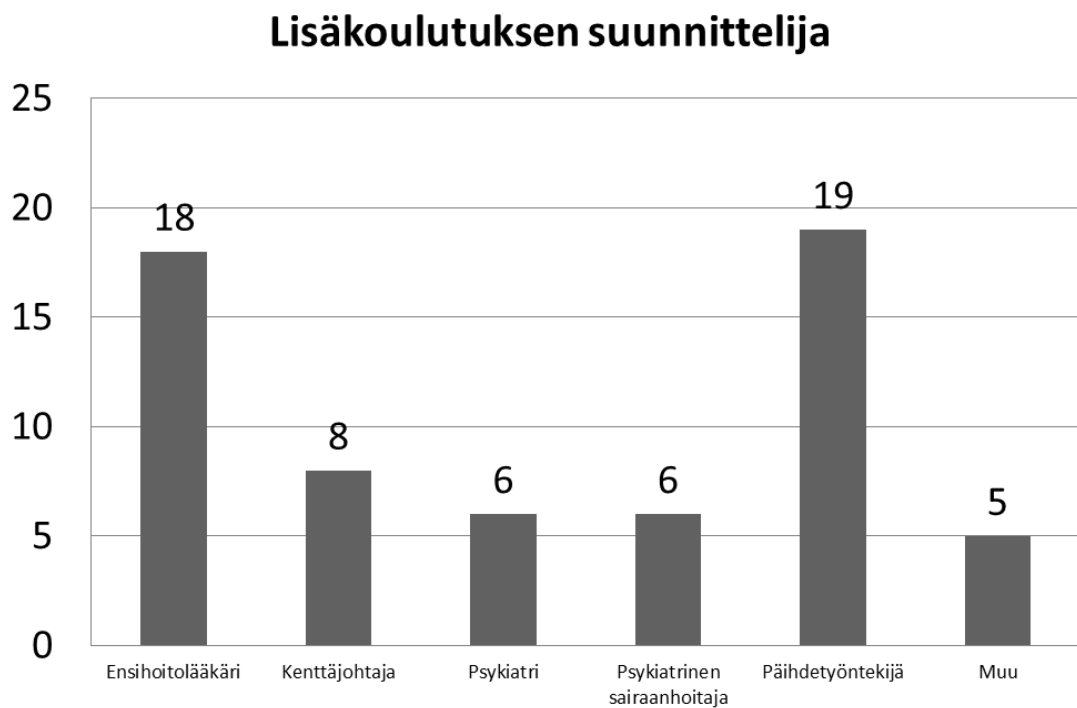


Kuvio 21: Toiveet lisäkoulutuksen sisällöstä (N=50)

U. Lisäkoulutuksen suunnittelija

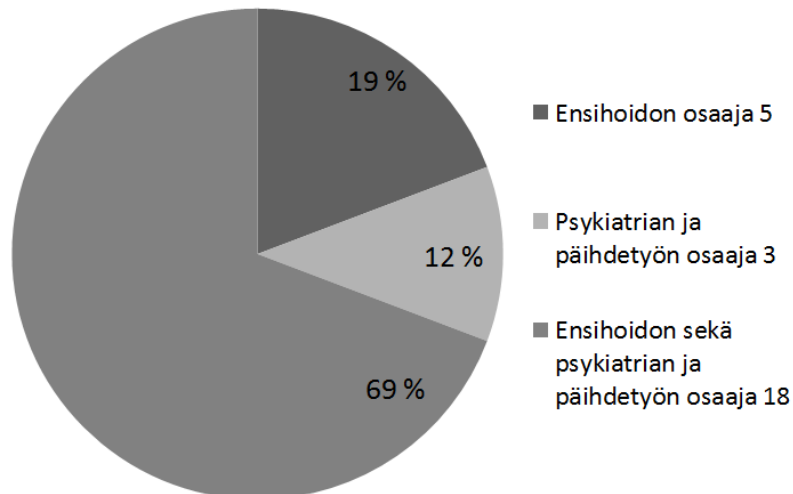
Kaikki kyselyyn osallistuneet vastasivat kysymykseen. Suurin osa vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Vastauksia lisäkoulutuksen suunnittelijasta saatiin yhteensä 62 (N=62).

Vastauksissa (N=62) koulutuksen järjestäjäksi 18 (29 %) oli valittu ensihoitolääkäri, 8 (13 %) kenttäjohtaja, 6 (10 %) psykiatri, 6 (10 %) psykiatrinen sairaanhoitaja, 19 (30 %) päihdetyöntekijä ja 5 (8 %) jokin muu ammattihenkilö (Kuvio 22).



Kuvio 22: Lisäkoulutuksen suunnittelija (N=62)

Vastaajista (N=26) viisi (19 %) toivoi lisäkoulutusta pelkästään ensihoidon osaajilta (ensihoitolaäkäri, ensihoidon kenttäjohtaja, ensihoitaja), kolme (12 %) pelkästään psykiatrian tai päihdetyön osaajilta (psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä) ja 18 (69 %) ensihoidon sekä psykiatrian ja päihdetyön osaajilta (Kuvio 23).



Kuvio 23: Lisäkoulutuksen suunnittelija 2 (N=26)

Vastaajista, jotka toivoivat lisäkoulutusta sekä ensihoidon että psykiatrian ja päihdetyön osaajilta kuusi oli valinnut koulutuksen järjestäjäksi ensihoitolääkärin ja päihdetyöntekijän. Kaikista vastauksista se oli yleisin. Muut vastaukset jakautuivat tasaisesti eri osaajien välille.

