

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Vilma Kangas & Noora Surakka

PÄIHTEIDENKÄYTTÄJIEN KOKEMUKSIA TERVEYDENHUOLLOSTA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

KANGAS, VILMA

SURAKKA, NOORA

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Marraskuu 2012

Avainsanat

Päihteidenkäyttäjien kokemuksia terveydenhuollosta

51 sivua + 17 liitesivua

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Ehkäise tapaturmat -hanke

päihteidenkäyttäjä, kokemukset, vuorovaikutus, terveydenhuolto

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa päihteidenkäyttäjien kokemuksista terveydenhuollosta. Kiinnostuksen kohteena oli erityisesti hoitohenkilökunnan kanssa tapahtunut vuorovaikutus. Tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilöstön valmiuksia päihteidenkäyttäjien kohtaamiseen. Opinnäytetyö on osa valtakunnallista Ehkäise tapaturmat -hanketta.

Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin tekemällä teemahaastattelu kolmelle vapaaehtoiselle henkilölle. Kaikilla haastateltavilla oli päihdetausta sekä runsaasti kokemuksia terveydenhuollon eri palveluista. Haastattelut purettiin käyttäen sisällönanalyysiä.

Haastateltavilla oli kokemuksia erilaisilta sairaalajaksoilta, joiden syinä olivat useimmiten päihteiden aiheuttamat sairaudet tai tapaturmat. Tuloksissa havaittiin puutoksia vuorovaikutuksen toteutumisessa hoitohenkilöstön kanssa. Joskus vuorovaikutus oli puuttunut kokonaan. Pääasiassa haastateltavat kokivat vuorovaikutuksen helpommaksi päihdehuollossa kuin terveydenhuollon yksiköissä. Tuloksista tuli esiin, että haastateltavat erottelivat hoidon ja vuorovaikutuksen toisistaan: vuorovaikutus koettiin huonoksi, mutta hoitoon oltiin tyytyväisiä.

Tutkimusta voidaan hyödyntää erilaisissa yksiköissä joissa ollaan tekemisissä päihteidenkäyttäjien kanssa. Opinnäytetyön avulla voidaan edistää hoitajien tietoisuutta päihteidenkäyttäjien kokemuksista ja muuttaa käsityksiä päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KANGAS, VILMA

SURAKKA, NOORA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

November 2012

Keywords

Substance Abusers' Experiences on Health Care

51 pages + 17 pages of appendices

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD, Principal Lecturer

Ehkäise tapaturmat -project

substance abuser, experiences, interaction, health care

The aim of the thesis was to collect information on substance abusers' experiences on health care. The main interest was the interaction with the health care personnel. The goal was to improve the readiness of the medical staff when they encounter substance abusers. The thesis is a part of the national Ehkäise tapaturmat -project.

This is a qualitative research. The research data was collected by interviewing three volunteers. All interviewees had a background with intoxicants and a lot of experience with the various services provided by health care. The interviews were interpreted by using the method of content analysis.

The interviewees had experiences from different periods of hospitalization due to illnesses or accidents caused by intoxicants. The results showed problems in interaction with the medical staff. Sometimes there was no interaction at all with the staff. Largely, the interviewees found interaction easier with the services for the substance abusers than with the health care units. The results show that the interviewees separated care and interaction from each other. Interaction was regarded as bad, but they were, however, pleased with the care.

The study can be utilized in different units associated with substance abusers. The thesis can help to promote the nurses' awareness of the substance abusers' experiences, and change the expectations when encountering a substance abuser.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	EHKÄISE TAPATURMAT -HANKE	8
3	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄT	8
4	PÄÄKÄSITTEET	9
5	PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄ TERVEYDENHUOLLOSSA	11
	5.1 Päihdepalvelujen laatusuosituks	13
	5.2 Laadukas palvelu terveydenhuollossa	14
6	PÄIHTEIDEN HAITAT	16
7	PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN KOHTAAMINEN	18
	7.1 Eettiset periaatteet	18
	7.2 Vuorovaikutus hoitotyössä	20
	7.3 Kokemuksen merkitys	24
	7.4 Henkilökunnan asenteet päihteenkäyttäjää kohtaan	25
8	TEEMAHAASTATTELU	26
	8.1 Kvalitatiivinen tutkimus	26
	8.2 Teemahaastattelu ja teemojen muodostuminen	27
	8.3 Otanta	28
	8.4 Haastattelun toteuttaminen	29
	8.5 Sisällönanalyysi	31
	8.6 Tutkimusetiikka	34
9	HAASTATTELUJEN TOTEUTUS	35
	9.1 Järjestelyt	35
	9.2 Sisällönanalyysi käytännössä	35
10	TULOKSET TEEMOITTAIN	36
	10.1 Taustatiedot	37

10.2 Vuorovaikutus	37
10.3 Asenteet	40
10.4 Eettinen kohtaaminen	41
10.5 Laadukas palvelu	41
11 POHDINTA	43
11.1 Tulosten yhteenveto ja tarkastelu	43
11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	44
11.3 Jatkoehdotukset ja hyödynnettävyys	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukko	
Liite 2. Teemarunko	
Liite 3. Muuttajataulukko	
Liite 4. Saatekirje	
Liite 5. Analyysirunko	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyön ideointi lähti liikkeelle päihdetyön opinnoista. Kiinnostuksen kohteeksi nousi erilaisten päihteidenkäyttäjien kohtaaminen. Sen takia etsittiin aihetta, joka kohdistuu suoraan päihteidenkäyttäjiiin. Opinnäytetyön kautta meille kertyy valmiuksia päihdetaustaisten kohtaamiseen sairaanhoitajan ammatissa. Opinnäytetyö on osa Ehkäise tapaturmat 2009 - 2015 -hanketta. Hankeen tavoitteena on esimerkiksi kehittää yhteisölähtöinen ja tehokas toimintamalli tapaturmien ehkäisemiseksi. (Heikkilä 2011.) Myös Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on mm. vähentää aikuisten nuorten miesten tapaturmaisia ja väkivaltaisia kuolemia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15.) Siispä näiden kansallisten tavoitteidenkin valossa tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen.

Päihdetaustaisia potilaita on nykyään terveydenhuollon asiakkaina niin paljon, joten heitä varmasti kohdataan jokaisessa terveydenhuollon toimipisteessä. Sen takia haluttiin, että päihteidenkäyttäjien todelliset mielipiteet ja ääni tulevat esiin tämän tutkimuksen kautta. Sairaanhoitajaopiskelijoiden on tärkeä miettiä jo koulutuksen aikana omia lähtökohtia ja ennakkoluulojaan, joista saattaa tulevaisuudessa tulla negatiivisia käsityksiä ja asenteita. Näiden asenteiden muodostumista pyritään välttämään tekemällä tämän opinnäytetyön päihteidenkäyttäjien parissa. Tämän opinnäytetyön tavoite on saada ensikäden tietoa siitä miten päihteidenkäyttäjät kokevat hoitohenkilöstön kanssa tapahtuneen vuorovaikutuksen ja kohtaamisen. Tutkimuksia aiheesta on tehty vähän. Tämä on mielenkiintoinen ja keskustelua herättävä aihe, johon ei kiinnitetä hoitotyössä tarpeeksi huomiota.

Huumeiden käyttöön liittyvien haittojen kasvu on tasaantunut vuosituhannen vaihteen jälkeen. Tilanne on pysynyt vakaana, mutta huumekuolemat ovat lisääntyneet. (Rönkä, Virtanen, Jääskeläinen, Hietaniemi & Perälä 2009, 9.) Kymenlaaksossa tapahtui vuonna 2011 22 alkoholionnettomuutta, vuosien 2008 – 2010 keskiarvo oli 29. Koko maassa keskiarvo oli 612. (Tilastokeskus, 2012.) Huumausaineiden ongelmakäyttöä Suomessa mitataan amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 14 500 - 19 100 vuonna 2005. Miesten osuus heistä oli lähes 80 %. Huumehoitoja saa Suomessa noin 13 000 henkilöä, ja vuonna 2010 korvaushoidossa oli 1 800 henkilöä. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, 5, 57.)

Tutkimusten mukaan alkoholi on käytetyin päihde Suomessa. Alkoholilla on myös vahva rooli oheispäihteenä, johon liittyy buprenorfiinin pistoskäyttö ja mielenterveyshäiriöt. (Tanhua ym. 2011, 57.) Alkoholin käyttöön liittyy suomalaisessa väestössä vakavia terveyshaittoja, joita ovat mm. lisääntyneet alkoholikuolemat, nuorten miesten väkivaltakuolemat. Vuonna 2004 toteutettiin alkoholin veronalennus jonka seurauksena alkoholin kulutus kasvoi ja sen aiheuttamat haitat lisääntyivät. Eräs selvimmistä indikaattoreista on alkoholimyrkytysten lukumäärä, joka kasvoi veroalennuksen seurauksena aivan uudelle tasolle. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005.) Vuonna 2009 raportoitu alkoholinkäyttö oli hieman vähentynyt edellisestä vuodesta. Miehistä noin 24 % kertoi juovansa alkoholia vähintään kerran viikossa 6 annosta kerrallaan tai enemmän. Vuonna 2008 vastaava luku oli 26 %. Vuonna 2008 ja 2009 vastaavat luvut olivat naisilla 9 % ja 7 %. (Helakorpi, Laitilainen & Uutela 2010.) Samaan aikaan nuorten alkoholin käytöstä ollaan huolissaan, järjestöille ja kunnille järjestetyssä Päihdebarometri-tutkimuksessa vakavimmat ongelmat nähtiin nuorten päihteiden käytössä sekä vanhempien alkoholin käytön vaikutuksissa lapseen. Yli 20 % molemmissa vastaajaryhmissä katsoi terveysongelmien, tapaturmien ja kuolemien olevan vakavimpia ongelmia päihteiden käytössä. (Jokinen ym. 2009, 18.)

Vuonna 2010 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 9 599 hoitajaksoa, joissa huumesairaus (pääntymystilat, mielenterveyshäiriöt, riippuvuudet, myrkytykset) oli pää- tai sivudiagnoosina. Yli puolet näistä hoitajaksoista oli erilaisia lääkeainemyrkytyksiä. Tarve huumehoitajaksoille on kasvanut viidessä vuodessa noin 10 %, ja huumausainemyrkytyksien vuodehoitajaksojen määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2005. (Tanhua ym. 2011, 92.) Samana vuonna alkoholisairaudet aiheuttivat vuodeosastoille 33 568 hoitajaksoa, joissa alkoholisairaudet olivat pää- tai sivudiagnoosina. Alkoholiin liittyviä kuolemia Suomessa vuonna 2010 oli 2729. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 21, 22.) Kotka - Hamina seudulla vuonna 2010 päihteiden vuoksi sairaalassa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin yhteensä 375 potilasta ja vuonna 2011 331 potilasta. Kotkassa hoidettiin näistä 265 potilasta vuonna 2011, miehiä oli 187 ja naisia 78. Helsingissä vastaavasti hoidettiin 1205 potilasta vuonna 2011 päihteiden vuoksi, koko maan luku oli vuonna 2011 18 396. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.) Toki osa päihdetapauksista saattaa jäädä rekisteröimättä, mutta luvut antavat jotain osviittaa siitä kuinka paljon päihteidenkäyttäjää on vuosittain sairaaloiden- ja terveyskeskusten vuodeosastoilla potilaina.

2 EHKÄISE TAPATURMAT -HANKE

Opinnäytetyö liittyy Ehkäise tapaturmat -hankkeeseen ja aihetta on ideoitu yhdessä projektikoordinaattorin kanssa. Hankkeen pilottialueena on Etelä-Kymenlaakso (Hamina, Kotka, Miehikkälä, Virolahti ja Pyhtää). Hankkeen toimiaika on 2009–2015 ja sitä hallinnoi Kotkan kaupunki. Teemat hankkeessa kattavat koko väestön eri ryhmät ja lisäksi niissä kiinnitetään huomio liikenneturvallisuuden näkökulmaan. Erityispainopiste hankkeessa on alkoholin aiheuttamien tapaturmien ehkäisy, koska Etelä-Kymenlaakson tilastoja varjostaa alkoholi ja sen haitat yhteiskuntaan sekä terveyteen. Kymenlaaksossa tapaturmaisten kuolemien suurin aiheuttaja vuonna 1998–2007 oli kaatumistapaturmat, mutta heti toisena olivat alkoholin aiheuttamat myrkytystilat. (Heikkilä 2011.)

”Hankkeen laajat kokonaistavoitteet ovat:

- yhteisölähtöisen ja tehokkaan toimintamallin kehittäminen ja kokeilu tapaturmien ehkäisemiseksi
- tapaturmien tehokkaan ennaltaehkäisyn varmistaminen
- tapaturmien tehokas hoito ja
- tapaturmien seurausten hallinta.” (Heikkilä 2011.)

3 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimustehtävät muodostettiin teoriaohjaavasti asioista, jotka meitä erityisesti kiinnostivat. Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaiseksi päihteidenkäyttäjät kokevat terveydenhuollon?
 - 1.1. Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?
 - 1.2. Miten laadukas palvelu on toteutunut hoidossa?
 - 1.3. Miten päihdetausta on vaikuttanut laadukkaaseen palvelun toteutumiseen?

4 PÄÄKÄSITTEET

Käsitteiden pohdinta kuuluu teoreettiseen ymmärtämiseen. On tärkeää tuntea teoriausta ennen kuin lähdetään tekemään tutkimusta. Teoreettinen viitekehys tarkoittaa toimenpiteitä, joita tehdään ennen aineiston keruuta. Näihin toimenpiteisiin kuuluvat: ongelman asettelu, tieteenfilosofiset valinnat, menetelmävalinnat ja teoreettinen ymmärtäminen. Teoreettisen ymmärtämiseen päästään kun pohditaan eri teorioita ja tutkimuksen suhteita teorioihin. Keskeisten käsitteiden sekä teoriasuuntauksien asettamisen tehdään ongelman asettelun ja tieteenfilosofisten pohdintojen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2010, 124, 140.)

Käsitteiden käyttäminen ja niiden selkiyttäminen opinnäytetyössä on tärkeää, sillä arkikieli on epäselvää ja epämääräistä. Teoreettiset käsitteet pyrkivät selittämään syvemmin, ei vain välitöntä havaintoa. Kuitenkin tutkimuksessa käytettävät tärkeimmät käsitteet on määriteltävä selkeästi. Yleensä jo tutkimuksen aihe tai otsikko osoittaa peruskäsitteet. (Hirsjärvi ym. 2010, 150 - 151.)

Lähtökohtana on, että tutkimus rakentuu aina käsitteellisten ratkaisujen ja merkitystulkintojen varaan. Jokainen teoreettinen käsite on konkreettisten tosiseikkojen nojalla tehty yleistys. On tarkkaan harkittava miten käsitteet sopivat kyseiseen tutkimusongelmaan ja kohteeseen. Käsitteiden määritelmät rajaavat, täsmentävät ja sitovat yhteen käsitteen ja sen nimityksen (termin). Määritelmä myös antaa normin käsitteen käytölle. Käsitteiden määrittely ei saisi olla jäykkää, sillä se hidastaa edistymistä. (Hirsjärvi ym. 2010, 152, 154.)

Pääkäsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat: päihteidenkäyttäjä, terveydenhuolto, henkilön kokemukset, asiakkuus, vuorovaikutus ja henkilökunnan asenteet (Kuva 1). **Päihteidenkäyttäjällä** tarkoitetaan potilasta, jolla on päihdeongelma, riippumatta siitä, mikä päihde on kyseessä: henkilöä, joka käyttää runsaasti alkoholia tai henkilöä, joka käyttää huumeita. Päihteidenkäyttäjä on henkilö, jolla on taustalla päihteiden käyttöä ja joka on hakeutunut terveydenhuollon asiakkaaksi.

Päihde on aine, joka saa aikaan korjaantuvia käyttäytymisoireita ja psykologisia muutoksia. Päihteellä tarkoitetaan alkoholia, liuottimia, lääkkeitä ja huumeaineita. Huume on yleiskäsite, joka pitää sisällään sekä huumeaineet että ne (pääasiassa) keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, joita käytetään päihtymiseen ilman terapeuttista tarkoitusta. Päihteiden käyttötapoja on erilaisia: suun kautta, hengittäen, nuuskaamalla tai injektioina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010 - Alkoholi ja huumeet 2010, 142; Hyytiä & Kiiänmaa 2003, 110.)

Terveydenhuollolla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon palveluita esim. terveyskeskukset; sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastot, lääkäreiden ja hoitajien vastaanotot, päihdepalvelut, päihdehuollon erityispalvelut (=A-klinikat ja nuorisoasemat sekä vastaavat avohoitoyksiköt, katkaisuasemat ja erityispalvelut: kuntoutusyksiköt, päihdeongelmallisille tarkoitettut asumispalvelut, ensisuoja ja päivätoimintakeskukset) yms. Tähän sisältyy sekä julkinen sekä yksityinen terveydenhuolto.

Kokemus on kokemalla saatua tietoa, taitoa tai perehtyneisyyttä. Kokemuksen voi muodostaa koettu tapaus tai tottumus. (Haapala 1990, 513.) Kokemuksilla tarkoitetaan kokemuksia, joita päihdeasiakkaalle on kertynyt terveydenhuollon asiakkaana ollessaan.

Asiakas on palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Asiakkuus tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, kun henkilö on hakeutunut esim. terveyskeskukseen hoitoon, eli hänestä on tullut potilas tai asiakas. Asiakkuus voi tarkoittaa, että henkilö on ollut hoidossa esim. terveyskeskuksessa ainoastaan yhden kerran tai vaikka viikoittain. Asiakkuuden kestolla ei ole merkitystä tässä tapauksessa. Asiakas on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö. (Koivuranta-Vaara 2011, 6; Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto 2002.)

