



TEHOSTETTUA HOITOA VAATIVAN INTOKSIKAATIOPOTILAAN HOITO- KÄYTÄNNÖN KUVAUS

**Riikka Immonen
Outi Lehrbäck**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2008**

Hoitotyön koulutusohjelma



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) IMMONEN, Riikka LEHRBÄCK, Outi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 47	Julkaisun kieli Suomi
Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka		
Työn nimi Tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön kuvaus		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) PAALANEN, Kaisu & TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin konservatiivinen toimialue ja tehostetun hoidon yksikkö		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikan sekä teho-osaston kanssa. Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoidon toteutumisen arvioimisessa ja kehittämisessä. Tavoitteena oli kuvata millainen hoitokäytäntö yhteistyöosastoilla tällä hetkellä on, millaisena hoitohenkilökunta sen kokee sekä miten he sitä kehittäisivät.</p> <p>Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin temahaastattelua. Tutkimukseen osallistui yhdeksän sairaanhoitajaa, joista viisi päivystyspoliklinikalta ja neljä teho-osastolta. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännöissä vahvuutena pidettiin yleisesti tehokasta somaattisen hoidon toteutusta, eivätkä haastateltavat nähneet tarvetta sen kehittämiseen. Potilasryhmän hoidossa korostuu oireenmukainen hoito niin päivystyspoliklinikalla kuin teho-osastollakin. Potilaan akuutti psyykinen kriisi on tärkeä havaita ja tarjota potilaalle riittävää henkistä tukea hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Kriittisinä kohtina hoitopolussa koettiin hoidon jatkuvuus, potilaan voimien arviointi sekä potilaan kohtaaminen. Hoitokäytännössä halutaan kehittää potilaan huomioimista kokonaisvaltaisemmaksi. Henkilökunnan lisäkoulutus koettiin tärkeäksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) intoksikaatiopotilas, päihdemyrkytys, hoitokäytäntö, hoitopolku		
Muut tiedot Kaksi (2) liitettä		

Author(s) IMMONEN, Riikka LEHRBÄCK, Outi	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 47	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Description of the treatment practise in of an intoxicated patient requiring intensive care		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) PAALANEN, Kaisu & TUOMI, Sirpa		
Assigned by The conservative area and intensive care unit of The Central Finland Health Care District		
Abstract <p>This Bachelor's thesis was made in co-operation with the emergency room ant the intensive care unit at the Central Finland Central Hospital. The purpose of this study thesis was to produce information that can be used in assessing and developing the treatment of an intoxicated patient requiring intensive care. The aim was to describe the present treatment practise in the co-operative units, how the staff experiences it and how they would develop it.</p> <p>Study material was collected by theme interviews. Nine nurses participated in the study, five of whom work at the emergency room, four at the intensive care unit. Study material was analyzed by qualitative content analysis.</p> <p>The effective somatic treatment was commonly seen as strength in the treatment practise of intoxicated patients and the interviewees saw no need in developing it. The emphasis in the treatment within the patient group is on symptom-oriented treatment both at the emergency room and the intensive care unit. It is important to notice the psychological crisis of a patient and to offer sufficient psychological support to the patient in every phase of the treatment pathway. Continuity of treatment, assessment of the patient's condition and encounter with the patient were seen as the critical spots in the treatment pathway. The comprehensive attention and educating the staff were seen as the main areas requiring development in the treatment practise.</p>		
Keywords intoxicated patient, intoxication, treatment practise, treatment pathway		
Miscellaneous Two (2) attachments		

Sisällys

1 Johdanto.....	5
2 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö ja -polku	6
2.1 Myrkytys ja sen hoito	6
2.2 Hoitokäytäntö ja -polku	11
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	12
4 Tutkimusaineisto ja kohderyhmä	13
4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä.....	13
4.2 Aineiston keruu	14
4.3 Aineiston analyysi	15
5 Tutkimuksen tulokset	17
5.1 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla	17
5.1.1 Tiedonsaantikeinot myrkytyksen aiheuttajasta	17
5.1.2 Sairaanhoidajan tekemät ennakkovalmistelut	18
5.1.3 Potilaan tulotilanne	19
5.1.4 Potilaan hoito.....	20
5.1.5 Potilaan jatkohoitoon siirtäminen.....	22
5.2 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla.....	23
5.2.1 Potilaan tulotilanne	23
5.2.2 Potilaan hoito.....	24
5.2.3 Potilaan jatkohoitoon siirtäminen.....	26
5.3 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön vahvuudet.....	26
5.3.1 Somaattisen hoidon toteutus.....	27
5.3.2 Hoitokäytäntöä nopeuttavat ja helpottavat tekijät	27
5.4 Hoitokäytännön kriittiset kohdat.....	28
5.4.1 Hoidon jatkuvuus.....	29
5.4.2 Potilaan voinnin arviointi.....	30
5.4.3 Potilaan kohtaaminen.....	30
5.5 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitokäytännön kehittämiseksi.....	32
5.5.1 Potilaan voinnin kokonaisvaltainen huomioiminen	32
5.5.2 Henkilökunnan koulutus	33
6 Pohdinta.....	34
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	34
6.2 Tutkimuksen eettisyys	37
6.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	39
Lähteet.....	40

Liitteet

LIITE 1. Intoksikaatiopotilaan hoitopolku päivystyspoliklinikalla.....	44
LIITE 2. Intoksikaatiopotilaan hoitopolku teho-osastolla.....	47

Kuviot

KUVIO 1. Sairaanhoidajan tehtävät intoksikaatiopotilaan hoidossa.....	10
KUVIO 2. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla.....	17
KUVIO 3. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla	23
KUVIO 4. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön vahvuudet.....	26
KUVIO 5. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön kriittiset kohdat.....	28
KUVIO 6. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitokäytännön kehittämiseksi	32

1 Johdanto

Päihdemyrkytys syntyy, kun ihmisen elimistöön tulee liian paljon tiettyä ainetta liian lyhyessä ajassa (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 184). Lapatto-Reiniluodon (2000) mukaan yleisin myrkytystyyppi on lääkkeiden ja alkoholin aiheuttama sekamyrkytys. Myrkytyksistä johtuvat sairaalahoidot yleistyvät aikuisilla koko ajan, mikä johtuu paljolti huumausainemyrkytysten lisääntymisestä (Lapatto-Reiniluoto, 2000).

Vuonna 2006 suomalaisessa somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin lääke- ja biologisten aineiden myrkytyksistä johtuvia hoitajaksoja 3401. Keskimääräinen hoitoaika jaksoissa oli 2 vuorokautta. Alkoholimyrkytyksistä johtuvia sairaalahoitajaksoja oli 464, joissa keskimääräinen hoitoaika oli 1,6 vuorokautta. (Somaattinen erikoissairaanhoito 2006.) Tehohoitoa vaativia myrkytyksiä oli vuonna 2005 noin 800 (Lund, 2007). Jo usean vuoden ajan myrkytyskuolemien määrä maassamme on ollut yli 1000 tapausta vuodessa. Näistä alkoholin aiheuttamia kuolemia on noin 450. Lääkeaineet, joihin myös huumausaineet luokitellaan, aiheuttavat vastaavasti noin 550 myrkytyskuolemaa. (Vuori, Ojanperä, Nuokua & Ojansivu 2006.)

Suokkaan ja Lönnqvistin (2000) mukaan intoksikaatiopotilaan laadukas ja hyvä ensivaiheen hoito on tärkeää, koska monesti potilaat ovat kriisitilanteessa ja välittömän avun tarpeessa. Potilasta hoitavan työryhmän tulee paneutua näiden potilaiden kokonaistilanteeseen (Suokas & Lönnqvist, 2000). Suurin osa myrkytyksistä on itse aiheutettuja (Lund, 2007). Lääkeainemyrkytysten määrästä noin puolet on itsemurhayrityksiä (Vuori ym. 2006). Koposen ja Aroma (2005) mukaan myrkytykset ja itsemurhat ovat Suomessa poikkeuksellisen suuri kansanterveysongelma. Näiden hoito merkitseekin yleissairaaloiden päivystysalueella huomattavaa voimavarojen ja työkapasiteetin sitoutumista. Potilasryhmän hoito saattaa esimerkiksi herättää osassa henkilökuntaa voimakkaita tunnereaktioita sekä kuormittumista työssä. (Suokas & Lönnqvist, 2000.)

Hoitokäytännön kuvauksella pyritään paremman hoitomallin luomiseen. Yleistynyt tapa on tarkastella hoitoa prosessina ja löytää tätä kautta käytännöstä vahvuudet ja parantamisen kohteet. Hoitokäytännön kehittämisessä tarvitaan näkemys siitä, millai-

nen on hyvä tai parempi käytäntö joka halutaan omaksua. Ennen kaikkea tarvitaan tietoa nykytilanteesta, mahdollisista parantamisalueista, kriittisistä kohdista tai ongelmista. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999.)

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoidon toteutumisen arvioimisessa ja kehittämässä. Tavoitteena oli kuvata tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitopolkua Keski-Suomen keskussairaalassa hoitohenkilökunnalta kerättyjen hoitokäytännön kuvausten pohjalta. Tavoitteena oli kuvata millainen hoitokäytäntö yhteistyösastoilla tällä hetkellä on, millaisena hoitohenkilökuntan kokee sekä miten he sitä kehittäisivät. Hoitopolun kuvaaminen rajattiin yhteistyösastoihin, eli keskussairaalan päivystyspoliklinikkaan ja teho-osastoon. Intoksikaatiopotilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilasta, jonka diagnoosina on päihde- eli alkoholi-, lääke- tai huumausainemyrkytys.

2 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö ja -polku

2.1 Myrkytys ja sen hoito

Lundin (2000) mukaan tavallisimpia myrkytysten aiheuttamia akuutteja oireita ovat tajunnantason eriasteinen heikkeneminen, sydänperäiset oireet, hengityslama, keuhko-oireet sekä kouristelut. Myrkytyksen oireet ja niiden laatu riippuu nautitusta aineista ja niiden määristä (Lund 2000). Joidenkin myrkyjen, kuten parasetamolin, aiheuttamat komplikaatiot voivat ilmaantua vasta vuorokausien kuluttua (Kuitunen 2000). Luurilan (2006a, 445) mukaan myrkytyksille on tyypillistä, ettei aiheuttajan laadusta tai annoksesta ole tarkkaa tietoa, joten perushoito on oireenmukaista.

Myrkytyksen vaikeusasteen ja hoidon suunnittelussa avainasemassa on potilasta ensimmäisenä tutkiva lääkäri. Myrkytysten diagnoosi perustuu esitietoihin, kliiniseen tutkimukseen ja myrkyjen seulontaan veri- ja virtsanäytteistä sekä mahahuuhtelunesteestä. (Kuitunen 2000.) Alaspään (2007) mukaan intoksikaatiopotilaan hoito jaetaan

välittömiin toimenpiteisiin, oireenmukaiseen hoitoon, myrkytymisen estämiseen, muuhun spesifiseen hoitoon ja jatkohoitoon.

Välittömät hoitotoimenpiteet ovat tajunnantason määrittäminen sekä hengityksen ja verenkierron varmistaminen ja seuraaminen (Myrkytyspotilaan välittömät toimenpiteet, 2004). Luurilan (2006a, 445) mukaan peruselintoiminnoista seurataan syketaajuutta, sydämen rytmiä, verenpainetta, hengitystaajuutta, uloshengityksen huippuvirtausta, happisaturaatiota ja lämpötilaa ja tajunnan tasoa esimerkiksi Glasgow'n kooma-asteikkoa käyttäen. Potilaalta mitataan verensokeri ja uloshengityksen etanolipitoisuus sekä varmistetaan defibrillaatiovalmius. (Luurila 2006a, 445.) Harjun & Topin (2000c, 314) mukaan tarkkaillaan myös diureesia, pahoinvointia ja oksentelua sekä ihon väriä, hikisyyttä ja lämpöä.

Intoksikaatiopotilaan **oireenmukaiseen hoitoon** kuuluvat ilmatien varmistaminen, riittävästä hengityksestä huolehtiminen sekä riittävästä verenkierrosta huolehtiminen. Ilmatie varmistetaan poistamalla suusta vieraat esineet ja eritteet. Ilmatien varmistamisessa voidaan käyttää apuna esim. nieluputkea. Tajunnaltaan heikentynyt potilas käännetään kylkiasentoon. Syvästi tajuton potilas intuboidaan ja hengitystä voidaan avustaa hengityspalkeella. Myrkytyspotilas voi tarvita hengityskonetta hengityksen turvaamiseen. Hengityksestä tarkkaillaan koneellisesti happikyllästyneisyyttä (SaO₂) ja uloshengityksen hiilidioksidia (etCO₂). (Lund 2000.) Riittämätön ventilaatio ja kudoshapetus johtavat asidoosiin. Merkittävä metabolinen asidoosi korjataan natriumbikarbonaatti-infuusiolla. Etenkin tajuttomilla tai oksentavilla intoksikaatiopotilailla on kohonnut aspiraatoriski (Luurila 2006a, 445 & 447).

Kuitusen (2000) mukaan ”monet myrkyt huonontavat sydänlihaksen supistuvuutta, vähentävät ääreisverenkierron vastusta ja aiheuttavat kuivumista, mikä johtaa hypotensioon.”. Potilaalle avataan suoniyhteys ja aloitetaan nesteytys Ringer-, NaCl 0,9 %-tai kolloidi-liuoksella riittävän verenpainetason turvaamiseksi. Tarvittaessa voidaan käyttää verenpainetta kohottavia lääkkeitä kuten dopamiinia, noradrenaliinia tai adrenaliinia. (Lund 2000.)

Intoksikaatiopotilaalla saattaa ilmetä rytmihäiriöitä. Potilailla pyritään kuitenkin välttämään rytmihäiriölääkkeiden käyttöä, koska ne lamaavat sydänlihasta ja saattavat huonontaa hemodynaamiikkaa. Rytmihäiriöille altistavat tekijät kuten hypoksia, neste-

elektrolyytti- ja happoemästasapainonhäiriöt ja hypovolemia pyritään selvittämään ja hoitamaan. Tilapäistä tahdistinta ja rytminsiirtoa voidaan tarvittaessa käyttää. Akuutti munuaisten vajaatoiminta pyritään ehkäisemään korjaamalla mahdollinen hypovolemia ja hypotonia. Potilas pyritään pitämään normotermisenä. (Luurila 2006a, 446–447.)

Kouristelu on vaikean myrkytyksen merkki. Kouristuksen taustalla olevat mahdolliset muut syyt, esimerkiksi hypoglykemia, sokki tai rytmihäiriöt, on selvitettävä ja hoidettava. (Alaspää 2007.) Kouristelut hoidetaan diatsepaamilla ja fenytoiinilla. Mikäli näillä ei ole vastetta tai kouristelu on pitkittynyt, hoitona on yleisanestesia (Lund 2000.) Intoksikaatiopotilaalle voi ilmaantua vieroitusoireita. Vieroitusoireet hoidetaan tarvittaessa lääkkeellisesti. Usein riehuva potilas joudutaan sedatoimaan. (Inkinen 2006c, 296.)