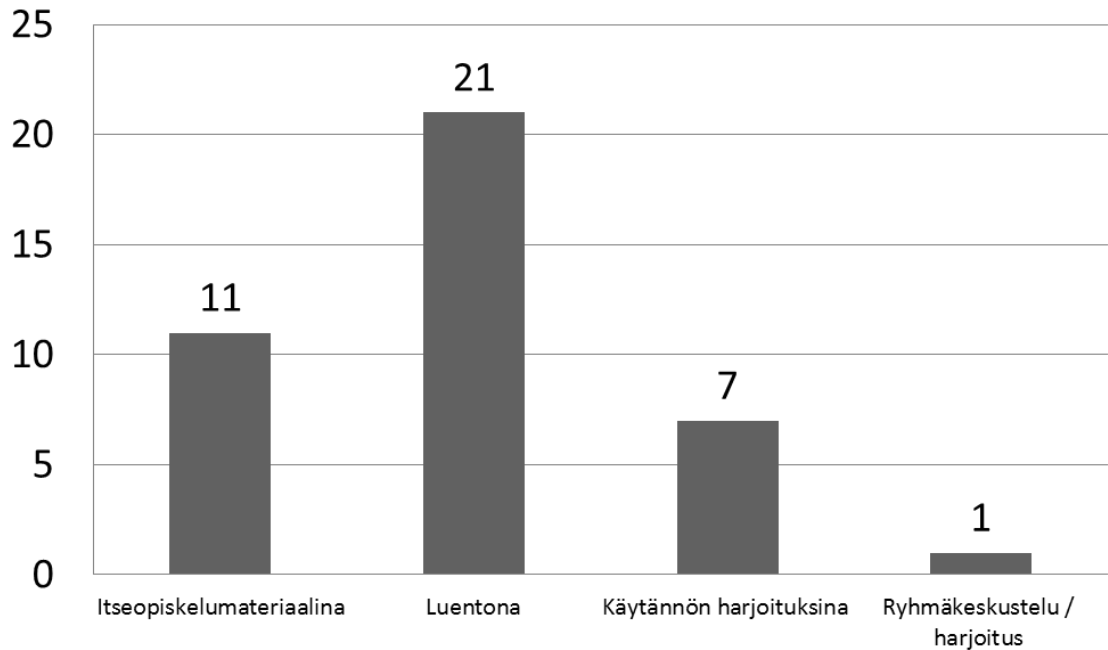
Vastauksissa (N=62) valmiiksi annettujen vastausvaihtoehtojen lisäksi neljä toi esiin joitakin koulutuksen järjestäjiä, joita ei ollut valmiissa vastausvaihtoehdoissa. Kaksi toivoi koulutuksen järjestäjäksi osaavaa ensihoitajaa, yksi asiantuntevaa lääkäriä ja yksi sosiologia. Yhdessä lomakkeessa tuotiin esiin myös suora toive poliisi Totti Karpelan järjestämästä puhejudo-koulutuksesta.

V. Lisäkoulutuksen toteutusmuoto

Vastaajista (25) noin puolet toivoi koulutusta järjestettävän monimuotoisesti. Suurin osa vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Vastauksia lisäkoulutuksen järjestämistavasta saatiin yhteensä 40 (N=40).

Vastauksista 21 (52 %) toivoi lisäkoulutusta luentona, 11 (28 %) itseopiskelumateriaalina ja 7 (17 %) käytännönharjoituksina. ”Muuten” vaihtoehtoon oli vastannut yksi (3 %). Siinä toivottiin koulutusta ryhmäkeskusteluna sekä -harjoituksena (Kuvio 24).

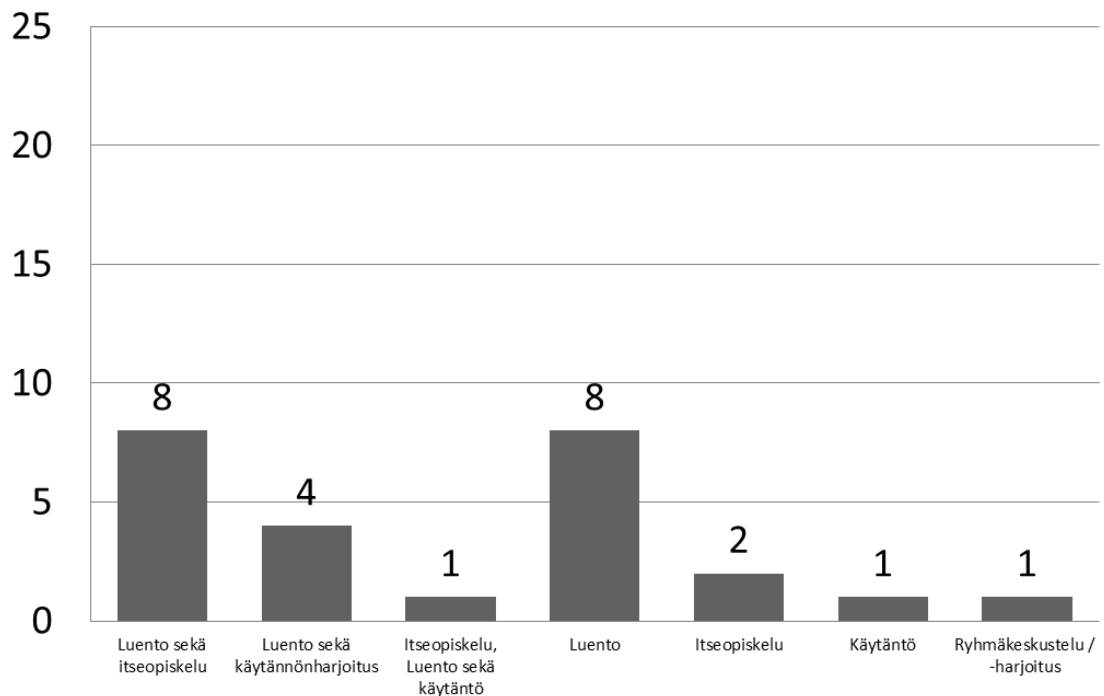
Lisäkoulutuksen toteutusmuoto



Kuvio 24: Lisäkoulutuksen toteutumismuoto (N=40)

Vastaajista (N=25) useamman vaihtoehdon oli valinnut 13 (52 %). Kahdeksan (32 %) toivoi lisäkoulutuksen toteutus muodoksi luentoa sekä itseopiskelumateriaalia, neljä (16 %) toivoi luentoa sekä käytäntöä ja yksi (4 %) itseopiskelua, luentoa sekä käytäntöä yhdistettynä. Vain luentona toivoi kahdeksan (32 %) ja vain itseopiskeluna kaksi (8 %). Yksi (4 %) toivoi pelkästään käytännönharjoituksina ja yksi (4 %) ryhmäkeskusteluna ja -harjoituksina (Kuvio 25).