Asenteella voidaan tarkoittaa ihmisen myönteistä tai kielteistä suhtautumista asioihin. Tiedon lisäksi asenteissa on mukana myös tunteita, mieltymyksiä, sympatiaa ja antipatiaa sekä uskoa ja epäilyksiä. Se, miten asenteet kehittyvät, on yhteydessä ihmisen omaan elämäkokemukseen, perheen arvomaailmaan ja häntä ympäröivään kulttuuriin. (Seppä 2003b, 91.)

King (1994, 299 – 300) määrittelee **vuorovaikutuksen** seuraavasti: ”ihmisen ja ympäristön välinen ja ihmisten keskeinen havaitsemis- ja kommunikaatio prosessi, joita edustavat kielelliset ja ei-kielelliset käyttäytymismuodot, jotka ovat tavoitehakuisia”. Kaikki, jotka osallistuvat vuorovaikutukseen, tuovat mukanaan erilaisia tietoja, tarpeita, tavoitteita, kokemuksia sekä havaintoja, nämä kaikki vaikuttavat vuorovaikutustapahtumaan. Kohtaamisessa on kyseessä ”ihmisen suhteesta toiseen/toisiin ihmisiin”, kohtaamisella voidaan tarkoittaa myös kokemuksellista ilmiötä (Heikkinen & Laine 1997, 8.).



Kuva 1. Opinnäytetyön viitekehys ja pääkäsitteet

5 PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄ TERVEYDENHUOLLOSSA

Tässä osiossa kerrotaan yleisesti kohderyhmää koskevista palveluista ja niitä ohjaavista suosituksista. Korostettava asia on se, että potilasta tai asiakasta tulisi kohdella tasavertaisesti ja laatusuosituksia noudattaen riippumatta siitä, onko hänellä päihdeongelma vai ei. Koska tutkimuksen kohteena olevat henkilöt ovat päihdepalveluiden piirissä, kerrotaan myös niistä järjestelmistä ja laadunkriteereistä, jotta nähdään mahdol-

linen kontrasti päihdepalvelujen sekä yleisesti terveydenhuoltoa ohjaavien suositusten välillä.

Päihdehuoltolaki säättää päihdehuollon palvelujen järjestämisestä. Kunnissa sosiaalilautakunnan ja muiden viranomaisten on ehkäistävä päihteiden käyttöä. Sosiaalilautakunnan tulee myös pohtia mikä vaikuttaa päihteidenkäytön lisääntymiseen ja miten päihteidenkäyttö vaikuttaa elämäntapoihin. Heille myös kuuluu päihteiden käytön seuranta ja asiantuntijoina toimiminen; sosiaalilautakunta välittää tietoa ongelmakäytöstä sekä siihen vaikuttavista tekijöistä ja antaa asiantuntija-apua muille viranomaisille, asukkaille ja yhteisöille. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Kunnat itse päättävät miten päihdepalvelut järjestetään. Kunnat voivat itse tuottaa palvelut tai järjestää ne yhdessä toisen kunnan kanssa, tai kunta voi myös ostaa päihdepalvelut ostopalveluina. Jotkut kunnat tuottavat päihdepalvelut kokonaan itse ja joissakin kunnissa päihdepalvelut ovat osin järjestetty itse esim. avohoidon osalta ja laitospuolitoiminen katkaisuhuolto ja kuntoutuspalvelut ovat ostopalveluita. (Havio ym. 2009, 99.) Päihdehuollon tehtävänä on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia sekä terveydellisiä haittoja ja edistää päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuollon palveluja tulee tarjota henkilöille, joilla on ongelmia liittyen päihteiden käyttöön sekä näiden henkilöiden perheille ja muille läheisille. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestetään kahdella tasolla: perusterveydenhuolto ja siihen liittyvä sosiaalitoimi eli lähipalvelut ja erityispalvelut. Lähipalveluilla tarkoitetaan päihteiden käytön tunnistamista ja varhaiseen puuttumiseen liittyviä palveluja, päihdesairauksien ja tapaturmien hoitoa ja vastaavia akuuttipalveluja, katkaisuhuolto ja pitkäaikaista jatkohoitoa, matalankynnyksen paikkoja ja päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tehtäviä palveluja ja huono-osaisuuteen liittyviä tukipalveluita. Erityispalveluja ovat avomuotoiset A-klinikka ja nuorisotasemat, laitospuolitoimiset katkaisu- ja kuntoutuspalvelut, vaativan tason päihdehuollon laitospuolitoimiset katkaisuhuolto tarjoavat palvelut esimerkiksi raskaana oleville päihteiden käyttäjille tai kaksoisdiagnoosiasiakkaille. (Havio ym. 2009, 100.)

5.1 Päihdepalvelujen laatusuositukset

Laatusuositukset ovat tehty tukemaan kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Suositukset luovat pohjaa laadukkaille päihdepalveluille. Lähtökohtana on, että kuntalaisilla on oikeus tasokkaaseen ja tarpeenmukaiseen päihdehoitoon ja -kuntoutukseen joka toteutuu oikeaan aikaan ja ei ole riippuvainen asiakkaan asuinpaikasta. Kaikilla palvelujen tasoilla tulisi vastata päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin mahdollisimman varhain sekä tarjota tietoa, tukea ja apua aktiivisesti. Palvelut tulisi järjestää niin, että asiakkaiden perus- ja ihmisoikeudet sekä oikeusturva toteutuvat. Lähtökohtana on asiakkaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Asiakkaan oikeus osallistua hoitoaan koskevaan suunnitteluun, päätöksen tekoon sekä sisältöön tulisi turvata. Päihdekuntoutuksessa on otettava huomioon asiakkaan fyysinen ja psyykinen tila, ja sosiaalista tilannetta ja tuen tarvetta unohtamatta. Päihdepalveluyksikköjen tulisi kehittää päihdepalveluja yhdessä asiakkaiden ja heitä edustavien järjestöjen sekä vertaistukiryhmien kanssa. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 9, 15.)

Henkilökunnan riittävä ammattitaito varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen avulla. Työntekijöiden jaksamisesta huolehditaan ja heille mahdollistetaan säännöllinen työnohjaus sekä konsultaatio mahdollisuus tarvittaessa. Henkilökunnan tulee tuntea erilaisia hoito- ja interventiovaihtoehtoja ja heidän täytyy osata ohjata asiakkaita yksilöllisesti. Henkilökunnalla tulee olla valmiudet ottaa puheeksi asiakkaiden päihteiden käyttö. Päihdetyöntekijöille tulee taata turvalliset työolosuhteet, mitkä varmistetaan riittävään henkilöstömitoituksen, tarvittavaan tilasuunnittelun ja teknisten järjestelyjen avulla. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 19 - 20.)

Päihdepalveluja tulisi toteuttaa asiakaslähtöisesti ja asiakkaan sekä hänen läheistensä voimavaroja tukea ja vahvistaa. Asiakkaan kanssa tapahtuva vuorovaikutus pitäisi perustua kunnioittavaan, empaattiseen ja asiakasta itseään motivoivaan lähestymistapaan. Luottamus on asiakassuhteiden perusta ja luottamuksellisia tietoja voi luovuttaa vain asiakkaan luvalla myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaisissa yhteistyötapauksissa. Päihdekuntoutuksessa ja -hoidossa tulee käyttää laajaan käytännön kokemukseen sekä tieteelliseen näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, hoitomenetel-

mien tulee täyttää myös eettiset kriteerit. Asiakkaan perhe tai lähiomaiset ja heidän tuen tarpeensa tulee huomioida ja tarvittaessa järjestää perhetapaamisia. Jos kyseessä on päihdeperhe, tulee lasten hoidon ja tuen tarve poikkeuksetta kartoittaa ja huomioida. Päihdeongelmien hoito tulee toteuttaa moniammatillisesti ja hyödyntää verkostotyön mahdollisuuksia. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 20 - 21.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjasi vuonna 2009 mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeisiä periaatteita ja painotuksia vuoteen 2015. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä sekä ongelmien ehkäisyä ja hoitoa. Suunnitelmassa korostetaan myös eri ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskittämistä perus- ja avohoitopalveluihin. Palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeinen linjaus on matalakynnyksinen ”yhden oven” -periaate hoitoon tullessa. Asiakkaan asemaa vahvistetaan pyrkimällä yhdenvertaiseen kohteluun, kaikkien muiden palvelunkäyttäjien kanssa. Tähän tähdätään asenteiden muutoksella sekä palveluiden valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuulla. Syrjivien asenteiden muuttaminen tulisi huomioida jo peruskoulutuksessa. Yhdenvertainen pääsy palveluihin vaatii, että koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä suhtautuu näihin asioihin samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Asenteiden muuttamiseksi tulisi tarvittaessa järjestää täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 5, 17 - 18.)

5.2 Laadukas palvelu terveydenhuollossa

Hyvä laatu perustuu siihen, että asiakas saa palvelua, joka on hänen tarpeidensa mukaista ja saa palvelun oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvän laadun lähtökohtana on palvelu joka perustuu parhaaseen mahdolliseen tietoon ja näyttöön. (Leinonen, Pekurinen, & Rääkkönen 2008, 20.) Kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla henkilöillä on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää. Potilaat tulee kohdata ihmisarvoa loukkaamatta ja heidän yksityisyyttään kunnioittaen. Kaikilla potilailla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidoista tai hoitotoimenpiteestä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Laadulla voidaan tarkoittaa esimerkiksi tuotteen kykyä täyttää asiakkaan vaatimukset. Terveydenhuollossa laadulla tarkoitetaan sitä, että resurssit käytetään parhaalla mah-

dollisella tavalla, turvallisesti ja tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä saavat asiakkaat tai potilaat, jotka sitä ensisijaisesti tarvitsevat. Hyvä laatu terveydenhuollossa edellyttää sitä, että koko henkilökunta ja johto sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin ja, että eri toimintayksiköiden välillä yhteistyö on saumatonta. Hyvällä hoidolla tarkoitetaan, että potilasta hoidetaan hyvässä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja että potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioidaan. Henkilökunnan tulisi olla ammattitaitoista ja hoito toteutuu sujuvana ja turvallisena prosessina. Hoidossa sovelletaan näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia menetelmiä. Hyvän hoidon lopputuloksena pidetään potilasta joka on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja on saanut siitä parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.)

Potilaskeskeisyys on tärkeä asia terveydenhuollon laatua mietittäessä, ja sen tulee olla osa kaikkia palveluketjun vaiheita. Hoitosuhteissa tulee noudattaa ihmis- ja perusoikeuksia ja kunnioittaa potilaan oikeutta elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja yksityisyyteen. Kaikkia potilaita tulee kohdella yhdenvertaisesti ilman syrjintää, heidän ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttä kunnioittaen. Potilaan äidinkieli, uskonto sekä kulttuuri tulee ottaa huomioon potilaan ohjauksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa, unohtamatta potilaan yksilöllisiä tarpeita ja perheolosuhteita. Potilaalle tulisi varata tarpeeksi aikaa, jotta hänen kanssaan olisi riittävästi aikaa keskustella esimerkiksi hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista asioista, jotka vaikuttavat hoitopäätökseen. Hoidosta tulisi aina sopia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja keskusteluun tulisi ottaa mukaan myös mahdolliset omaiset ja läheiset. Pitkäaikaisissa sairauksissa tulisi potilaalle tehdä hoitosuunnitelma, potilaalla on oikeus tarkistaa hoitosuunnitelma ja häntä koskevat potilasasiakirjat. Potilasta tulisi kannustaa osallistumaan omaan hoitoonsa ja hänelle annetaan siihen myös riittävästi ohjausta. (Koivuranta-Vaara 2011, 9 - 10; Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785.)

Terveydenhuollon laadun kannalta on tärkeää, että potilas saa hoidon sairautensa oikeaan aikaan. Hoitoon pääsemiseen vaikuttaa lääketieteellinen tarve sekä potilaan kokonaistilanne ja vointi. Hoidon ajoituksessa tulee ottaa huomioon myös se miten sairaus vaikuttaa työkykyyn. Ammattitaitoinen henkilökunta kykenee arvioimaan kuinka

kiireellisesti potilas tarvitsee hoitoa, onko kiireellisyys luokka päivystyksellinen, kiireellinen vai kiireetön. (Koivuranta-Vaara 2011, 10 - 11.)

Hoitohenkilökunnalla tulee olla ajantasainen koulutus tehtäviinsä ja lisäksi heidän ammattitaitonsa kehittyä kokemuksen myötä. Henkilökunta tulee perehdyttää työtehtäviinsä ja heidän tulee hallita myös työssä tarvittava välineistö, mm. tietojärjestelmät. Hoitohenkilökunnalla on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojensa ja taitojensa kehittämisestä ja ajantasaisuudesta. Eri ammattiryhmien ja asiantuntijoiden yhteistyö pitäisi olla saumatonta ja henkilökunnan tulisi myös osata toimia ryhmänä. Tiimityö on yksi olennaisimmista osaamisalueista. Henkilökunnan tulee antaa potilaalle riittävät tiedot ja opastuksen oman sairautensa tai terveytensä hoitoon, että potilaan omat valmiudet tehdä valintoja sekä hoitaa itseään paranisivat. Henkilöstön tehtäväalueisiin kuuluu toiminnan kehittämisen lisäksi myös laadunhallinta ja potilasturvallisuutta koskevan suunnitelman laatiminen, seuranta ja kehittäminen. (Koivuranta-Vaara 2011, 11- 12.)

Terveydenhuollon laatua määrittää myös hoidon sujuvuus. Potilaalle sujuvuus merkitsee sitä, että potilas saa asianmukaista hoitoa ilman tarpeettomia viivytyksiä. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta sujuvuus tarkoittaa sitä, että potilaan hoitoa varten on käytettävissä riittävästi henkilökuntaa ja asianmukaiseen hoitoon, tutkimuksiin ja kuntoutukseen riittävät muut resurssit. Yleensä hoitoyksiköissä on omat protokollat yleisimmille paikassa hoidettaville sairauksille. Näiden hoitoprotokollien tulisi aina perustua tieteelliseen näyttöön. Hoitoprotokollien tarkoituksena on tukea hoidon toteuttamista oikein ja oikeaan aikaan sekä parantaa hoidon tuloksellisuutta ja potilaan turvallisuutta. (Koivuranta-Vaara 2011, 13 - 14.)

6 PÄIHTEIDEN HAITAT

Päihteillä on erilaisia sosiaalisia, fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia. Päihteidenkäyttäjän kohdatessaan hoitaja saattaa tunnistaa erilaisia piirteitä, jotka viittaavat siihen että henkilöllä on päihdeongelma. Kuitenkaan aina päihteidenkäyttäjää ei ole helppo tunnistaa esim. päivystystyössä.

Päihteidenkäyttäjä hakeutuu asiakkaaksi terveydenhuoltoon erilaisten oireiden takia. Toistuvat päivystyskäynnit, vanhat kylkiluunmurtumat ja vapaiden jälkeen ajoittuvat

sairauslomat voivat vihjata suurkulutuksesta. Henkilö hakee apua oireisiin eikä aina itsekkään miellä niiden liittyvän päihdeongelmaan, esim. alkoholin suurkulutukseen. Peittely on, etenkin naisilla, yleistä ja oireina nimetään masennusta, ahdistusta ja unetomuutta. Myös rikollisuus sekä väkivaltakäyttäytyminen tuovat päihdetaustaisia asiakkaita terveydenhuollon piiriin. (Havio ym. 2009; Seppä 2003a, 57; Seppä 2003b, 92.)

Alkoholilla on erilaisia haitallisia vaikutuksia pitkin ihmisen elimistöä. Pitkäaikaisessa käytössä nämä kaikki ongelmat korostuvat. Aivot ovat yksi ihmisen tärkeimmistä elimistä, ja myös niihin alkoholilla on rappeuttava vaikutus. Alkoholin suurkulutuksesta johtuvat erilaiset kognitiiviset puutokset voidaan arvioida neuropsykologisin testein. Lievähköä dementiaa on n. joka toisella alkoholin suurkuluttajalla. Siihen liittyy lyhytaikaisen muistin, suunnittelun ja uuden oppimisien vaikeuksia. Myös kannabiksen ja stimulanttien on todettu alentavan muistia. Stimulanteissa riittää alle 10 käyttökertaa muistihäiriöiden syntymiseen. Cannabis vaikeuttaa lähimuistia, ainakin 6 viikkoa käytön lopettamisen jälkeen. Cannabis huonontaa suurina annoksina myös ihmisen keskittymiskykyä sekä psykomotoriikkaa, sillä on vaikutuksia myös kielelliseen muistiin sekä monimutkaisten asioiden jäsentämiseen. Nämä oireet korostuvat 10 vuoden käytön jälkeen ja ovat osittain korjaantuvia. (Hillborn 2003; Tacke, Seppä & Winstock 2011.)

Alkoholin jatkuvalla käytöllä on erilaisia vaikutuksia myös käyttäytymiseen. Alkoholisti saattaa olla masentunut, stressaantunut, uneton ja hänellä voi olla taustalla itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä. Alkoholin jatkuva käyttö vaikuttaa myös työsuhteisiin, jotka saattavat olla lyhyitä ja sisältää paljon poissaoloja vapaapäivien päätteeksi. Myös sovitusta ajoista kiinni pitäminen tuottaa ongelmia. Ulkoisilta piirteiltään alkoholin käyttäjä voi olla epäsiisti ja esim. hampaat huonosti hoidetut. Runsas alkoholin käyttö saattaa aiheuttaa aggressiivisuutta, paranoiaa ja mustasukkaisuutta. Alkoholin suurkuluttaja on myös helposti ärtyisä ja sietää huonosti stressitilanteita. (Havio ym. 2009, 72 - 73, 76.)