Tehokkain **myrkyntymisen estossa** käytettävä keino on mahdollisimman nopea lääkehiilen anto. Lääkehiiliannos aikuiselle on 50–100 grammaa. Lääkehiilen voi antaa tajuissaan olevalle potilaalle suun kautta esimerkiksi veteen sekoitettuna. Tajuttomalle potilaalle asetetaan nenämahaletku ja lääkehiili annetaan sitä kautta. Lääkehiilen teho on sitä parempi mitä nopeammin se annetaan, mutta sen annolle ei ole ehdotonta aikarajaa. (Luurila 2006b, 448.) Lääkehiiltä annetaan toistuvasti 25–50 gramman annoksina 4-6 tunnin välein. Vaikeissa myrkytyksissä lääkehiilen antamista jatketaan 1-2 vuorokautta. (Inkinen 2006b, 275.) Lääkehiilen antoa toistuvasti suositellaan erityisesti tilanteissa, joissa myrkytys johtuu hitaasti lääkeainetta vapauttavista lääkevalmisteistä. Lääkehiili ei tehoa esimerkiksi alkoholeihin, metalleihin, syanidiin eikä liuottimiin. (Luurila 2006b, 448–449.)

Mahahuuhtelu suositellaan tehtäväksi, jos kyseessä on hengenvaarallinen myrkytys, myrkyntymisestä kulunut 1-2 tuntia tai jos kyseessä on lääkeainetta hitaasti vapauttava valmiste (Inkinen 2006b, 275). Tajuton potilas käännetään vasemmalle kyljelle ja sänky laitetaan lievään anti-Trendelenburgiin. Mahahuuhtelu tehdään aspiroiden mahaeritettä mahaletkun kautta ja mahaeritteestä otetaan näyte. Tämän jälkeen mahalaukku huuhdellaan keittosuolalla 200–300 millilitraa kerrallaan niin monta kertaa kunnes erite on kirkasta ja lopuksi annetaan mahaletkun kautta 200 millilitraa lääkehiilisuspensiota. (Jokinen 2007, 520.) Suolihuuhdtelu tehdään vakavissa myrkytyksissä sekä muun muassa rauta- ja litium-myrkytyksissä. Suolihuuhdtelussa lääkehiilen annon

jälkeen annetaan esimerkiksi Colonsteril® -liuosta 1-2 litraa tunnissa, kunnes uloste muuttuu hiilipitoiseksi. (Inkinen 2006b, 276.)

Muu spesifinen hoito jakautuu myrkyllisen aineen antidootin eli vasta-aineen antamiseen ja myrkyllisen aineen eliminaation nopeuttamiseen (Alaspää 2007). Antidootit vähentävät myrkyllisen aineenvaihduntatuotteen muodostamista (Nurminen 2004, 430). Myrkyllisen aineen eliminaatiota voidaan nopeuttaa tehostetulla hemodialyysillä ja hemoperfuusiolla. Myrkyllisen aineen eliminaatiota tehostavia keinoja käytetään vaikeissa myrkytyksissä sekä silloin jos kyseisellä hoidolla voidaan lisätä myrkyllisen aineen eliminaatiota. (Peltonen & Honkanen 2006, 452.)

Jatkohoitopaikka määräytyy myrkytyksen vaikeusasteen mukaan. Jatkohoitopaikkaan annetaan riittävä suullinen ja kirjallinen raportti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. (Harju & Toppi 2000b, 315.) Suokkaan ja Lönnqvistin (2000) mukaan osa potilaista ei sitoudu hoitoonsa. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä aktiivinen ohjaaminen jatkohoitoon ja saattavat kuitenkin lisätä hoitomyöntyvyyttä (Suokas & Lönnqvist 2000).

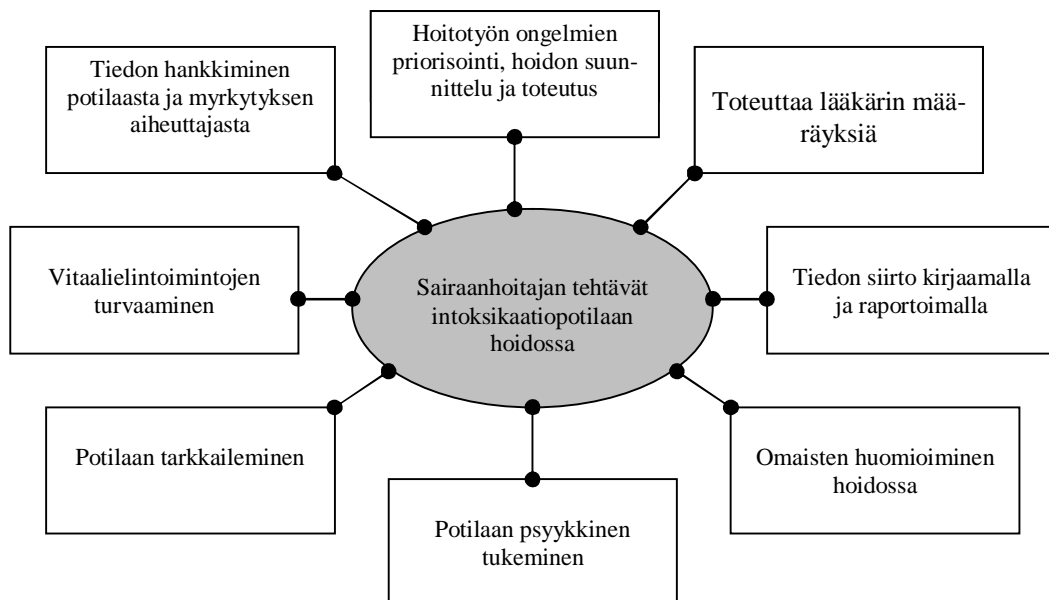
Lundin (2000) mukaan intoksikaatiopotilaan tehohoidon aiheita ovat ”tajunnan, hengityksen tai verenkierron häiriö, vaikea akuutti munuaisten vajaatoiminta tai tehostettua seuranta vaativa myrkytys, jossa oletetaan oireita tulevan myöhemmässä vaiheessa.” Inkinen (2006a, 275) lisää tehohoidon aiheiksi maksan (uhkaavan) vajaatoiminnan, vaikeat vieroitusoireet ja myrkytykset uusilla lääkkeillä joista hoitokokemukset puuttavat. Intoksikaatiopotilaiden tehohoitajaksot ovat yleensä lyhyitä (Lund 2000). **Tehostettua hoitoa vaativalla intoksikaatiopotilaalla** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilasta, jolle on myrkytyksen seurauksena kehittynyt vakavia elintoimintahäiriöitä ja joka tämän vuoksi tarvitsee tehostettua valvontaa ja hoitoa. Tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan täytyy täyttää yksi tai useampi edellä mainituista tehohoidon aiheista.

Itsemurhavaarassa olevaa potilasta tarkkaillaan jatkuvasti (Jokinen 2007). Itsemurhaa yrittäneille potilaille pyydetään psykiatrin konsultaatio (Luurila 2006a, 448). Psykiatrin konsultaatio tulee järjestää niin pian kuin mahdollista, mutta ehdottomasti vasta kun lääkeaineiden vaikutus on potilaasta kokonaan hävinnyt, jotta psyykkisen tilan

arviointi ja itsemurhariskin kartoittaminen onnistuisi (Suominen, Isometsä, Henriksen, Ostamo & Lönnqvist 2004, 58).

Intoksikaatiopotilaan hoidon täytyy olla asiallista riippumatta siitä, onko potilas hoidossa ensimmäistä vai useampaa kertaa samasta syystä. Intoksikaatiopotilasta tuetaan psyykkisesti keskustelemalla ja kuuntelemalla potilasta. Hoito pyritään toteuttamaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Myös tajutonta potilasta tulee informoida tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Omaisia tiedotetaan potilaan tilanteesta, annetaan tukea ja kuunnellaan sekä tarvittaessa ohjataan hakemaan kriisiapua. (Harju & Toppi 2000d., 316.)

Sairaanhoitajan tehtävänä intoksikaatiopotilaan hoidossa on priorisoida hoitotyön ongelmat, suunnitella ja toteuttaa hoitoa, kirjata sekä raportoida potilaasta lääkärille ja muille hoitajille (Harju & Toppi 2000a, 313). Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu intoksikaatiopotilaan esitietojen selvittäminen. Esitiedoista pyritään selvittämään potilaan nauttimia aineita, niiden määrää, nauttimisajankohta sekä onko myrkyä nautittu tahallisesti vai tahattomasti. (Harju & Toppi 2000b, 313–314.) Sairaanhoitajan tehtävät on esitetty kuviossa 1 luvun 2.1 tietoperustan pohjalta.



KUVIO 1 Sairaanhoitajan tehtävät intoksikaatiopotilaan hoidossa

2.2 Hoitokäytäntö ja -polku

Hoitoketju on tiettyä sairautta potevan asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus (Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten 2002, 7-8). Hoitoketju määrittää työnjaon terveydenhuollon eri portaiden välillä sekä määrää missä ja kenen toimesta hoito toteutetaan. Toimivan hoitoketjun tarkoituksena on parantaa tiedonkulkua, hoidon laatua ja potilaan asemaa. (Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa 2006.) Hoitoketjujen tietopohja nojautuu tutkittuun tietoon, kuten Käypä hoitosuositukseen, ja ne ovat yleisesti hyväksytyjen kliinisten käytäntöjen alueellisia sovelluksia (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander, & Komulainen n.d., 7-8).

Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine ja Lappalainen (2003) määrittelevät **hoitopolun** sairaalan sisäiseksi suositukseksi, jossa määritellään tietyn taudin hoitoa koskeva työnjako ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä. Hoitopolkuun ei siis kuulu varsinaisesti taudin hoidon kuvaus (Mäntyranta ym. 2003, 9). Iivanainen (2005) taas määrittelee hoitopolun kaavioksi, joka kuvaa yksittäisen potilaan hoidon etenemisen kotoa hoitolaitokseen, kulkua laitoksen sisällä sekä hoitolaitoksesta kotiin. Hoitopolku sisältää myös hoitoprosessien kuvauksen. Hoitoprosessien täytyy edetä saumattomasti, joten niiden rajapintoihin on kiinnitettävä erityistä huomiota hoitopolkuja kuvatessa. (Iivanainen 2005, 43–44.)

Hoitopolkuja kuvaamalla pyritään saamaan tietoa hoidon organisoinnista sekä kehittämään hoitokäytäntöjä (Iivanainen 2005, 44). Hoitopolkujen tarkastelussa on tavoitteena löytää laadukkaan kokonaishoidon kannalta mahdolliset kriittiset kohdat, esimerkiksi sairaalassa potilaan osastolta toiselle siirrot. Polkujen seurannassa voidaan tunnistaa myös palvelujen päällekkäisyyksiä tai aukkoja. Polkuja voidaan tarkastella kokonaisuutena tai valita jokin pienempi kokonaisuus, jota seurataan tarkemmin. (Mäkisalo 1999, 102–103.)

Hoitokäytäntö on potilaan hoidossa noudatettava käytännön toimintatapa. Hoitokäytäntö voi olla organisaation sisäinen tai eri organisaatioiden välinen. Ne voivat määräytyä yksittäisen ammattihenkilön osaamisen perusteella. Hoitokäytännöt toimivat hoitopolkujen käytännön toimintamalleina, joita voidaan käyttää pohjana laadittaessa

yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten 2002.) Hoitokäytännön kuvaaminen auttaa Outisen ja muiden (1999) mukaan hahmottamaan parannettavaa kokonaisuutta. Se toimii myös apuna hoidon laadun ja tuloksellisuuden sekä resurssien käytön arvioinnissa. (Outinen ym. 1999, 82–83.)

Tähän tutkimukseen valittiin intoksikaatiopotilaan hoitopolusta Keski-Suomen keskussairaalaan päivystyspoliklinikka sekä teho-osasto, joiden hoitokäytäntöjä ryhdyttiin tutkimaan. Käsitettä hoitopolku käytetään myös tutkimuksen tuloksien perusteella luodusta vuokaaviosta, joka kuvaa sairaanhoitajien näkökulmasta tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntöä yhteistyöosastoilla.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoidon toteutumisen arvioimisessa ja kehittämässä. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa päivystyspoliklinikalta teho-osastolle. Tavoitteena oli kuvata millainen hoitokäytäntö yhteistyöosastoilla tällä hetkellä on, millaisena hoitohenkilökunta sen kokee sekä miten he sitä kehittäisivät.

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö
 - päivystyspoliklinikalla
 - teho-osastolla?
2. Mitkä ovat hoitokäytännön vahvuudet ja kriittiset kohdat?
3. Miten hoitohenkilökunta kehittäisi tehostettua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntöä yhteistyöosastoilla?

4 Tutkimusaineisto ja kohderyhmä

4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikan sekä teho-osaston kanssa. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita. Päivystys toimii ympäri vuorokauden. Erikoissairaanhoidon päivystykseen tarvitaan pääsääntöisesti lääkärin lähete, mutta hätätilapotilaat hoidetaan ilman lähetettä. (Päivystyspoliklinikka 2007.) Päivystyspoliklinikalla potilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisena tiimityönä huomioiden potilaan ja hänen läheisensä yksilölliset tarpeet (Suokas 2005, 385). Sairaanhoidajan työhön päivystyspoliklinikalla kuuluu teoreettisen tiedon hallinta, itsenäinen päätöksen teko, välitön hoito ja tarkkailu sekä tiedon jakaminen potilaalle ja omaisille. Työtä päivystyspoliklinikalla kuvaa tilanteiden nopea vaihtelevuus, ennakoimattomuus ja potilasaineuksen heterogeenisyys. (Sillanpää & Koponen 2005, 28–30.)

Keski-Suomen keskussairaalan teho-osastolla on kahdeksan tehohoitopotilaspaikkaa ja neljä tehostetun valvonnan paikkaa. Tehohoidolla tarkoitetaan sairauksien ja onnettomuuksien yhteydessä kehittyneiden vakavien, mutta ohimeneviksi arvioitujen elintoimintahäiriöiden, joita ovat esimerkiksi hengityksen, verenkierron ja nestetasapainon häiriöt valvontaa ja hoitoa. Potilaiden hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. (Tehostetun hoidon yksikkö 2007a.) Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu potilaan elintoimintojen tarkkailu, tukeminen ja tarvittaessa korvaaminen sekä potilaan tarpeisiin kokonaisvaltainen vastaaminen omaiset huomioiden. Tehohoitotyötä kuvaa muun muassa potilaan kriittinen tila, tilanteiden nopea muuttuminen, henkilökunnan jatkuva läsnäolo sekä potilaan hoitoon ja elintoimintojen valvontaan tarkoitettujen teknologian käytön hallinta. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus 2001, 5 & 57.)