Lisäkoulutuksen toteutusmuoto (2)



Kuvio 25: Lisäkoulutuksen toteutusmuoto 2 (N=26)

6 Pohdinta

6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 26 kappaletta, jolloin kyselytutkimukseen osallistui 60 vakituisesta työntekijästä 43 %. Ei voida olettaa 26:n vastaajan vastaavan koko perusjoukkoa eli 60 vakituista työntekijää, mutta tuloksia voidaan käyttää koulutuksen suunnittelussa hyödyksi.

Vastanneiden (N=26) sukupuolijakauma oli lähes tasavertainen. Vastanneista suurin osa oli koulutukseltaan ammattikorkeakoulutason ensihoitajia ja muut olivat sairaanhoitajia, lähihoitajia ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia. Vastanneista (N=26) 81 % arvioi tapaavansa

päihtyneitä asiakkaita lähes joka työvuorossa ja loput vastaajista viikoittain. Päihtyneitä asiakkaita koetaan tavattavan ensihoitotyössä paljon.

Kysymyksissä F-M vastaaja arvioi omaa kokemusta osaamisestaan. Kysymyksissä tiedän päihteidenkäytön vaikutuksia ja oireita (kysymys H), tiedän asiakkaalle päihteidenkäytöstä aiheutuvia vakavia seurauksia ja osaan varautua niihin (kysymys J) sekä pystyn vuorovaikutustaidoillani kommunikoidaan päihtyneen asiakkaan kanssa riittävästi hoidon onnistumiseksi (kysymys K) oli yksittäisiä vastauksia, joissa vastaaja koki olevansa asiasta osittain eri mieltä. Huomiota herättävää oli, että kaikki osittain eri mieltä - vastaukset eivät kuitenkaan tulleet esiin samasta kyselylomakkeesta, vaan eri vastaajat olivat arvioineet jonkun yksittäisen osa-alueen olevan heikompi. Vastauksissa osaaminen koetaan pääsääntöisesti hyväksi, mutta yksittäisiä heikkouksia tunnistaa osa vastaajista. Heikommaksi arvioitiin osaamisessa päihteidenkäytön vaikutuksista ja oireista sekä niihin varautumisesta ja kommunikoinnissa potilaan kanssa.

Kysymyksissä N-Q vastaaja arvioi asiakkaan päihtymystilan vaikutusta työskentelyyn. Vastaajat kokevat asiakkaan päihtymystilan sekä vaikuttavan työturvallisuuteen vaarantavasti että lisäävän työn kuormittavuutta. Kaikki vastaajat kokivat kohtaavansa päihdeasiakkaan ammatillisesti, vaikka työskentely päihdeasiakkaan kanssa ei olisikaan helppoa.

Kun ristiintaulukoitiin kysymyksen Q: ”päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa” - vastauksia työkokemukseen, havaittiin, että alle vuoden ensihoitotyössä työskennelleet vastaajat eivät kokeneet päihdeasiakkaan kanssa työskentelyä vaikeaksi, vaan kaikki arvioivat olevansa väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Havainnossa täytyy huomioida, että alle vuoden ensihoidossa työskennelleistä vastasi kyselyyn kolme, joten tuloksia ei voida yleistää tämän opinäytetyön ulkopuolelle. Yli 10 vuotta ensihoidossa työskennelleistä vastaajista (N=8) neljä (50 %) arvioi olevansa osittain eri mieltä väittämän kanssa. Alle vuoden ensihoitotyössä työskennelleistä vastaajista kukaan ei ollut eri mieltä väittämän kanssa. Voidaan todeta, että pidemmän työkokemuksen omaava vastaaja ei ehkä ole saanut koulutusta lähivuosina ja esimerkiksi osaaminen uusista päihhteistä ja niiden käyttötavoista sekä vaikutuksista voi olla heikompi, kuin vasta ensihoitotyöhön opiskelleen ja lyhyen työkokemuksen omaava vastaaja.

Ristiintaulukoidessa työkokemusta viimeisimpään saatuun lisäkoulutukseen selvisi, että yksi yli 10 vuotta työskennelleistä vastaajista (N=8) oli saanut lähivuosina lisäkoulutusta päihdeasiakkaaseen liittyen. Voidaan päätellä, että pitkäaikaisen työkokemuksen omaavilla vastaajilla lisäkoulutuksesta olisi hyötyä.

Kun ristiintaulukoinnissa verrattiin naisten (N=14) ja miesten (N=12) vastauksia väittämään: ”päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa”, havaittiin, että naisista kahdeksan (58 %)

oli väittämän kanssa eri mieltä tai osittain eri mieltä, yksi (7 %) ei osannut sanoa ja viisi (36 %) oli asiasta samaa tai osittain samaa mieltä. Miehistä viisi (42 %) oli väittämän kanssa osittain eri mieltä, yksi (8 %) ei osannut sanoa ja samaa tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa oli kuusi (50 %). Naiset kokevat siis työskentelyn päihdeasiakkaan kanssa vaikeammaksi kuin miehet.

Päihdeasiakkaiden kohtaamista kuvailevan kysymyksen vastauksista suurin osa kuvasi kohtaamisten olevan vaativia tai raskaita. Päihdeasiakkaiden kohtaamisten kerrottiin olevan esimerkiksi vaihtelevia, arvaamattomia, sekavia ja kuormittavia. Vastauksista ilmeni, että päihdeasiakkaan kanssa työskentely vie yleensä enemmän aikaa, vaikuttaa työhön ja tietojen saanti asiakkaalta voi olla vaikeutunut. Vastauksissa päihdeasiakkaiden kohtaamisten kuvattiin olevan joskus myös normaaleja päivittäisessä toiminnassa sekä humoristisia ja valtaosan sujuvan ongelmitta, joka on ristiriitaista vaativuuden, raskauden ja kuormittavuuden kanssa, mutta selittyi kohtaamisten vaihtelevuudella.