Kannabistuotteet vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin jatkuvassa käytössä negatiivisesti, psykoosi voi olla rankka jatkuvan käytön seuraus. Psykoosiin liittyvät harhaluulot sekä aistiharhat, voimakas ahdistus sekä joskus väkivaltainen käytös. Cannabis aiheuttaa myös ns. amotivaatiosyndrooman eli motivaation puuttumisen, ajattelutoimin-

nan ja tunne-elämän kapeutumisen vähitellen, passivoitumisen, tylsistymisen sekä apatian. Persoona voi käyttäjällä muuttua epäsosiaaliseksi, kääntyä sisäänpäin. Velttoisuus ja väsymys voivat olla yksi kannabiksen käytön vaikutus. (Havio ym. 2009, 84 - 85; Fabritius & Salaspuro 2003, 455 - 456.)

Amfetamiini jatkuvassa käytössä aiheuttaa monia psyykkisiä oireita kuten masennusta, vainoharhaisuutta, äkkipikaisuutta sekä ahdistusta. Myös unettomuus ja ruokahaluttomuus sekä sitä seuraava laihtuminen ovat amfetamiinin pitkäaikaiskäyttäjien oireita. (Havio ym. 2009, 86.)

Hallusinogeenit (LSD, meskaliini, psilosiini, sienet, ekstaasi) aiheuttavat myös vaikeita psyykkisiä oireita. Käyttäjälle voi puhjeta psyykinen sairaus, ja hän voi olla vainoharhainen ja masentunut. Hallusinogeenit aiheuttavat myös äkillisiä mielialan vaihtoksia. LSD:n käyttäjillä saattaa olla ns. ”flashback”-ilmiöitä, jossa aistimukset toistuen vääristyvät, ne saattavat tulla vasta vuosien jälkeen käytöstä. Opiattien kuten heroiinin ja buprenorfiinin käyttäjien elämä saattaa olla hyvin eritäytynyttä, pyöriä vain huumeiden hankkimisen ympärillä. Käyttäjä on passiivinen ja rikollisuus lisääntyy. (Havio ym. 2009, 87, 89.)

7 PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN KOHTAAMINEN

Kaikilla tulisi olla oikeus tasa-arvoiseen kohteluun henkilön historiasta huolimatta. Siksi tässä osiossa käydään kohtaamisen yleisellä periaatteella: kuinka hoitohenkilöstön tulisi kohdella kaikkia tapaamiaan asiakkaita tai potilaita.

7.1 Eettiset periaatteet

Etiikka on osa arkista elämää, moraalinen näkökulma. Etiikka on mukana sellaisissa tilanteissa jossa pohditaan suhtautumista omiin ja toisten tekemisiin, mitä voi sallia: mitä ei ja miksi? Etiikalla ja moraalilla tarkoitetaan tottumuksia, tapoja sekä rajoituksia, jotka säätelevät ihmisten elämää. Etiikka ja moraalit ovat yleensä konkreettisesti läsnä tilanteissa, joihin ei ole yhtä oikeaa yksiselitteistä ratkaisua. Eettisellä ajattelulla

tarkoitetaan kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen kautta, sitä mikä on missäkin tilanteessa oikein tai väärin. (Kuula 2006, 21.)

Silloin kun hoidetaan toista ihmistä, hoitotyöntekijältä edellytetään inhimillistä lähestymistapaa työhönsä. Se tarkoittaa autettavan kunnioittamista, voimavarojen tukemista sekä ihmisarvoisen elämän mahdollistamista. Inhimillisyys edellyttää vahvaa eettistä pohjaa, jonka takana ovat eettiset ohjeet. (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 51.)

Hoitotyön eettiseen merkitykseen liittyy ihmisen haavoittuvuus ja inhimillinen huolenpito. Tämä ilmenee pyrkimyksenä tehdä hyvää ja olla vahingoittamatta toista, kunnioittaa toista ja hänen ihmisarvoaan ja toteuttaa jokaisen oikeutta hyvään hoitoon. Haavoittuvuus on osa ihmisyyttä ja haavoittuvuus on keskeistä hoitotyön etiikassa. Sekä hoitaja että potilas voi olla haavoittuvainen. Hoitosuhteessa hoitajan haavoittuvuus ja herkkyys voidaan nähdä voimavarana. Haavoittuvuuteen voi liittyä monenlaisia tunteita, näillä tunteilla on suuri merkitys, kun yritetään saada tietoa toisesta ihmisestä ja pyritään kehittämään empatiaa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 14, 16, 18.)

Työntekijän eettinen tietous on tärkeää ammatillisen vuorovaikutuksen ja ammatti-identiteetin rakentumisessa. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on herätellä hoitotyöntekijän eettinen tietous työssään ja auttaa päätöksenteossa sekä eettisissä ristiriitatilanteissa. Hoitotyöntekijä voi myös hyödyntää omaa elämäkokemustaan kun hän yrittää ymmärtää asiakkaan tai potilaan tilannetta. Kokemus voi auttaa, mutta se voi myös tuoda asian liian lähelle hoitajaa ja johtaa siihen, että hoitaja suhtautuu torjuvasti ja kielteisesti asiakkaisiin. Tällöin on hyvä arvioida omaa toimintaansa ja verrata sitä eettisiin ohjeisiin, se voi auttaa tunnistamaan mahdollisia eettisiä ristiriitoja. Kaikilla on oikeus asialliseen ja ammatilliseen hoitoon. Ammatillisuus on myös hoitajan suoja, silloin jos hoitajan tuttuutta tai julkista asemaa yritetään käyttää väärällä tavalla hyväksi. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 240 – 242.)

”Hoitotyöntekijän tulee muun muuassa:

- *suojata ihmiselämää ja edistää potilaan hyvää oloa*
- *kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa hänen osallistumisensa omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon*

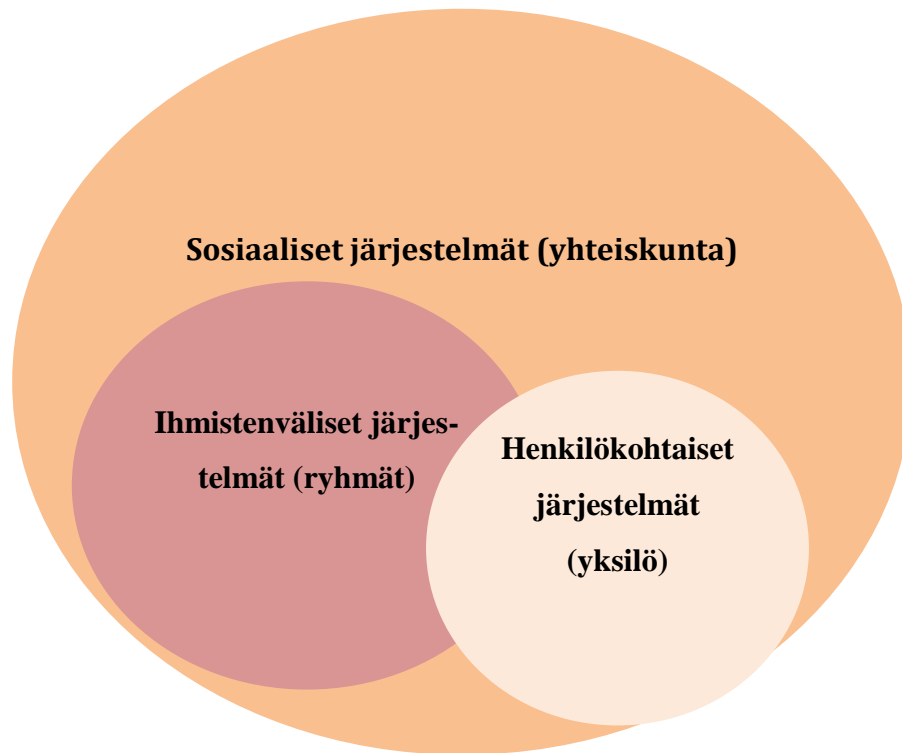
- *luoda arvostava hoitokulttuuri*
- *pitää potilasta koskevat tiedot salassa*
- *toimia oikeudenmukaisesti ja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin.” (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 52 - 53.)*

Päihdetyötä tekevät joutuvat useasti eettisesti hankaliin tilanteisiin. Silloin hoitotyöntekijältä vaaditaan vahvaa työmoraalia ja valmiutta käydä keskustelua asiakkaan kanssa aroistakin aiheista. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden suojan kunnioittaminen voi olla joissain tilanteissa haastavaa. Koska tilanteisiin harvoin on yhtä oikeaa vastausta, on tilanteissa vain toimittava mahdollisimman eettisesti. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 242.)

7.2 Vuorovaikutus hoitotyössä

King (1994, 299) kuvaa vuorovaikutusta ihmisen ja ympäristön väliseksi, ihmisten keskeiseksi kommunikaatio- ja havaitsemisprosessiksi. Prosessissa on kielellisiä ja ei-kielellisiä käyttäytymismuotoja, jotka ovat tavoitehakuja. Vuorovaikutukseen osallistuvat henkilöt tuovat mukanaan erilaisia tietoja, tarpeita, tavoitteita sekä aiemman kokemuksensa kuin myös havaintoja, jotka vaikuttavat vuorovaikutustapahtumaan.

Kingin (1994, 297) dynaamisessa vuorovaikutusjärjestelmässä eritellään kolme eri toiminnan tasoa: yksilöt, ryhmät ja yhteiskunta (Kuva 2). Hoitotyön päämääränä on huolehtia yksilöiden terveydestä ja eri ryhmien terveydenhoidosta ja koska ihmiset ovat ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa, kuvastaa tämä kuva hyvin tätä järjestelmää.



Kuva 2. Dynaamiset vuorovaikutusjärjestelmät Kingin mukaan (1994, 298)

Vuorovaikutus on tärkeä osa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Vuorovaikutuksen tavoitteena ei saisi olla työn suorittaminen vaan ihmisen auttaminen. Hoitajan on opittava olemaan läsnä ja empaattinen, muuten hän ei opi ymmärtämään vastapuolen viestejä. Hoitajan on myös olennaista hyödyntää kohtaamansa ihmisen elämäntarinaa ja nähdä käytöksen taakse, todelliseen tarpeeseen ja tunteeseen. (Mäkisaloropponen 2011.)

Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat hoitotyön periaatteet sekä eettiset periaatteet, sanallinen ja sanaton viestintä, fyysinen ympäristö sekä asiakas-hoitajasuhde. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaa hyvää vuorovaikutusta. Asiakas-hoitajasuhteen onnistumisen kannalta tärkeitä seikkoja ovat keskinäinen kunnioitus, asiallinen käytös, kunnioittava kohtelu sekä vastavuoroisuus. Potilaalla pitää olla mahdollisuus omien tunteiden ilmaisuun. Hyvään vuorovaikutussuhteeseen kuuluu myös molemminpuolinen rehellisyys. Hoitajan hyvään vuorovaikutustaitoon sisältyy hyvä havainnointikyky: kuuntelutaito ja kysymysten esittäminen. Vuorovaikutussuhteessa tulisi vallita luottamuksellinen ilmapiiri ja asiakkaalla tulisi olla vapaus esit-

tää omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Olisi suotavaa, jos hoitajan empaattisuus välittyisi myös asiakkaalle. Fyysinen ympäristö tulisi olla rauhallinen ja kiireetön sekä ilmapiiriltään myönteinen. Tulee kiinnittää huomiota myös huoneenlämpöön, valoisuuteen sekä äänieristykseen, varsinkin arkaluonteisia asioita käsiteltäessä. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006.)

Dialogisuus on vuorovaikutuksen ydin. Dialogisuus ei ole tekniikka vaan asenne, parhaimmillaan se muuttaa, rikastuttaa ja avartaa työntekijän persoonallisuutta. Dialogi on yhdessä ajattelemisen tila, vuorovaikutusta ja kuuntelemista. Tietoisesti muuttamalla omaa keskustelutapaansa voi alkaa saada toisenlaisia vastauksia. Vuoropuhelujen tarkoituksensa on lisätä parempaa ja tarkempaa tietoisuutta. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9-10, 15.)

Sanallisessa viestinnässä on olennaista että hoitaja sekä asiakas puhuvat ns. samaa kieltä, yhteisymmärryksessä. Sanonnat ja slangin ymmärtäminen voi tuoda haasteita viestintään vuorovaikutussuhteessa. Kielenkäyttö on myös olennainen osa vuorovaikutussuhdetta hoidettavan ja hoitohenkilöstön välillä. Positiiviseen vuorovaikutukseen kuuluu selkeä suomen kieli, ilman erikoista sairaalatermistöä. Viestinnän onnistumisen kannalta olisi hyvä sulkea mahdolliset häiriötekijät pois keskustelusta. (Kyngäs ym. 2006; Tuominen 2006, 72 -73.) Myös sanattomaan viestintään tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Eleet ja ilmeet sekä kehon liikkeet kertovat paljon ihmisen sen hetkistä tunteita (Hirsjärvi & Hurme 2001, 119).

Esittämistyyllillä voidaan vaikuttaa vuorovaikutukseen. Tutkimuksien mukaan usein jopa kannustukseksi tarkoitetut sanat voivat väärällä esittämistyyllillä aiheuttaa mielihäiriötä. Passiivisuutta vuorovaikutuksessa osoittavat toteavat, epäröivät ja hämilliset kommentit. Töykeä käytös ja kohtelu eivät kuulu asialliseen vuorovaikutukseen. (Tuominen 2006, 76; Hastrup 2006, 41.)

Vuorovaikutusta ylläpitäviä ja rakentavia kommentteja tavataan kuitenkin enemmän: kannustava, pohtiva, kauhistuva, utelias ja kiinnostunut, tarkistava sekä ymmärtävä ja vahvistava. Kannustava kommentti on yleensä lyhyt kommentti, jolla kannustetaan puhujaa jatkamaan. Pohtiva kertoo siitä, että tietoa ei ole vielä riittävästi, nämä kommentit lisäävät halua miettiä asiaa yhdessä. Kauhistuva kommentti on spontaani ja nimensä mukainen: ”hui kauheeta”. Utelias ja kiinnostunut kommentti kertoo kuunteli-

jan halusta kuulla lisää. Ne, yhdessä tarkistavan kommentin kanssa kertovat kuuntelijan aidosta läsnäolosta. (Hastrup 2006, 41- 42.)

Tasavertainen vuorovaikutus vaatii kiinnostusta toisen ihmisen näkemyksiin ja tasavertaiseen asemaan asettumista. Sairaalamaailman hierarkia voi vaikuttaa eri tavoin potilaiden kokemuksiin vuorovaikutuksesta, tutkimuksen mukaan potilaat saattavat kokea hankalana kun heidän asioistaan kerrotaan eteenpäin, esimerkiksi lääkärille. (Tuominen 2006, 72 - 73.)

Aikaisemmat positiiviset kokemukset ja hoitosuhteet luovat luottamusta ja hyvää pohjaa vuorovaikutukselle. Mahdolliset huonot kokemukset viranomaisten kanssa tulee huomioida vuorovaikutussuhteen muodostamisessa. Huonot muistot ja kokemukset voivat aiheuttaa varauksellisuutta ja siten hankaloittaa kanssakäymistä. Sairaalamaailman moniammatillisuus saattaa vaikuttaa vuorovaikutussuhteen tasapuolisuuteen, luoden tunteen asiantuntijoiden ylivoimaisuudesta. Tämä aikaansaa potilaalle tunteen epätasa-arvoisesta asemasta hoitosuhteessa. (Tuominen 2006, 73 - 75.)

Luottamus asiakassuhteessa terveydenhoitoalalla ilmenee yksityisyyden ja itsenäisen päätöksenteon kunnioittamisena. Luottamus voi syntyä nopeastikin, jos vuorovaikutussuhde on alusta asti vastavuoroinen ja tasa-arvoinen. Hoitajan ammattitaitoinen toiminta myös edistää turvallisuuden tunnetta asiakkaassa. Hoitajan pysähtyminen ja ajan antaminen sekä tulevasta hoidosta yhdessä keskusteleminen luovat pitkäkestoista turvallisuuden tunnetta. Läheisyyttä asiakkaan ja hoitajan välillä vahvistavat keskustelujen avoimuus sekä keskusteleminen muustakin kuin kiinteästi hoitoon liittyvistä asioista. (Koskela, 1997.)

Keskeistä on hoitajien taito tavoitteellisuuteen eli se, että hoitaja hallitsee tavoitteellisen vuorovaikutuksen salat. Hoitajan on oltava empaattinen ja läsnä potilastilanteessa. Myös erilaisten sanallisten ja ei-sanallisten merkkien sekä viestien tulkitseminen oikein on tärkeää. Liikkeet, äänensävyt, eleet, hiljaisuus ja koskettaminen ovat esimerkkejä ei-sanallisesta viestinnästä. Jotta hoitaja pääsisi kiinni todellisesta tarpeesta tai ongelmasta, joka aiheuttaa potilaalle pahaa oloa tai hätää, on olennaista hyödyntää potilaan elämäntarinaa. Tavoitteena pitäisi olla ihmisen auttaminen tehtävien suorittamisen sijaan. Potilas on aina oman elämänsä asiantuntija. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-169.)

Hoitotyöntekijän ja asiakkaan kohdatessa on heidän välinen vuorovaikutuksensa hyvin keskeinen osa hoitotyötä. Kohtaamisessa on mukana molempien osapuolien taustat eli elämäkokemuksen, koulutuksen sekä sosiaalisen ympäristön muokkaamat arvot ja asenteet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 240.)

Päihdehoitotyössä käytetään apuna hoitavaa kohtaamista. Hoitavalla kohtaamisella tarkoitetaan hoitajan ja päihteenkäyttäjän kohtaamista, jossa asiakkaaseen suhtaudutaan myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi sekä myötäelävästi. Hoitava kohtaminen onnistuu jos kohtaminen on ammatillista, empaattista ja hyväksyvää ja hoitaja pystyy kohtelevaan toista ihmistä vertaisenaan, mutta kuitenkin erillisenä itsenäisenä yksilönä. (Havio, Inkinen & Partanen. 2009, 24.)