Päivystyspoliklinikan ja teho-osaston osastonhoitajat kertoivat osastoilla tutkimuksesta sekä pyysivät vapaaehtoisia haastateltaviksi. Osastoille annettiin tiedote tutkimuksesta ja tutkimussuunnitelma, josta halukkaat saivat tarkempaa tietoa tutkimuksesta. Osastonhoitajat ilmoittivat tutkimuksen tekijöille sähköpostilla vapaaehtoisista tutkimukseen osallistujista. Haastatteluajat sovittiin suoraan haastateltavien kanssa.

Tutkimukseen osallistui esihaastateltava mukaan lukien yhteensä yhdeksän sairaanhoitajaa, joista viisi päivystyspoliklinikalta ja neljä teho-osastolta. Osa haastateltavista sairaanhoitajista työskenteli myös osana kiertohoitajarinkiä. Rinki käsittää joka työvuorossa 1-2 tehtävään koulutettua sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät harkintansa mukaan keskussairaalan teho-osastolla, päivystyspoliklinikalla ja heräämössä tai muualla missä heidän asiantuntemustaan tarvitaan (Tehostetun hoidon yksikkö 2007b). Haastateltavien työkokemus vaihteli kahdesta vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen. Kaikki haastateltavat olivat hoitaneet useita tehostettua hoitoa vaativia intoksikaatiopotilaita.

4.2 Aineiston keruu

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa pyritään laadullisen tutkimuksen avulla luomaan käsitteitä, joita pystytään hyödyntämään käytännössä (Nieminen 1998, 220). Koska tarkoituksena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista intoksikaatiopotilaiden hoitamisesta, oli tutkimus luonteeltaan laadullinen. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja pyrkimys on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevaa teoriaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Niemisen (1998, 220) mukaan laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten alueille, joista on vain vähän aikaisempaa tutkimusta.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa tarkkojen kysymysten sijaan haastattelijalla on valmiiksi mietittynä teemoja, ikään kuin keskustelun otsikoita. Tarkoitus on pyrkiä vapaamuotoiseen keskusteluun, jota kuitenkin haastattelijalla teemoineen ohjaa. (Eskola 2007, 33.) Haastattelun teemat luotiin tutkimussuunnitelmaa varten kerätyn tiedon ja tutkimuskysymysten avulla (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66). Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja suoritettiin yksi esihaastattelu teho-osastolla. Esihaastattelun tarkoituksena oli testata haastattelujen teemojen toimivuutta käytännössä sekä valmentaa tutkimusentekijöitä haastattelijan rooliin (Suoranta & Eskola, 1998, 89–90; Hirsjärvi & Hurme 2000, 72). Esihaastattelun aineisto lisättiin varsinaiseen tutkimusaineistoon.

Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina keskussairaalassa joulukuun 2007 ja helmikuun 2008 välisenä aikana. Molemmat tutkimuksen tekijät olivat mukana kaikissa haastatteluissa. Haastattelut suoritettiin haastateltavien työaikana. Haastattelut tallennettiin nauhoittamalla (Alastalo 2005, 76). Yhtä haastattelua tarkennettiin jälkikäteen sähköpostiviestillä.

4.3 Aineiston analyysi

Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin sanatarkasti haastateltavien osalta. Kokonaisuudessaan puhtaaksikirjoitettua aineistoa kertyi noin 50 sivua. Aineistoa luettiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan hahmottamiseksi.

Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden keskinäiset suhteet saadaan selkeinä esille. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.) Koska tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin kokemuksia hoitotyöstä ja toimia pohjana hoitopolun kehittämisessä, analyysin lähtökohtana pidettiin aineiston monitahoista ja yksityiskohtaista tarkastelua, ei teorian tai hypoteesien testaamista (Hirsjärvi ym. 2007, 160).

Sisällönanalyysiprosessi jaotellaan karkeasti seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiyksiköksi valittiin lause, koska sen voi muodostaa virkettä laajempi useasta virkkeestä koostuva yksikkö, mutta se voi olla myös yksittäinen sana. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24 & 26.)

Aineisto jaoteltiin tutkimuskysymysten perusteella teemakortistoksi, josta analyysiyksiköt kerättiin. Analyysiyksiköt pelkistettiin tutkimuskysymysten mukaisesti ja kirjattiin aineiston termein. Pelkistetyt analyysiyksiköt ryhmiteltiin taulukkoon erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella. Samaa tarkoittavat ilmaiset yhdistettiin alaluokiksi. Alaluokat abstrahoitettiin edelleen samansisältöisiksi pääluokiksi. (Mts. 28–27.) Esimerkki aineiston analyysistä esitetään taulukossa 1.

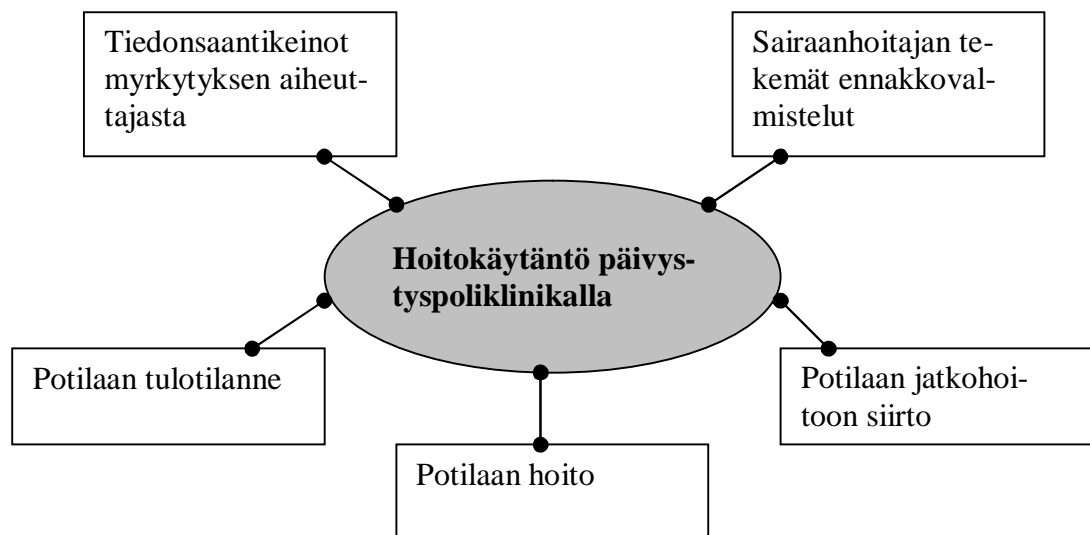
TAULUKKO 1 Esimerkki sisällönanalyysistä: hoitokäytännön vahvuudet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
<p>”...mä uskon että tämmöinen perushoitaminen ja sen potilaan elintoimintojen turvaaminen, kyllä ne kohtuullisen hyvin täällä toteutuu...”</p> <p>”...siinä fyysisten oireiden hoitamisessa toimitaan ihan hyvin.”</p> <p>”kyllä meillä kaikilla jotka noissa (triagesa) toimii on jonkinlainen näkemys ja jotkut puhuu intuitiosta, mutta kuitenkin näkemys mitenkä tää asia etenee...”</p> <p>”täällä on se tuntuma että pystytään ja osataan seurata potilaan vointia”</p>	<p>peruselintoimintojen tarkkailu toteutuu hyvin</p> <p>potilaan perushoito ja elintoimintojen turvaaminen toteutuu kohtuullisen hyvin</p> <p>fyysisten oireiden hoitamisessa toimitaan hyvin</p> <p>on riittävästi kokemusta tunnistaa tehohoitoa vaativat potilaat</p>	<p>fyysisten oireiden ja peruselintoimintojen hoito ja tarkkailu</p> <p>ammattitaitoinen ja kokenut henkilökunta</p>	<p>Somaattisen hoidon toteutus</p>

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla

Intoksikaatiopotilaan hoitopolku päivystyspoliklinikalla jakautuu sairaanhoitajan tekemiin ennakkovalmisteluihin, potilaan hoitoon sekä jatkohoitoon. Hoitopolku on kuvattu liitteessä 1. Hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla jaettiin analyysin perusteella viiteen pääluokkaan: tiedonsaantikeinot myrkytyksen aiheuttajasta, sairaanhoitajan tekemät ennakkovalmistelut, potilaan tulotilanne, potilaan hoito sekä potilaan siirtäminen jatkohoitoon teho-osastolle. Hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla on esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö päivystyspoliklinikalla

5.1.1 Tiedonsaantikeinot myrkytyksen aiheuttajasta

Henkilökunnan raportoinnin mainittiin alkavan sairaankuljettajalta saadulla ennakkoilmoituksella vastuuhoitajalle, joka välittää sen hoitajalle. Ennakkoilmoituksen perusteella hoitaja tekee esivalmisteluja. Potilaan saavuttua hoituhuoneeseen sairaankuljettaja antaa potilaan vastaanottavalle hoitajalle raportin. ”...ambulanssihenkilökunta on siinä se tärkein ja ne esitiedot, että kuinka paljon niitä lääkkeitä on otettu, mitä lääkkeitä, mihin aikaan, mitä hoitotoimenpiteitä on tehty.”

Esitietoja kysellään potilaalta itseltään, mikäli hänen tajunnantasonsa on hyvä.

”...totta kai siltä potilaalta kysellään myös, jos hän on siinä kunnossa, että voi vastata että ootko ottanut vai etkö oo ja mitä mahdollisesti oot ottanu.” Tietoja voidaan kysellä sairaalaan mukaan tulleelta omaiselta tai tarvittaessa soittaa hänelle kotiin.

Tietoa joudutaan joskus etsimään **tutkimalla potilaan tavaroita**. Sairaankuljettajat ottavat potilaan kotoa lääkainepakkaukset, alkoholipullot sekä reseptit mukaan sairaalaan. *”...ambulanssimiehet kattoo että mitä lääkkeitä siellä on. Ja kuinka, onko ne purkit tyhjiä ja ne ottaa ne purkit myöskin mukaan.”* Haastateltavat pitivät potilaan tavaroiden tutkimista ristiriitaisena, mutta se mainittiin perusteltuna tapana hankkia tietoa potilaasta tai myrkytyksen aiheuttajasta jos sitä ei mitenkään muuten voida saada. *”...onhan meidän pakko kattoo, jos ei tosiaan, jos potilas on tajuton ja meillä ei oo mitään tietoo mitä se on ottanu. Se on kyl periaatteessa ristiriitasta, kun sit kuitenkin sanotaan että ei sais mennä tutkimaan.”* Tietoja etsitään myös **terveydenhuollon asiakirjoista**, joita ovat ensihoitokaavake ja potilaan aikaisemmat sairaskertomukset. Sairaskertomuksista voidaan tarkistaa potilaan käyttämä lääkitys ja päätellä myrkytyksen aiheuttajaa tätä kautta.

Kliinisillä kokeilla voidaan määrittää potilaan elimistöstä joitakin myrkytyksen aiheuttajia. Myrkyjä etsitään potilaan verestä tai virtsasta. *”Ja se mikä siinä (kestokatet-rin laitossa) on hyvä, että siitä saa luotettavan huume-pissanäytteen mikä kuuluu tähän myrkytyspakettiin”*.

5.1.2 Sairaanhoidajan tekemät ennakkovalmistelut

Hoitotiimi kootaan vastuuhoidajan antaman ennakoilmoituksen perusteella. Ensimmäiseksi informoidaan hoitavaa lääkäriä, jonka kanssa mietitään muita valmisteluja. Sisätautilääkärin kanssa mietitään mitä muuta henkilökuntaa potilaan hoito vaatii ja heille ilmoitetaan potilaan tulosta. *”...yleensä tilataan siihen se hoitoryhmä paikalle, laboratoriohoitaja ja röntgenmahdollisuudet ja se anestesialääkäri ja riittävästi henkilökuntaa, että pystytään se potilas sitten turvallisesti hoitamaan.”*

Hoitoympäristön, tutkimusten ja toimenpiteiden valmistelu alkaa potilaspaikan varaamisella. Potilaspaikan valintaan vaikuttavat potilaan kunto, vastuuhoidajan mää-

räys sekä triage-hoitajan tekemä hoidon kiireellisyys luokitus. Tämän jälkeen valmistellaan potilaspaikka ja varataan huoneeseen tarvittavat hoitovälineet. ”... *mä katon että siellä on sopiva monitori, että siinä monitorissa on kaikki osat.*” ”*Ja katon että siellä on intubaatiovälineet ja hapetusvälineet ja tällaiset mitä siinä tullaan luultavasti tarvitsemaan.*” Hoitaja tilaa laboratoriotutkimukset ennen potilaan saapumista.

Myrkytyksen aiheuttajasta etsitään tietoa Pharmaca Fennicasta tai myrkytystietokeskuksesta. ”*Ja mä monesti tutustun jos mulla on aikaa jo siinä vaiheessa kun mulla on tietoa että tämmöisiä lääkkeitä on ottanut niin mitä se lääke voi mahdollisesti yliannostuksena aiheuttaa.*”

5.1.3 Potilaan tulotilanne

Potilaan saapuessa päivystyspoliklinikalle tehdään **välittömät toimenpiteet**, joihin kuuluvat hengitystien turvaaminen, hengityksen turvaaminen, hemodynamiikan turvaaminen ja peruselvytysvalmius.

Alotetaan siinä se hoito lähinnä turvaamalla ensin se hengitys ja verenkierto. Anestesia lääkäri jos se on paikalla ni päättää ne keinot siinä. Ellei oo ni käytetään nieluubiä, hengityspaljetta. Tietenkin avataan suoniyhteys ja jos on erittäin huonossa kunnossa ni, mikäli tarve siihen on niin peruselvytys.

Potilaalta tarkistetaan tajunnan taso. ”...*sekin on jo yks testi että miten syvästi tajuttomasta potilaasta on kyse, että jos hän vastustaa esim. sen nieluubiin laittoa niin silloin hän on aika pinnassa. Mutta jos ei hän yhtään reagoi sillekään...niin on todella syvästi tajuttomasta potilaasta kyse.*” Perusmonitorointi aloitetaan heti potilaan saavuttua hoituhuoneeseen. Tulosten perusteella tehdään päätöksiä potilaan tarvitsemista hoitotoimenpiteistä.

Potilaan tutkimiseen kuuluvat EKG:n ottaminen, potilaan puhallutus, verensokerin mittaaminen, lämmön mittaaminen, arteriaverinäytteen analysoiminen sekä huumevirtsanäytteen ottaminen. EKG otetaan siinä tapauksessa jos myrkytys oletetaan vaikuttavan sydämen sähköiseen toimintaan. Arteriaverinäytteellä saadaan tietoa potilaan happo-emästasapainosta ja hapettumisesta. ”*Koska siinä (astrupissa) saadaan kalium ja natrium jotka on hirveen tärkeitä. Ja tietysti se onko asidoottinen tai alkalioottinen.*”

Ja hapetusfunktio, että retentoiko se kovasti hiilidioksidia vai hapettuuko tää meidän potilas sitten hyvin.”