Taitoja, joita vastaajat kuvasivat tärkeiksi päihdeasiakkaan kohtaamisessa olivat: vuorovaikutustaidot, osaaminen, kärsivällisyys, tilannetaju, asiallisuus, tasa-arvoisuus ja rauhallisuus sekä jotkin ensihoitajan omat luonteenpiirteet ja ominaisuudet. Suurin osa vastaajista piti tärkeänä vuorovaikutukseen liittyviä taitoja, rauhallisuutta ja tilannetajua. Vastaukset, jotka ryhmiteltiin ensihoitajan ominaisuuksiksi, tahdottiin tuoda lukijan tietoon. Niitä olivat huumori, ihmisyys, tarkkaavaisuus, ammatillisuus, omana itsenään olo, itsesäätelykyky, karismaattinen työote, avoimuus, ennakkoluulottomuus, selkeys, jämäkkyys ja ystävällisyys.

Suurin osa (85 %) vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta. Eniten lisäkoulutusta toivottiin päihdeidenkäytön oireista sekä käytön tunnistamisesta, päihdeiden käyttötavoista ja välineistä sekä päihdeidenkäytön seurauksista ja niiden hoidosta. Lisäkoulutusta toivottiin kaikista annetuista vastausvaihtoehdoista sekä lisäksi uusista huumeista. Kaksi vastaajaa ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. Perusteluna oli, ettei kukaan voi opettaa olemaan ihminen ja suhtautumaan tasa-arvoisesti muihin sekä päihdeasiakkaiden kanssa toimiminen on usein melko yksinkertaista.

Aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta toivottiin eniten ensihoitolääkäriltä ja päihdetyöntekijältä ja suurimmassa osassa vastauksia molemmat vaihtoehdot oli valittu. Vastaajista suurin osa (84 %) toivoi koulutusta luentona ja se oli toivotuin koulutusmuoto. Toiseksi toivotuin koulutusmuoto oli itseopiskelumateriaali (42 %) ja sitä toivottiin myös yhdessä luennon kanssa. Seitsemän (28 %) vastaajaa toivoi käytännön harjoittelun liittyvän koulutukseen.

Opinnäytetyössä vastaajien kokemukset päihdeasiakkaiden kohtaamisista ovat vaihtelevia, eikä niitä voida yleistää tämän opinnäytetyön avulla. Kuitenkin enemmistö vastaajista korosti

kohtaamisten olevan raskaita ja vaativia sekä vaihtelevia ja joskus myös positiivisia. Positiivisia kokemuksia ilmeni kuitenkin vähemmän kuin negatiivisia ja asiakkaan päihtymyksellä koettiin olevan selvä yhteys työturvallisuuteen sekä työn kuormittavuuteen.

Vastaajista suurin osa toivoi lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Koska osaaminen arvioitiin pääsääntöisesti hyväksi, mutta yksittäisiä osaamisalueita koettiin heikommiksi, lisäkoulutusta toivottiin eri osa-alueilta ja lisäkoulutuksen järjestämistavaksi toivottiin sekä luentoja että itseopiskelumateriaalia. Aiheittain voisi jaoteltu luentomainen lisäkoulutus, johon sisältyy itseopiskelun mahdollisuus, olla useimmalle vastaajalle sopiva vaihtoehto. Käytännön harjoittelun toivoi liittyvän koulutukseen 28 % vastaajista, joten sen voisi liittää myös lisäkoulutukseen vapaaehtoisena osallistujille esimerkiksi case- tai simulaatio-opetuksena.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimistapoja. Olennaisimpia kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat tutkimustulosten reliabelius eli mittaus tulosten toistettavuus sekä validius eli pätevyys. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.) Lyhyesti ilmaistuna validiteetti kuvaa mitataanko sitä mitä pitää ja reliabiliteetti sitä, miten tarkasti mitataan (Vehkalahti 2014, 41). Vastausprosentin voidaan ajatella kuvaavan tutkimuksen luotettavuutta. Jos otannan ajatellaan kuvaavan perusjoukon vastauksia ja vastaajamäärä on pieni, edustavuus voi jäädä kyseenalaiseksi. (Vehkalahti 2014, 44.)

Tämän opinnäytetyön toteuttamiseen vaikutti suuresti opinnäytetyön loppuvaiheen kiireellinen aikataulu. Kyselyn aikana vastaajien pitkien työvuorojen takia vuorojen vaihtuvuus ei ole suurta, jolla oli vaikutusta vastaajamäärään. Kyselytutkimuksen ajankohdan aikana olevat pyhäpäivät vähensivät myös vastaajamäärää, sillä pyhinä ensihoitoyksiköitä on vähemmän ajossa kuin arkena. Opinnäytetyön 43 % vastaajamäärää 60 vakituisesta työntekijästä on liian vähäinen, jotta tuloksia voitaisiin yleistää, varsinkaan, kun vastaajat kuvasivat kohtaamiset todella vaihteleviksi. Opinnäytetyössä 85 % prosenttia vastaajista, 60 vakituisesta työntekijästä, toivoi lisäkoulutusta, joten voidaan yleistää, että tarvetta on lisäkoulutukselle. Kuitenkaan kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ei voida yleistää, vaan niiden todetaan olevan vaihtelevia. Vastausprosenttia olisi voitu parantaa kohdistamalla kyselylomakkeet suoraan vastaajille ja antamalla vastaamiseen pidempi aika.

Jotta päästiin luotettavimpiin tuloksiin, opinnäytetyössä on huomioitu eettisiä näkökulmia sekä tutkimuksen etiikkaa ja erityisesti pohdittu, mitä opinnäytetyön tekeminen yhteistyöorganisaatioon voi vaikuttaa. Riskit esimerkiksi epäedullisista tuloksista organisaatiota kohtaan sisäistettiin. Kyselylomakkeet toimitettiin perusjoukon mukaan Vihdin sairaankuljetus Oy:n työntekijöille, mutta heitä ei velvoitettu vastaamaan työnantajan tai opinnäytetyön tekijöi-

den toimesta. Kyselylomakkeista ei selviä, kuka työyhteisöstä on vastannut tai jättänyt vastaamatta kyselyyn. Kyselylomakkeita ei kohdennettu suoraan yksittäiselle vastaajille, vaan kyselylomakkeita oli saatavilla vastauslaatikoiden yhteydessä. On olemassa mahdollisuus, että perusjoukkoon kuulumaton vastaaja olisi palauttanut kyselylomakkeen palautuslaatikkoon. Tämä heikentää tulosten luotettavuutta.