Kohtaamisen lähtökohtana on toisen ihmisen ”toiseuden” tunnustaminen ja arvostaminen. Siinä on oltava välittömästi läsnäoleva, tässä ja nyt. Dialogista suhdetta voidaan kuvailla yhteiseksi, uudeksi ja ennalta-arvaamattomaksi tapahtumaksi. Toisen ihmisen ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen omana itsenään, läheisyys, ystävyys sekä rakkaus ovat dialogisen suhteen sisältöjä. (Heikkinen & Laine 1997, 10.)

Kohtaminen ja hoitaminen vaativat usein monenlaista sietämistä, koska monen asiakkaan asiat voivat olla monella elämänalueella hyvin huonosti, eikä aina ole mahdollista puuttua joka asiaan. Hoitotyöntekijän on tunnustettava ja tunnistettava oma rajallisuutensa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 241 - 242.)

7.3 Kokemuksen merkitys

Kokemus vaatii tajunnallisen toiminnan ja sen kohteen, joista syntyy elämys. Kohde ei kuitenkaan elämyksissä aina ole selkeä tai helppo myöhemmin tunnistaa. Tämä ei kuitenkaan vaikuta kokemuksen todellisuuteen. Kokemus on ymmärtävä ja merkityksellistävä suhde tajunnallisen ihmisen ja hänen elämäntilanteensa välillä. Kokemuksen toisena nimityksenä voidaan pitää merkityssuhdetta. Merkityssuhde kuvaa kokemuksen rakennetta - yhdistämällä kohteen ja tekijän yhdeksi kokonaisuudeksi. Kun tutkitaan kokemusta, on tärkeää miettiä erilaisia elämäntilanteisiin liittyviä todellisuuksia ja niiden vaikutuksia kokemukseen: aineelliset, ideaaliset, elämänmuodolliset sekä keholliset todellisuudet. Eli henkilön elämäntilanne muotoutuu kaikesta häntä koskettavista asioista. (Perttula 2008, 116 - 119.)

Tiedostamaton kokemus on merkityssuhde, joka ei täydenny elämyksellisesti valmiiksi. Tiedostamattoman ja tiedostetun kokemuksen ero on hämärä. Koettu asia voi olla elämyksellisesti merkittävä, vaikka se ei vielä olisikaan tiedostettu kokemus. (Perttula 2008, 119.)

7.4 Henkilökunnan asenteet päihteidenkäyttäjää kohtaan

Kaija Seppä toteaa kirjassa Päihdelääketiede (2003), että useissa tutkimuksissa on osoitettu vain 30–40 % lääkäreistä käyttävän systemaattista tapaa kysyä alkoholin käytöstä. Yleensä syynä siihen kerrotaan olevan ajan puute. Myös pelko siitä, että kysyminen vaikuttaa hoitosuhteeseen vaikeuttaa asiasta keskustelua. Päihdeasioiden hoitaminen koetaan kyllä toimenkuvaan kuuluvaksi, mutta toisaalta terveydenhuollon henkilöstöllä on myös negatiivisia ja pessimistisiä asenteita päihdeongelmaisista kohtaan. Asiaa vaikeuttaa sekin, että terveydenhuollossa onnistuneet raitistumiset eivät näy ja hankalat tapaukset jäävät mieleen. Toistuvien päihteidenkäyttöön liittyvien syiden takia esimerkiksi päivystykseen hakeutuvien päihdeongelmaisten hoito nähdään välttämättömänä pahana.

Usein saatetaan ajatella, että päihdeongelmien hoito kuuluu ja hoidetaan paremmin jossakin muualla kuin esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Usein mielletään hoidon kuuluvan päihdehuoltoon, sosiaalitoimistoon tai suoraan poliisille. Kuitenkin kun verrataan perus- ja työterveyshuoltoa sekä erikoissairaanhoidon, mielletään esim. alkoholin käytön hoitaminen perusterveydenhuollon asiaksi. (Seppä 2003b, 92; Kääriäinen, Poutanen, Seppä & Sillanaukea 2000.) Tästä syystä syntyy niin sanottua luokuttamista: päihdeongelmainen joutuu käymään monessa eri yksikössä saman ongelman kanssa johon tarvitsee apua. Sillä seurauksella että ihminen lannistuu yrityksistä. Ydinongelma jää hoitamatta, asian monimutkaisuuden ja byrokratian johdosta.

Päihdetaustaisten ihmisten hoitaminen aiheuttaa kaikissa hoitajissa jonkinlaisia tunteita. Usein se voi aiheuttaa työyhteisössä epävarmuutta sekä pelkoa. Nämä tunteet johtuvat usein tiedon puutteesta, voidaan kokea, ettei omata tarpeeksi tietoa päihdeongelmaisten hoidosta. Silloin työyhteisössä voi esiintyä avuttomuuden ja keinottomuuden tunteita. Usein näihin tilanteisiin auttaa ammatillinen ja asiallinen toiminta eli se, että potilasta kohdellaan kunnioittavasti. Päihdeongelmaisista monet ovat saaneet huonoa palvelua sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä, joten he saattavatkin jo

saapua tämän ennakkoasenteen kanssa ja ovat valmiita puolustamaan oikeuksiaan. Tällöin henkilökunta saattaa pelätä potilaan hyökkäävyyttä ja mahdollista väkivallan mahdollisuutta. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 242.)

Päihdeongelman hoitaminen saattaa aiheuttaa ristiriitoja työyhteisössä, koska potilaiden persoonallisuuden epävakaisuus saattaa heijastua työntekijöihin. Henkilökunta saattaa riidellä potilaan hoidosta tai hoitolinjoista. Työyhteisössä olisi hyvä keskustella näistä ristiriitatilanteista esim. neuvotteluissa. Pintaan saattaa myös nousta ristiriitoja sen vuoksi, ettei potilas halua ottaa apua vastaan, vaikka heitä haluttaisiin auttaa. Näihin ristiriitoihin voisi auttaa se, että henkilökunta ymmärtäisi päihderiippuvuutta ilmiönä, se auttaisi selvittämään ristiriitoja ja antaisi potilaiden käyttäytymiselle järjellisen selityksen. On todettu, että koulutusta tarvitaan kaikilla terveydenhuollon tasoilla lisää, jotta saataisiin henkilökunnalle riittävä tietotaito toteuttaa motivoivaa työtapaa sekä myönteisempiä asenteita potilaita kohtaan, kun kyseessä on alkoholismiin liittyvät ongelmat. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 242; Kääriäinen ym. 2000.)

On todettu, että perustasolla työskentelevien henkilöiden koulutustaso on huomattavasti vähäisempää kuin erityistason työntekijöillä. Täytyy muistaa, että huumeopinnot ovat usein valinnaisia, joten kiinnostus asiaan vaikuttaa opetukseen määrään. (Kuussaari 2006, 159.)

8 TEEMAHAASTATTELU

8.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyön lähestymistapana käytetään kvalitatiivista tutkimusta. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kohteen kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2010, 161.)

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankkimista ja aineisto kootaan luonnollisessa, todellisessa tilanteessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on luotettava omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena

on paljastaa odottamattomia seikkoja, sen takia lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää suosia tutkimusmetodeja, joissa tutkittavien omat näkökulmat ja mielipiteet pääsevät esille. Näitä ovat esim. teemahaastattelut, osallistava havainnointi ja ryhmähaastattelu. Kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksena. Tyypillistä on, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja tutkimus toteutuu joustavasti. Suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisena ja tulkitaan aineistoa sen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 164.)

8.2 Teemahaastattelu ja teemojen muodostuminen

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä on teemahaastattelujen tekeminen. Haastattelu sopii kokemuksellisuuden tutkimiseen, koska siinä tutkittavat pääsevät omin sanoin kertomaan kokemuksistaan.

Lomakehaastattelu on liian neutraali ja suppea lähestymistapa aiheelle ja kohderyhmää ajatellen. Haastattelumuotona on teemahaastattelu, jossa aihepiirit ovat jo tiedossa, mutta kysymyksien muotoilu ei ole tarkkaa. Myös teemojen järjestys on vapaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 208.) Teemahaastattelu on luonteva tapa tehdä tutkimusta päihitteiden käyttäjien kanssa.

Haastattelun etu menetelmänä on se, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen mukaan ja vastaajaa myötäillen. Aiheiden järjestystä on mahdollista vaihdella haastattelun aikana ja lisäksi on enemmän mahdollisuuksia tulkita vastauksia kuin esimerkiksi postikyselyssä. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastateltava haluaa antaa sosiaalisesti suotuisia vastauksia haastattelussa. Haastattelun toteuttamisessa on tärkeää se, että haastattelija kykenee tulkitsemaan vastauksia. Haastattelun aineisto on tilanne- sekä kontekstisidonnaista, joten haastateltavat saattavat sanoa asioita eri tavalla haastattelutilanteessa kuin muissa tilanteissa. Tämä seikka otetaan huomioon kun aineistoa tulkitaan, tuloksia ei siis yleistetä liikaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 205- 207.)

Teemahaastattelua pidetään lomakehaastattelun ja avoimenhaastattelun välimuotona. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä ja siinä haastattelu kohdennetaan siis tiettyihin teemoihin, joista haastattelun aikana keskustellaan. Teemat

ovat samat kaikille haastateltaville. (Hirsjärvi ym. 2010, 208; Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48.)

Teemahaastattelussa on kaikkien tärkeintä se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijasta haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa. Tämä tapa tuo haastateltavan oman äänen kuuluviin. Teemahaastattelu ottaa huomioon myös ihmisten omat tulkinat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. Teemahaastattelu eroaa strukturoidusta lomakehaastattelusta juuri vapaan etenemisjärjestyksen ja vapaiden kysymysten asetteluiden vuoksi. Teemahaastattelu ei kuitenkaan ole niin vapaa tutkimismuoto kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.)

Haastattelun teemoja ja runkoa laadittaessa ei tehdä yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuuttelo. Teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden alakäsitteitä tai -luokkia. Ne ovat yksityiskohtaisempia kuin tutkimustehtävät, hyvin pelkistettyjä sanaluetteloita. Teemat toimivat meille haastattelutilanteessa muistilistana ja ovat keskustelua ohjaava kiintopiste. Teemat ovat alueita, joihin keskustelukysymykset kohdistuvat. Teema-alueita tarkennetaan haastattelutilanteessa kysymyksillä, teemahaastattelun tyyliin kuuluu, että myös haastateltava voi toimia kysymyksen tarkentajana. Se, miten haastateltava ymmärtää ja kokee asiat, riippuu hänen maailmankatsomuksestaan, elämäntilanteestaan ja ajatuksistaan. Teema-alueet ovat niin väljiä, että tutkittavan asian todellinen monipuolisuus tulee esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66 - 67.)

8.3 Otanta

Opinnäytetyötä varten tehtiin saatekirje, joka toimitettiin erilaisiin järjestöihin, joissa päihteiden käyttötaustaisia henkilöitä käy eli Stop huumeille ry:lle sekä julkisille paikoille, esim. kauppojen ilmoitustauluille.

Otantaa suunniteltaessa täytyi pitää mielessä mitä ollaan tutkimassa. Tässä tutkimuksessa kriteerinä pidettiin haastateltavan asiantuntemusta tai kokemusta tutkimustehtävästä. (Vilkkä 2005, 114.) Haastateltavat valittiin tietyn ryhmän perusteella, jota he edustavat. Haastateltava ryhmä valittiin tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Eräänä lähestymistapana käytettiin siis taustayhteisöä eli Stop Huumeille ry:tä. Muistettiin kuitenkin, että yhteisön valinta saattaa myös rajata tutkittavaa ryhmää. Taustayhteisön

kautta saatiin yhteys haastateltaviin eli he jakoivat ensitiedon tulevasta haastattelusta ja kyselivät kiinnostuneita osallistujia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 83 - 84.)

Tätä opinnäytetyötä varten haastateltiin henkilöitä, joilla on kokemusta erilaisista terveydenhuollon palveluista kuten sairaalahoidosta, terveyskeskuksista, päivystyspoliklinikoista, erilaisista kirurgian tai sisätautien poliklinikoista, eli käytännössä kaikista kentistä, joissa voi kohdata hoitohenkilökuntaa. Asiakassuhteiden pituudella ei ollut väliä otannan valinnassa, tärkeintä olivat erilaiset kohtaamiset hoitohenkilöstön kanssa ja kyky reflektoida niitä. Otannassa taustatekijät vaikuttivat siten, että henkilöllä täytyi olla jonkinlaista päihdetaustaa, ongelmakäytön rajan piti olla täyttynyt. Satunnainen päihteiden käyttö, niin sanottu viikonloppukäyttö, ei ollut riittävä peruste haastateltavaksi valitsemiseen.

8.4 Haastattelun toteuttaminen

Haastattelutilannetta suunniteltaessa oli tärkeää miettiä istumajärjestelyjä, sillä se oli tärkeä asia onnistumisen kannalta. Huolehdittiin, ettei istuta liian kaukana haastateltavasta, sillä äänityksen laatu voi kärsiä kuin myös luottamuksellinen ilmapiiri. Paras tapa oli istua vastakkain tai kulmikkain, esim. pöydän ääressä. Näin pystyttiin näkemään ilmeet. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 91.)

Tallentaminen kuuluu teemahaastattelujen luonteeseen. Näin haastattelut sujuivat katkoitta sekä nopeasti. Ilman paperia ja kynää tuli haastatteluista luontevia. Teema-alueiden muistaminen oli tärkeää ja sillä vältettiin papereiden selaaminen. Nauhurin olemassaolo myös unohtui nopeasti, vaikka se jännitti alussa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 75, 92.)

Haastattelijalla voi olla ns. *rooli*odotuksia, jossa hän odottaa tietyn ryhmän edustajalta tietynlaista käyttäytymistä. Odotukset koskevat esim. käyttäytymistä, puhetyyliä, ulkoisia seikkoja. Haastattelijan näkökulmasta haastateltavalla on yksi pääasiallinen tehtävä: antaa tarvittava tieto. Haastateltavan tosiasiallinen roolikäyttäytyminen voi olla kaukana odotuksista. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 95.) Haastattelijan roolilla on myös odotuksia, kuten ammatillinen käyttäytyminen. Ammatillisella käyttäytymisellä tarkoitetaan sitä, että käyttäydyttiin asiallisesti ja kohteliaasti, oltiin tehtäväkeskeisiä ja kiinnostuneita tutkimuksen aiheesta ja haastateltavista. Muistettiin myös, että haastat-

telijan ei tule nostaa itseään auktoriteetin asemaan vaan hän ja haastateltava ovat tasavertoisia keskenään ja ns. samalla viivalla. Haastattelijana oli käyttäytyttävä neutraalisti, mutta ystävällisesti sekä luottamuksellisesti. Luottamuksellisuutta korostettiin haastattelun kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 101 - 102.)

Haastattelutilanteessa noudatettiin käytöstapoja. Huomioitiin haastateltavan oikeudet toisin sanoen juridiset, moraaliset ja eettiset standardit kuten vaitiolovelvollisuus. Teemahaastattelussa edellytetään, että haastattelija pidättäytyy lisäämästä omia kommentteja liiallisesti. Vaikka haastateltava voi nähdä tilanteen mahdollisuutena purkaa tunteuksiaan, ei haastattelija näin toimi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 101 - 102.)

Haastattelijan tavoitteena haastattelutilanteessa on saada tiedon kulku helpoksi ja motivoida haastateltavaa. Haastattelijalta vaaditaan joustavuutta, kielellisten ja eikielellisten keinojen käytössä. Olennaista on löytää tasapaino kysymysten esittämisen ja vastausten saamisen välille. Haastattelutilanteessa täytyy olla aktiivinen kuuntelija, jotta pystyi oivaltamaan nopeasti keskustelun olennaiset asiat. Kysymysten asettelu valmiiksi oli kuitenkin tärkeää, jos esimerkiksi haastateltava oli varautunut tai hiljainen. Silloin ohjattiin tilannetta kysymyksien avulla. Haastattelut tehtiin arkikielellä. Haastatteluissa täytyi valita oikea ilmaisun taso ja pyrkiä omaksumaan osuvia ilmaisuja vastaajien sanastosta. Äänenpainot, korostukset ja sanontatavan muutokset voivat muuttaa kysymyksen merkityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 102 - 103.)

Motivointi haastattelun aikana oli tärkeää. Motivointikeinot valitaan yksilöllisesti haastateltavan kiinnostusten mukaan. Äännähtely on yksi tapa ylläpitää meneillään olevaa puhetta. On todettu, että äännähtelyt pidentävät vastauksia. Äänensävy on ratkaiseva ja huudahduksia vältetään. Palkitseminen on tapa, jolla tietoisesti osoitetaan arvostusta haastateltavan vastauksia kohtaan. Näin motivoitiin ja ylläpidettiin haastateltavan tapaa vastailla. Haastattelijan oli tärkeää tarttua vihjeisiin haastateltavaa kiinnostavasta alueesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 116 - 118.) Teema-alueiden järjestys vaihteli sen mukaan, mikä tuntui tilanteessa luontevimmalta. Joskus teema-alueeseen siirryttiin haastateltavan aloitteesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 104.)

Kysymysten kaksi tehtävää voivat olla temaattinen (haastattelun pääaihe ja teoreettiset käsitteet) ja dynaaminen (edistää vuorovaikutusta, ylläpitää keskustelua ja motivoi). Kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä ja lyhyitä. Kysymykset ryhmiteltiin sisäl-

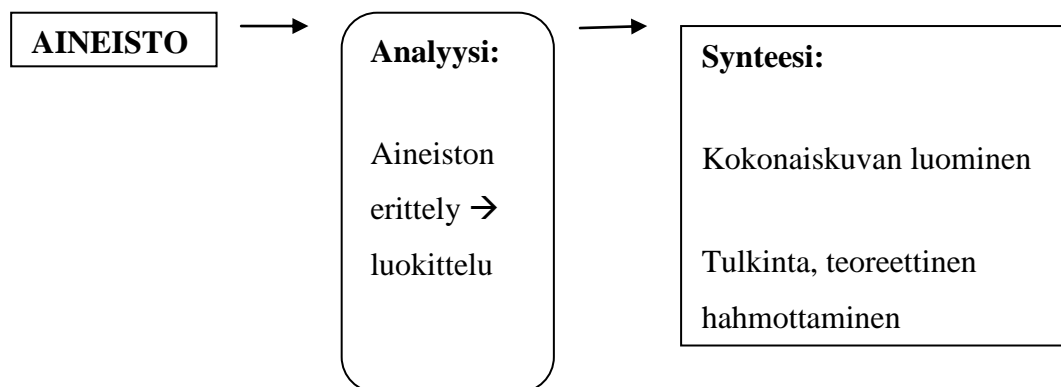
töalueittain. Teemahaastatteluun ei kuitenkaan varsinaisesti kuulu tarkka ennakkoryhmittely, vain päälinjat hahmoteltiin. Pääperiaatteena oli, että kaikki kysymykset olivat tyypistä riippumatta avonaisia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 105 - 106.)

Eleet, ilmeet ja asennot oli otettava huomioon haastattelutilanteessa. Kehonkielestä voitiin tulkita paljon asioita kuten jännittyneisyys. Myös pienet lisäliikkeet saattoivat paljastaa jännittyneisyyden esim. jalan heiluttaminen tai sormen naputus. Tällöin voitiin joko syventää kyseessä olevaa teemaa lisäkysymyksillä tai siirtää sitä myöhemmäksi. Myös puheensävy, korkeus tai kireys kertoivat tunnetiloista. Tauko puheessa saattoi merkitä muistelemista tai miettimistä. Nyökkäyksillä saatiin kannustettua haastateltavaa jatkamaan vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 119 - 121.)

8.5 Sisällönanalyysi

Tutkimusaineiston analysointitapa valittiin jo aineistoa kerätessä. Analyysiin on erilaisia vaihtoehtoja. Kuitenkin laadullisen analyysin pääpiirteet Hirsjärvi & Hurme (2001, 136) esittää seuraavasti:

1. Analyysi tehdään jo haastattelutilanteessa (havainnot useiden toistuvuuden ja jakautumisen pohjalta)
2. Aineisto pidetään lähellä kontekstia ja usein säilyttää sanallisen muotonsa
3. Tutkijan päättely on joko aineistolähtöistä tai pyrkii todentamaan valmiina olevia teoreettisia johtoideoita
4. Laadullisessa sisällön analyysissä on vähän standardoituja analysointitekniikoita.



Kuva 3. Analyysin vaiheet (mukaiillen Hirsjärvi & Hurme 2001)

Sisällönanalyysi tässä tutkimuksessa on deduktiivis-induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia, jota jäsenneltiin teorialähtöisesti analyysirunkoon. Analyysirunko rakennettiin käyttäen induktiivisia menetelmiä: luokittelua ja alaluokittelua sekä kokoavia käsitteitä (Kuva 3). Analyysirungosta nähdään konkreettisesti ilmaukset, joista luokat muodostuvat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 111.)

Aineiston tulokset purettiin teemoittain. Aineistoa läpikäydessä sieltä etsittiin aiheeseen liittyvät ja kiinnostavat lauseet. Leikkaa - liimaa- systeemillä ne siirrettiin toiseen Word -tiedostoon. Tällöin lisättiin tunnistetiedot jokaiseen leikattavaan kohteeseen käyttäen yläindeksiä haastattelujen järjestysluvun mukaan: esimerkiksi ”haluan kertoa kokemuksistani^{H2}” Sitaateissa oleva lause on siis otettu haastattelusta numero 2. Näin tuloksia muodostavat sitaatit ovat jäljitettävissä alkuperäiseen aineistoon. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 141.)

Sisällönanalyysiä (Kuva 4) aloitettaessa päätettiin mikä juuri tässä aineistossa eniten kiinnostaa, käytiin aineisto huolellisesti läpi ja puretaan se tekstiksi huolellisesti. Seuraavaksi merkittiin kaikki sellaiset asiat, jotka olivat kiinnostuksen kohteena. Tätä vaihetta nimitetään litteroinniksi tai koodaamiseksi. Merkittiin asiat ja siirrettiin ne erilleen muusta aineistosta, eli kerättiin merkinnät omaan tiedostoonsa. Koodaamiseen on erilaisia keinoja. Kuitenkin pääperiaatteena oli saada jäsennetty versio kirjoitetuista muistiinpanoista, jotka kiinnostivat. Koodauksen onnistuttua oli mahdollista jäljittää

myös niiden alkuperä eli koodimerkit toimivat niin sanottuna ”sisällysluettelona” aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 94.)

Seuraava vaihe analyysissä oli luokittelu, ryhmittely tai tyypittely. Teemoittelu oli luonnollisin tapa lähestyä teemahaastattelulla koottua aineistoa, koska teemarunko antaa jo itsessään jäsentelyn aineiston sisältöön. Teemoittelussa yleensä aloitetaan ryhmittelemällä aineisto taustatietojen (ikä, sukupuoli) mukaan, mutta otanta oli tässä tutkimuksessa niin pieni, että edettiin suoraan etsimään tiettyä teemaa kuvaavia aineiston osia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 - 95.)



Kuva 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

8.6 Tutkimusetiikka

Tutkimusetiikka voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi, johon kuuluu eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijoiden pitäisi noudattaa. Normit ohjaavat tutkijoita noudattamaan tutkimusmenetelmiä ja esittämään luotettavia tuloksia, sekä toteuttamaan aineiston keruu, käsittely ja arkistointi asianmukaisesti. Nämä asiat liittyvät myös olennaisesti luotettavuuteen. Vaikka vastuu tutkimuksesta onkin tutkijalla itsellään, on tutkijan noudatettava yhteisesti sovittuja periaatteita omassa tutkimustyössään. Tutkimus joka on eettisesti hyvä edellyttää seuraavia asioita: tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja. (Kuula 2006, 23 - 24, 26.)

Ihmisen itsemääräämisoikeutta tutkimuksissa pyritään kunnioittamaan siten, että ihmisellä on oikeus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Ihmisille tulee kertoa riittävästi tutkimuksesta, ilman tietoa ei voi syntyä vapaaehtoisesta päätöstä. Ennen kuin ihminen voi tehdä päätöksen, tulee heille antaa perustietoa tutkimuksesta ja siitä, kuka tutkimuksen toteuttaa, sekä siitä, mihin tietoja käytetään. Lisäksi on hyvä kertoa, mitä osallistuminen kokonaisuudessaan tarkoittaa, onko kyseessä vain kerran tehtävä aineistonkeruu vai edellyttääkö tutkimukseen osallistuminen aktiivista osallistumista myös jatkossa. Kerrotaan myös kuinka paljon aikaa tutkimukseen osallistuminen vie. (Kuula 2006, 61 - 62.)

Tutkimuksessa yksityisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, että ihmisellä on itsellään oikeus määritellä mitä tietoja he tutkimuksessa antavat. Tutkimustekstit tulee myös kirjoittaa niin, ettei yksittäistä tutkittavaa voi niistä tunnistaa. Kun puhutaan luottamuksesta tutkimusaineiston yhteydessä, tarkoitetaan sillä sitä, että aineistoa käytetään, käsitellään sekä säilytetään niin kuin on sovittu (Kuula 2006, 64.)

Kun tutkimustulokset julkaistaan, voi niillä olla vahingollinen vaikutus tutkittavan henkilön elämään. Jos tutkija käyttää negatiivista kirjoittamistyyliä, voi se leimata tutkittavan edustaman ryhmän, vaikkei yksittäistä tutkittavaa voisikaan tunnistaa tuloksista. Myös arkaluonteisista ja vaikeista asioista voi tuottaa uutta tietoa, mutta tutkijan ei tarvitsisi hyväksyä kaikkia asioita tutkittavan asenteista ja elämästä. Tutkija voi silti selittää ja ymmärtää tutkittavan elämää ryhtymättä kuitenkaan itse asenteelliseen mustamaalaamiseen. (Kuula 2006, 63.)

9 HAASTATTELUJEN TOTEUTUS

9.1 Järjestelyt

Ennen varsinaisia haastatteluja toteutettiin koehaastattelu. Koehaastateltava ei ollut päihteidenkäyttäjä vaan henkilö lähipiiristämme. Haastattelusta ei saatu välttämättä koe mielessä todellista hyötyä teemarungon kehittämistä varten, mutta koehaastattelun avulla pystyttiin kuitenkin harjoittelemaan kysymysten esittämistä ja tarkistamaan esimerkiksi toistaako teemahaastattelurunko itseään tai tulisiko siihen lisätä jotain apukysymyksiä muistiin. Teemahaastattelurungon ns. puutteet tai ongelmat tulivat varsinaisesti esiin vasta ensimmäisen oikean haastattelun kohdalla.

Tutkimusta varten tehtiin kolme teemahaastattelua. Haastatteluissa käytettiin teorianpohjalta rakennettua teemahaastattelurunkoa (liite 2). Haastattelut toteutettiin loka-kuun 2012 aikana. Paikkana oli kahden haastateltavan koti ja yksi haastattelu tehtiin kokoustilassa kunnan kirjastossa. Haastateltavat saatiin käyttäen saatekirjettä (liite 4) yleisillä paikoilla. Kaksi oli nähnyt saatekirjeen lähikaupan ilmoitustaululla ja läheiset olivat kertoneet asiasta yhdelle haastateltavalle. Ikäjakauma oli 35 – 65 vuotta. Miehiä oli kaksi ja yksi haastateltava oli nainen. Kahdella haastateltavista päihdetaustaan liittyi runsas alkoholin käyttö, jota on kestänyt useita vuosia, yksi haastateltava kertoi, että hänellä on myös huumetausta. Kaikki haastateltavat kertoivat olevansa tällä hetkellä raittiina. Haastattelutilanne oli päihteetön.

Haastattelut nauhoitettiin nauhurille jonka toimivuus ja äänenotto testattiin etukäteen sekä aina ennen haastattelujen alkua. Haastattelujen lopullinen kesto oli 25 min, 50 min ja 1 h 15 min.

9.2 Sisällönanalyysi käytännössä

Haastattelujen purku:

1. Haastattelut siirrettiin tietokoneelle ja kuunneltiin läpi ajatuksella.

2. Haastattelut purettiin sisällönanalyysin menetelmää käyttäen Word-tiedostoiksi sanasta sanaan fonttikoolla 12 riviväli 1,5. Aukikirjoitettujen haastattelutiedostojen pituus oli 5, 7 ja 12 sivua eli yhteensä 24 sivua.
3. Nauhat kuunneltiin läpi vielä kerran ja samalla luettiin aukipurettua tekstiä ja korjattiin mahdolliset kirjoitusvirheet tekstistä. Molemmat kuuntelivat kaikki nauhat läpi.
4. Seuraavaksi eriteltiin kaikista haastatteluista aihepiireittäin mielenkiintoisia lauseita ja aiheita, jotka ynnättiin yhteen omaksi koostetiedostoksi jonka pituus oli 12 sivua.
5. Otteet on purettu aihepiireittäin samaan, jotta aiheet erotetaan toisistaan, joista eniten syntyi mielenkiinnon kohteena olevia vastauksia.
6. Haastattelu-otteet koodattiin käyttäen yläindeksi-merkkejä jokaisesta haastattelusta aikajärjestyksen mukaan: H1, H2 ja H3.
7. Tulokset purettiin teemahaastattelurunkoa mukaillen → analyysirunko. Analyysirungosta (liite 5) voidaan nähdä miten tulokset ovat muodostuneet ja miten ne vastaavat tutkimustehtäviin.

10 TULOKSET TEEMOITTAIN

Opinnäytetyön tulokset purettiin teemoittain, koska katsottiin sen olevan lukijaystävällistä sekä selkeää ottaen huomioon tulosten luettavuus. Tulosten vastaaminen tutkimustehtäviin näkyy selkeästi myös analyysirungosta (liite 5). Runkoon on eritelty teemat, jotka toimivat yläkäsitteinä ja niiden vastaaminen tutkimustehtäviin, jotka toimivat kokoavina käsitteinä.

10.1 Taustatiedot

Haastateltavat kertoivat, että heillä on ollut monenlaisia asiakkuuksia erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Pidemmät asiakkuudet olivat keskus- tai aluesairaaloissa sekä terveystieteiden keskuksissa. Päihdehuollon asiakkuuksia oli a-klinikalle sekä katkaisuhoidon osastolle ja ne olivat kestäneet haastateltavilla pisimpään kaikista asiakkuuksista. Myös päiväkeskukset ovat olleet kahden haastateltavan käytössä useaan kertaan kuu-kaudessa.

Syitä hoitoon hakeutumiselle mainittiin yleensä olleen tapaturmat, kuten murtumat, jotka sattuivat päihteiden vaikutuksen alaisena. Psykkiset syyt näyttäytyivät terveydenhuoltoon hakeutumisen syynä. Alkoholin aiheuttamien sisäelinvaurioiden takia yksi haastateltava oli kokenut pitkiäkin jaksoja sairaalassa. Myös muistikatkoksia oli ilmennyt sekä erilaisia allergisia reaktioita, joiden syyt oli tulkittu päihteiden aiheuttamiksi. Toki myös päihteistä riippumattomiakin hoidon syitä mainittiin, kuten erilaiset leikkaushoidot.

Terveystieteiden keskuksiin haastateltavat ovat hakeutuneet lähinnä lääkeresepien saamiseksi. Yhdellä oli kokemuksia myös terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla olosta, jonne hän oli hakeutunut psyykkisten ongelmien takia. Mielenterveystoimistosta kokemuksia oli kahdella haastateltavalla, myös psykologin palveluita oli käytetty. Yhdellä haastateltavista oli myös kokemuksia päiväsairaalan palveluista sekä kotihoidon asiakkuudesta.

10.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus terveydenhuollon henkilöstön kanssa koettiin vähäiseksi, joissain tapauksissa jopa mitättömäksi. Hoitajien kommunikaatio vuorovaikutus tilanteissa koettiin vähäiseksi ja asenteelliseksi jo heti alussa:

”... Ne on vaa niiku robootei, jotka liikkuu ja tuo lääkkeen ja kattoo tietokoneelt jahas tol menee toi lääke, tuo sen lääkkeen ja se on ihan sama mitä siel tietokoneel lukee...”^{HI}

Haastateltavat kokivat, että tietokone ohjaa hoitajien toimintaa ja hoitajat olivat läsnä vain fyysisesti mutta eivät kuunnelleet potilaita. Haluttiin kiinnostusta potilaita koh-

taan esimerkiksi pienillä kysymyksillä joilla keskustelua saataisiin aikaiseksi. Toivottiin keskustelua myös asioista jotka hoitajat jo näkevät tietokoneelta. Haastateltavat toivoivat että heiltä myös kysyttäisiin vointia, eikä luotettaisi pelkästään kliinisiin havaintoihin ja tietokoneella näkyviin väittämiin.

”... eihän ne tuu juttelee, siis ne ei tuu mitää muuta juttelee, kun ”siinä” sanoo vaa ja jättää lääkkeet, roboottei ne on.^{H1}”

Omaa osallistumista vuorovaikutukseen ja sen luomiseen haastateltavat eivät osanneet arvioida. Siihen liittyvät seikat tulivat keskustelussa esille muissa vastauksissa. Yksi haastateltava kuvasi olleensa ajoittain varuillaan ja nöyrä ammattilaisten edessä:

”... enemmän oon niiku sillee häntä koipien välis ollu... Se pistää nöyräks se niiku ensinnäki jos menee jonnee sairaalaa ... ja huonos kunnos ni eihän siin passaa käyä kukkoilemaa sit kaupan päälle.^{H1}”

Kaikki haastateltavat kuvasivat, että ovat suoraan ja rehellisesti kertoneet, mitä ajattelevat hoitajista sekä omasta tilanteestaan. Myös huutamista ja kiroilua oli käytetty kommunikaatiossa. Huutamista ja epäasiallista käytöstä on purettu jälkikäteen yhdessä hoitajien kanssa. Haastateltavat olivat pahoitelleet ja miettineet käytöstään myös jälkikäteen. Henkilökemioiden toimimattomuus oli johtanut siihen, että hoitajia oli vaihdettu ja hoitosuhteet olivat joskus myös päättyneet, koska asiakas itse näin toivoi:

”... toinen hoitaja mistä mä en tykänny, mä jäin pois sieltä että mä haluan toisen hoitajan, sittenhän mulle järjestettiin toinen hoitaja mutta ei se ollut sen parempi, sitten mä lopetin sen mielenterveystoimistossa käymisen kokonaan...^{H2}”

Haastateltavat kokivat välinpitämättömyyttä hoitajilta, heidät on jätetty huomiotta ja he kaipasivat keskustelua hoitajien kanssa. Tietyt hoitajat koettiin ymmärtäväisiksi ja empaattisiksi, mutta heitä oli vähemmistö. Haastateltavat kokivat vanhempien hoitajien olevan vuorovaikutustaidoiltaan parempia kuin nuorten:

”Et sen näkee niiku siitä, siel on just niiku pari niitä, yleensä ne vanhemmat naiset on sellasii mukavempii. Ja osa niist on sit semmosii ketkä

niiku vähän aikaa kättelee sillee niiku vähä varuillaa, mut suurin osa on niit ketkä ei ota huomioo ollenkaa.^{H1}

Hoitajan kuuntelutaidot korostuivat kun haastateltava kertoi psyykkisistä oireiluista. Kuulluksi tuleminen ja omien kokemusten jakaminen koettiin tärkeäksi. Hoitajan kanssa keskusteleminen koettiin helpottavaksi:

”Kaikki ei ota juttuja silleen ku pitäs mun mielestä ottaa. Ei kaikki. Mä olen masentunut jos joku ei ole empaattinen. Että jos ei mua, jos mä en tuu kuulluks.^{H2}”

Joskus haastateltavat olivat kokeneet että eleillä viestitettiin tympääntyneisyyttä työtä tai potilasta kohtaan. He kokivat silloin tuottavansa liikaa työtä hoitajalle ja he suorittivat vain välttämättömän toimenpiteen. Näin vuorovaikutusta ei päässyt syntymään:

”... osastolla sen tympääntymisen näki siintä ihmisestä tai hoitajasta, et eleistä tai semmosesta käytöksestä, oleilusta. Että välillä oli sen näkösiä ”että äh että tänneki piti raahautua”. Ei se hoitaja paljo jutellu, ei, se vaan toi lääkkeit tai laitto sen tipan tippumaa, antibiootin tai näin ja lähti...^{H3}”

Luottamuksellisuus hoitosuhteessa koettiin eri tavoin. Yksi haastateltava luotti hoitajien sanaan salassapitovelvollisuudesta. Yhdelle taas henkilökunnan suuri määrä osastolla tuotti epäilyksiä, koettiin että hoitajat puhuvat toisilleen ikävään sävyyn potilaiden puhumista asioista. Erään haastateltavan mielestä tietokone rikkoo yksityisyyden, kun asiat kirjataan talon sisäisiin tietokantoihin.

Ympäristö vaikutti vuorovaikutukseen jonkin verran. Varsinkin käytäväpaikalla nukkumisen eräs haastateltava koki epämiellyttäväksi. Myös hoitajien kiire näyttäytyi kaikkien haastateltavien vastauksissa. Kiireeseen suhtauduttiin epäilevästi ja kyseenalaistaen sitä.

”... se hoitajien kiire vaikutti... ei sitä sinne huoneeseen nähny, mut kylhän siel miljoona muuta potilasta tietenki oli, vai? En tiie oliko niil sit oikeesti kiire, mut ainaki kiire sielt huoneesta oli pois. Ei kyl viihtyny siel huonees yhtää sen pidempää ku oli pakko.^{H3}”

”... kun oli paljon potilaita ni tota ei siellä niinku yhtee ihmisee aina kiinnitetty sitä huomioo, että se oli välil ... se oli niinku liukuhihnatyötä ... Se työ vaa tehää, sitku jotaa täytyy ni sit lähetää pois ...^{H2}”

10.3 Asenteet

Päihdehuollossa hoitajien vaihtuminen nuorempiin ja tiedon lisääntyminen on parantanut suhtautumista, koska heillä on enemmän kokemusta myös muista päihteiden käyttäjistä kuin alkoholisteista, asenteet koetaan avoimemmiksi. Haastateltavat kokivat, että jotkut päihteidenkäyttäjät antavat kaikille huonon maineen ja se vaikuttaa asenteisiin ja siihen, miten päihteiden käyttäjiin suhtaudutaan. Yhden ihmisen käytös voi leimata koko asiakasryhmän, heiltä odotetaan jo valmiiksi huonoa käytöstä ja karkeaa kielenkäyttöä. Yksi haastateltava painotti koulutuksen merkitystä ja sitä, miten uusilla hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa asenteisiin ja parantaa päihteiden käyttäjiin asennoitumista paremmaksi:

”...se lähtee nimenomaan sieltä (hoitajan koulutuksesta)... ni työ ootte niit nuorii hoitajii ketkä ymmärrätte nyt sitte niiku taas niiku sillee paremmin koko ajan .. se on niin koko ajan tulee näit mun kaltasii ihmisii lisää ja lisää, kaikki kaikennäkösii sairauksii ja koko ajan enemmän ja enemmän ku niit just tarvitaa et se on se hoito sellast että ihmiset tulee sinne hoitoon eikä pelkää ...^{H1}”

Haastateltavat kokivat pääasiassa, ettei heitä oltu pelätty terveydenhuollon yksiköissä. Yksi haastateltavista tosin mainitsi, että häntä on luultavasti pelättykin ulkonäön ja kokonsa puolesta, myös se, että papereissa on maininta päihdetaustasta vaikuttaa hänen kokemuksensa mukaan hoitajien asennoitumiseen. Myös vaatetus ja ulkoinen olemus vaikuttavat, haastateltava koki, että ulkonäön perusteella tehdään negatiivisia oletuksia:

” ... ku on sen verran iso ja kuitenkin, varmaan on pelänny ... käy riehuu ja käy sellast ja jotkuu taas liittää sen päihteet ja ulkonäön ja tälläset niiku ja tekee niist sen useimmiten se on niiku se negatiivinen päätelmä ...^{H1}”

10.4 Eettinen kohtaaminen

Haastateltavat kertoivat kohtaamisesta erilaisia kokemuksia, mutta kaiken kaikkiaan päihdehuollossa kohtaamiset koettiin positiivisemmiksi kuin terveydenhuollossa. Kohtaamistilanne koettiin tasa-arvoiseksi, jos hoitaja puhui ”ihminen ihmiselle”. Tasa-arvoisuus kohtaamisissa toteutui kuitenkin harvoin. Eräs haastateltava koki tasa-arvoisia kohtaamisia sairaalassa vain yhdeltä hoitajalta. Jotkut kokivat, että tuloluokka ja ikä vaikuttavat kohteluun ja kohtaamiseen. Yksi haastateltavista koki, että jos ikää on tarpeeksi, saa helpommin hoitoa. Eräs haastateltava koki, että päihteiden käyttäjien epätasa-arvoinen kohtelu on automaatio:

”... tottakai katsotaan alaspäin, määrätyt hoitajat...^{H2}”

”... et kyl kuitenkin kakkosluokan ihmisiks joutuu tuntemaan ittesä ...^{H3}”

Haastateltavat kokivat, että vaikei kohtaaminen tai kohtelu ollutkaan niin hyvää kuin pitäisi olla, saivat he kuitenkin hoitoa. Joskus he tunsivat tulleen myös kuulluiksi ja saivat puhua omasta voinnistaan ja mielialastaan. Haastateltavat ovat sanojensa mukaan ns. kestäneet huonon kohtelun, koska olivat kuitenkin saaneet hoitoa:

”... sillonkun mä join vielä ... et oli vähän se vastaanotto sellasta, että se ei ollu niin hienoa, tai kivaa kun olis pitäny olla, mutta mä sitte kärsin sen kaikki ja hoidossahan mä olin ja hoitihan ne mua ... kyllähän ne parhaansa teki, kaikesta huolimatta...^{H2}”

10.5 Laadukas palvelu

Käsitys laadukkaasta palvelusta vaihteli. Haastateltavat kokivat, että kohtaaminen ja hoito ovat erillisiä asioita. Hoitoon oltiin pääasiassa erittäin tyytyväisiä. Yksi haastateltavista koki vahvasti, että sairaalasta yritetään vaan saada potilaat ulos mahdollisimman nopeasti. Koettiin myös, että tutkiminen jää vähemmälle vaikka siihen olisi aihetta potilaan mielestä. Toiset taas kokivat, ettei kotiuttamista tehty liian aikaisin tai puolikuntoisena.

Sujuvaksi hoidon kokivat kaikki, turhia viivytyksiä ei oltu huomattu. Ammattiryhmien välinen yhteistyö koettiin hyväksi, eikä siinä nähty ongelmia. Hierarkkisuuksi nähtiin osastolla jonkin verran, haastateltavat kertoivat, että hoitajien välillä on nokkimisjärjestys. Yleensä osa vanhemmista hoitajista nähtiin tässä nokkimisjärjestyksessä korkealla. Myös lääkäri nähtiin johtohahmona, jonka kautta pystyi ohjailemaan hoitajien toimia:

”...se mitä sie sanot niille lääkäreille, se sanoo niille hoitajille ja sillee saa niit robootei niiku ohjailtuu itte...^{H1}”

Haastateltavat kokivat mielipiteiden esittämisen hoitajille haastavaksi. Tuli ilmi, että myös byrokratiaa on koettu, sillä potilaan sana ei kuulunut hoitopäätöksiä tehtäessä, vaikka mielipiteitä saikin esittää. Hoitopäätökset ja linjaukset oli usein jo tehty ennen kuin kysyttiin potilaan kantaa:

”...ehdotuksilla ei kuitenkaan vaikutusta, he oli tavallaan byrokraattisia siinä että ei siellä niinku potilaan sana aina kuulunut, ei kuulunu...^{H2}”

Haastateltavat kokivat, etteivät hoitajien valmiudet puhua päihteiden käytöstä ole riittävät, tai että siitä ei lainkaan aloiteta keskustelua potilaiden kanssa. Haastateltavat olivat pääasiassa itse kertoneet päihteiden käytöstä ja taustoistaan hoitajille ja lääkärille. Haastateltavat eivät kokeneet asiasta puhumista vaikeaksi ja kannustavat vastauksissaan hoitajia puhumaan asiasta rohkeasti:

”... se kannattais ottaa puheeks. Jos ihminen joka on myöntäny itellee sen, mut jos ei oo myöntäny itellee ni sithän se on dilemma, mut että muuten se on hyvä vaa et tulee just ja kyselis tollasii ...^{H1}”

Omaiset otettiin vaihtelevasti mukaan hoitoon. Yksi haastateltava koki, että omaisten huomiointi oli kiitettävää. Toiset kokivat, ettei omaisia otettu lainkaan huomioon hoitajaksojen aikana. Tuen tarvetta sairaalajaksoilla ei haastateltavien mukaan kartoitettu kokonaisvaltaisesti, fyysinen hoito katsottiin pääasialliseksi kiinnostuksen kohteeksi. Haastateltavista yksi koki, ettei elämäntilanteen ja tuentarpeen kartoitus kuulukaan sairaalan tehtäväksi vaan suoraan päihdehuoltoon, sillä siellä hoitajakset ovat pidempiä ja henkilökunta tuttua.

Sairaalajaksoilla kaikki haastateltavat kokivat hoitajien määrän riittäväksi. Toisaalta taas haastateltavat kokivat hoitajien olevan kiireisiä, koska kunnollista vuorovaikutus-tilannetta ei pääse syntymään, työ on ns. liukuhihnatyötä. Eräällä haastateltavalla oli kokemuksia myös kotihoidon asiakkuudesta, jossa on hänen mukaansa ollut resurssipulaa. Hoitajien vähyys on ilmennyt hoitokäyntien viivästymisillä sekä varsinkin lääkkeiden myöhästymisessä.

”... ku heillä on hirvee työpaine, ni mä koen että välillä he ei jotenki jotta asiaa muista taikka se kestää ja kestää että se asia niinku viivästyy ... jos ei tuu ajallaan lääkkeitä mä kerkeen hermostuu jo, toisaalta mä ymmärrän, he joutuu ottaa toisesta piiristä jonku hoitajan auttaa heitä et mä saan sitte lääkkeeni...^{H2}”

Hoitajat koettiin ammattitaitoisiksi ja hoito jopa ensiluokkaiseksi. Lääkärit koettiin kaikkien haastateltavien vastauksissa ammattitaitoisiksi, joissain vastauksissa lääkäri koettiin myös helpommin lähestyttäväksi kuin hoitajat. Heidän mukaansa hoitoa sai aina, kun tarvitsi, eikä puolikuntoisena joutunut kotiin. Lääkäriin määräämiä tutkimuksia olisi kuitenkin kaivattu lisää:

”... kyllä voi sanoa että loppujen lopuksi mä olen ollut aika tyytyväinen, että mua on hoidettu...^{H2}”

11 POHDINTA

11.1 Tulosten yhteenveto ja tarkastelu

Tuloksista pystytään erottamaan selkeitä puutteita vuorovaikutuksessa ja kohtaamisessa. Hoitajien valmiudet päihteidenkäyttäjän kohtaamiseen ovat puutteelliset, ja tätä kautta voitiin päätellä, että lisäkoulutuksen tarvetta on runsain määrin.

Päihteidenkäyttäjien kokemukset terveydenhuollosta olivat vaihtelevia. Tuloksista ilmenee, että *hoito* asiana eritellään kohtelusta ja vuorovaikutuksen toteutumisesta. Tulokset kertovat hoidon olleen kiitettävää ja hyvää, näin ollen asiakkuus terveydenhuollossa ja laatuksiteerit on koettu toteutuneen. Vuorovaikutus ja kohtaaminen hoitajien

kanssa oli koettu vaillinaiseksi ja negatiiviseksi. Tämä kertoo siitä, että haastateltavat eivät miellä hoitajan käytöstä ja saamaansa kohtelua osaksi saamaansa hoitoa ja palvelua. Tästä huolimatta, koska asiakaslähtöisyys on osa hyvää terveydenhuollon käytäntöä ja latukriteereitä, tuloksista voidaan tehdä johtopäätös: hoito on jäänyt vain fyysisen hyvinvoinnin huomioon ottavalle tasolle. Psykykinen ja sosiaalinen osa hoitosuhdetta ei ole täyttänyt kokonaisvaltaisen hoidon normeja. (vrt. Koivuranta-Vaara 2011.)

Haastattelujen myötä nousi esiin päihteiden käyttäjien toive, että heihin tutustuttaisiin henkilökohtaisesti eikä annettaisi esimerkiksi yhden henkilön luoda negatiivisia ennakoluuloja kaikkia kohtaan.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tässä tutkimuksessa otanta on niin pieni, että sillä on tietenkin merkitystä luotettavuutta tarkastellessa ja tulosten yleistettävyyteen. On kuitenkin muistettava, että kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa haetaan ihmisten oikeita kokemuksia. Koska tutkimuksen otanta on niin pieni, ei tuloksia voida yleistää kovin laajalti. Tuloksista tulee kuitenkin esiin olennaisia asioita ja kokemuksia, joten tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa. Aihe on arka, joten siihen liittyviin kysymyksiin saattoi olla vaikea vastata ja haastateltavien saaminen oli haastavaa.

Herkkä aihe on kuitenkin huomioitu eettisestä näkökulmasta noudattaen tutkimusetiikan sääntöjä. Haastateltavat myös luottivat tekijöiden puolueettomuuteen ja vaihtoloon. Haastattelutilanteet koettiin luottamukselliseksi ja havaintojen perusteella haastateltavat olivat tilanteessa rentoja ja omien sanojensa mukaan pystyivät olemaan rehellisiä, vaikka haastatteli edusti kritiikin kohteena olevaa ryhmää.

Haastatteluissa varauduttiin myös odottamattomiin tilanteisiin. Joskus haastateltavan oli vaikea päästä alkuun jutussa ja joskus juttu eteni kuin itsestään. (Eskola & Suoranta 2008, 88 - 89.) Aineiston luotettavuus on riippuvainen haastattelujen laadusta. Hyvällä haastattelurungon valmistelulla tavoiteltiin laadukkuutta. Etukäteen mietittiin, kuinka teemoja voidaan syventää: pohdittiin lisäkysymykset ja niiden muotoilu jo etukäteen. Haastatteluvaiheessa laadusta huolehdittiin varmistamalla, että tekninen välineistö oli toimivaa ja varattiin mukaan tarpeeksi pattereita. Haastattelun aikana tarkistettiin, että tallennin oikeasti toimii. Haastattelun päättyessä tarkistettiin haastattelu-

runko ja tarvittaessa esitettiin lisäkysymyksiä. Haastattelun lopuksi kysyttiin myös haastateltavilta tuliko heille mieleen mitään lisättävää aiheeseen. Laadun parantamiseksi pidettiin myös pienimuotoista haastattelu muistikirjaa, johon merkittiin muistiin kysymyksiä ja asioita, jotka tuottivat vaikeuksia haastattelun aikana tai jotka onnistuivat. Lisäksi voi myös kirjata ylös huomioita haastateltavasta, huomiot voivat helpottaa myöhempää tulkintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184.)

Haastattelun laadun parantamiseksi haastattelujen purkaminen tehtiin mahdollisimman nopeasti haastattelujen jälkeen. Litteroinnin laatua parannettiin niin, että molemmat litteroivat haastatteluista valittuja otoksia ja niitä verrattiin toisiinsa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184 - 185.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kiitetty kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta. Lähtökohtana tulisi olla, että tutkija osaa olla subjektiivinen ja myöntää se, että tutkija on tutkimuksessa keskeisin tutkimusväline. (Eskola & Suoranta 2008, 210.)

11.3 Jatkoehdotukset ja hyödynnettävyys

Päihteidenkäyttäjää tavataan kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla, joten tämän opin- näytetyön tuloksia voidaan hyödyntää miltei kaikilla terveydenhuollon aloilla. Opin- näytetyön näkökulma on myös mielenkiintoinen, sillä yleensä tutkimukset ja opinnäy- tetyöt kuvaavat esimerkiksi hoitajien tai hoitajaopiskelijoiden kokemuksia päihteiden- käyttäjän kohtaamisesta.

Päihteidenkäyttäjän kokemus on uudenlainen näkökulma, josta ei siis ole tutkimuksia juurikaan tehty. Jatkossa tutkimuksen näkökulmaa pystyisi hyödyntämään paljon laa- jemminkin laadullisessa tai määrällisessä tutkimuksessa. Esimerkiksi laajempi kyse- lytutkimus olisi toteutettavissa ja antaisi varmasti mielenkiintoisia tuloksia sekä sy- ventäisi tässä tutkimuksessa jo esiin nousseita tuloksia. Suurempi otos tutkimusjou- kossa toisi uusia tuloksia ja spesifisempiä vastauksia päihteiden käyttäjien kokemuk- sista. Laajempi tutkimus nousisi myös laajemman yleisön mielenkiinnon kohteeksi ja näin tulokset herättäisivät asiasta enemmän tärkeää keskustelua.

Meille tuli myös mieleen, onko työpaikoilla riittävän paljon järjestäytyntä koulutus-toimintaa jatkuvasti lisääntyvään päihdeongelmaan nähden. Kehitysideana voisi olla esimerkiksi terveydenhuollon kaikkiin yksiköihin perustettava vastuualue; päihdeyhteyshenkilö. Tämä voisi olla niin sanottu rivisairaanhoitaja, jolla olisi erikoistietämystä päihteiden vaikutuksista ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Hän voisi toimia kouluttajana työpaikalla, ja tämän koulutuksen kautta saataisiin poistettu ennakkoluuloja ja vanhoja oletuksia päihdetaustaisista potilaista. Joissakin yksiköissä näitä on, ainakin kotisairaanhoidossa, ja he toimivat päihdetaustaisten henkilöiden kanssa tehden mm. mini-interventioita sekä AUDIT-testejä. Tutkimuksissa on osoitettu hoitajilla olevan liian vähän tietämystä näistä, suhteellisen pienellä koulutuksella hallittavista asioista (vrt. Kuussaari). Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan päihdeasiakkaat juuri toivovat hoitajilta enemmän rohkeutta ottaa näitä asioita puheeksi.

Tuloksien pohjalta pohdittiin myös vertaisotannan mahdollisuutta; olisivatko tutkimustulokset samankaltaisia kun tutkittaisiin päihdetaustaisten kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta sekä normaalia potilaskannan kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta keskenään? Ovatko siis yleisesti sairaanhoitajien valmiudet potilaiden kohtaamiseen ja heidän tukemiseen heikot vai johtuuko vuorovaikutuksen puuttuminen lähinnä päihdetaustan aiheuttamista asenteista ja ennakko-luuloista ja kuinka paljon ympäristöllä, etenkin resursseilla, on vaikutusta asiaan? Tutkimus olisi hyödyllinen myös sairaanhoitajia kouluttavalle tahoille, silloin kun mietitään opetussuunnitelmia ja niiden sisältämää vuorovaikutuksen sekä potilaan kohtaamisen opettamista.

Tuloksissa nousseet asiat ovat varmasti usean terveydenhuollon ammattilaisen tiedossa, asiat ja ennakkoluulot ovat yleisesti tiedossa, mutta nyt asiaan saadaan myös totuus pohjaa suoraan asianomaisilta. Toiveena on, että opinnäytetyötä hyödynnetään, kun keskustellaan suhtautumisesta päihteiden käyttäjiä kohtaan.

LÄHTEET

- Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. 2005. Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Fabritius, C. Salaspuro, M. 2003. Kannabis päihteenä. Teoksessa: Salaspuro, M. Kii-
anmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duo-
decim, s. 453 - 457.
- Haarala, R. 1990. Suomen kielen perussanakirja. Osa I, A-K. Kotimaisten kielten tut-
kimuskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus, s. 513.
- Hastrup, A. 2006. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. Pro gradu -
tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Saatavissa:
<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=15436> [viitattu 12.9.2012].
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, A. 2010 - 2011. Tapaturmien laaja-alainen torjunta paikallisella ja alueelli-
sella tasolla –poikkihallinnollinen hanke. Hankeraportti 2010 ja 2011.
- Heikkinen R-L. & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulma. Teoksessa: Heikkinen, R-
L. & Laine, T. Hoitava kohtaaminen. Tammer- Paino Oy: Tampere, s. 7- 17.
- Helakorpi, S., Laitilainen, E. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveys-
käyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. THL:n raportti. Saatavissa:
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570> [viitattu
18.11.2011].
- Hillbom, M. 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa: Salaspuro, M., Kii-
anmaa, K. & Sep-
pää, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 315 -
329.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja
käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Helsinki: Tammi.

Hyytiä, P. & Kiianmaa, K. 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 110 - 119.

Jokinen, N., Järvinen, A., Ketonen, T., Laari, L., Opari, P. & Varamäki, R. Päihdebarometri 2009 – Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä päihdetilanteesta. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2009.

King, I. 1994. Imogene King: Tavoitteen saavuttamisteoria. Teoksessa: Marriner-Tomey, A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Saatavissa:
http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf [viitattu 23.5.2012].

Koskela, P. 1997. Terveydenhoitotyö. Teoksessa Heikkinen R-L., Laine T. (toim.) 1997. Hoitava kohtaaminen. Tammer-Paino Oy. Tampere. sivut 48 – 76.

Kuula, A. 2006. Tutkimus etiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusisaari, K. 2006. Näkemyksen kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes, Tutkimuksia 155. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Saatavissa:
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf [viitattu 24.5.2012].

Kääriäinen, J., Poutanen, P., Seppä, K. & Sillanaukee, P. 2000. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Oxford Journals, Alcohol and Alcoholism* 36/2001, s.141 - 146.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet - Ammatillisen päihdetyön perusteita. Wsoy Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa: Ranta, I. (toim.) 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt - Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca Oy, s. 51 – 63.

Leinonen, T., Pekurinen, M. & Räikkönen O. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Valopaino Oy, Helsinki. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf> [viitattu 14.5.2012].

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot. Helsinki: Tammi.

Perttula, J. 2008. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa: Latomaa, T. & Perttula, J. 2008. Kokemuksen tutkimus – merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2010 - Alkoholi ja huumeet. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> [viitattu 15.6.2011].

Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 – Alkoholi ja huumeet. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544> [viitattu 10.5.2012].

Päihdepalvelujen laatusuosituksen. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf> [viitattu: 15.5.2012].

Rönkä, S., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Hietaniemi, T. & Perälä, J. 2009. Huumetilanne Suomessa 2009. THL- Raportti 45/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9bf86f3e-9b30-48a1-bc56-b32981cf0575> [viitattu 9.12.2011].

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Seppä, K. 2003a. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 57 - 63.

Seppä, K. 2003b. Asenteet. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 91 - 94.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. 2002. Stakes. Internetsjulkaisu. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/aspo.htm> [viitattu 23.5.2012].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali – ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf> [viitattu 12.11.2012]

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Mieli 2009- työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> [viitattu 12.11.2012]

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. Huumetilanne Suomessa 2011. THL- Raportti 62/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec> [viitattu: 9.12.2011].

Tacke, U., Seppä, K. & Winstock, A. 2011. Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa. Katsaus. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99450.pdf> [Viitattu: 9.12. 2011].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. ”Päih-teiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat ” Saatavissa: [http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=valuety-
pe®ionCount=1&sexCount=3&eventParameter=absolute&setId=p85c1a784c430d8e3b956ab06ca4c819772cb6a1405d6e9&indCount=1&yearCount=1](http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=valuety-
pe®ionCount=1&sexCount=3&eventParameter=absolute&setId=p85c1a784c430d8e3b956ab06ca4c819772cb6a1405d6e9&indCount=1&yearCount=1) [viitattu 30.8.2012].

Tilastokeskus. 2012. Liitetaulukko 1. Henkilövahinkoon johtaneet alkoholionnettomuudet, tammi - syyskuu 2012. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ton/2012/09/ton_2012_09_2012-10-25_tau_001_fi.html [viitattu 12.11.2012]

Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä” Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=16105> [viitattu: 12.9.2012].

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Vuorovaikutus ammattitaitona. Vammalan Kirjapaino Oy: Sastamala.

Tutkimustaulukko

Tutkija(t), tutkimus ja julkaisuvuosi	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja – Alkoholi ja huumeet. Toim: Jääskeläinen M, Virtanen S & Wahlfors L.</p>	<p>Keskeiset tilastotiedot Suomen alkoholi- ja huumeoloista, sekä yleiskatsauksen Suomen päihdetilanteen kehityksestä.</p>	<p>Alkoholia kulutettiin sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 10,2 litraa asukasta kohti. Alkoholin kulutuksen kasvu 2000-luvulla on ollut yhteydessä alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholikuolemien kasvuun. Vuonna 2009 sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin 24 843 alkoholiin liittyvää hoitajaksoa. Alkoholiin liittyvien hoitajaksojen määrä on laskenut suunnilleen samalle tasolle kuin 2000-luvun alussa.</p> <p>Vuonna 2009 alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset olivat edelleen yleisin kuolinsyy työikäisten naisten ja miesten keskuudessa. Huumehoitajaksojen määrä kasvoi lähes seitsemän prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausaine- ja lääkeainemyrkytysten hoitajaksot kasvoivat edelleen voimakkaasti. Huumausaineisiin liittyvien myrkytysten hoitajaksot kasvoivat 36 prosenttia. Viime vuosina sekä huumausainelöydösten määrä että kuolinsyyrekisterin mukaiset huumekuolemat ovat lisääntyneet.</p> <p>Vuonna 2009 kaikista rattijuopumuksista alkoholitapauksia oli 83 prosenttia, huume tapauksia 14 prosenttia ja sekakäyttötapauksia kolme prosenttia.</p>

<p>Halonen M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro Gradu -tutkimus. Oulun yliopisto.</p>	<p>Tutkimus on laadullinen. Tutkimusaineisto koottiin haastattelemalla päihdehuollon asiakkaita (n=6) ja aineisto analysoidiin laadullisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Päihdeasiakkaat kokivat palveluita olevan saatavilla, mikäli heillä itsellään löytyi motivaatiota sitoutua hoitoon ja, mikäli heillä oli tietoa palvelumahdollisuuksista. Palveluista tiedottaminen tai palveluun ohjaaminen oli heikkoa. Keskeisimmät kehittämishaasteet ovat varhaisen puuttumisen lisääminen, päihdepalvelurakenteen uudistaminen ja selkiyttäminen, päihdepalveluiden laadun kehittäminen sekä kuntoutus- ja hoitomenetelmien kehittäminen. Päihdeongelman tunnistaminen, varhainen puuttuminen päihdeongelmaan, hoitoonohjausmallien luominen ja kunnassa tapahtuvan avokuntoutuksen kehittäminen ovat haasteita perusterveydenhuollolle. Päihdepalveluiden laadunkehittämisessä tärkeimmiksi osa-alueiksi määriteltiin palveluiden jatkuvuuden, oikea-aikaisuuden, ympärivuorokautisuuden ja tiedottamisen lisäämisen.</p>
<p>Miettinen, K. 2008. Päihteidenkäyttäjät asiakkaana – Elämänhallintaa yhteistyössä. Opinnäytetyö, ylempi AMK.</p>	<p>Opinnäytetyön kohderyhmä koostuu Saarijärven työvoimatoimiston työvoimaneuvojista (n=12) ja Saarijärven kaupungin, Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven, Kyyjärven ja Pylkönmäen kuntien ja terveydenhuollon kuntayhtymän sosiaalityöntekijöistä (n=12) sekä toimijoiden yhteisiä asiakkaita (=12). Aineistonkeruumenetelmä nä on käytetty kyselyä, haastattelua ja havainnointia.</p>	<p>Päihdeasiakasta tavatessa keskeisimmät asiat, joista keskustellaan, ovat raha-asiat, päihteet ja niitä nautittu määrä, työasiat sekä päihteiden terveysvaikutukset. Vastaajien mielestä päihteiden käyttö tulisi ottaa puheeksi tapaamisten yhteydessä. Tapaamisissa asiakkaalle kerrotaan faktatietoa tämän päivän työmarkkinoista. Yhteistyö laajentaa näkökulmia eri asioiden hoitamisessa ja on välttämätöntä viranomaistyöskentelyssä. Kyselyyn vastaajat kokevat päihdeasiakkaan ohjaamisen useimmiten turhauttavana ja ongelmallisena.</p>
<p>Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä” Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma Tampereen yliopisto.</p>	<p>Aineisto on kerätty teemahaastatteluna, 10 vanhusta, kolmelta eri osastolta.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys ei toteudu geriatrisella osastolla.</p>
<p>Mettovaara M, Rantanen P, Seppä K. 2006. Rattijuoppojen hoitoonohjaus – kolmen vuoden seuranta tutkimus. Suomen Lääkärilehti 43/2006.</p>	<p>Tutkimukseen otettiin ne 98 rattijuopumuksen takia kiinni jäänyttä henkilöä, jotka poliisi projektin ensimmäisenä toimintavuonna lähetti hoidollisia osioita sisältävään päihderiippuvuusarvioon. Seuranta-aika oli kolme vuotta. Heidän rattijuopumukseensa liittyvät tiedot kerättiin poliisin tietojärjestelmistä.</p>	<p>Päihderiippuvuusarvion ja siihen sisällytetyn hoidon vaikutus rattijuopumusten uusimiseen on vähäinen työmäärään nähden. EU-direktiivi kuitenkin velvoittaa arvioiden tekemiseen. Arvion ja hoidon sisältöä ja toteutusta tulisi tästä syystä harkita uudelleen. Kaikista arvioon lähetetyistä yli 40 % uusi rattijuopumuksensa kolmen vuoden seuranta-aikana.</p>

	Lisäksi tarkasteltiin lääkärintilastoja päihderiippuvuusarvioista.	
Jokinen, N. Järvinen, A. Ketonen, T. Laari, L. Opari, P. Varamäki, R. Päihdebarometri 2009 – Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä päihdetilanteesta. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 6/2009.	Barometri toteutettiin puhelinhaastatteluna, vastaajia oli 137 (kuntia 100, järjestöjä 37); kuntien päihdehuollosta vastaavia ja järjestöjen johtajia. kunnat valittiin satunnaisesotannalla; 130 kpl.	Nuorten päihteiden käyttö koettiin vakvana ongelmana. Kuitenkin nuorten päihteiden käytössä nähtiin muutoksia parempaan, täysin raittiita enemmän kuin ennen. Puutteita koettiin olevan katkaisuhoidossa sekä asumispalvelusita. Yhteistyön palvelujen välillä nähtiin kuitenkin edistyneen. Hallitukselta toivottiin mm. korotusta alkoholin hintaan, selkeää resurssiohjausta päihdetyöhön, lisää ehkäisevää päihdetyötä sekä päihdehoidon laadun ja saatavuuden parantamista.
Hastrup, A. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. 2006. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteenlaitos, Tampereen yliopisto.	Tarkoituksena kuvata hoitotyöntekijöiden ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen sisältöä. Aineisto kerättiin videoimalla hoitajien ja vanhempien välistä vuorovaikutusta osastoilla joilla hoidetaan vastasyntyneitä vauvoja. Osallistujia 17, 8 hoitajaa ja 9 vanhempaa. Varsinainen aineisto saatiin keskustelujen litteroiduista teksteistä.	Havaittiin että keskusteluissa käytettiin yksittäisiä sanoja, sanapareja ja lyhyitä lauseita, kommentoivassa merkityksessä. Kommentteja oli kahdenlaisia, toiset toimivat vuorovaikutusta ylläpitävinä ja rakentavina, toiset taas vetäytymistä ja passiivisuutta. Keskusteluissa käytettiin enemmän rakentavia kuin vetäytymistä tarkoittavia kommentteja.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Liite 2/1

A. TAUSTATIEDOT:

1. Ikä
2. Sukupuoli
3. Päihdetausta

B. ASIAKKUUDET:

1. Terveydenhuollonjaksot
2. Sairaalan vuodeosastot
3. Päivystys
4. Päihdehuolto
5. Vastaanotot
6. Hoitajaksojen kestot
7. Syyt
8. Toistuvuus

C. VUOROVAIKUTUS:

1. Henkilökunnan vuorovaikutustaidot
 - Läsnäolo
 - Ajan antaminen
 - Asiallisuus
 - Hoitajan kuuntelutaidot
 - Empaattisuus
2. Potilaan/asiakkaan vuorovaikutustaidot
 - Omat ajatukset/mielipiteet
 - Oma päätöksenteko
3. Keskustelun sanavalinnat
 - Puheen ymmärrettävyys
 - Asiallisuus
 - Käskeminen

4. Sanaton viestintä
 - Eleet/ilmeet
 - Lähestyminen (henkilökunta & itse)
5. Luottamuksellisuuden toteutuminen
 - Yksityisyyden säilyminen
6. Luottamuksellisuus
 - Mielenpitojen kunnioitus
7. Vuorovaikutus tilanteet
 - Ympäristötekijät (kiire, häiriöt)

D. ASENTEET:

1. Kohdatut asenteet
 - Terveystieteiden huolto
 - Päihdehuolto
2. Ennako-oletukset
 - Välttely/pelot
3. Omat asenteet

E. KOHTAAMINEN & EETTISYYS

1. Kohtaamiset
2. Tasa-arvon toteutuminen
 - Kohtelun tasa-arvoisuus
 - Hierarkia
3. Voimavarojen kartoitus/huomioiminen
4. Inhimillisuus kohtaamisessa
 - Tunteellisuus/haavoittuvuus

F. LAADUKAS PALVELU

1. Vaikuttaminen
2. Palvelu
3. Elämäntilanne/tuen tarve
 - Fyysinen
 - Psykkinen
 - Sosiaalinen
4. Henkilökunnan valmiudet
 - Puheeksi ottaminen
5. Perheen/omaisten huomiointi
6. Yksilölliset tarpeet
 - Huomiointi
7. Hoidon sujuvuus
 - Viivytykset
 - Oikea-aikaisuus
8. Hoito vaihtoehtoista keskustelu
 - Vaihtoehtoista keskustelu
 - Ajankäyttö
9. Hoidon oikea-aikaisuus
10. Kohtaaminen henkilökunnan kanssa
11. Ammattiryhmien yhteistyö
 - sujuvuus
12. Resurssien riittävyys
 - Henkilökunnan määrä
 - tilat
 - välineet
13. Tyytyväisyys/tyytymättömyys hoitoon
14. Hoitoon osallistuminen
 - Tukeminen

MUUTTUJATAULUKKO

Tutkimustehtävät	Teoreettinen tarkastelu	Teemat
1. Minkälaiseksi päihteidenkäyttäjät kokevat terveydenhuollon?	Kokemus 9, 13, 14, 17 Asiakkuus 7, 9, 10, 21	Liite 2/1. C; 1-7 Liite 2/1. B; 1-8
1.1 Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?	Vuorovaikutus 10, 11, 12, 13, 19 Asenteet 14, 15 Eettisyys 11, 16, 17, 19, 29	Liite 2/1. C; 1-3, 7 Liite 2/2. D; 1-3 Liite 2/2. E; 1-4
1.2 Miten laadukas palvelu on toteutunut hoidossa?	Asiakaslähtöisyys 16, 17, 18, 19, 20 Sujuvuus 21 Ammattitaito 13, 18, 20 Oikea-aikaisuus 19, 20	Liite 2/3. F; 1-14 Liite 2/2. E; 1-4
1.3 Miten päihdetausta on vaikuttanut laadukkaan palvelun toteutumiseen?	Asiakaslähtöisyys 16, 17, 18, 19, 20 Sujuvuus 21 Ammattitaito 13, 18, 20 Oikea-aikaisuus 19, 20	Liite 2/3. F; 1-14



Tule mukaan tutkimukseen! 😊

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä jonka tavoitteena on selvittää

- Onko päihdetausta vaikuttanut hoitoon?
- Minkälaisia kokemuksia päihteiden käyttäjillä on terveydenhuollosta?
- Miten hoitohenkilöstö on suhtautunut?

Haemme haastateltavia, joilla on kokemuksia terveydenhuollon palveluista sekä omaavat päihdetaustan.

Opinnäytetyön teemme haastattelemalla. Ajankohtana on lokakuu 2012.

Tule mukaan, jos olet kiinnostunut ja sinulla on kokemuksia aiheesta.

Osallistujien henkilökohtaiset tiedot sekä muu aineisto käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Toimimme salassapitoa kunnioittaen.

Lisätietoja annamme mielellämme sähköpostitse.

Terveisin:

Vilma Kangas

vilma.kangas@student.kyamk.fi

Noora Surakka

noora.surakka@student.kyamk.fi

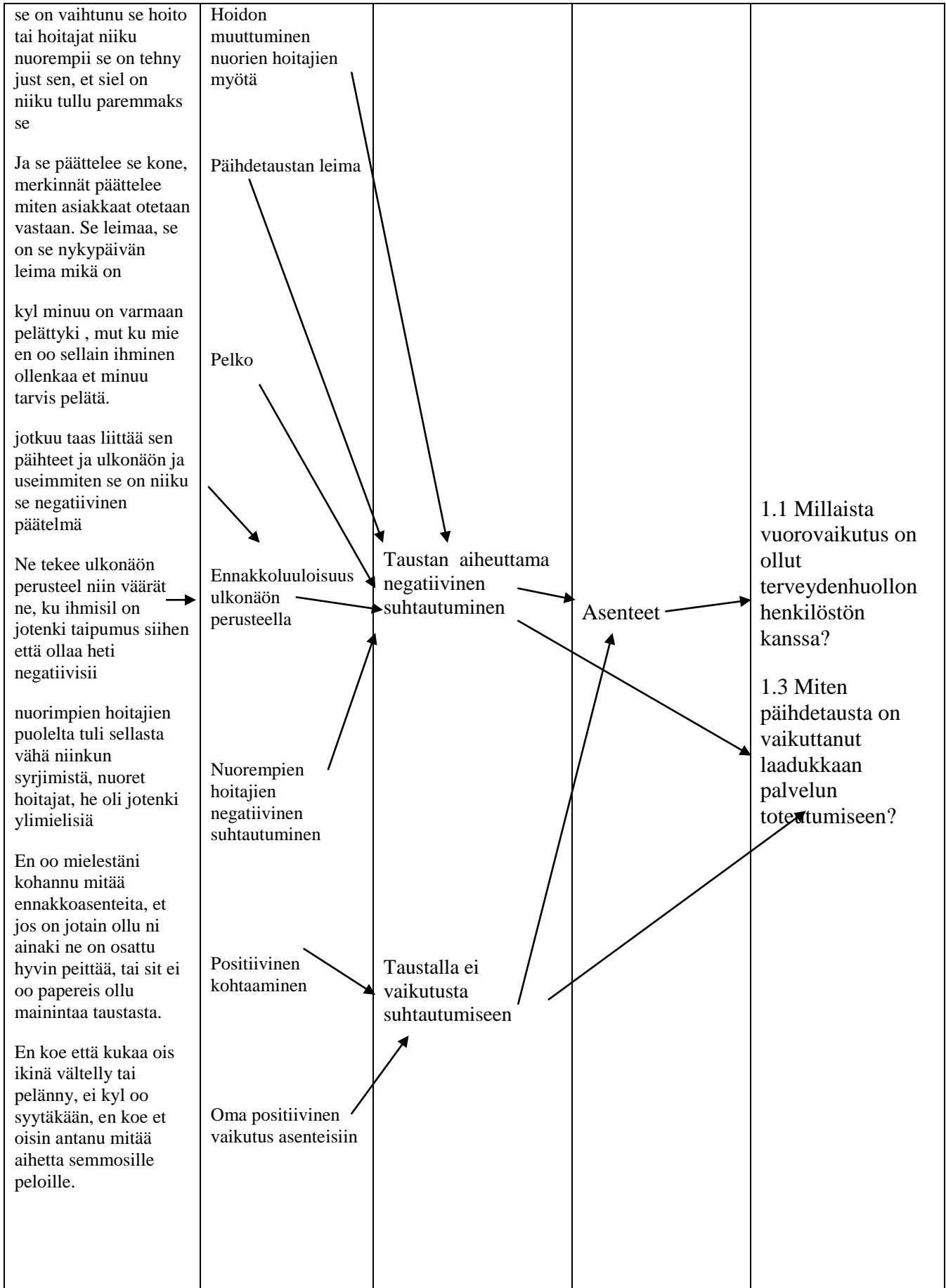
opinnäytetyön ohjaaja: yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakäsite	Yläkäsite	Kokoaväsite
<p>hän tuli kierrolle, ei hän mulle mitää oikeestaan sanonnu</p> <p>ei siellä ole mahdollisuutta niin paljo tuoda esille niitä omia tunteuksia ja oloja</p> <p>ensin pitäis kuunnella, ottaa selvää, muualtaki ku siint tietokoneelt</p> <p>mä huomasin et ei sovi ollenkaan sille alalle, ei ole niin empaattinen tyyppi</p> <p>Ei se hoitaja paljo jutellu, ei, se vaan toi lääkkeit tai laitto sen tipan tippumaa, antibiootin tai näin ja lähti. Eikä kysyny ees että mikä on vointi</p>	<p>puhumattomuus lääkärikierrolla</p> <p>omien tunteuksien ilmaisemisen vaikeus/puute</p> <p>odotukset kuulluksi tulemisesta</p> <p>empaattisuuden puute</p> <p>hoitajan kiinnostuneisuus voinnista</p>	<p>Henkilökunnan heikot</p> <p>vuorovaikutustaidot</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>1.1 Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?</p>
<p>osa niist on sit semmosii ketkä niiku vähän aikaa kättelee sillee niiku vähä varuillaa, mut suurin osa on niit ketkä ei niiku ne on vaa niit ketkä ei ota huomioo ollenkaa</p> <p>oli vähän se vastaanotto sellasta, että se ei ollu niin hienoa, tai kivaa kun olis pitäny olla, mutta mä sitte kärsin sen kaikki ja hoidossahan mä olin ja hoitihan ne mua</p> <p>katkolla oli aivan ihanat hoitajat, aivan ihana vastaanotto ... sinne on helppo mennä ja tutustua siellä ihmisiin. koska mä oon itte kokenu sen</p>	<p>huomiotta jättäminen</p> <p>huono vastaanotto</p> <p>hyvä vastaanotto</p>	<p>Negatiivinen kokemus kohtaamisesta</p> <p>Onnistunut kohtaaminen päihdehuollossa</p>		
<p>Mie koitan olla hyvin sillee että niiku melkee</p>				

<p>että varuillani vähä että hyvä et uskaltaa mitää ees puhuu</p> <p>huusin siel ku piti saaha</p> <p>Se pistää nöyräks</p> <p>tottakai mä kerron sen, uskooko he sitte tai ei, se on sitte heidän ongelma</p> <p>mä myös näytin sen sille että mä en tykkää siitä</p>	<p>varautuneisuus</p> <p>uhkaava käytös</p> <p>nöyryys</p> <p>rehellisyys</p> <p>omien tunteiden näyttäminen</p>	<p>Oma käyttäytyminen vuorovaikutus tilanteissa</p>		
<p>Mie koin että ne ei ottanu minuu huomioon</p> <p>eihän ne tuu juttelee, siis ne ei tuu mitää muuta juttelee, kun ”siinä” sanoo vaa ja jättää lääkkeet</p> <p>Mielipiteet otetaan joskus vastaan, ei aina, lääkärikiertoilla sivuutetaan joskus</p> <p>Kaikki ei ota juttuja silleen ku pitäs mun mielestä ottaa. Ei kaikki. Mä olen masentunut jos joku ei ole empaattinen. Että jos ei mua, jos mä en tuu kuulluks</p> <p>pystyin kertomaan niitä omia tunteuksia sai sanoo jos oli siis joku hoitaja joka kuunteli</p> <p>he kuunteli, juteltii, että mä sain puhua niistä omista asioista ja omista oloista mitä mulla minäkin päivänä sattuu olemaa</p> <p>En tiie oliks niil sit oikeesti kiire, mut ainaki kiire sielt huoneesta oli pois.</p>	<p>huomioon ottaminen</p> <p>hoitajien puhumattomuus</p> <p>mielipiteiden vastaanottaminen/ sivuuttaminen</p> <p>vaihteleva kuunteleminen</p> <p>hoitajien oletettu kiire</p>	<p>Hoitajien vaihteleva panostus vuorovaikutukseen</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>1.1 Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?</p>

<p>Minust siel on ollu päivastoin, on annettu ymmärtää ettei oo niiku aikaa, et siel on hirvee kiire olevinaa koko ajan</p>				
<p>ne puhuukii semmost kansankieltä, ns. semmost normaali, se ei oo sellast et ne vääntäis siint mitää</p> <p>Puhu hoitajat ymmärrettävästi, mut myös käytti tätä sairaalalangia</p>	<p>ymmärrettävä puhe</p>	<p>Ymmärrettävän kielen käyttö</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>1.1 Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?</p>
<p>tuntuu vaan että lopeta jo, on tuntunu vaan siltä että he haluis niinku mulle sanoa että lopeta jo</p> <p>miekii on sairaalassa paljon kulkenu ja ollut, kommunikaatiossa huomaa että osa hoitajistakin viittaa kintaalla</p> <p>osastolla sen tympääntymisen näki siintä ihmisestä tai hoitajasta, eleistä ,käytöksestä, oleilusta. Että välillä oli sen näkösiä ”että äh että tänneki piti raahautua”</p>	<p>negatiiviset viestit eleistä</p> <p>välinpitämättömyys kommunikoinnissa</p> <p>negatiiviset viestit eleistä/olemuksesta</p>	<p>Negatiivinen sanaton viestintä</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	
<p>Emmie pysty mitää mielipiteit ja ajatuksii sanoo ku sille yhelle kuka siel on, ku ei siit, ainoit mielipiteit mitä voi sanoo on jotkuu päiväselvät asiat</p> <p>Sitä mie oon yleensä käyttäny hyväkseni just sit lääkärin kierto, että kun ne hoitajat parveilee siin ympäril ... mun pitää sillon kertoo ne kaikki asiat</p> <p>Ehdotuksilla ei kuitenkaan vaikutusta,</p>	<p>mielipiteiden julki tuominen hankalaa</p> <p>lääkärin kierron hyödyntäminen</p> <p>omilla mielipiteillä ei vaikutusta</p>	<p>Hoitoon ei pysty vaikuttamaan</p>	<p>Laadukas palvelu</p>	<p>1.2 Miten laadukas palvelu on toteutunut hoidossa?</p>

<p>he oli tavallaan byrokraattisia siinä että ei siellä niinku potilaan sana aina kuulunut</p> <p>En sit tiie johtiko se mielipiteen sanominen mihinkään, mut sai niitä kertoa. Että oliks sillä mitään seurauksia, ni siitä en osaa sanoa mitään.</p>	<p>mielipiteiden kertomisella ei vaikutusta</p>			
<p>kun oli paljon potilaita ni tota ei siellä niinku yhtee ihmisee aina kiinnitetty sitä huomioo, välil tuntu että se oli niinku liukuhihnatyötä</p> <p>Se työ vaa tehää, sitku jotaa täytyy ni sit lähettää pois</p> <p>No kyl se kiire varmaan sit vaikutti siihen, mut ei siellä silleen muita häiriötekijöitä ollu</p> <p>Mut varmaan sit se hoitajien kiire vaikutti... ei sitä sinne huoneeseen nähny, mut kylhän siel miljoona muuta potilasta tietenki oli</p>	<p>yksilöä ei huomioida</p> <p>tehtäväkeskeisyys</p> <p>hoitajien kiire</p> <p>paljon potilaita</p>	<p>Vuorovaikutusta heikentävä tekijät</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>1.1 Millaista vuorovaikutus on ollut terveydenhuollon henkilöstön kanssa?</p>
<p>Jos pyytää vaikka kipulääkettä oikeeseen kipuu, ni sitä kipulääkettä, oikeeta kivun hoito ei saa. Sen takii koska on papereissa se että on päihdetausta.</p> <p>... osa minunlaisist ihmisist ku tekee huonon meist kaikist. Sitte ku sinne menee yks niinku huutamaa, et mie tahon sitä ja sitä, sit ajatella kaikist tollee.</p> <p>sil putkinäöl katotaa tietokoneelt mitä sil on ja sillä edetään</p>	<p>Päihdetaustan vaikutus hoitoon</p> <p>Yleistäminen</p> <p>Työskentely tietyn kaavan mukaan</p>	<p>Kielteiset ennakkokäsitykset</p>	<p>Asenteet</p>	



<p>Ei se yksityisyys säily. Sillon ku on tiedot tietokoneel ni se on sillon pois se yksityisyys silt osalt</p> <p>he sanoo että ei tämä niinku mene tästä mihinkään, että se jää mitä on keskusteltu niin jää mejän väliseks</p>	<p>yksityisyyden tunto</p> <p>luottamuksellisuus</p>	<p>Luottamuksellisuuden toteutuminen</p>	<p>Laadukas palvelu</p>	<p>1.2 Miten laadukas palvelu on toteutunut hoidossa?</p>
<p>ja just nimenomaan kun mulla oli se päihdeongelma siihe yhteen aikaan, siitä aina keskusteltiin</p> <p>Kyl se ois ollu sit mahdollista jos oisin halunnu sen tehojakson jälkee puhuu jonku kaa vissiin joku psykologi, se ois ollu mahdollista.</p>	<p>Tuen tarve kartoitettu</p>	<p>Elämäntilanteen huomiointi</p>		
<p>he on niinku suoraan kysynny, että onko vielä niitä ongelmia minun elämässä</p> <p>Ei, ne otetaa sit puheeks kun mie oon esimerkiks sisäl sairaalas ni sit ne otetaa puheeks tai mun pitää itseasis ite ottaa se puheeks et mie oon tälläses korvaushoidos vaikka ne tietää sen</p> <p>Et ei ne ainakaa mitää alkanu saarnaa tai näin.</p> <p>Ne ehkä saattais tietää, mut että jos ne ottais puheeks sen niin ni tota ne saattais ehkä alkaa pikku hiljaa tietämään. Mut se kannattais ottaa puheeks.</p> <p>Ei multa tivattu sitä, se lähti minusta itsestäni.</p>	<p>Suora kysymys</p> <p>Välttely</p> <p>Potilaan odotukset keskustelusta</p> <p>Oma-aloitteisuus</p>	<p>Päihteiden käytön puheeksi ottaminen vaihtelevaa</p>		

<p>ei mult o ainaka kyselty. Ei muutaki ku työterveydes joskus tehny sen audit-testin, vai mikä se on</p>	<p>Testien tekeminen</p>	<p>Päihteiden käytön kartoitus toteutunut</p>		
<p>ihan hyvin ne niiku hoitaa sen homman mikä niille on annettu siis, ei mul oo mitää valittamist siin hoidost sinänsä. Mut että kun siint sellasist aina hoidetaan kuntoon, mut se niinku se oleminen, mihin kaipaa parannust</p> <p>ei oo jätetty sillee että mie oisin ollu itte siint niin kun huolissani</p> <p>ei siin tullu kyl mitää viivytyksii. Ja olen kyl aina saanu hoidon ku oon tarvinu.</p> <p>työ ollut sujuvaa, ei ongelmia ... Ja ettei puol kuntoisena lähetetty kotiin.</p> <p>homma suju ja hoitu, kaikki tapahtu ajallaa ja pelas siellä. Tutkimukset tuli ajallaa ja sinne vietii ja pääsi nopeesti. Ja lääkärit kävi tutkimassa, joka päivä melkein.</p> <p>Kylhän se nyt on tota, se että on kuitenkin, että asiat hoidetaa, ne hoidetaa kuitenkin sillee ihan ensiluokkasest, asiana se hoidetaa hyvin</p> <p>voi sanoa että loppujen lopuksi mä olen ollut aika tyytyväinen, että mua on hoidettu</p>	<p>Hoitaminen hyvää, oleminen ei</p> <p>Hoidettu kun tarvetta</p> <p>Ajallaan saanut hoitoa</p> <p>Hoito on ollut sujuvaa</p> <p>Eri ammattiryhmien yhteistyö ja aikataulut toimivat</p> <p>Tyytyväisyys hoitoon</p>	<p>Hoidon sujuvuus</p>	<p>Laadukas palvelu</p>	<p>1.2 Miten laadukas palvelu on toteutunut hoidossa?</p>