Sairaanhoitaja voi suorittaa tiettyjä **hoitotoimenpiteitä** ilman lääkärin määräyksiä. Suoniyhteys avataan potilaan nesteyttämiseksi ja lääkkeiden antoa varten. Potilaalle laitetaan kestopatetri, jonka välityksellä saadaan virtsanäyte ja seurattua munuaisten toimintaa. ”...on sovittu, että täällä laitetaan potilaalle kestopatetri, joka menee teholle, ihan tuntidiureesin seuranta varten.” Potilaalle voidaan laittaa myös nenämahaletku, joka voi toimia lääkehiilien antoreittinä.

Oireenmukaiseen hoitoon kuuluu potilaan hoito lääkärin määräyksen mukaan, suonensisäisen nesteytyksen aloittaminen sekä potilaan vieminen röntgeniin. Sairaanhoitaja aloittaa suonensisäisen nesteytyksen lääkärin määräyksen mukaisesti. Hoitaja kuljettaa potilaan tarvittaessa röntgeniin. ”Yleensä heiltä otetaan tää keuhkokuva suuren aspiraatoriskin vuoksi.”

5.1.4 Potilaan hoito

Intoksikaatiopotilaan hoidossa on varauduttava **välittömiin hoitotoimenpiteisiin**, jotka ovat aineiston mukaan elintoimintojen turvaaminen ja potilaan tarkkaileminen. Tajuttomalla potilaalla hoitaja on koko ajan vieressä. Potilaan elintoimintoja seuraamalla saadaan tietoa potilaan mahdollisesti ilmenevistä elintoimintojen häiriöistä.

”Sitten tietysti se on aina näillä intoksikaatioilla kun ei tiedetä mikä se lääkemäärä on ja kuinka nopeasti imeytyy. Sitten et se vaatii sitä jatkuvaa seuranta.” Monitoroinnin lisäksi hoitajan täytyy osata tulkita mittaustuloksia.

Jos hoitaja ei osaa tulkita monitoreista saamansa tietoa ja soveltaa sitä, mitä tapahtuu niinku fysiologisesti käytännössä, muuta kun kattoo, että verenpaine on 80/40, kirjaa sen papereihin että näin se on, eikä siellä tapahu aivoissa yhtään mitään ni se on vaarallista.

Sairaanhoitaja toimii **yhteistyössä lääkärin kanssa**. Sairaanhoitajan rooliin kuuluu aineiston mukaan lääkärin määräyksen toteuttaminen. ”Kyllä se on vähän enempi siitä anestesialääkärin halusta ja asenteesta ja sen potilaan voinnista riippuvat asiat, mitä hän haluaa tehdä tai mitä vaatii tehtäväksi.” Sairaanhoitaja avustaa lääkärinä toimenpiteissä. ”...avustaa lääkärinä, tunnetaan välineet, tunnetaan tavat toimia, koska hoitajan kuitenkin pitäis elää, tavallaan kun ajattelee lääkäri haluaa nyt intuboida niin

hoitajan pitäis olla jo askeleen eellä ja sillä pitäis olla ne välineet siinä jo kasattuna tai olla siinä..” Hoitajat voivat aloittaa tehohoitoja jo päivystyspoliklinikalla, jos siihen on tarvittavat tiedot ja taidot.

Myrkyn imeytymisen estohoitona käytetään lääkehiiliä ja mahahuuhtelua.

”...laitetaan se lääkehiili koska niinkun on todettu että se on kaikkein tehokkain estämään niiden lääkkeiden imeytymistä, että se voi vielä seuraavanakin päivänä estää lääkkeen imeytymistä.” **Muu spesifinen hoito** jakaantuu vasta-aineen antamiseen sekä hemodialyysihoidon järjestämiseen mikäli otettu myrkky heikentää munuaisten toimintaa.

Potilaan voinnista **kirjaaminen** kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin. Potilasryhmälle ominaista on, että kirjataan esitiedot nautitusta myrkyistä. *”No tietysti ne peruselintoinnot kirjataan, sitten tietysti niistä esitiedoista voidaan semmoisia tärkeimpiä juttuja ja niistä esimerkiksi lääkemääristä ja omaisuus...”*

Omaisten huomioiminen tapahtuu potilaan fyysisen tilanteen vakauduttua. Omaisille voidaan ilmoittaa kotiin, jos potilaan omaistiedot ovat saatavilla. Omaisille annetaan tietoa potilaan voinnista ja hoidosta. *”Kerrotaan mitä on tehty, mitä löydetty, mitkä jatkohoitotoimenpiteet, onko jatkotoimenpiteitä ja sitten tarvittaessa jos on käynyt niin, että on suruviesti kerrottavana niin sitten tietenkin yhteys Mobileen tai johonkin muuhun...”* *”Ja kyllä mä rehellistä palautettakin annan jos eivät esim. tiedä miksi on, niin kyllä mä sanon että on ottanut yliannoksen lääkkeitä ja mitä komponentteja siihen on, että mun mielestä se kuuluu kun jossain vaiheessa se on kuitenkin kohdattava se tosiasia.”*

Potilaan psyykkisen tukemisen keinoina käytetään potilaan rauhoittelua sanallisesti ja potilaan informoimista. *”Totta kai potilaallekin siinä kerrotaan koko ajan mitä tapahtuu, mä sanon vaikka olisi ns. tajuton tai tajunnantaso alentunut niin mä pyrin kertomaan mitä on tapahtunut ja minne on nyt menossa kun lähdetään liikkeelle...”* Intoksikaatiopotilaan hoidossa joudutaan joskus turvautumaan pakkokeinojen käyttöön, joiden käytöstä lääkäri päättää.

”Että sehän perustuu siihen ajatteluun että tämmöisessä inhimillisessä hädässä oleva potilas niin sitä on autettava vaikka hän ei itse sitä hoitoa haluaisi ottaa vastaan. Että se on tavallaan meidän velvollisuus että me voidaan turvata hänen elintoiminnat ja elämän sillä että tehään semmoi-

sia pakkokeinoja, pidetään kiinni ja laitetaan, jotaki hoitotoimenpiteitä tehdään väkisin.

Potilas saattaa joskus **keskeyttää hoidon omaehtoisesti**. Tässä tilanteessa sairaanhoitajan vastuuna on ottaa potilaan allekirjoitus hoidon keskeyttämiskaavakkeeseen. ”*Se, että tosiaan monesti ne repii tipat ja ottaa ja lähtee...jos ei ne suostu jäämään vartiankaan seuraan ni sit se on lääkäristä kii, että päästääkö kotia vai mitenkä. Nimi alle, että on omaehtoisesti lähteny kotia. Tavallaan siirtyy vastuu meiltä sitten pois.*” Joskus joudutaan turvautumaan poliisiin virka-apupyynnöön. ”*Että jos on semmonen, et me ei esimerkiks nähä, että se lähtee ja se on ottanu vaarallisen annoksen. Kyllä joskus joutuu tekemään virka-apupyynnön, mutta tosi harvoin.*”

5.1.5 Potilaan jatkohoitoon siirtäminen

Ennen potilaan siirtämistä teho-osastolle **varmistetaan potilaan siirtokunto**. Tärkeintä on turvata potilaan vitaalielintoiminnot. **Siirtoa** varten varataan mukaan otettavat tavarat. Mukaan otettava varustus riippuu potilaan kunnosta. Vaikka siirtomatka päivystyspoliklinikalta teho-osastolle on lyhentynyt, otetaan siirtoon usein mukaan elvytykseen tarvittavia välineitä. ”*On meillä olemassa semmonen äkkipakki, semmonen pien lääkepakki, työkalupakki missä on sitte ambut, elvytyslääkkeet ja tämmöset, että pystyy intuboimaan matkalla.*” Potilaasta otetut myrkkyyveret kulkevat potilaan mukana koko hänen sairaalassa oloajan. Potilaan siirrosta teho-osastolle päättää anestesialääkäri, mutta sairaanhoitaja siirtää potilaan sinne.

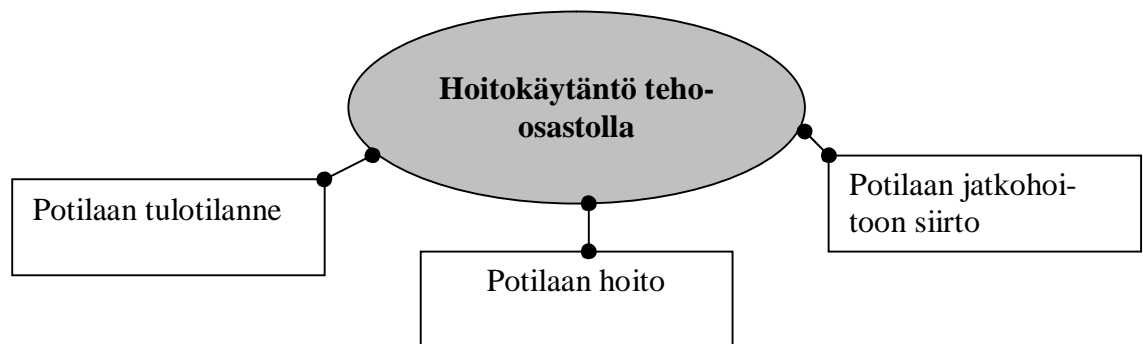
Siirrosta **informoidaan** potilasta, omaisia sekä teho-osaston vastuuhoitajalle annetaan ennakoilmoitus. Ennakoilmoituksessa kerrotaan lyhyesti potilaan tilasta.

...on hyvän käytännön mukaista että soitetaan sinne tehon vastuuhoitajalle että tämmöinen potilas on tulossa, mä annan henkilötiedot siitä potilaasta ja sitten aika lyhyesti käyn mitä nyt on hän on ottanut ja mikä on tämänhetkinen tilanne. Ja sit pyydän sitä arviota että milloin mä voin tulla sinne...

Teho-osastolla potilaan vastaanottavalle hoitajalle annetaan **raportti**. Raportissa korostuu tiedot potilaan nauttimasta myrkyistä, odotettavissa olevista oireista sekä määrättyistä hoidoista.

5.2 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla

Intoksikaatiopotilaan hoitopolku teho-osastolla jakautuu sairaanhoitajan tekemiin ennakoivalmisteluihin, potilaan hoitoon sekä jatkohoitoon siirtämiseen. Hoitopolku on kuvattu liitteessä 2. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla jaettiin analyysin perusteella kolmeen pääluokkaan: potilaan tulotilanne, hoito teho-osastolla sekä jatkohoitoon siirtäminen. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla on esitetty kuviossa 3.



KUVIO 3. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytäntö teho-osastolla

5.2.1 Potilaan tulotilanne

Sairaanhoitaja tekee **ennakoivalmisteluja** potilaan vastaanottamiseksi lääkärin antamien tai päivystyspoliklinikalta saatujen esitietojen perusteella. Hoitaja varaa potilaan hoidossa käytettävät välineet valmiiksi. ”...lähetään varmaan ihan siitä akuuteimmas-ta tuolta poliklinikalta ilmotetaan että täällä on potilas joka huonosti hengittää ja siellä todennäköisesti on sitten intuboitu, me valmistaudutaan täällä että meillä on respiraattori valmiina tossa...”

Välittömät hoitotoimenpiteet jaettiin analyysin perusteella peruselintoimintojen turvaamiseen sekä potilaan tarkkailuun. Hoitajan on osattava reagoida potilaan tilassa tapahtuviin äkillisiin muutoksiin. ”...kun lääke alkaa vaikuttaa vaikka tai alkoholi alkaa vaikuttaa niin se kunto voi romahtaa nopeasti... Et hoitajan pitää reagoida niihin muutoksiin äkkiä.” Potilaan tarkkailu tapahtuu teho-osaston rutiinien mukaan. Potilasryhmän tarkkailulle oli aineiston mukaan tyypillistä, että tarkkaillaan myrkkyykohtaisten odotettavissa olevien oireiden ilmenemistä. Oireet voivat tulla viiveellä.

Potilaan vastaanottaminen alkaa päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan raportin vastaanottamisella. Raportissa käsitellään potilaan esitietoja, hoitoa päivystyspoliklinikalla sekä teho-osastolle määrättyjä hoitoja. Sairaanhoitaja ottaa potilaan omaksi potilaakseen ja kirjaa tämän teho-osaston tietojärjestelmiin.

Sairaanhoitaja **avustaa lääkäriä hoitotoimenpiteissä**. Tehtävät toimenpiteet määräytyvät potilaskohtaisesti. ”...avustaa siinä arteriakanyylin laitossa...” ”No vakavissa tilanteissa esim. keinomunuaishoidon aloitus jos oikein pahasta on kyse, respiraattorihoito...” Sairaanhoitaja myös tekee **hoitotoimenpiteitä**. Potilaalle laitetaan virtsakatetri diureesin seurantaan varten sekä nenämahaletku, jos niitä ei ole laitettu päivystyspoliklinikalla. Arteriakanyylista otetaan valtimoverinäyte potilaan seurantaan varten. ”...saadaan nää kaikki, ainakin tää astrupnäyte ja nähään toi happoemästasapaino ja sit nää elektrolyytit ja hemoglobiinit...”

5.2.2 Potilaan hoito

Oireenmukainen hoito käsitti aineiston mukaan lääkehoidon ja nestehoidon toteuttamisen, lääkärin määräyksien toteuttamisen ja potilaan tarkkailun. Fyysisen tarkkailun lisäksi aineiston mukaan pitäisi kartoittaa potilaan psyykinen vointi. Mahdollisesta itsemurhayrityksestä kysytään potilaalta suoraan. Tarkkailun perusteella toteutetaan hoitoa. ”...lääkäri on määränny kaiken lääkehoidon ja nestehoidon kyllä, mutta sairaanhoitaja voi arvioida siellä on erilaisia vasteita, vaikka että verenpaine laskee niin alotetaan nestetäyttö, niin sairaanhoitaja alottaa verenpainearvon mukaan.” Potilaan vieroitusoireita voidaan hoitaa lääkkeellisesti.

Myrkyn imeytymisen estohoidossa käytetään lääkehiiliä. **Myrkyn eliminaatiota voidaan nopeuttaa** hemoperfuusiolla, hemodiafiltraatio- (CVVHDF) tai hemodialyysihoidolla. ”...esim. jos hemoperfuusio jossa se veri kiertää semmosen hiilisuodattimen kautta joka imee sieltä esimerkiksi karbamatsepiinimyrkytys on sellainen jossa (sitä voi käyttää)...” ”...mut joskus hemodiafiltraatiohoito sitten, että puhdistetaan sitä jos se on jo verenkierrossa se lääkeaine tai alkoholi...Tuota yläonttolaskimoon lääkäri laittaa semmosen katetrin, jota pitkin sitten verta puhdistetaan.” Hemodialyysin suorittaa dialyysiosaston hoitaja potilaan kunnosta riippuen, joko teho-osastolla tai dialyysiosastolla.