Päihdeasiakkaat herättävät hoitohenkilökunnassa usein turhautumista, pelkoa ja vastenmielisyyttä. Joskus henkilökunta ei ehkä katso velvollisuudekseen hoitaa niin sanottuja ”itse aiheutettuja” sairauksia. Valtaosa sairauksista on kuitenkin seuraus asioista, joihin asiakas olisi voinut itse vaikuttaa. Tällöin ne johtuvat esimerkiksi tupakoinnista, elintavoista tai päihteisistä. (Salaspuro 2014.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Tieto ja taito aiheesta olivat keskeinen asia vastaajan ajattelussa ja vaikuttivat esimerkiksi vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuteen (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2007, 196). Vastaajia ei voida mitenkään tunnistaa vastauksista, joten yksittäisten henkilöiden ja mielipiteiden sekä osaamisen välinen yhteys pysyy salassa.

Kokemukseen perustuva tieto on tietoa, joka on hoitotyöntekijän kokemus asiakkaan hoitotyöstä. Kokemukseen perustuva tieto on arvokasta ja sen perusteella saadaan tietoa onnistumisista ja epäonnistumisista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 21.) Tähän opinnäytetyöhön oli valittu tutkimusmenetelmä, joka mahdollistaa vastaajan vapaan ajankäytön ja vapaaehtoisuuden vastaamiseen. Toisin kuin haastattelututkimuksessa, vastaajan ei tarvitse tuoda henkilökohtaisia ajatuksiaan nimellisenä opinnäytetyön tekijöiden tietoon kasvotusten, vaan hän voi tuoda ne julki nimettömänä paperikyselyllä. Samalla hän voi kuvata kokemuksiaan ja ajatuksiaan totuudenmukaisesti ilman, että hänet tunnistetaan vastauksista.

Jotta opinnäytetyö oli eettisesti hyväksyttävä, haettiin kyselylle sekä Vihdin sairaankuljetus Oy:n työntekijöille jaettavalle kyselylomakkeelle tutkimuslupa. Opinnäytetyö on työelämäläheinen ja edellyttää työelämäyhteyttä Vihdin sairaankuljetus Oy:n kanssa. Tutkimusluvan myöntäminen edellytti opinnäytetyön tekijöiden sitoutumista huolehtimaan tietojen käsittelystä perustuen yksityisyyden suojaan ja henkilötietojen käsittelyä koskevaan lainsäädäntöön. Tutkimuslupahakemuksessa kerrottiin opinnäytetyön tekijöiden nimet, opinnäytetyöstä vastaavat ohjaajat sekä yhteistyöorganisaatio, opinnäytetyön nimi sekä tutkimuskysymykset, menetelmät ja tavoite sekä aikataulu. Myönnetyn tutkimusluvan jälkeen voitiin kyselylomakkeet toimittaa Vihdin sairaankuljetuksen henkilökunnalle ja määrittää viimeistely aikataulu kyselyyn vastaamiselle. Opinnäytetyön tiedot ja aineistot käsiteltiin luottamuksellisesti ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Lisäksi opinnäytetyössä on turvattu vastanneiden henkilöiden anonymiteettisuoja. Opinnäytetyön kirjallinen aineistonkeruumateriaali hävitettiin asianmukaisella tavalla salassapitojätteenä Laurea-ammattikorkeakoulun käytänteiden mukaan (Eetinen toimikunta 2015.)

Tutkija voi sokeutua omalle tutkimukselleen ja alkaa pitää omia esiin tulleita johtopäätöksiään varmana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161). Opinnäytetyötä oli tekemässä kaksi opiskelijaa, jolloin tätä ilmiötä pystytään välttämään. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee Vihdin sairaankuljetuksen palveluksessa, mutta siirtoyksiköissä sijaisena. Tällöin hänen ajatuksiaan ja asenteitaan ei voida verrata opinnäytetyön tutkimustuloksiin tai luoda ennakoasenteita työlle, sillä hänellä ei ole riittävää kokemusta päihdeasiakkaista ensihoidossa tai valmiusautotyöskentelystä yhteistyöorganisaatiossa. Kuitenkin toisen opinnäytetyön tekijän aikaisempi työskentely ensihoidossa ja toisen aikaisempi työkokemus päihdetyössä lisäävät tietopohjaa aiheesta ja parantavat näin opinnäytetyön toteutusta vahvistamalla opinnäytetyötä taustoittavaa teorian tietoa sekä työelämäyhteyttä.

Koska analysointiin osallistui kaksi opinnäytetyön tekijää, ryhmittelyyn tarvittavat näkökulmat ja tulkinnat eivät olleet yksiselitteisiä perustuen yhden opinnäytetyön tekijän ajatuksiin, vaan niihin saatiin useampi näkökulma opinnäytetyön tekijöiden välisen keskustelun avulla. Opinnäytetyön vaiheet ja siinä käytetyt menetelmät pyrittiin kuvaamaan opinnäytetyössä, tuoden ne myös lukijan arvioitavaksi.

Päihdeasiakkaan kohtaamisesta ensihoidossa on tehty vähän aikaisempia tutkimuksia. Tutkimukset päihdeasiakkaista ensihoidossa koskevat pääsääntöisesti päihdepotilaan ja myrkytyspotilaan hoitoa. Aiheesta on tehty joitakin opinnäytetöitä ja ne sijoittuvat pääsääntöisesti viime vuosiin. Pekkarisen (2013) opinnäytetyössä ”Päihtynyt ensihoidon asiakkaana: Ensihoitohenkilöstön ammatillisuus ja valmiudet kohdata päihtynyt potilas” - todettiin, että yhdeksän kymmenesosaa koki toimivansa ammatillisesti kohdatessaan päihtyneitä potilaita. Pekkarinen (2013) toteaa sen olevan erittäin kiitettävää, jos vastaajat ovat todella pohtineet, mitä ammatillinen toiminta tarkoittaa ja tämän pohdinnan tulos heidän käytöksessään näkyy. Kuitenkin Pekkarinen (2013) korostaa opinnäytetyössään ettei ammatillisuuteen liittyvä tulos vaikuta realistiselta, jos verrataan niitä esimerkiksi potilaiden tasavertaiseen kohteluun keskittyvien kysymysten vastauksiin hänen opinnäytetyössään. Tässä opinnäytetyössä vastaajat arvioivat kohtaavansa päihdeasiakkaita ammatillisesti, mutta Pekkarista (2013) mukaillen ei voida olla varmoja, ovatko he todella miettineet mitä ammatillinen kohtaaminen tarkoittaa ja miten he toimivat käytännössä. Niin Pekkarisen (2013) opinnäytetyössä kuin Vallin (2014) opinnäytetyössä ”Päihdepotilaan hoitotyön haasteita sairaalan ulkopuolissa ensihoidossa” todettiin ensihoitajien tapaavan työssään paljon päihdeasiakkaita, joka on yhteneväistä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Vallin (2014) toteaa opinnäytetyössään lähes kaikkien vastaajien olleen sitä mieltä, että päihtymystila vaikeuttaa potilaan tutkimista ja tilan arviointia.

Pekkarinen (2013) toteaa opinnäytetyössään, että vastaajilla oli selkeästi tarve lisäteoriatiedolle ja yli 75 % vastaajista ilmaisi kaipaavansa lisää teorian tietoa päihteistä. Prosentuaalisesti eniten teorian tietoa kaipasivat 10-14 vuotta ensihoidossa työskennelleet (Pekkarinen 2013). Riittävät teoriatiedot lisäävät hoitajan turvallisuudentunnetta (Saavalainen & Boyd 2009, 488). Tästä opinnäytetyöstä saatujen vastausten perusteella voidaan todeta vastaajien toivovan lisäkoulutusta ja havaittiin erityisesti yli 10 vuotta ensihoidossa työskennelleiden vastaajien toivovan lisäkoulutusta.

6.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämis ehdotuksena esitettiin, että tutkimuksen voisi toteuttaa laadullisella menetelmällä esimerkiksi teemahaastatteluna. Se voisi kohdentua enemmän siihen, mitä koulutuksen toivottaisiin sisältävän verrattuna ensihoitajien valmiuksiin kohdata päihdeasiakas. Tällöin tutkimuksesta selviäisi toiveiden lisäksi todellinen tarve koulutukseen ja työelämäyhteys olisi läheisempi. Lisäksi tutkimuksessa voitaisiin miettiä, miten vastaajien määrää saataisiin nostettua.

Jatkotutkimuksena voitaisiin toteuttaa kysely kohdennettuna päivystyspoliklinikan henkilökuntaan, jolloin koulutusta voitaisiin yhdistää alueella. Tämä parantaisi potilaan hoidon jatkuvuutta ja voisi yhtenäistää toimintatapoja. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi toteuttaa tutkimuksen päihteenkäyttäjien kokemuksista ensihoitoa tai päivystyksellistä sairaanhoitoa vaativissa tilanteissa. Tällä saataisiin kokonaiskuva toiveista päihteenkäyttäjän näkökulmasta ja mentäisiin uudelle tasolle koulutuksen kehittämisessä, jossa olisi otettu paremmin huomioon sekä ammattihenkilöstön että asiakaskunnan toiveet.

Lähteet

Kirjat ja muut

Eettiset kysymykset tutkimus- ja kehittämistyössä. 2015. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2014. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja Kirjoita. 18., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Mikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY

Laurea opinnäytetyöohje. 2015. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori-Kemilä, A. & Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saavalainen, J. & Boyd, J. 2009. Päihteiden ja huumausaineiden väärinkäyttö. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko. Jyväskylä: PS-kustannus.

Stenström, M. 2015. Vastaavan ensihoitajan haastattelu 20.03.2015. Vihdin sairaankuljetus Oy. Nummela.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorela, K. 2015. Lähdeviitteiden ja lähteiden merkitseminen. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Artikkelit

Boyd, J. 2010. Jako kahteen riittää. Systole 3/2010, 8-13.

Kantonen, J. 2009. Päihtynyt potilas poistui päivystyksestä. Potilaan lääkirlehti 41/2009;64, 3449 - 3450.

Kantonen, J., Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Lääkirlehti 47/2006, 4923 - 4927.

Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. Duodecim, päivystyspsykiatria, 2002;118(3):312-6.

Lintonen, T., Rönkä, S., Kotovirta, E. & Konu, A. 2012. Huumeet suomessa 2020 ennakointitutkimus. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 101. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.

Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R. & Beattie, J. 2014. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review* 38(2), 194-201.

Nohl, F., Kohler, H. & German, B. 2014. Suchtpatienten in der Notfallstation. Volume 71 10/2014, 617-621.

Päihdetilastollinen vuosikirja. 2015. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Suomen yliopilaspaino Oy.

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. *Duodecim*, 2009;125(8):897-904. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Työväkivallan riskiammatit. 2010. Työturvakeskus. Työturvakeskuksen raporttisarja 1/2010, 617-621.