Myrkyistä etsitään tietoa eri lähteistä. ”*Pharmacasta. Tai sitten myrkytystietokeskuksesta. Siis joskus poli tuo semmosen lapun...Joskus niillä on mukana se jos on otanut jotakin tiettyä lääkettä niin myrkytyskeskuksesta se että mitä oireita se aiheuttaa.*” Teho-osastolla toimii vastuualueryhmä, joka päivittää osastolla olevaa tietoa huumeaineista. ”*No meillähän on ihan erikseen täällä osastolla olemassa sellainen huumekansio mikä on hyvä apu jos tulee, nykyään on niin paljon kaikkea huumeita ja ihme intoksikaatioita...*” Hoitajan **täytyy pitää itsensä ajan tasalla** hoitotyön kehityksessä. ”*...mun mielestä hoitajalla on myös vastuu siitä että pitää niinku ittellä tän ajantasalla, että ymmärtää mistä siinä potilaan voinnissa ja hoitamisessa on millonkin kysymys...*”

Potilasta tuetaan psyykkisesti. Levottomien potilaiden kohdalla joudutaan käyttämään pakkokeinoja potilaan omaksi tai hoitajan turvallisuuden takaamiseksi. ”*Välillä on pakko sitoa ja siihen saada lääkärin luvat sitten että saa sitoa sänkyyn. Mä en tiedä käytetäänkö pakkokeinona, että joudutaan joskus nukuttamaan hyvin levoton potilas.*” Potilaan kanssa keskustellaan ja häntä kuunnellaan. Potilaan vaikeaan tilanteeseen pyritään vaikuttamaan ammattimaisella kohtaamisella ja ylläpitämällä potilaan toivoa tulevaisuuteen.

Mutta toisaalta mä uskon, että siinä voi aika pienillä asioilla vaikuttaa sen potilaan vointiin meillä tehollakin, että miten sen kohtaa ja miten semmosta vaikkapa masentunutta ihmistä, mitenkä sille juttelee ja jos pystyy jotenki lohduttamaan tai siinä vaiheessa jo tukemaan jotenkin tsemppaamaan, että kyllä tästä jotenkin selvittää ja apua on saatavilla ja muunkinlaisia ratkaisuja on, kun tämmönen lääkkeen yliannostus, kyllä siinä mahdollisuuksiakin hoitajalla vaikuttaa sen potilaan tulevaisuuteen.

Myös psykiatrissa sairaanhoitajaa voidaan konsultoida. ”*... varsinkin jos se psykiatrinen sairaanhoitaja on, vaikka tän potilaan tuttu ni se on voinu olla tosi hyvä keino.*”

Omaisten huomioiminen näkyy tiedon antamisena potilaan tilasta. Omaisille annetaan tietoa potilaan fyysisestä ja psyykkisestä tilanteesta ja itsemurhayrityksestä.

Siinä usein kysytään lääkärin mielipidettä, jos potilas on täysikänen ja täysissä niinku tajunnantaso normaali ja se tilanne vakaa niin sittenhän se potilas päättää kenelle hän kertoo. Mut jos on kriittisessä tilassa se potilas niin sillonhan me annetaan ilman potilaan suostumusta, ni lääkäri antaa omaisille tietoja, kyllä siinä voi kertoa, että on jättänyt itsemurhaviestin vaikka, ni siinä omaiset saa tietää sen.

Omaiset voivat osallistua halutessaan potilaan hoitoon.

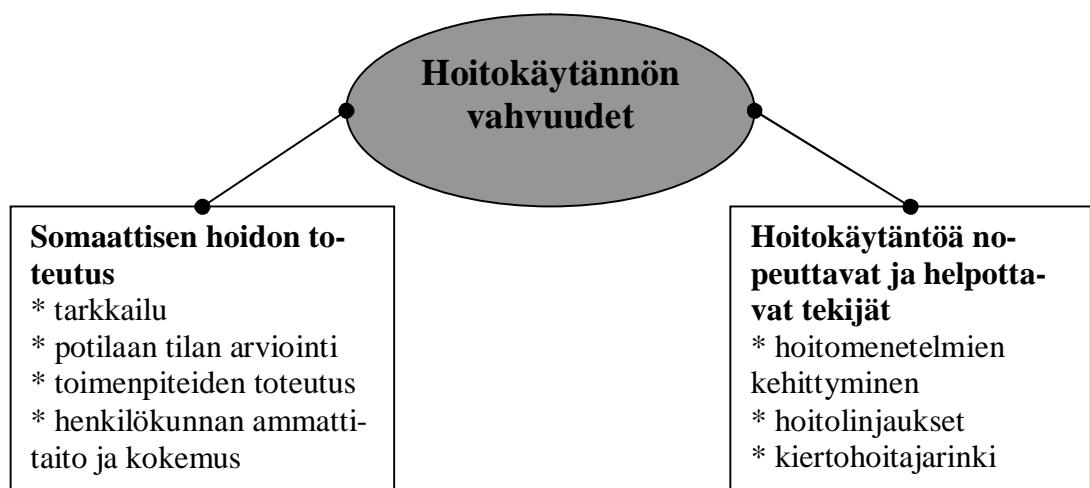
5.2.3 Potilaan jatkohoitoon siirtäminen

Sairaanhoitajan tekemiin **ennakkovalmisteluihin** kuuluu potilaan informoiminen ja jatkohoitopaikan varmistaminen. ”*Ensteks soitetaan osastolle ja millasesta tapauksesta on kyse, sillä tavalla osastolla pystytään valmistautumaan siihen vastaanottoon.*” Ennen osastosiirtoa potilaasta kirjataan teho-osaston tietokantoihin. Potilaalta poistetaan jatkohoidon kannalta turhat hoito- ja tarkkailureitit. ”*Ja sitten pitää poistaa arteriakanyyli ja mahdollisesti muita, nenämahletku...Kaikki semmoinen ylimääräinen mitä osastolla ei enää käytetä meillä täytyy sitten muistaa poistaa.*”

Hoitaja **raportoi** jatkohoitopaikan sairaanhoitajalle potilaan hoitajaksosta teho-osastolla. Itsemurhayrityksen tehneiltä raportoidaan tehdystä psykiatrin konsultaatiopyynnöstä. ”*Psykiatrin konsultaatio on hyvin tärkeä. ... se täytyy raportoida eteenpäin koska se varmasti pääsääntöisesti tarvitaan.*”

5.3 Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön vahvuudet

Haastatteluissa mainitut intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön vahvuudet jaettiin analyysin perusteella kahteen pääluokkaan: somaattisen hoidon toteutus sekä hoitokäytäntöä nopeuttavat ja helpottavat tekijät. Hoitokäytännön vahvuudet on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön vahvuudet

5.3.1 Somaattisen hoidon toteutus

Somaattisessa hoidossa vahvuuksiksi mainittiin toteutetut **hoitotoimenpiteet**. Hoitokäytännön vahvuuksina pidettiin lisäksi potilaan **peruselintoimintojen tarkkailua** sekä **fyysisen tilan arviointia**. ”Kyllä mä uskon että tällainen perushoitaminen ja sen potilaan elintoimintojen turvaaminen, kyllä ne kohtuullisen hyvin täällä toteutuu että ei siinä niinkun oo semmosta onglmaa.” Somaattisen hoidon hyvän toteutuksen mahdollistajana pidettiin **henkilökunnan ammattitaitoa**. Hoitohenkilökunnan vahvuutena pidettiin kokemusta, joka ilmenee varsinkin tehohoitoa vaativien potilaiden tunnistamisessa. ”...kyllä meillä kaikilla jotka noissa (triagessa) toimii on jonkinlainen näkemys ja jotkut puhuu intuitiosta, mutta kuitenkin näkemys mitenkä tää asia etenee.” ”... ja osataan myös noukkia ne potilaat jotka tarvii semmosta teho(hoitoa)...” Kokemukseen vaikuttaa kokonaistyökokemuksen lisäksi potilasryhmän suuruus, jonka katsottiin pitävän yllä tuntumaa potilasryhmän hoidossa. ”Meillä on hyvin paljon intoksikaatiopotilaita. Ei nyt ihan päivittäin, mutta hyvin useesti.”

Tiedonsaanti eri myrkytyksistä koettiin helpoksi paitsi kirjallisuudesta myös työtovereita konsultoimalla. Potilasryhmän hoidon mainittiin kartuttavan henkilökunnan tietämystä ja olevan positiivisessa mielessä haastavaa. Sairaanhoidajien toiminnassa vahvuutena pidettiin kollegiaalisuutta, joka näkyy esimerkiksi keskinäisessä konsultaatiossa sekä työtovereiden henkisessä tukemisessa.

5.3.2 Hoitokäytäntöä nopeuttavat ja helpottavat tekijät

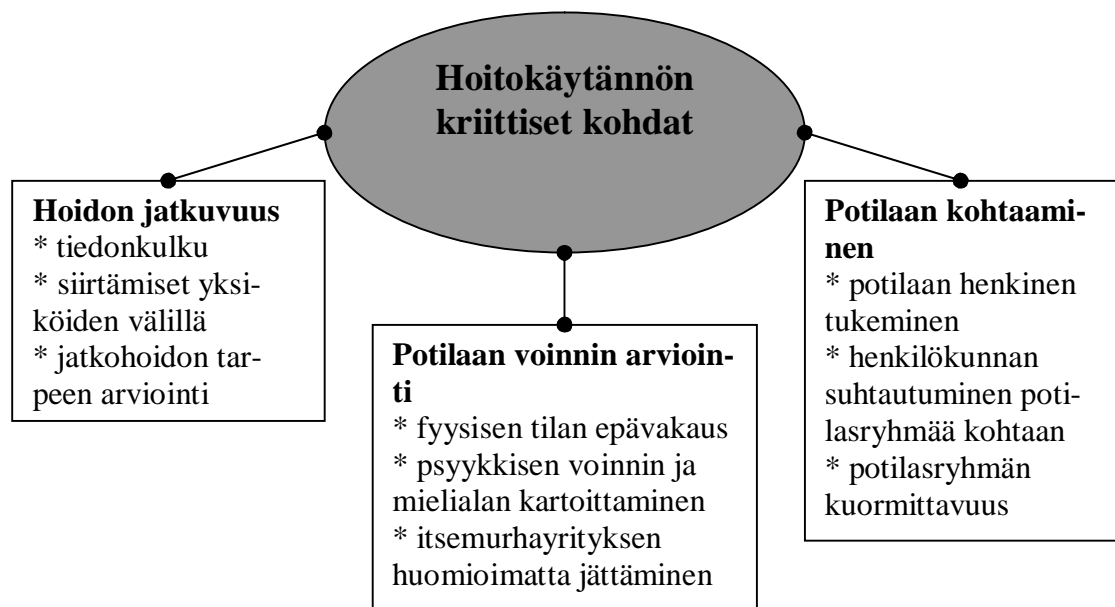
Hoitokäytäntöä nopeuttaviksi ja helpottaviksi tekijöiksi mainittiin **hoitomenetelmien kehittyminen** tarkoituksenmukaisemmiksi sekä **somaattisen hoitolinjan vakiintuminen**. ”...kyllä meillä aika selvät hoitolinjat on, kyllä minun mielestä se pitäis olla kaikille ihan itestään selvää miten toimitaan.” Hoitokäytännön sujuvuuden merkinä pidettiin potilaan hoidon nopeaa aloitusta päivystyspoliklinikalla. ”...jos se on niin huonokuntoinen...että sen elintoiminnot on heikentyny niin välitön hoito alkaa sokkihuoneessa ja sinne saahaan hyvin nopeasti muutamalla puhelulla täällä riittävä porukka paikalle”.

Erityisesti hoitoa helpottavaksi koettiin **kiertohoitajarinki**. Kiertohoitajan käytön mainittiin nopeuttavan tehostetun hoidon aloittamista, vähentävän osastosiirroissa päällekkäistä raportointia ja turvaavan hoidon jatkuvuutta. ”...kiertohoitaja voi sit kyllä aloittaa tehohoitoja jo täällä (päivystyspoliklinikalla)...jos vaikka tietää että pitää täällä tuntitolkulla olla niin tietää ettei oo sitten mitään syytä olla aloittamatta”.

Kiertohoitajaringin mainittiin myös lisäävän päivystyspoliklinikan ja teho-osaston välisen yhteistyön sujuvuutta, koska osastojen henkilökunta ja fyysiset toimintaympäristöt ovat tulleet tutuksi. ”Yhteistyö meillä, teholla ja päivystyksessä, hyvä, koska on tuttuja ihmisiä kun on työskennellyt näissä paikoissa ja tuttu ympäristö toimia.” Osastojen välinen yhteistyö koettiin ylipäätään molemmissa yksiköissä hyvänä. Yhteistyötä helpottavina tekijöinä mainittiin työtehtävien sekä toimintatapojen samankaltaisuus.

5.4 Hoitokäytännön kriittiset kohdat

Haastatteluissa mainitut intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön kriittiset kohdat jaettiin analyysin perusteella kolmeen pääluokkaan: hoidon jatkuvuus, potilaan voinnin arviointi sekä potilaan kohtaaminen. Hoitokäytännön kriittiset kohdat on esitelty kuviossa 5.



KUVIO 5. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön kriittiset kohdat

5.4.1 Hoidon jatkuvuus

Tärkeänä tekijänä hoidon jatkuvuudessa mainittiin **tiedonkulku**, johon sisällytettiin raportointi ja kirjaaminen. Kriittisimmäksi pisteeksi tiedonkulussa mainittiin potilaan siirtäminen eri yksiköiden välillä. Päivystyspoliklinikalla pidettiin hankalina tilanteita, jolloin ennakoilmoitus potilaasta ja potilaan esitiedot olivat vähäiset. ”*se tieto on mulle kuin työväline, silloin mä voin valmistautua ihan eri tavalla siihen tilanteeseen.*” Tiedonkulun riittävydestä oltiin epävarmoja potilasta siirrettäessä teho-osastolta eteenpäin. Tärkeänä pidettiin poistumisraportin tarkkaa läpikäymistä suullisesti.

Potilaan psyykkistä tilaa koskevan raportoinnin koettiin toteutuvan fyysistä tilaa koskevaa raportointia puutteellisemmin. Tämä ilmeni sekä työvuoron vaihtumisen että osastosiirron yhteydessä tapahtuvassa raportoinnissa. ”*...raportilla esimerkiksi kerrotaan vain nämä, että mitä lääkkeitä on saanut ja mitä nesteitä on saanut ja onko virtsaa tullu, mutta ei sitten keskustella siitä potilaan tilanteesta niinkun kokonaisvaltaisemmin.*” Myös potilaan psyykkistä tilaa koskeva kirjaaminen potilasasiakirjoihin koettiin puutteelliseksi.

Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta **siirrot yksiköiden välillä** koettiin kriittiseksi pisteeksi varsinkin jos haastateltavat kokivat, ettei heillä ole tietoa miten potilaan hoitopolku omalta osastolta siirtymisen jälkeen jatkuu. ”*...yrittää painottaa sinne osastolle päin että se asia (henkinen tuki) otettais siellä hoitoon...mutta en sitten tiä koska en tiedä mitä niille potilaille tapahtuu siellä osastolla.*” Muita osastosiirtoihin liittyviä kriittisiä pisteitä olivat pitkällisen potilaspaikan odottaminen ja hoidon viivästyminen. Hoitoa viivästyttävänä tekijänä mainittiin puutteellinen ensiarvio sekä laboratoriovastauksen pitkittyminen, joilla katsottiin olevan edelleen vaikutusta potilaan jatkohoitotarvion viivästyymiseen.

Varsinkin jos nyt ajatellaan että on semmoinen potilas joka vaatii tehohoitoa jos se joutuu kaks-kolmekin tuntia tässä odottelemaan että pääsee sinne oikeaan hoitopaikkaan niin se on semmoinen (kriittinen) asia. Mutta se on tietysti monista asioista kiinni eikä se nyt oo varmaan semmoinen mitä nyt tahallaan tai tarkoituksella. Mutta kun ei oo paikkoja aina niin niitä ei löydy.

Potilaan **jatkohoidon tarpeen** tarkka arviointi koettiin teho-osastolla erittäin tärkeäksi hoidon jatkuvuuden sekä kokonaišhoidon onnistumisen kannalta.

5.4.2 Potilaan voinnin arviointi

Potilaan voinnin arviointia pidettiin olennaisena osana hoitoa hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Hoitopolun alkuosa koettiin kriittiseksi intoksikaatiopotilaan **fyysisen tilan epävakauden** vuoksi. ”...*monesti lääkeintoksikaatiopotilaalla voi fyysiset elintoiminnot olla normaalit, mut sit se voi äkillisesti muuttua...kun se lääke tai alkoholi alkaa vaikuttaa niin se kunto voi romahtaa nopeasti...*”. Fyysisen voinnin arviointia pidettiin tärkeänä etenkin ennen potilaan siirtoa yksiköiden välillä.

Potilaan psyykkisen hoidon kannalta kriittiseksi koettiin hoitopolku kokonaisuudessaan. Potilaan **psyykkisen voinnin ja mielialan** kartoittaminen koettiin puutteelliseksi varsinkin päivystyspoliklinikalla. Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa heikentävänä tekijänä pidettiin itsemurhayrityksen huomioimatta jättämistä.

jos ei sitä potilaan psyykkistä hyvinvointia huomioida tai syytä miksi hän on ottanut sitä lääkettä, jos on tarkoituksella ottanut. Ni se on mun mielestä potilaan toipumisessa iso riskitekijä kaikissa, koko tässä hoitopolussa alusta loppuun asti, jos se jätetään huomioimatta.

5.4.3 Potilaan kohtaaminen

Potilaan henkinen tukeminen hoitopolun varrella koettiin puutteelliseksi. Henkiseen tukemiseen vaikuttavia asioita olivat esimerkiksi hoitajakson lyhyys. ”*No se saattaa olla että se käynti täällä sairaalassa on sille ihmiselle hyvin nopea prosessi jos sille ei mitään semmoista varsinaisesti henkee uhkavaa tuu*”. Myös yksittäisten hoitajien suhtautumisella potilasryhmää kohtaan koettiin olevan merkitystä potilaan saamaan henkiseen tukeen. Potilaan aiemmalla intoksikaatiosta johtuvasta sairaalahoitajaksolla oli merkitys henkisen tuen määrään.

Että varsinkin jos on ihminen joka on monta kertaa sen saman asian takia täällä ollut, niin varmaan se suhtautuminen niihin potilaisiin saattaa olla just se. Että hän on niin sanotusti ”vanha konkari” näissä asioissa. Niin sit se jää se psyykkinen tuki vähemmälle.

”Kyllä se hoidon saa varmaan samanlaisen, mutta ehkä se kohtelu on jollain lailla erilaista.”

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilasryhmää kohtaan koettiin joissain tilanteissa epäammattilliseksi. Potilasryhmään suhtautumisen mainittiin olevan joskus vähättelevää ja epäkunnioittavaa.

...että vähän semmoinen asenne, lievä asennevamma voi olla niiden potilaiden hoidossa täällä. Enkä mä nyt itteäni millään lailla sulje sen ulkopuolelle. Ett se jollain lailla turhauttaa se potilasryhmä sitten... Mutta tuota siitä huolimatta siihen tilanteeseen pitäis suhtautua ammatillisesti ja tuulettaa niitä ajatuksia sitten vasta jälkeenpäin.

”... välillä mua kiusaa semmoiset asenteet mitä täällä hoitoympäristössä kuulee näitä potilaita kohtaan.”

Potilaan kohtaamiseen vaikutti **potilasryhmän kuormittavuus**. Intoksikaatiopotilaat koettiin potilasryhmänä työllistäviksi, turhauttaviksi, haasteellisiksi sekä hankaliksi.

”...se ei välttämättä oo kaikkein kiitollisin potilasryhmä mitä täällä ensiavussa on.

Että kukaan ei niinkun hihku riemusta, että no niin, intoksikaatiopotilas tulee tänne.

Et se ehkä aiheuttaa aika paljon turhautumistakin täällä työyhteisössä.” Varsinkin

toistuvasti intoksikaatioiden takia sairaalahoidossa käyvien potilaiden käyttäytymisen ymmärtäminen koettiin vaikeaksi.

... jos sä otat viinaa ja lääkkeitä ja tuut sairaalaan ja sulle lykätään letku nenään ja juotetaan väkisin hiilet ja laitetaan lepositeisiin niin en mä tiedä onko se kovin palkitsevaa siihen että on ahdistunut ja masentunut olo. Että toivoisi että olis parempia keinoja näillä ihmisillä jotka sitä tekee.

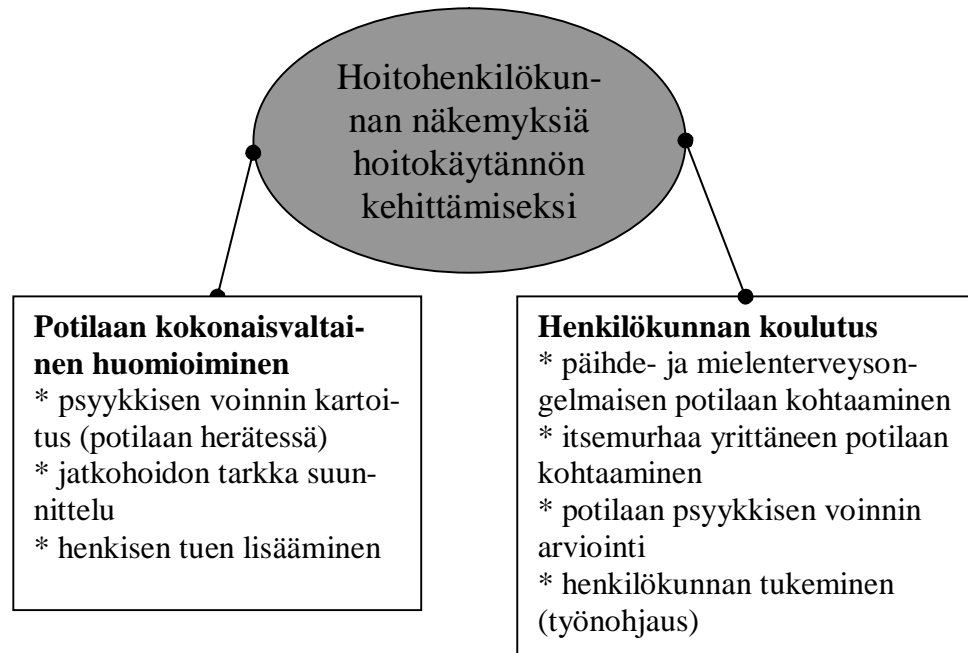
Potilasryhmä herätti hoitajissa myös surua, neuvottomuutta sekä kohtaamisvaikeutta.

Esimerkkinä mainittiin potilaat, jotka hakeutuvat toistuvasti saman syyn takia hoitoon.

Tällaisten potilaiden auttaminen koettiin erityisen vaikeana.

5.5 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitokäytännön kehittämiseksi

Hoitohenkilökunnan näkemykset hoitokäytännön kehitystarpeista jaettiin analyysin perusteella kahteen pääluokkaan: potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen sekä henkilökunnan koulutus. Hoitokäytännön kehitystarpeet on esitelty kuviossa 6.



KUVIO 6. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitokäytännön kehittämiseksi

5.5.1 Potilaan voinnin kokonaisvaltainen huomioiminen

Potilaan psyykkisen voinnin kartoittamisen parantamiseksi ehdotettiin hoitajan tekemää mielialan ja voinnin kartoitusta välittömästi potilaan tilan parantuessa, esimerkiksi tajuttoman potilaan herätessä. Samassa yhteydessä potilaan myrkytykseen johtanut tilanne tulisi käydä yksityiskohtaisesti läpi. Tärkeänä pidettiin mahdollisen itsemurhayrityksen huomioimista.

...siinä vaiheessa kun se potilas rupee heräilemään siltä pitäisi kysyä tarkkaan asioita. Että miksi se on ottanut ne, mitä se on ottanut, onko se harkinnut sitä tekoansa ja onko se ottanut humalassa sen lääkkeen...koska ne kaikki vaikuttaa siihen että miten harkittu teko, miten vakava teko se on. Ja onko ne ollut omia lääkkeitä, onko se ollut hetken mielijohde. Ja sitten se että miltä nyt tällä hetkellä tuntuu. Että onko hyvä että oot siitä selvinnyt vai ottaako se edelleenkin päähän.

Käytännön tulisi olla yhtenäinen jokaisen intoksikaatiopotilaan kohdalla ja käytössä voisi olla esimerkiksi valmiit kysymykset, joiden pohjalta voinnin kartoittamisen voisi tehdä. Selkeää ohjeistusta toivottiin esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoidon asiantuntijoilta.

Potilaan psyykkisen voinnin kartoittamisen katsottiin antavan lisätietoa jatkohoidon suunnitteluun. Potilaan jatkohoidon hyvällä suunnittelulla oli haastateltavien mukaan potilaan toipumista edistävä vaikutus ja sillä voitaisiin ehkäistä toistuvia myrkytyksiä. Jossakin vaiheessa intoksikaatiopotilaan hoitopolkua lyhyenkin sairaalajakson aikana tulisi pysähtyä tarkastamaan, onko potilaalla mahdollisuus saada apua ongelmiinsa. *”Että kun siitä fyysisesti siitä tilanteesta sillä tavalla selviää hyvin niin että se kokonaisvaltaisesti hoidettaisi hyvin ja sillä sitten jo ehkäistäs sitä kierrettä...”* *”...Mutta aina toivoo että otettais se asia siellä hyvin hoitoon koska se saattaa sitten jäädä vähän jalkoihin se asia. Kun se ihminen on vähän oman onnensa nojassa kun se fyysisesti paranee kun se jatkaa matkaa tonne ulkomaailmaan.”*

5.5.2 Henkilökunnan koulutus

Potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista helpottamaan toivottiin lisää **koulutusta** henkilökunnalle. Lisätietoa toivottiin päihde- ja mielenterveysongelmaisen potilaan hoidosta.

...sairaanhoitajia kun kaikki ollaan niin kaikki voidaan auttaa psyykkisissäkin ongelmissa. Että ei ajateltais sitä, että tehohoitaja keskittyy fyysisiin ominaisuuksiin ja psykiatrisen mielenterveysasioihin. Että tarjottas sitä monipuolista hoitoa kaikki sairaanhoitajat.

Erityisen tärkeänä pidettiin koulutusta itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisesta *”...että joku avoimesti puhuis asennoitumisesta tällöistä potilasta kohtaan.”*

Henkilökunnan koulutuksen toivottiin lisäävän potilaan saamaa henkisen tuen määrää. Koulutuksen tuoman tiedon mainittiin lisäävän potilasryhmän ymmärtämistä ja sitä kautta parantavan myös työssä jaksamista. Henkilökunnan jaksamista toivottiin huomioitavan työnohjausta tai vastaavia purkutilanteita lisäämällä.

Henkilökunnan asenteisiin toivottiin parannusta, mutta asenteisiin vaikuttaminen koettiin yleisesti vaikeaksi. Asenteisiin vaikuttamisen väyläksi mainittiin koulutus sekä työnohjaus.

Ja koulutuksessa tulisi painottaa sitä, että on sallittua tuntea ns. negatiivisia tunteita intoksikaatiopotilaita hoitaessaan, mutta jokainen potilas ansaitsee samanarvoisen kohtelun ja hyvän hoidon ja empatian ym. liittymättä siihen, mikä on hänen hoitoon tulonsa syy. Eli keskustella ihan yleisistä eettisistä periaatteista.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa Keski-Suomen keskussairaalaan tehostetua hoitoa vaativan intoksikaatiopotilaan hoidon arviointia ja kehittämistä varten. Tavoitteena oli kuvata hoitopolku päivystyspoliklinikalta teho-osastolle osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien hoitokäytännön kuvausten perusteella. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa hoitokäytännön vahvuuksista ja kriittisistä pisteistä sekä löytää mahdolliset kehityshaasteet. Tutkimukselle asetetut tavoitteet saavutettiin.

Tutkimuksen aihe saatiin tilauksena keskussairaalaan. Aiheen valintaa tuki sen liittyminen tekijöiden sairaanhoitajaopintojen suuntaaviin opintoihin, eli kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön. Aiheeseen tutustumisen myötä hahmottui, kuinka laajasta ja monipuolisesta kokonaisuudesta intoksikaatiopotilaan hoitotyö koostuu. Potilasryhmän suuruudesta (kts. Somaattinen erikoissairaanhoito 2006) huolimatta intoksikaatiopotilaita koskeva hoitotieteellinen tutkimus on vähäistä. Tämä lisäsi halua perehtyä aiheeseen sekä tuottaa materiaalia sairaanhoitajien käytännön työhön.

Oletuksena ennen haastatteluja oli, että hoitokäytäntöön ja hoitolinjauksiin kaivataan yhdenmukaisuutta. Tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen etsittiin tietoa lähinnä potilaiden somaattisesta hoidosta. Osasyynä somaattisen hoidon painotukseen oli myös samanaikaisesti Jyväskylän ammattikorkeakoulussa tehty Rantalan ja Tynkkysen (2008) opinnäytetyö, joka käsittelee intoksikaatiopotilaan hoitopolkua potilaan akuuttina ja kriittisen vaiheen jälkeen psyykkistä hoitoa painottaen. Tutkimusaineiston mu-

kaan potilaiden somaattisen hoidon toteutus nousi kuitenkin hoitokäytännön vahvimmaksi alueeksi, eivätkä haastateltavat nähneet tarvetta sen kehittämiseen. Potilasryhmän suuruuden vuoksi toimintatavat ovat vakiintuneet ja käytössä ovat kirjoittamattomat toimintalinjaukset, jotka ovat syntyneet käytännön työtä tehdessä.

Potilaan somaattinen hoito on yhtenevää tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen kanssa. Potilasryhmän hoidossa korostuu oireenmukainen hoito niin päivystyspoliklinikalla kuin teho-osastollakin (Luurila 2006a, 445). Potilaan nauttimista myrkyistä ja niiden annoksista on tärkeää saada tietoa, jotta tiedetään mitä tarkkailla ja mitä oireita tai muutoksia potilaan voinnissa voi olla odotettavissa. Potilaita täytyy tarkkailla jatkuvasti, koska myrkyt imeytyessä elimistöön potilaan tilan saattaa romahtaa yllättäen. (Kuitunen, 2000). Sairaanhoidajalla täytyy olla valmius vastata potilaan elimistössä tapahtuviin äkillisiin muutoksiin. Haasteena myrkytysten hoidossa ovat potilaat, joiden myrkytyksen aiheuttajasta ei ole tietoa sekä uudet myrkyt, joiden vaikutusta elimistössä ei tunneta. (Luurila 2006a, 445.)

Myrkyt imeytymisen estohoitona käytettiin molemmilla osastoilla yleensä lääkehiiliä, mikä onkin tehokkain hoitomuoto (Luurila 2006b, 448). Mahahuuhteluita tehtiin aineiston mukaan päivystyspoliklinikalla, mutta erittäin harvoin. Suolihuuhteluita ei aineiston mukaan käytetä myrkyt imeytymisen estohoitona (vrt. Inkinen 2006b, 276). Myrkyjen eliminaatiota voidaan teho-osastolla nopeuttaa hemoperfuusiolla ja hemodiafiltraatiohoidolla. Sekä päivystyspoliklinikalta että teho-osastolta voidaan tarvittaessa järjestää potilaalle hemodialyysihoito.

Potilaan akuutti psyykinen kriisi on tärkeä havainnoida ja tarjota potilaalle riittävää henkistä tukea hoitopolun jokaisessa vaiheessa (Suokas & Lönnqvist, 2000). Tutkimuksen tulosten mukaan tärkeää on havainnoida potilaan avun tarve henkeä uhkaavien somaattisten oireiden helpottumisen jälkeen. Etenkin teho-osastolla itsemurhaa yrittäneen potilaan psyykinen tukeminen koettiin haasteellisena yhtenäisten hoito-ohjeiden puuttuessa. Psyykkisen tukemisen keinoista intoksikaatiopotilaiden hoidossa korostui molemmilla osastoilla (kts. Harju & Toppi 2000c, 316) myös lääkärin määräämien pakkokeinojen käyttö, kuten potilaan sitominen sänkyyn ja hoitotoimenpiteiden suorittaminen potilaan tahdon vastaisesti. Osastoille tulisi luoda yhtenäiset linjaukset potilaan psyykkisen hoidon suhteen osastojen valmiudet ja resurssit huomioon ottaen sekä tehdä tarkkaa arviointia potilaan jatkohoidon tarpeesta. Potilaan psyykki-

sen tilan huomiointi hoitopolun jokaisessa vaiheessa ja avoin keskustelu potilaan tilanteesta voi lisätä hoidon jatkuvuutta ja nostaa esille keinoja, joilla potilasta voi auttaa.

Hoitopolun kriittisistä pisteistä keskeisenä koettiin hoidon jatkuvuus. Esimerkkinä mainittiin siirtymät osastojen välillä, jotka hoitopolun rajapintoina ovat Iivanaisen (2005, 44) mukaan tyypillinen kriittinen piste hoitopoluissa. Varsinkin päivystyspoliklinikalla pidettiin kiertohoitajan käyttöä hyvänä keinona turvata hoidon jatkuvuutta. Tärkeimpänä pidettiin kuitenkin tarkkaa kirjaamista ja raportointia. Raportissa pitää huomioida fyysisen voinnin ja hoidon lisäksi myös potilaan psyykinen tila ja hoito, hoidon jatkuvuuden takaamiseksi (Harju & Toppi 2000b, 315). Tutkimustulosten mukaan potilaan psyykkisen voinnin raportointi ja kirjaaminen tapahtui somaattista puutteellisemmin. Esimerkiksi potilaan kanssa keskusteluissa saatujen tietojen toivottiin siirtyvän potilasasiakirjoissa eteenpäin.

Aineiston mukaan päivystyspoliklinikalta potilaat saattoivat keskeyttää hoidon oma-toimisesti ennen muuhun jatkohoitoon siirtämistä. Aktiivisella hoitoon ohjauksella sekä potilaan yksilöllisellä kohtelulla voidaan parantaa intoksikaatiopotilaiden huonoa hoitoon sitoutumista. Potilaiden jatkohoidon tarpeen arviointia pidettiin tärkeänä hoidon jatkuvuuden kannalta. (Suokas & Lönnqvist, 2000.) Itsemurhaa yrittäneen potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa psykiatrin konsultaation lisäksi koko potilasta hoitaneen työryhmän arvio potilaan tilasta voi antaa arvokasta tietoa. Potilaan vierellä työskennellessään sairaanhoitajalla on mahdollisuus keskusteluun ja jatkuvaan tarkkailuun.

Hoitopolussa osastojen väliseen yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä päivystyspoliklinikan ja teho-osaston välillä. Teho-osastolla yhteistyötä jatkohoito-osaston (yleensä sisätautiosasto 11) kanssa pidettiin haasteellisempänä, koska haastateltavilla ei ollut tietoa potilaan hoitokäytännöstä muilla osastoilla. Muiden osastojen toimintaan tutustuminen voisi lisätä yhteistyön sujuvuutta ja helpottaa potilaan hoidon suunnittelua.

Jokainen intoksikaatiopotilaan hoitoon osallistuva on vastuussa potilaan hyvästä hoidosta. Potilaan tulee saada tasapuolista hoitoa ja kohtelua diagnoosista tai hoitojaksojen määrästä riippumatta (Harju & Toppi 2000c, 316). Henkilökunnan suhtautuminen vaikeaksi koettuun potilasryhmään on aihe, jota käsitellään enemmän osastojen käytäväpuheissa kuin tieteellisissä tutkimuksissa. Koska kyseessä on ongelma, jolla on vai-

kutusta sekä potilaiden hoitoon että henkilökunnan työssä viihtymiseen, avoin keskustelu aiheesta on tärkeää. Ammatillinen asennoituminen on suuri osa yksikön työkultuuria ja se leviää helposti esimerkiksi uusiin työntekijöihin ja opiskelijaohjauksessa.

Intoksikaatiopotilaat ovat potilasryhmänä helposti henkilökuntaa kuormittavia (Suokas & Lönnqvist, 2000). Haastateltavat toivoivat työnohjausta tai vastaavia purkutilanteita parantamaan sairaanhoitajien työssä jaksamista. Henkilökunnan tukeminen on perusteltua, sillä intoksikaatiopotilaat koettiin sairaalassa hyvin kuormittavana, eikä ryhmän koko Suomessa tilastosuuntausten mukaan ole ainakaan laskemassa (Lapatto-Reiniluoto, 2000; Vuori, 2006). Haastattelussa pohdittiin yleisesti somaattisella osastolla työskentelevän henkilökunnan valmiuksia kohdata psyykkistä hoitoa tarvitseva potilas. Tiedon tarve korostui usean haastateltavan vastauksissa. Henkilökunnan koulutusta toivottiin potilaan psyykkisen tilan arvioinnista sekä itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisesta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Pohjolan (2007) mukaan eettisyys sisältyy tutkimuksen teossa kaikkiin osa-alueisiin ja valintoihin. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet hyvän tieteellisen käytännön periaatteista edellyttävät tutkijoilta tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista, tieteellisten kriteerien mukaista sekä eettisesti kestävien toimintatapojen soveltamista sekä muiden tutkijoiden työn huomioimista (Pohjola, 2007, 11). Hyvään tutkimuskäytäntöön kuuluu tutkittavien huomioiminen sekä tutkimusprosessin eettiset näkökulmat (Saaranen & Puusniekka, 2006).

Tutkittaville on annettava tutkimuksesta oleellinen tieto, jonka perusteella hän voi tehdä tietoisin suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Tutkittavilla oli mahdollisuus lukea tutkimussuunnitelma. Ennen haastattelun aloittamista tutkittavat allekirjoittivat suostumuskaavakkeen, jonka mukaisesti heillä oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistumisen tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Ennen haastattelujen aloittamista kerrattiin tutkimuksen aihe sekä määriteltiin tutkimuksessa käsiteltävät myrkytykset.

Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan: 1) tutkimusaiheen eettinen oikeutus, 2) tutkimusmenetelmien valinta sekä 3) analyysin ja raportoinnin eteneminen (Saaranen & Puusniekka, 2006). Koska tutkimuksessa käsiteltiin myös henkilökunnan asenteita potilasryhmää kohtaan, tutkimusta voidaan pitää arkaluontoisena siihen osallistuvien kannalta. Tämän vuoksi raportissa haastateltavia ei eritelty yksityiskohtaisesti esimerkiksi sukupuolen tai työkokemuksen perusteella. Tutkimuksen aineisto käsiteltiin nimettömänä ja materiaali on säilytetty tutkijoiden hallussa niin, ettei se voi joutua ulkopuolisten käsiin. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Tutkimusraportti laadittiin siten, ettei tutkittavien henkilöllisyyttä pystytä paljastamaan siitä (Vehviläinen-Julkunen 1998, 27–31).

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole käytössä yksimielisen selkeitä kriteereitä, mutta karkeasti jaotellen voidaan puhua validiteettiongelmista (tutkimusaineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen) ja reliabiliteettiongelmista (aineiston analyysin aikana syntyvät virhetulkinnat) (Nieminen 1998, 215). Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 36) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen.

Aineiston laatuun vaikutti paikoin heikkotasoinen nauhoitus, josta ei saatu selvää litterointivaiheessa. Näitä vastauksia tarkennettiin jälkikäteen sähköpostitse. Aineiston luotettavuutta on pohdittu niissä haastatteluissa, joissa tutkimukseen osallistuja antoi nauhoituksen päätyttyä haastatteluun nähden ristiriitaista tietoa. Nauhoituksen päättämisen jälkeen sanottuja asioita ei ole liitetty aineistoon. Aineiston laatuun vaikuttivat myös tutkimuksen tekijöiden laatimat teemat (Nieminen 1998, 217). Analyysivaiheessa huomattiin, että aineisto oli laajojen kokonaisuuksien kuvausten sijaan pikemminkin liian yksityiskohtaista. Toinen tutkimuksen tekijöistä oli haastattelujen suorittamisen aikana työharjoittelussa toisella yhteistyöosastoista. Tällä saattoi olla vaikutusta tutkittavien tiedonantoon.

Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, ja tuloksiin vaikuttaa hänen omat tunteensa ja intuitionsa. Aineiston analysointi vaatii tutkijalta abstraktisen ajattelun kykyä sekä luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita eri

näkökulmista. (Nieminen 1998, 215.) Aineiston analysointia tehdessä pohdintaa herätti se, osattiinko aineistosta poimia kaikki olennaiset asiat. Laadullisen tutkimuksen analyysiin ei anneta yksiselitteisiä toimintaohjeita, jolloin tutkimuksen tekijöiden kokemattomuus on korostunut.

Koska tutkimuksessa käytettiin sisällönanalyysiä, on luotettavuuden kannalta tärkeää se, että tutkimuksen tekijät pystyvät osoittamaan yhteyden tuloksien ja aineiston välillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37). Tuloksia esiteltäessä on pyritty käyttämään mahdollisimman paljon aineistoa hyvin kuvaavia sitaatteja ja tulosten esittelyssä on pyritty olemaan rehellisiä.

6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Hoitopolkuja tarkasteltaessa tulee huomioida, että yksityiskohtaista ja yleistettävää mallia ei voida kuvata, koska potilaan hoitoon vaikuttaa yksittäisten potilastapausten erilaisuus, lääkäreiden toimintatavat sekä osastojen yleistilanne. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää yhteistyöosastoilla intoksikaatiopotilaan hoidon arvioinnissa ja kehittämisessä.

Aineiston perusteella jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan:

1. Intoksikaatiopotilaan hoitokäytännön tarkastelu sairaankuljetuksessa sekä psykiatrisessa hoidossa.
2. Hoitokäytännön tarkastelu intoksikaatiopotilaiden näkökulmasta.
3. Yhtenäisten hoito-ohjeiden laatiminen itsemurhaa yrittäneen potilaan psyykkisen voinnin kartoittamisesta.
4. Hoitajien valmius hoitaa psykiatrisia potilaita somaattisella osastolla.

Lähteet

Alastalo, M. 2005. Tutkimushaastattelun historia yhteiskuntatieteissä. Teoksessa Haastattelu - tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Ruusuvauro, J. & Tiittula, L. Tampere: Vastapaino, 57–77.

Alaspää, A. 2007. Myrkytyspotilaan hoito. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Artikkelijulk. 15.4.2007. Viitattu 1.10.2007. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat, myrkytys, Lääkärin käsikirja.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.

Eskola, J. 2007. 6-8? (Teema)haastattelututkimuksen toteuttamisesta. Teoksessa Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Toim. Viinamäki, L. & Saari, E. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 32–45.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Harju, L. & Toppi, E. 2000a. Myrkytysten hoitoperiaatteet ja vaikeusasteen määrittäminen. Teoksessa Akuuttisairaanhoidon opas. Toim. Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E. & Vierula, S. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 312–313.

Harju, L. & Toppi, E. 2000b. Myrkytyspotilaan esitietojen selvittäminen. Teoksessa Akuuttisairaanhoidon opas. Toim. Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E. & Vierula, S. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 313–314.

Harju, L. & Toppi, E. 2000c. Myrkytyspotilaan fyysisen tilan tarkkailu, tutkiminen ja hoito. Teoksessa Akuuttisairaanhoidon opas. Toim. Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E. & Vierula, S. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 314–315.

Harju, L. & Toppi, E. 2000d. Myrkytyspotilaan psykososiaalisen tilan ja omaisten huomioiminen hoidossa. Teoksessa Akuuttisairaanhoidon opas. Toim. Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E. & Vierula, S. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 316-317.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki university press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa. 2006. Suomen akatemia. Artikkelijulk. 21.9.2006. Viitattu 4.10.2007. [Http://www.deski.fi/page.php,hoitoketju](http://www.deski.fi/page.php,hoitoketju).

Iivanainen, A. 2005. Sisätauti-kirurgisen potilaan hoitopolku. Teoksessa Sisätautikirurginen hoito ja hoitotyö. Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2. painos. Hämeenlinna: Tammi, 43–165.

- Inkinen, O. 2006a. Mitkä myrkytykset kuuluvat tehohoitoon? Teoksessa Tehohoito-opas. Toim. Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J. & Ruokonen, E. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 275.
- Inkinen, O. 2006b. Myrkyntymisen estäminen ja eliminaation estäminen. Teoksessa Tehohoito-opas. Toim. Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J. & Ruokonen, E. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 275–278.
- Inkinen, O. 2006c. Vieroitusoireiden hoito teho-osastolla. Teoksessa Tehohoito-opas. Toim. Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J. & Ruokonen, E. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 296–297.
- Jokinen, M. 2007. Myrkytyspotilaan hoito. Artikkelijulkaisu 22.3.2007. Viitattu 7.3.2008. <http://www.terveysportti.fi>, sairaanhoitajan tietokannat, sairaanhoitajan käsikirja.
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. n.d. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Viitattu 4.10.2007. <http://www.kaypahoito.fi/>, hoitoketjut.
- Koponen, P. & Aromaa, A. 2005. Suomalaisten terveys kansainvälisessä vertailussa. Viitattu 25.3.2008. Terveyskirjasto. <http://terveyskirjasto.fi>, hakusana myrkytys
- Kuitunen, T. 2000. Myrkytysten diagnostiikan ja alkuhoidon periaatteet. Aikakausikirja Duodecim 116, 15, 1634–6. Viitattu 25.9.2007. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat, myrkytys, Aikakausikirja Duodecim.
- Lapatto-Reiniluodon, O. 2000. Letkutus ja oksettaminen säännöstä poikkeukseksi. Aikakausikirja Duodecim 116, 15, 1614–9. Viitattu 25.9.2007. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat, myrkytys, Aikakausikirja Duodecim.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdehoitotyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003 Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lund, V.2000. Vaikeiden myrkytysten oireenmukainen ensi- ja tehohoito. Lääkärilehti 55, 46, 4721–4724. Viitattu 29.9.2007. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat, myrkytys, Lääkärilehti.
- Lund, V. 2007. Vaikean myrkytyspotilaan ensihoito sairaalan ulkopuolella. Lääkärilehti 2007;62(7):625-628. Viitattu 10.4.2008. <http://terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat, myrkytys, Lääkärilehti.
- Luurila, H. 2006a. Myrkytyspotilaan peruselintoimintojen tukihoido. Teoksessa Akuuttihoito-opas, toim. Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. 11. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 445–448.

Luurila, H. 2006b. Lääkehiili myrkyn imeytymisen estossa. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*, toim. Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. 11. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 448–449.

Myrkytyspotilaan välittömät toimenpiteet. 2004. Kuva julkaistu 10.3.2004. Viitattu 29.9.2007. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat, myrkytys, kuvat.

Mäkisalo, M. 1999. "Me teemme sen". Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. P. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suositusopas. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.10.2007. [Http://www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/), hoitokettut, toimeenpano.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Juva: WSOY, 215–221.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki.

Peltonen, S. & Honkanen, E. 2006. Tehostettu alkalinen diureesi, hemodialyysi ja hemoperfuusio. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*. Toim. Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. 11. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim, 451–452.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Toim. Viinamäki, L. & Saari, E. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11–30

Päivystyspoliklinikka. 2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sivu päivitetty 10.9.2007. Viitattu 5.10.2007. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi), sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala, Päivystyspoliklinikka.

Rantala, J. & Tynkkynen, S. 2008. Intoksikaatiopotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, opinnäytetyö.

Saaranen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovarasto. Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 20.4.2008. [Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/), sisällysluettelo, hyvä tutkimuskäytäntö.

Sillanpää, K. & Koponen, L. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa *Potilaan hoito päivystyksessä*. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö, 23–31.

Somaattinen erikoissairaanhoito 2006. 2008. STAKES. Tilastotiedote 7/2008. Viitattu 7.4.2008. [Http://www.stakes.fi](http://www.stakes.fi), tilastot ja rekisterit, tilastoja aiheittain, terveyspalvelut, terveydenhuollon laitoshoido.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Julkaistu 18.2.2006. Viitattu 4.10.2007. [Http://sty.stakes.fi/FI/sanastot/index.htm](http://sty.stakes.fi/FI/sanastot/index.htm).

Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2000. Itsemurhaa yrittäneiden hyvä hoito vähentää myrkytyskuolemia. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 24.3.2008. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat, hakusana itsemurha

Suokas, M. 2005. Päihdepotilas. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö, 380–394.

Suominen, K., Isometsä E., Henriksson, M., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. 2004. Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nordic journal of psychiatry* 2004(58), 55-59. Oslo.

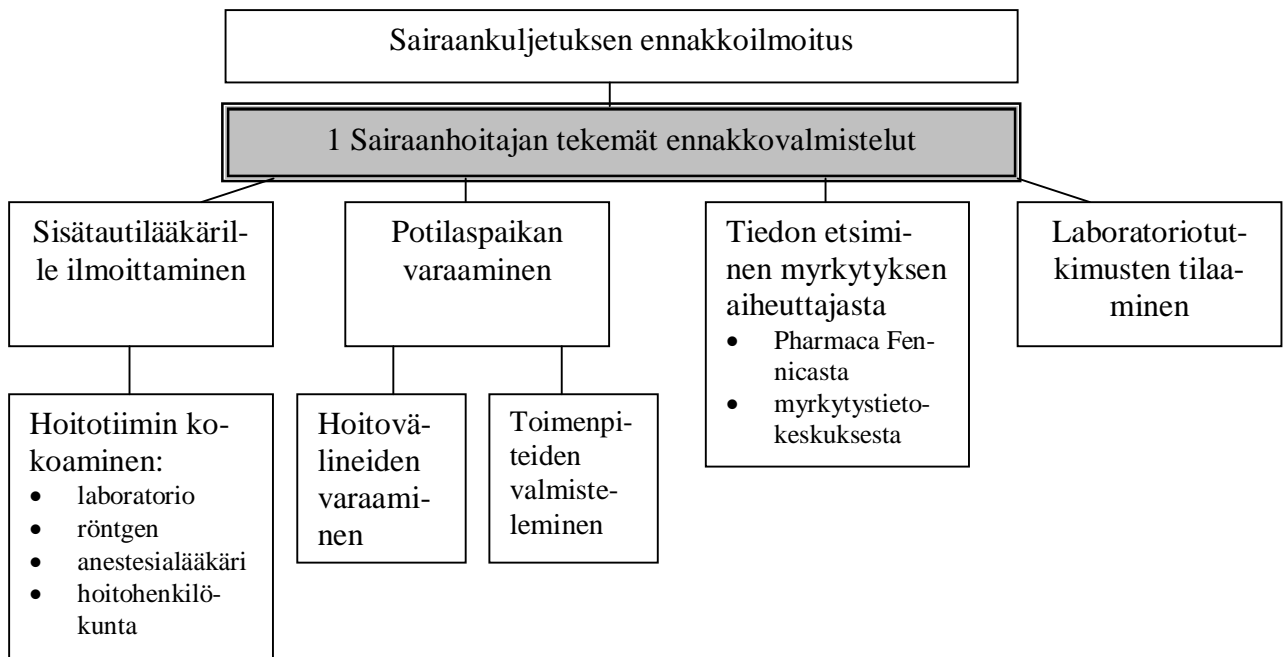
Tehostetun hoidon yksikkö. 2007a. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sivu päivitetty 3.5.2007. Viitattu 5.10.2007. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi), sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala, Tehostetun hoidon yksikkö.

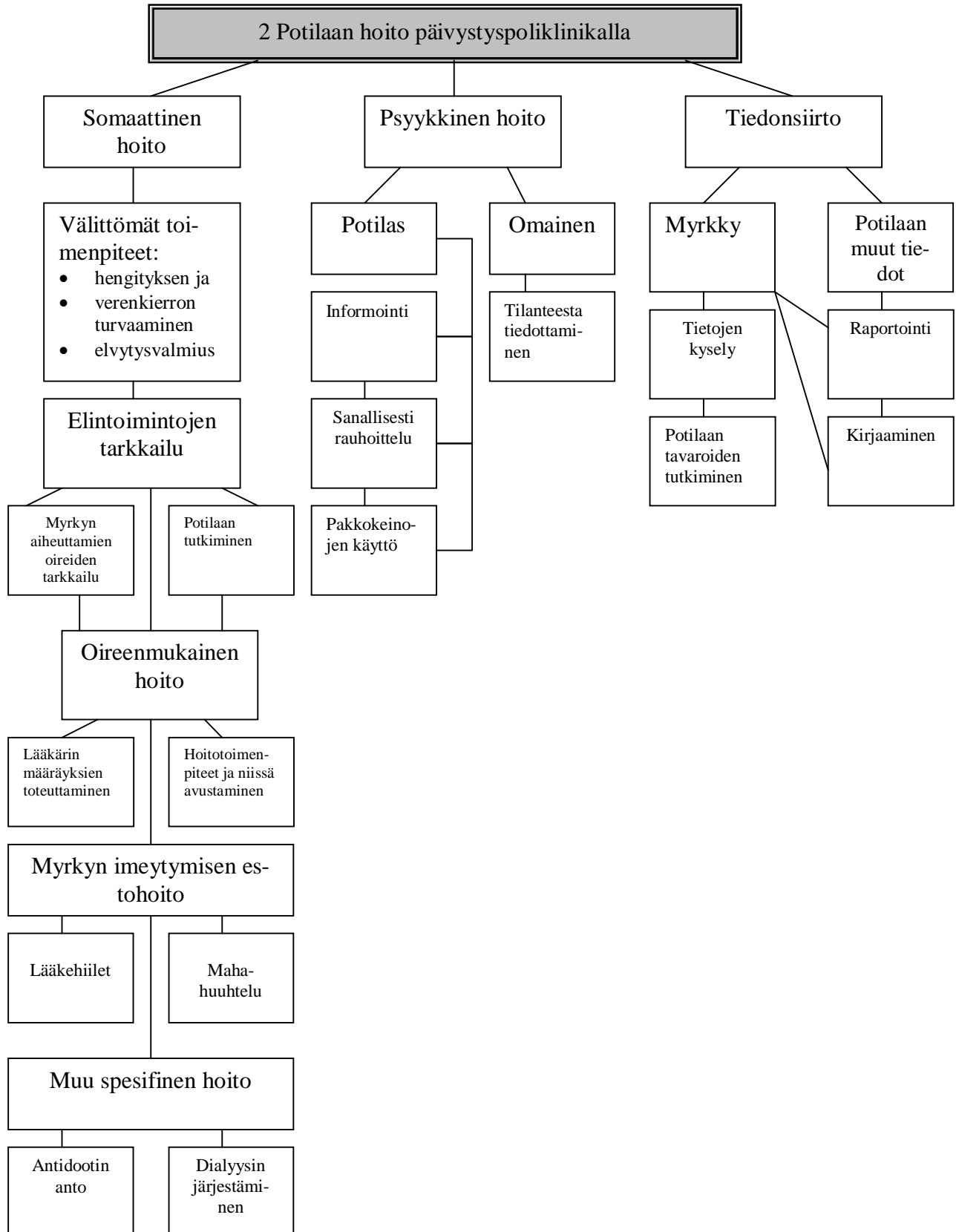
Tehostetun hoidon yksikkö. 2007b. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sivu päivitetty 3.5.2007. Viitattu 20.3.2008. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi), sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala, ketkä osallistuvat potilaan hoitoon.

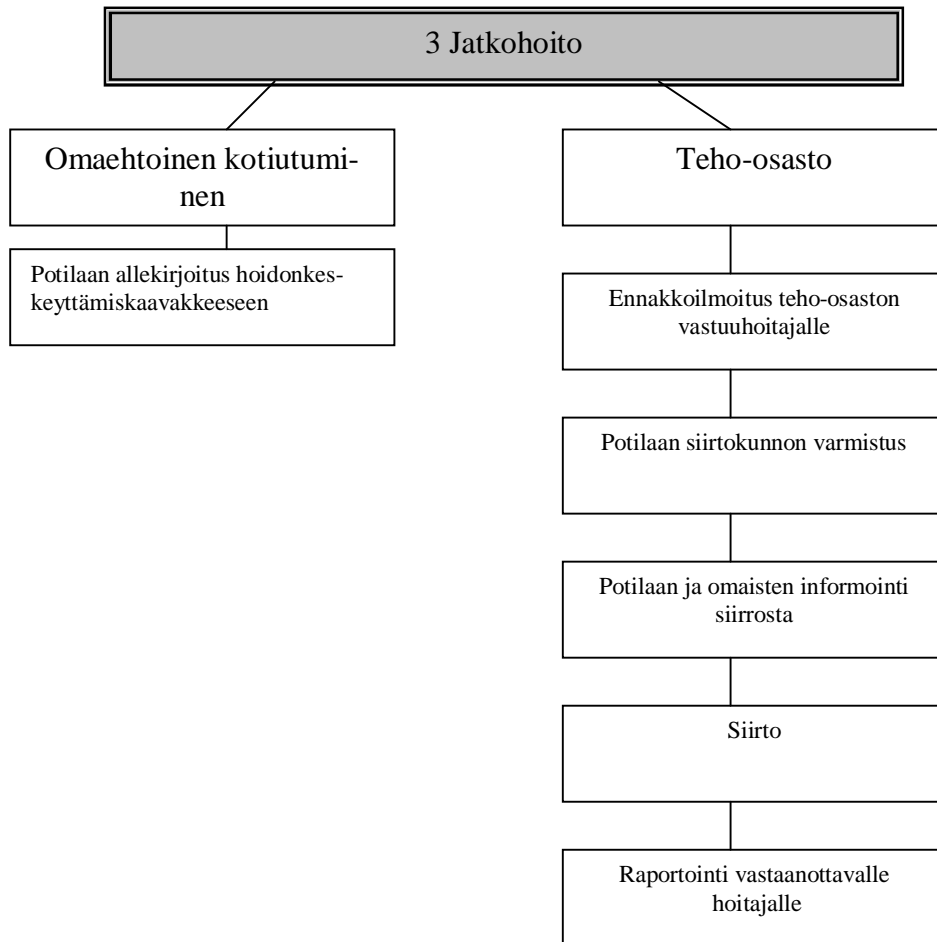
Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Juva: WSOY, 26–34

Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. 2006. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2002–2004. *Lääkärilehti* 61, 21–22, 2339–2344. Viitattu 5.10.2007. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), lääkärintietokannat, myrkytys, Lääkärilehti.

LIITE 1. Intoksikaatiopotilaan hoitopolku päivystyspoliklinikalla







LIITE 2. Intoksikaatiopotilaan hoitopolku teho-osastolla