Internet-lähteet

Alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Käypä hoito -suositus. Viitattu 1.4.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=B698A2B8B5D07A82F843F63B6930A12D?id=hoi50028>

Ensihoito. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.03.2015. <http://stm.fi/ensihoito>

Holmberg, J. 2014. Päihdeiden käytön tunnistaminen. Viitattu 20.3.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=P%C3%A4ihdeiden%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20tunnistaminen

Holopainen, A. 2005. Alkoholit ja aivot. Viitattu 20.3.2015.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-aivot>

Holopainen, A. 2013. Lääkeaddiktin kohtaaminen vastaanotolla. Viitattu 20.04.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt01100&p_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeiden%20kohtaaminen%20vastaanotolla

Huttunen, M. 2014. Ahdistus- ja unilääkkeiden sekä masennuslääkkeiden vieroitus- ja lopetusoireyhtymä. Viitattu 20.04.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_haku=Ahdistus-%20ja%20unil%C3%A4%C3%A4kkeiden%20sek%C3%A4%20masennusl%C3%A4%C3%A4kkeiden%20vieroitus-%20ja%20lopetusoireyhtym%C3%A4

Huttunen, M. 2014. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Viitattu 19.04.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_haku=L%C3%A4%C3%A4keriippuvuus%20ja%20l%C3%A4%C3%A4kkeiden%20v%C3%A4%C3%A4rink%C3%A4ytt%C3%B6

Huttunen, M. 2014. Päihde- ja huumeriippuvuus. Viitattu 20.3.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=paihhteet

Huttunen, M. 2014. Psykykenlääkkeet. Viitattu 21.04.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=psykykenl%C3%A4%C3%A4kkeet

Huume. *Duodecim*. Viitattu 14.4.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01190&p_haku=huume

Huumeongelmaisen hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Viitattu 1.4.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Huumeriippuvuus on aivojen sairaus. 2007. Irti huumeista ry. Viitattu 20.04.2015.
http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/fyysinen_psykkinen_ja_sosiaalinen_riippuvuus/huumeriippuvuus_on_aivojen_sairaus

Inkinen, M. 2005. Päihdeongelmien hoito. Viitattu 20.3.2015.
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholin-terveyshaittojen-hoito>

Kylmänen, P. 2012. Päihteet. Viitattu 20.3.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=paihteet

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 22.03.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 22.03.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Pekkarinen, I. 2013. Päihtynyt ensihoidon asiakkaana : Ensihoitajien ammatillisuus ja valmiudet kohdata päihtynyt asiakas. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Kotka. Viitattu 22.03.2015.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60626/Pekkarinen_lina.pdf?sequence=1

Pelastuslaki 379/2011. Viitattu 22.03.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=pelastuslaki>

Potilaan keskeisimmät oikeudet. 2008. Valvira. Viitattu 26.04.2015
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

Puttonen, J. 2015. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Viitattu 20.3.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04440&p_haku=Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen

Päihdehuoltolaki 41/1986. Viitattu 22.03.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihteet. 2014. A-klinikkasäätiö. Viitattu 21.04.2015. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/paihteet>

Rovasalo, A. 2013. Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit). Viitattu 20.04.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01349&p_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeiden%20v%C3%A4r%C3%A4rink%C3%A4ytt%C3%B6

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 26.04.2015.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. Viitattu 22.03.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>

Surakka, V-M. 2005. Alkoholien ja päihteiden sekakäyttö. Viitattu 20.3.2015.
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>

Tammi, T. 2011. Blogikirjoitus - voiko mihin tahansa addiktoitua ? Viitattu 19.11.2015.
<http://www.a-klinikka.fi/blogi/voiko-mihin-tahansa-addiktoitua>

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Viitattu 22.03.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Tunnista ja toimi. Irti huumeista ry. Viitattu 10.09.2015.

http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/tunnista_ja_toimi

Valli, E. 2014. Päihdepotilaan hoitotyön haasteita sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori. Viitattu 13.04.2016.

https://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/84280/Valli_Elina.pdf?sequence=1

Vilkkonen, T. 2011. Alkoholin terveyshaittojen hoito. Viitattu 25.03.2015.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholin-terveyshaittojen-hoito>

Yliannostukset ja ensiapu. 2014. A-klinikkasäätiö. Viitattu 20.04.2015.

<http://toimipaikka.aklinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/yliannostukset-ja-ensiapu>

Kuviot

Kuvio 1: Työkokemus ensihoitajana vuosissa (N=26)	29
Kuvio 2: Sukupuoli (N=26)	30
Kuvio 3: Koulutus (N=26)	30
Kuvio 4: Viimeisin päihdeasiakasta koskeva lisäkoulutus (N=22)	31
Kuvio 5: Päihdeasiakkaiden kohtaamisten toistuvuus (N=26)	32
Kuvio 6: Tunnistan erilaisia päihteitä ja niiden käyttöön liittyviä välineitä nähdessäni niitä (N=26)	33
Kuvio 7: Tiedän päihteiden erilaisia käyttötapoja (N=26)	33
Kuvio 8: Tiedän päihteidenkäytön vaikutuksia ja oireita (N=26)	34
Kuvio 9: Kykenen tunnistamaan päihdeasiakkaan (N=26).....	34
Kuvio 10: Tiedän asiakkaalle päihteidenkäytöstä aiheutuvia vakavia seurauksia ja osaan varautua niihin (N=26)	35
Kuvio 11: Pystyn vuorovaikutustaidoillani kommunikoidaan päihtyneen asiakkaan kanssa riittävästi hoidon onnistumiseksi (N=26).....	35
Kuvio 12: Pystyn tulkitsemaan päihtyneen asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää ja reagoimaan siihen (N=26)	36
Kuvio 13: Pystyn nimeämään mahdollisia vaaratilanteita päihdepotilaan kanssa työskentelyssä ja ehkäisemään niitä (N=26)	36
Kuvio 14: Asiakkaan päihteidenkäyttö heikentää työturvallisuuttani (N=26)	37
Kuvio 15: Asiakkaan päihtymystila lisää työni kuormitusta (N=26)	37
Kuvio 16: Toimin ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä asiakkaita (N=26).....	38
Kuvio 17: Päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa (N=26)	38
Kuvio 18: Työkokemuksen vaikutus kokemukseen työn helppoudesta (N=11)	39
Kuvio 19: Sukupuolen vaikutus työn helppouteen (N=26).....	39
Kuvio 20: Aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen tarve (N=26)	42
Kuvio 21: Toiveet lisäkoulutuksen sisällöstä (N=50)	43
Kuvio 22: Lisäkoulutuksen suunnittelija (N=62)	44
Kuvio 23: Lisäkoulutuksen suunnittelija 2 (N=26)	45
Kuvio 24: Lisäkoulutuksen toteutumismuoto (N=40).....	46
Kuvio 25: Lisäkoulutuksen toteutusmuoto 2 (N=26)	47

Taulukot

Taulukko 1: Kohtaamiset päihdeasiakkaan kanssa (N=33)	40
Taulukko 2: Tärkeät taidot päihdeasiakkaan kohtaamisessa (N=76).....	41

Liitteet

Liite 1: Saatekirje.....	61
Liite 2: Kyselylomake	62

Liite 1: Saatekirje

Arvoisa vastaaja,

Olemme Lohjan Laurean sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta "ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja toiveet lisäkoulutuksesta". Yhteistyökumppanimme toimii Vihdin sairaankuljetus Oy.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ensihoitajien kokemuksia päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja kartoittaa ensihoitajien tarvitsemaa lisäkoulutusta.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella vakituisilta ensihoitotyötä valmiusautoissa tekeville Vihdin sairaankuljetuksen ensihoitajilta hoitovelvoitteesta (hoito- tai perustaso) riippumatta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme kuitenkin runsasta vastaajamäärää tutkimuksen laadun parantamiseksi.

Kysely sisältää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, ja vastaaminen kestää noin 10–15 minuuttia.

Kysely toteutetaan 25.3.-1.4.2016 välisenä aikana Nummelan, Karkkilan ja Lohjan asemapaikoilla ja palautetaan asemilla oleviin suljettuihin palautuslaatikoihin.

Kyselylomakkeisiin vastataan nimettöminä, ja tulosten analysoinnin jälkeen ne hävitetään salassapitojätteen mukana Laurean ammattikorkeakoulun käytänteiden mukaan.

Tutkimustulokset toimitetaan Vihdin sairaankuljetus Oy:n käyttöön ja henkilökunnan lisäkoulutuksen kehittämiseen.

Opinnäytetyömme ohjaa
lehtori Anu Elorinne

XXX XXXXXX
anu.h.elorinne@laurea.fi

Vastaamme mielellämme kyselyä koskeviin kysymyksiin.

Marika Kuusisto
marika.kuusisto@student.laurea.fi

Susanna Toimela
susanna.toimela@student.laurea.fi

Kiitos kaikille kyselyyn vastaajille.

Liite 2: Kyselylomake

Ympyröi selkeästi vastaustasi kuvaava numero (vain yksi, jos toisin ei mainita) tai kirjoita vapaamuotoinen vastaus rivistölle. Kyselylomake on kaksipuolinen.

- A. Työkokemus ensihoitajana vuosissa**
1. 0-1
 2. 1-3
 3. 3-5
 4. 5-7
 5. 7-10
 6. 10-15
 7. yli 15
- B. Sukupuoli**
1. Mies
 2. Nainen
- C. Koulutus**
1. Ensihoitaja AMK (tai sairaanhoitaja AMK+30op)
 2. Sairanhoitaja AMK
 3. Lähihoitaja
 4. Muu, mikä: _____

D. Milloin viimeksi olet saanut päihdeasiakkaisiin liittyvää lisäkoulutusta?

E. Kuinka usein kohtaat työssäsi päihtyneitä asiakkaita?

1. Lähes joka työvuorossa
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Noin 1-3 kuukauden välein
5. Noin 3-6 kuukauden välein
6. Harvemmin

	Samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
F. Tunnistan erilaisia päihteitä ja niiden käyttöön liittyviä välineitä nähdessäni niitä	5	4	3	2	1
G. Tiedän päihteiden erilaisia käyttötapoja	5	4	3	2	1
H. Tiedän päihteidenkäytön vaikutuksia ja oireita	5	4	3	2	1
I. Kykenen tunnistamaan päihdeasiakkaan	5	4	3	2	1
J. Tiedän asiakkaalle päihteidenkäytöstä aiheutuvia vakavia seurauksia ja osaan varautua niihin	5	4	3	2	1
K. Pystyn vuorovaikutustaidoillani kommunikoidaan päihtyneen asiakkaan kanssa riittävästi hoidon onnistumiseksi	5	4	3	2	1
L. Pystyn tulkitsemaan päihtyneen asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää ja reagoimaan siihen	5	4	3	2	1
M. Pystyn nimeämään mahdollisia vaaratilanteita päihdepotilaan kanssa työskentelyssä ja ehkäisemään niitä	5	4	3	2	1

	Samaa mieltä	Oittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Oittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
N. Asiakkaan päihteidenkäyttö heikentää työturvallisuuttani	5	4	3	2	1
O. Asiakkaan päihtymystila lisää työni kuormitusta	5	4	3	2	1
P. Toimin ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä asiakkaita	5	4	3	2	1
Q. Päihdeasiakkaan kanssa työskentely on helppoa	5	4	3	2	1

R. Millaisia ovat kohtaamiset päihdeasiakkaan kanssa? Mainitse vähintään 1 asia.

S. Mitkä taidot ovat tärkeitä päihdeasiakkaan kohtaamisessa? Mainitse vähintään 3 asiaa.

T. Tarvitsetko aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta (voit valita useamman | vastausvaihtoehdon)?

Kyllä, mistä:

1. Päihteistä ja niiden tunnistamisesta, esim. pakkaus- ja säilytysmuodoista
2. Päihteiden käyttötavoista ja -välineistä
3. Päihteidenkäytön oireista sekä käytön tunnistamisesta
4. Päihteidenkäytön seurauksista ja niiden hoidosta
5. Päihdeasiakkaan kohtaamisesta
6. Muusta, mistä

7. En, perustelut:

U. Kenen tulisi osallistua aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen suunnitteluun?

1. Ensihoitolääkärin
2. Ensihoidon kenttäjohtajan
3. Psykiatrin
4. Psykiatrisen sairaanhoitajan
5. Päihdetyöntekijän
6. Muun, kenen

V. Miten lisäkoulutus tulisi järjestää?

1. Itseopiskelumateriaalina
2. Luentona
3. Käytännönharjoituksina
4. Muuten, miten:
