

Helena Paasimaa

Delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet

Miten kirjalliset hoito-ohjeet näkyvät potilaan hoidossa?

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

02.12.2014



<p>Tekijä Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Helena Paasimaa Delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet Miten kirjalliset hoito-ohjeet näkyvät potilaan hoidossa?</p> <p>52 sivua + 3 liitettä 02.12.2014</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>YAMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Kliininen asiantuntija</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Yliopettaja, TtT Hannu Lampi Kliininen asiantuntija, TtM Leena Tuominen</p>
<p>Delirium tremens -potilaan hoitotyö on vaativaa johtuen taudin moninaisista piirteistä aina potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä potilaalla ilmeneviin peruselintoimintojen vakaviin häiriöihin. Delirium tremens -potilaan hoidolle on räätälöity hoitohenkilökunnan käyttöön hoito-ohjeet ohjaamaan tämän haastavan potilasryhmän hoidossa.</p> <p>Tämän opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kirjallisten delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden todentumista hoitotyössä Jorvin sairaalan päivystysosaston valvonnassa. Tutkimustehtävänä tutkin mitä sairaanhoitajat kirjaavat valvontakaavakkeisiin delirium tremens -potilaan hoidosta sekä miten sairaanhoitajat noudattavat kirjallisia delirium tremens -potilaan hoito-ohjeita käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön aineistona toimi kolmenkymmenen potilaan valvontakaavakkeet, joita oli hoidettu Jorvin sairaalan päivystysosaston valvonnassa delirium tremensin vuoksi syyskuun 2013 ja kesäkuun 2014 välisenä aikana. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin ja sen tulosten luotettavuutta parantaakseni käytin vastauksia hakiessani myös 43 kysymyksen kysymyslomaketta, jonka kokosin delirium tremens-potilaan hoito-ohjeiden sekä valvontapotilaan hoito-ohjeiden määreiden ohjaamana. Analysoin opinnäytetyöni aineiston teoriasidonnaisen eli abduktiivisen sisällönanalyysin avulla ja analyysiyksikkönä toimivat sairaanhoitajien kirjalliset kommentit ja dokumentaatiot delirium tremens -potilaan tilasta.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajien toteuttama delirium tremens -potilaan seuranta oli ympäri-vuorokautista, potilaan tilaa yksityiskohtaisesti kuvaavaa ja sisällöltään laajempaa, kuin teorian johtoajatuksena toimivat delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet. Hoitajat merkitsivät potilaasta kommentteja vähintään kerran tunnissa arvioiden tämän orientaation tasoa, sedaation astetta ja lääkityksen tarvetta. Tuloksista tuli selkeästi esiin delirium tremens -potilaan haasteet hoitotyölle: aggressiivinen ja agitoitunut käytös, motorinen levottomuus sekä häiriöt peruselintoiminnoissa. Hoito-ohjeita noudatettiin pääsääntöisesti hyvin ja etenkin potilaan orientaation seuraaminen ja kuvaileminen oli tarkasti toteutettua ja lisäksi delirium tremens -potilaiden ravitsemus ja nesteytys toteutettiin pitkälti hoito-ohjeiden mukaisesti. Kehittämistä vaativat sedaation arviointi RASS-mittarilla, lisäravinteiden käyttö, asentohoidon toteutus, sekä lääkärin luvan kirjaaminen pakkotoimien varalta.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan käyttää käytännön hoitotyön kehittämisessä ja delirium tremens -potilaiden hoidon parantamisessa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Jorvin sairaalan päivystysosaston valvonnassa räätälöityjen delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden tukena.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>Delirium tremens, hoito, vieroitusoireet, aggressiivinen käytös, hoitotyö ja kirjaaminen</p>

Author Title Number of Pages Date	Helena Paasimaa Tailored regimen for delirium tremens patient How the written regimen is executed in nursing? 52 pages + 3 appendices December 02nd 2014
Degree	Master of Social Services and Health Care
Degree Programme	Clinical Specialist
Instructors	Hannu Lampi, PhD Health Science Leena Tuominen, M.Sc Health Science
<p>Nursing of delirium tremens patient is demanding because of the diverse characteristics of the disease – patients' symptoms can vary from aggressive behavior to serious disorders in vital functions. Tailored regimen has been made for delirium tremens patients' treatment to guide medical staff in caring for this challenging group of patients.</p> <p>The purpose of this thesis is to describe how the written regimen for delirium tremens patients is being executed in the Helsinki University Central Hospital (HUCH) Jorvi hospital's observation unit. The research task was to examine what nurses document to observation forms about delirium tremens patient's care and how nurses apply the tailored regimen for delirium tremens patients in nursing. The research material included observation forms of thirty delirium tremens patients who had been treated in Jorvi hospital's observation unit between September 2013 and June 2014. The study was carried out by qualitative research methods. To improve the reliability of the results, I used a 43-item questionnaire that I gathered based on the tailored regimen for delirium tremens patients as well as the care guidelines of a critically ill patient in an observation unit. I analyzed the data using theory-based abductive content analysis and the unit of analysis was nurses written documentation and notes about delirium tremens patient's condition.</p> <p>Based on the results of the study the care given to delirium tremens patients by nurses was round-the-clock, the notes of the patient's condition were detailed and the content of documentation was wider than the content of the tailored regimen for delirium tremens patient. Nurses documented notes at least hourly estimating the orientation of the patient, the level of sedation and the need for medication. The results showed clearly the challenges that nurses have when caring for delirium tremens patients: patients' aggressive and agitated behavior, motoric restlessness and disorders in vital functions. Tailored regimen was mostly followed and especially observing the orientation of the patient was thoroughly documented. In addition the nutrition and hydration of delirium tremens patient was executed according to the regimen. Improvement is required in using the sedation assessment meter RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), using nutritional supplements, carrying out position treatment of a bed patient, as well as documenting the medical practitioner's authorization for restraining the patient if needed.</p> <p>The information provided by this thesis can be used to develop nursing and to improve the care given to delirium tremens patients. The results can be utilized at Jorvi hospital's observation unit aside the tailored regimen for delirium tremens patients.</p>	
Keywords	delirium tremens, treatment, alcohol withdrawal, aggressive behavior, nursing and documentation



Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Tiedonhaun kuvaus	3
2.2	Delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden keskeinen teoriasisältö	4
2.2.1	Lääkitys	4
2.2.2	Pakkotoimet	5
2.2.3	Nesteytys ja ravitseminen	6
2.2.4	Katkaisuhoito	7
2.3	Teoriapohjan tutkimusten keskeinen sisältö	7
2.4	Mikä delirium tremens on?	9
2.5	Alkoholin käytöstä Suomessa	10
2.6	Hoitotyön kirjaaminen	11
2.7	Kirjaamisen lainsäädäntö	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	12
4	Empiirinen toteuttaminen	13
4.1	Metodologiset lähtökohdat	13
4.2	Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain	13
4.2.1	Toimintaympäristön kuvaus ja kohderyhmä	13
4.2.2	Tutkimuksen aineisto ja aineiston keruu	14
4.2.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysillä	16
4.2.4	Vastaustenhaku kysymyslomakkeen avulla	19
5	Tutkimuksen tulokset	20
5.1	Sairaanhoitajien toteuttama sanallinen kirjaaminen delirium tremens - potilaasta	20
	<i>Orientaation taso</i>	21
	<i>Potilaiden lääkkeet</i>	23
	<i>Potilaiden ravitseminen</i>	24
	<i>Omaisets</i>	25
	<i>Peruselintoiminnot</i>	26
	<i>Perushoito</i>	29
	<i>Potilaan liikkuminen ja mobilisointi</i>	32
	<i>Nestetasapaino</i>	33
	<i>Potilaan yleisvointi</i>	35



5.2 Kirjallisten delirium tremens -ohjeiden noudattaminen hoitotyössä	37
6 Pohdinta	38
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus	38
6.2 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat	40
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	41
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	46
Lähteet	49
Liitteet	
Liite 1. Valvontakaavake	
Liite 2. Kyselylomake	
Liite 3. Taulukko teoriapohjasta	



1 Johdanto

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kirjallisten delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden todentumista hoitotyössä Jorvin sairaalan päivystysosaston valvonnassa. Moniammatillinen työryhmä on työstänyt HUS:n medisiinisen tulosityksikön päivystys- ja valvontaosastoille hoitohenkilökunnan käyttöön delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet. Työpaikalleni, Jorvin sairaalan päivystysosastolle hoito-ohjeet esiteltiin syyskuussa 2013 vastuualuetyöryhmän toimesta. Kyseiset hoito-ohjeet ovat Jorvin sairaalan lisäksi käytössä myös Meilahden ja Peijaksen sairaaloiden päivystys- ja valvonta alueilla. Vastaavat työryhmät ovat laatineet yhteisiä hoito-ohjeita myös mm. kivun hoitoon, hengitysvajaus-potilaan hoitoon sekä ravitsemus- ja nestehoitoon. Yhteisten hoito-ohjeiden tavoitteena on yhdenmukaistaa hoitokäytännöt ja turvata korkealaatuinen hoito hoitopaikasta riippumatta.

Alkoholiongelma on maassamme yksi merkittävimmistä terveysuhkista. Tästä syystä käsittelen työssäni delirium tremensin lisäksi yleisesti alkoholin suurkulutusta Suomessa. Alkoholien vieroitusoireiden vaikein muoto delirium tremens eli juoppohulluus kehittyy 24–72 tunnin kuluttua runsaan ja pitkään kestäneen alkoholinkäytön lopettamisesta ja oireet kestävät tavallisesti 3–5 vuorokautta. (Niemelä 2011: 1373; Woods, Giometti & Weeks 2014: 75.) Aiemmin delirium tremensiin liittyi yli 15 %:n kuolleisuus, joka hoitojen kehittymisen myötä on pienentynyt 0,5–2 %:iin. Suomessa on viime vuosina tilastoitu vuosittain 1 500–2 000 sairaalahoitojaksoa ja 3–8 kuolemansyytä ensisijaisena diagnoosina alkoholidelirium. (Leppävuori & Alho 2007: 169.)

Alkoholideliriumin lääkehoidossa varmin tutkimusnäyttö on bentsodiatsepiineista (Amato, Minozzi, Vecchi & Davoli 2010: 1; Leppävuori & Alho 2007: 169; Tolonen, Rossinen, Alho & Harjola 2013: 425-427; Woods ym. 2014: 75). Alkoholideliriumin ehkäisyä kannalta bentsodiatsepiinihoito tulisi aloittaa riskiryhmään kuuluville jo lievempien vieroitusoireiden aikana (Leppävuori & Alho 2007: 169) joten delirium tremens -potilaalle päivystysalueella vietetyt ensimmäiset hoitotunnit ovat merkittävässä asemassa.

Jorvin sairaalassa delirium tremens -potilaat hoidetaan tilan akuutissa vaiheessa valvontaosastolla taudin vakavuuden vuoksi. Valvontaosastolla hoidettujen potilaiden kes-



kuudessa alkoholin suurkulutukseen liitettävien sairauksien määrä on merkittävä (Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2014 – 2015: 4). Olen työurani aikana sairaanhoitajana hoitanut päivystys- ja valvonta-alueella suuren määrän alkoholin liikkäytöstä kärsiviä potilaita ja kokemus on osoittanut minulle, että alkoholin suurkuluttajien hoito on haastavaa useiden seikkojen vuoksi. Mahdollinen päihtyneisyys saattaa peittää oireita, jotka vaativat välitöntä hoitoa. Vieroitusoireet voivat peittää alleen mm. kallovamman, hypoglykemian tai ketoasidoosin, vakavat infektiot, sepsiksen, maksakooman tai intoksikaation. (Havio, Inkinen & Partanen 2013: 139; Luomanmäki, Elonen & Vuoristo 2001: 415; Leppävuori & Alho 2007: 170-171; Mainerova, Prasko, Latalova, Axmann, Cerna, Horacek & Bradacova 2013: 2-5; Sarai, Tejani, Chan, Kuo & Li 2013: 5-6.) Lisäksi alkoholin pitkäaikaisen käytön tuloksena alkoholisteilla voi olla liitännäissairauksina usein mm. maksakirroosi, haimatulehdus, aivosurkastuma, ääreishermostojen rappeuma, suun, nielun, kurkun, ruokatorven ja/tai mahan syöpä jne. (Leppävuori & Alho 2007: 170-171; Seppä, Alho & Kiianmaa 2010: 12; Havio ym. 2013: 56, 76–78). Syöpien yhteys alkoholin suurkulutukseen ilmenee myös Adetunji Toriolan väitöskirjassa, jossa hän osoittaa alkoholin suurkulutuksen lisäävän syöpäriskiä suomalaisilla miehillä (Toriola 2012: 74–75).

Delirium tremens -potilaiden hoidon haastavuuden johdosta yhtenäisille hoito-ohjeille on ollut suuri tarve. Riittääkö hoito-ohjeiden käyttöönotto takaamaan hoitokäytänteiden toteutumisen hoitotyössä? Noudatetaanko hoito-ohjeita potilastyössä? Sain ehdotuksen opinnäytetyöhöni aiheeseen osastonhoitajaltani. Osastomme vuoden 2013–2014 toimintasuunnitelmassa on yhtenä potilasturvallisuuden parantamisen ja virheiden ehkäisemisen keinona mainittu yhteisten hoito-ohjeiden käyttö hoitotyössä jokaisen sairaanhoitajan kohdalla (Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2013–2014: 9). Tutkimustehtäväni on tutkia, miten sairaanhoitajat noudattavat delirium tremens -potilaan hoito-ohjeita päivystysosastolla sekä mitä sairaanhoitajat kirjaavat delirium tremens potilaasta? Työn tavoitteena on sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen sekä delirium tremens -potilaan hoidon tehostaminen.



2 Teorettiset lähtökohdat

2.1 Tiedonhaun kuvaus

Lähdin suorittamaan teorian tiedon hakua delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden sisällön johdattamana käyttäen hoito-ohjeiden sisältöä otsikkotasolla runkona. Suoritin teorian hakua *delirium tremensin hoitoon ja sen lääkkitykseen, sedaation tasoon, nesteytykseen, ravitsemukseen, pakkotoimiin* sekä *katkaisuhoidon* liittyen. Tiedonhakua suorittaessani huomioin myös *hoitotyön kirjaamisen*. Teoriahakuja suoritin läpi koko opinnäytetyö-prosessini ajan syksystä 2013 syksyyn 2014 saakka.

Rajauksia tutkimusten lukuun tein otsikkotasolla jos aihe ei koskenut omaani. Osassa tutkimuksissa tutustuin tiivistelmään, johdantoon tai suoraan tuloksiin. Rajasin kaikki teoria-hakuni pääsääntöisesti vuoden 2004 jälkeen julkaistuihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Koska varsin suuren osan kodalla oli saatavilla ainoastaan abstrakti, rajasin osan hauistani koskemaan koko teksti-versioita. Hakusanoina käytin erikseen ja yhdessä mm. *delirium tremens, treatment, alcohol withdrawal, aggressive behavior, nursing ja documentation* sekä vastaavat sanat suomeksi. Hakukoneina toimi hauissani Medic, PubMed, Cinahl, JBI Ovid ja Cochrane. Lisäksi löysin tutkimuksia Metropolian kirjaston kokoelmista. Poisjätto kriteereinä tutkimusten karsinnassa olivat aiheet, jotka käsittelivät delirium tremensin hoitoa tai kirjaamista maissa, jotka eivät ole verrannollisia suomeen, kuten esimerkiksi Ghana. Kirjaamista koskevissa tutkimushauissa karsin pois myös elektroniseen kirjaamiseen liittyvät tutkimukset, sillä päivystysosaston kirjaaminen tapahtuu käsin. Poisjätto kriteereinä pidin myös aiheita, jotka käsittelivät selkeästi erityyppistä hoitoalaa, kuten esimerkiksi operatiivista hoitoa tai kotisairaanhoidoa. Taulukko teoriapohjastani on nähtävissä liitteessä 3. Kuviossa 1 kuvaan yhtä esimerkkiä teoriאהauistani rajauksineen ja tuloksineen.

Hakusanat: Delirium tremens

↓

COCHRANE

Ei rajoituksia

Tulos: 1

Luin tutkimuksen kokonaisuudessaan ja valitsin sen teoriaani sopivaksi.

- Magnesium for alcohol withdrawal
-

↓

CINAHL

Rajaukset: Full text, 2004-2014

Tulos: 8

Luin otsikkotasolla kaikki, joista kaksi luin kokonaisuudessaan. Molemmat kiinnostavia ja valitsin teoriani tueksi.

- Alcohol withdrawal prevention: a randomized evaluation of lorazepam and ethanol – a pilot study
 - Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients
-

↓

MEDIC

Rajaukset: Full text, 2004-2014

Tulos: 27

Hakuni sisälsi kaikki julkaisutyyppit ja haku sisälsi informatiivisia artikkeleja koskien delirium tremensin hoitoa. Luin otsikko tasolla kaikki tulokset, joista kokonaisuudessaan luin viisi artikkelia. Niistä kahta käytin opinnäytetyöni teoriantukena.

- Alkoholivieroitusoireiden hoito
 - Alkoholideliriumin hoito
-

Kuvio 1. Esimerkki suorittamastani teoriahausta.

2.2 Delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden keskeinen teoriasisältö

2.2.1 Lääkitys

Delirium tremens -potilaan hoidossa lääkityksen tavoitteena on ennaltaehkäistä delirium-uhassa olevan potilaan oireiston puhkeaminen, lieventää uhkaavaa deliriumia ja lyhentää sen kestoja sekä rauhoittaa jo deliriumissa olevaa potilasta. Potilaalle on taattava riittävät annokset riittävän usein annosteltuna, huomioiden potilaan oireiden vuo-

rokausivaihtelut – delirium tremens -potilaalla levottomuus lisääntyy iltaa ja yötä kohti. Delirium tremens -potilaan lääkitys koostuu pääpiirteittäin bentsodiatsepiineista, neurolepteista, alfa-2-agonisteista, tiamiinista sekä propofolista. (Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä & Ruokonen 2010: 306; Eerola, Erkkilä, Salminen, Toivanen, Tuittu & Suonsyrjä 2012) Lääkityksen vasteen seurannassa apuvälineenä käytetään potilaan sedaation astetta numeroin kuvaavaa asteikkoa RASS-asteikkoa (taulukko 1) tavoitellen sedaatiota eli rauhoittamista, joka ei ole liian syvää. RASS tavoite on lääkehoidolle 0 - -3 ja se tarkistetaan useamman kerran vuorokauden aikana tai aina kun potilaan tilanne muuttuu. RASS pisteet kirjataan ylös potilasasiakirjoihin. (Eerola ym. 2012; Tolonen ym. 2013.)

Taulukko 1. RASS-asteikko - Richmonds Agitation-Sedation Scale (Eerola ym. 2012).

PISTEET	LUOKKA	KUVAUS
+4	VÄKIVALTAINEN	Potilas väkivaltainen, vaaraksi henkilökunnalle
+3	ERITTÄIN AGITOITUNUT	Pyrkii poistamaan katetrit, on aggressiivinen
+2	AGITOITUNUT	Tarkoituksetonta jatkuvaa liikehdintää, ei sopeudu hengityslaitteeseen
+1	LEVOTON	Levotonta liikehdintää, ei aggressiivista
0	RAUHALLINEN	
-1	UNELIAS	Ei täysin valveilla, heräteltävissä puheella, silmien avaus ja katsekontakti > 10 s
-2	KEVYT SEDAA-TIO	Herää lyhyesti puheelle ja on katsekontakti < 10 s
-3	KOHTALAINEN SEDAATIO	Liikkuu tai avaa silmät puheelle, ei katsekontaktia
-4	SYVÄ SEDAATIO	Ei puhe tai äänivastetta, ravistellessa avaa silmät ja liikuttelee raajojaan spontaanisti
-5	EI HERÄTELTVISSÄ	Ei reagoi puheelle eikä ravistelulle

2.2.2 Pakkotoimet

Perustuslain (731/1999) sekä potilaslain (785/1992) mukaisesti potilasta tulisi hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Somaattisessakin hoidossa saattaa tulla ajoittain vastaan tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan pakkotoimin. (Käypä hoito-suositus 2009.) Delirium tremens -potilaan rajoitustoimiin voidaan ryhtyä seuraavilla perusteilla, mikäli rikoslain (515/2003) oikeuttamisperuste täyttyy:



1. Potilaalle suunnitellun välttämättömän lääketieteellisen hoidon mahdollistamiseksi
2. Potilaan oman turvallisuuden takaamiseksi.
3. Potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen rajoittamiseksi
4. Muiden henkilöiden turvallisuuden varmistamiseksi

Päihdehuoltolaki tarjoaa myös mahdollisuuden tahdosta riippumattomaan laitoshoitoon. Perusteena tälle on lääkärin arvioima välitön hengenmenon uhka tai väkivaltaisuus. Lepositeiden käyttö on hoitokeino, joilla rajoitetaan potilaan fyysistä liikkumavapautta ja näin ollen otetaan käyttöön vain ääritapauksissa. Hoitohenkilökunnalle on annettu menettelyohjeet, joiden mukaisesti pakkotoimiin jouduttaessa toimitaan. Sairaalassa rajoitustoimien käyttämisestä päättää aina lääkäri ja mikäli hoitohenkilökunta on joutunut turvautumaan rajoitustoimen käyttöön akuutissa tilanteessa, paikalle on viivytyksettä kutsuttava hoitava tai päivystävä lääkäri, joka päättää rajoitustoimen käytön jatkamisesta. Hoitohenkilökunnan tehtävä on kirjata hoitosuunnitelmaan rajoitustoimen aloitusaika ja toteuttamistapa sekä perusteet toimien aloittamiselle tilanteessa, jossa lääkärin päätöstä ei vielä ole. Lepositeissa pidettävää potilasta tulee valvoa ja tarkkailla. Erityistä huomiota tulee kiinnittää lääkkeiden vaikutukseen, sairauden oireisiin, elintoihintoihin, lepositeiden tai muiden sitomiseen tarkoitettujen välineiden kiinnityskohtiin sekä raajojen verenkiertoon. Havainnot kirjataan hoitosuunnitelmaan ja tarvittaessa informoidaan lääkäriä. Rajoitustoimien käytön tarvetta tulisi arvioidaan koko ajan ja rajoitustoimen käyttö lopetetaan tarvittaessa. Myös rajoitustoimien lopetusajankohta kirjataan hoitosuunnitelmaan. (Eerola ym. 2012; Käypä hoito-suositus 2009; Seppä ym. 2010: 85.)

2.2.3 Nesteytys ja ravitsemus

Vieroitusvaiheessa deliriumpotilaille on tyypillistä dehydraatio eli elimistön kuivuminen sekä hyponatremia eli veren natrium-arvon alhaisuus. Nämä saattavat aiheuttaa potilaalla tajunnantason alenemista ja kouristuksia. Potilaan nesteytyksessä määrän tulee olla aina riittävän nestevajauksen takia. Jos potilas pystyy juomaan suun kautta, niin hänelle voi antaa juotavaa normaalisti. Vaikeassa nestevajaus tilassa korjataan nestetasapainoa iv- eli suonensisäisillä-nesteillä, kuten Ringerin liuksella. Glukoosia sisältäviä liuoksia ei suositella ennen tiamiinin antamista Wernicken enkefalopatian vaaran vuoksi. Potilaan elektrolyyttihäiriöt korjataan suun kautta tai suoneen annettavassa



muodossa tarpeen mukaan. Delirium tremens -potilailla ravitsemuksessa ongelmana on aliravitsemus sekä vesi- ja rasvaliukoisten vitamiinien puute. Potilaalle tulisi tarjota ensisijaisesti normaalia ruokaa sekä tarvittaessa lisäravinne juomia. Jos potilas ei kykene ottamaan suun kautta ruokaa, tulisi hänelle asentaa nenämahaletku ja toteuttaa ravitsemus tätä kautta. Toissijaisesti potilaalla voidaan aloittaa parenteraalinen eli suonensisäinen ravitsemus. (Eerola ym. 2012; Luomanmäki ym. 2001: 414; Hillbom & Marttila 2010: 2132-2133; Terveystietä 2014.)

2.2.4 Katkaisuhuolto

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kuntien tehtävä on järjestää päihdeongelmalliselle sekä hänen omaisilleen heidän tarvitsema hoito ja tuki. Suomessa päihdeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä, joita ovat mm. A-klinikat, katkaisuhuoltoyksiköt, nuorisoasemat, kuntoutuslaitokset, Järvenpään sosiaalisairaala. Lisäksi päihdeongelmaisten hoidosta vastaa sosiaalitoimi sekä vapaaehtoisjärjestöt. Sairaalassa työtä päihdekierteen katkaisemiseksi tehdään tarjoamalla potilaalle tietoa päihdehoidon eri mahdollisuuksista. Sairaalahoidon päättyessä delirium tremens -potilaalle tulisi tarjota mahdollisuus katkaisuhuoltoon hakeutumiseksi. Katkaisuhuolto tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja vaatii potilaalta motivoituneisuutta päihdekierteen katkaisuun. (Eerola ym. 2012; Käypä hoito-suositus 2011; Seppä ym. 2010: 46-54;

2.3 Teoriapohjan tutkimusten keskeinen sisältö

Tässä luvussa käsitellään tutkimuksellisista lähtökohdista katsottuna teoriapohjan sisältöä keskittyen tutkimuksiin delirium tremens -potilaan lääkityksestä, pakkotoimista, nesteytyksestä sekä katkaisuhoidosta.

Amaton ym. (2010) julkaisema katsaus julkaisi tuloksissaan bentsodiatsepiinien hyvän tehon ja verrattain turvallisen käytön suurinakin annoksina alkoholin vieroitustilanteiden hoidossa. Woods ym. (2014) etsivät suorittamassaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan vastausta dexmedetomidinien tehosta delirium tremensin hoidossa yhdessä bentsodiatsepiinin kanssa. Katsauksessa esiteltiin tutkimuksia bentsodiatsepiinin tehosta ainoana lääkkeenä sekä yhdistettynä dexmedetomidinien kanssa. He tuovat



esiin bentsodiatsepiinien tehon alkoholin aiheuttamien kouristuksien sekä vieroitusoireiden hoidossa. Alfa 2 agonisti, deksmedetomidiini, oli kirjallisuuskatsauksen mukaan tehokas keino hillitä etenkin motorista ylivilkkautta mutta nimenomaan tehokas lääke delirium tremens-potilaiden hoidossa yhdessä bentsodiatsepiinien kanssa. Samaa lopputulokseen tulivat tutkimuksessaan myös Tolonen ym. (2013), joiden tutkimukseen osallistui myös Jorvin päivystysosasto. Woodsin ym. (2014) kirjallisuuskatsaus esitteli myös muita delirium tremensin hoidossa yleisesti käytettyjä lääkeaineita, kuten tiamiinin Wernicke encefalopatian estoon sekä teho-osasto olosuhteisiin sopivan prophofolin, joka vaatii potilaan intuboinnin ja hengityskone-hoidon.

Somaattisella puolella hoidon yhteydessä tapahtuvasta liikkumisen rajoitustoimista on julkaistu tutkimuksia varsin rajoitetusti ja delirium tremens -potilaita koskien ei tutkimuksia ko. aiheesta löytynyt. Evansin, Woodin, Lambertin sekä Fitzgeraldin (2002) julkaisema systemaattinen kirjallisuuskatsaus käsitteli yhteensä 23 tutkimusta potilaiden liikkumisen rajoittamisesta hoidon mahdollistamiseksi ja turvaamiseksi. Kirjallisuuskatsaus käsitteli tutkimuksia akuutin sairaanhoidon sekä hoitokoti-hoidon piirissä. Katsauksessa etsittiin vastauksia pakkotoimia koskien mm. missä tapauksissa pakkotoimia käytetään? Minkälaisia potilaita pakkotoimet koskee? Miten pakkotoimet toteutetaan? Evansin ym. (2002) mukaan suurin osa pakkotoimien kohteeksi joutuneista potilaista oli iäkkäitä ja/tai sekavia ja akuuttihoitossa pakkotoimilla pyrittiin estämään hoitovälineiden omatoiminen poistaminen (virtsakatetri, nenämahaletku, infuusioletkut jne.), sängystä putoaminen, muiden potilaiden häirintä ja/tai omatoiminen poistuminen, joka vaarantaisi potilaan voinnin. Pakkotoimet toteutettiin puolella tutkimuksiin osallistuneilla potilailla ranteista sitomalla. 25%:lla potilaista liikkuminen estettiin sitomalla rinta- ja vyötäröalue, nilkat sidottiin 3%:lla potilaista ja geriatriseen tuoliin sidottiin 4% tutkimuksiin osallistuneista potilaista.

Delirium tremens -potilaan iv-nesteytyksestä on verrattain vähän tutkimuksia löydettävissä. Elektrolyyttitasapainoon liittyen on julkaistu tutkimus, jossa tutkittiin magnesiumin tehoa delirium tremensin hoidossa. Sarai ym. (2013) tutkimuksessaan eivät löytäneet todisteita, jotka olisivat puhuneet magnesiumin puolesta delirium tremensin hoidossa. Leppävuori ja Alho (2007) huomioivat artikkelissaan myös elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöt sekä aliravitsemustilan.



Päihdekierteen katkaisun onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä esimerkkinä Mihain, Damsan, Allenin, Baleyrierin, Lazignacin & Heinzin (2006) suorittama tutkimus, jossa selvitettiin, että delirium tremens-potilaina sairaalassa hoidettavana olleet pysyivät raittiina pidempään nähtyään video-materiaalia itsestään delirium tremens -tilassa sairaalassa. Verrokkiryhmänä video-materiaalin nähneille potilaille toimivat saman katkaisuhoidon läpi käyneet potilaat, joille ei oltu näytetty video-kuvaa delirium tremens -kokemuksistaan. Tulokset olivat selkeät: ensimmäisen kuukauden jälkeen alkoholiin sortuneita oli videon nähneillä potilailla 0% verrattuna 20%, 2 kuukauden kuluttua 13% verrattuna 47% ja 3 kuukauden kuluttua 27% verrattuna 53%. Video-materiaalin nähneiden potilaiden keskuudessa oli vähemmän vakavanlaatuisia sortumisia ja he kuluttivat pienempiä määriä alkoholia kuin verrokkiryhmänsä.

2.4 Mikä delirium tremens on?

Delirium tremens kehittyy potilaille muutamia tunteja tai yleisemmin 2–3 vuorokautta pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. Joskus harvoin voivat oireet ilmaantua vasta viikon kuluttua alkoholin juomisen lopettamisesta. Vaikeasti alkoholisoituneella delirium oireet voivat ilmaantua jo alkoholin vähenevän käytön myötä. Deliriumia edeltävät usein lievemmät vieroitusoireet sekä alkoholikouristuskohaukset. Delirium tremensin aikana henkilön tajunnan taso ja keskittymiskyky on häiriintynyt sekä ajan- ja paikantaju on hämärtyneet. Alkoholi-deliriumista kärsivällä saattaa ilmetä eriaistaisia muistihäiriöitä sekä näkö-, kuulo- tai kosketusharha-aistimuksia. Alkoholideliriumissa potilailla on yleisinä oireina hikoilu, pulssin nopeutuminen, kiihtyneisyys sekä pelokkuus. (Havio ym. 2013: 140,146; Luomanmäki ym. 2001: 414; Niemelä 2011: 1373; Sarai ym. 2013: 5; Seppä ym. 2010: 141; Woods ym. 2014: 75.) Delirium tremens -potilailla esiintyy usein kuumeilua, dehydraatiota eli elimistön kuivumista sekä elektrolyyttitasapainon häiriöitä (Luomanmäki ym. 2001: 414).

Lähes aina alkoholin käyttöön ja sen lopetukseen liittyviin vieroitusoireisiin kuuluu pelkotilat sekä eriaistiset aggressiot (Nurmi-Lüthje ym. 2008: 1384; von der Pahlen & Eriksson 2003: 2488). Delirium potilaita saatetaan joutua pitämään lepositeissa heidän itsensä ja hoitohenkilökunnan turvallisuuden vuoksi. Aggressiivinen ja uhkaavasti käyttäytyvä potilas herättää ymmärrettävästi hoitohenkilökunnassa erilaisia vaikeita tunteita, jotka lisäävät työn stressaavuutta. Usein leposide hoito jatkuu useita päiviä – jopa viikon. (Havio ym. 2013: 206–208.)



Delirium potilailla ilmenee usein myös peruselintoiminnoissa häiriöitä. Syketaajuus ja verenpaineet kohoaa vaarallisen korkealle ja koko kehoa koettelee poikkeuksellisen voimakas stressitila. (Seppä ym. 2010: 142.) Tila on pahimmillaan hengenvaarallinen (Mihai ym. 2006; 226; Niemelä 2011: 1376; Seppä ym. 2010: 141; Woods ym. 2014: 75). Joka viidennellä potilaalla tila johtaa hoitamattomana kuolemaan ja hoidettunakin tila saattaa olla kuolemaan johtava 5–10 %:lla delirium tremens -potilaista (Sarai ym. 2013: 5).

2.5 Alkoholin käytöstä Suomessa

Alkoholiriippuvuus on maassamme merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Alkoholin kulutus on Suomessa eurooppaan verrattuna keskitasoa, mutta keskeinen ongelman muodostaa runsas humalajuominen eli runsasmittainen kertakulutus. Alkoholin kulutuksen sekä alkoholihaittojen välillä on löydettävissä selvä yhteys: riskikäyttö lisää alkoholihaittoja. (Käypä hoito-suositus 2011.) Liiallinen alkoholin käyttö on ilmiö, joka vaikuttaa lukuisiin eri tekijöihin (Leppävuori & Alho 2007: 169; Pitkänen 2006: 54, 75–76). Alkoholisairauksien hoito kuormittaa mittavasti terveydenhuoltoamme ja alkoholisairaudet johtavat ennen aikaisiin kuolemiin. Tutkimuksin on todettu alkoholin ongelmakäytön aiheuttavan riskitekijöitä. (Pitkänen 2006: 80; Toriola 2012: 74–75.) Arviolta alkoholin riskikäyttäjää eli henkilöitä, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveystarve löytyy Suomessa jo 300 000–500 000 (Käypä hoito-suositus 2011).

Työikäisille suomalaisille alkoholisytyt ovat olleet jo useita vuosia yleisimpiä kuolemansyitä. Tämä ilmenee sekä miesten, että naisten keskuudessa ja luvut ovat korkeita myös koko väestöllä. Alkoholi on lisäksi ollut usein kuoleman aiheuttaja työikäisillä henkilöillä. Vuonna 2007 Suomessa menehtyi alkoholiperäisiin syihin kaikkiaan 2 167 ihmistä, joista työikäisiä oli 1 796. (Käypä hoito-suositus 2011; THL kuolinsyytilasto 2013.) Korkeat luvut alkoholikuolleisuudessa selittyvät alkoholin lisääntyneellä kulutuksella viime vuosikymmeninä. Kasvu on asukasta kohden nelinkertaistunut 1960-lukuun verrattuna. Suomalaisista aikuisista yli 90 % käyttää alkoholia ja vähintään kerran viikossa alkoholia nauttivien osuus on miehillä 27 % ja naisilla 17 %. Päivittäin alkoholia käyttää miehistä 7 % ja naisista 2 %. (Havio ym. 2013: 54.) Alkoholin liikakulutus on kansantaloudellisestikin merkittävä ongelma, sillä vuonna 2007 alkoholinkäyttö aiheutti



maassamme 0.7–0.9 miljardin euron välittömät kustannukset ja 3.2–6.0 miljardin euron välilliset kustannukset (Käypä hoito-suositus 2011).

2.6 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotietojen kirjaaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilaan tietojen ja tilan kirjaamista potilaskertomukseen. Potilasasiakirjat on tarkoitettu tukemaan potilaan hyvää hoitoa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.) Kirjaaminen sisältää potilasta koskevan tiedon tuottamista, säilyttämistä ja jakamista. Hoitotyön kirjaamisessa kuvataan hoidon suunnittelua, toteutusta, seuranta sekä arvioidaan potilaan terveydentilaa ja siihen liittyviä muutoksia. Hyvän kirjaamiseen kuuluvat keskeisten tietojen kirjaaminen, totuudenmukaisuus, luottamuksellisuus tietojen käsittelemisessä ja asiallinen kielenkäyttö. Suomessa kirjaamisen rakenteena käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia. Kuitenkin terveydenhuollon eri toimintayksiköissä voidaan sopia sisäisesti hoitotietojen kirjaamisen käytännöistä sekä siitä, mitä kirjataan. Potilaiden hyvinvoinnin kannalta vallitseva käsitys siitä, millainen tieto on tärkeää kirjata ylös, saattaa poiketa yksiköittäin aina sen haastavuuden ja tarjottavien palvelujen mukaan. Teho- ja valvontahoidon yksikössä tai päiväkirurgisella osastolla asiakkaan vitaalielin toimintojen kirjaaminen jopa minuutin välein on dokumentoinnin kannalta tärkeää, kun taas pitkäaikaishoidon yksikössä tämä ei palvele asiakasta - ellei hänen muuttunut tilansa edellytä tätä. Kirjaamisessa tulee ilmetä aina tiedon lähde eli kirjaajan tulee tunnistautua vähintäänkin nimikirjaimilla. (Haho 2009.)

Jorvin päivystysosaston valvonnassa kirjaamisen ensisijaisena tarkoituksena on potilaan tilan seurannan dokumentointi. Valvontakaavakkeeseen (liite 1) merkitään tunneittain tai tarvittaessa useimmin potilaan tilaa koskevia arvoja koskien mm. hengitystä ja peruselintoimintoja, diureesia, nesteytystä, lämpötilaa jne. Lisäksi potilaan tilaa kommentoidaan sanallisesti vähintään tunneittain. Akuutissa sairaanhoidossa tehdyssä laajassa tutkimuksessa osoitettiin hoitajien kirjaamisen ja potilaiden kuoleman välisen yhteyden siten, että hoitajien kirjaaminen lisääntyi niiden potilaiden kohdalla, jotka menehtyivät kyseisen sairaalahoitajakson aikana (Collins, Cato, Albers, Scott, Stetson, Bakken & Vawdrey 2013: 309-312).



2.7 Kirjaamisen lainsäädäntö

Suomessa kirjaamisessa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön laatimia suosituksia. Hoitotietojen kirjaamista ohjeistetaan ja valvotaan lakien, asetusten ja yksikkökohtaisten ohjeiden sekä suositusten kautta. Asiakkaan ja potilaan yksityisyys, etu ja oikeusturva turvataan tietosuojan avulla. Ammattihenkilö saa käyttöoikeuden potilastietoihin työyksiköstään. (Haho 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista näin:

7 § Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin kirjallisten delirium tremens -potilaiden hoito-ohjeiden todentumista hoitotyössä Jorvin sairaalan päivystysosaston valvonnassa. Työn tavoitteena on sairaanhoitajien osaamisen kehittyminen ja delirium tremens-potilaiden hoidon tehostaminen.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Mitä sairaanhoitajat kirjaavat päivystysosaston valvontakaavakkeisiin delirium tremens-potilaan hoidosta?
- 2) Miten sairaanhoitajat noudattavat kirjallisia delirium tremens-potilaan hoito-ohjeita käytännön hoitotyössä päivystysosastolla?

4 Empiirinen toteuttaminen

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa kuvailevaa tietoa asioiden merkityksistä ja sisällystään aiheesta, josta ei aiempaa tutkimusta ole tehty. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään luomaan uusia käsitteitä, joita voidaan hyödyntää käytännössä. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997: 220.) Tämän johdosta toteutin opinnäytetyöni laadullisin menetelmin. Delirium-potilaan laadukas hoitotyö koostuu moninaisista tekijöistä, koska hoidon kohteena on ihminen kaikkein fyysisine, psyykkisine ja sosiaalisine tekijöineen. Juuri laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, selvittää sen ominaisuuksia kokonaisvaltaisesti ja syvintä seikkaa myöten. (Burns & Grove 2005: 52; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997: 160–161.)

Työskentelen sairaanhoitajana Jorvin sairaalan päivystysosastolla. Takanani on 12 vuoden ura päivystys- ja valvonta alueella – ensin päivystyspoliklinikalla ja sitten päivystysosastolla. Opinnäytetyöni sijoittuu valvontaan, joka sijaitsee päivystysosastolla. Oma mielenkiintoni hoitotyön osaamisen kehittämiseen saa pohjansa työkokemuksistani valvontapotilaan hoidosta. Koen, että hoitotyö on vauhdilla etenevä ala, joka hyötyy työn sisällön tarkastelusta.

4.2 Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain

4.2.1 Toimintaympäristön kuvaus ja kohderyhmä

Toimintaympäristönä toimi HUS:n Medisiinisen tulosityksikön päivystykseen ja valvontaan kuuluva Jorvin sairaalan päivystysosasto. HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on suomen suurin sairaanhoitopiiri, joka syntyi 1991 (HUS, verkkodokumentti).

Jorvin päivystysosastolla on käytössä 12 potilaspaikkaa, joista kuusi paikkaa muodostaa erillisen valvontatilan. Valvonnan vuodepaikoilla hoidetaan sisätautien ja kirurgian erikoissairaanhoidon valvontaa, sydänvalvontaa, tarkkailua ja seurantaa vaativia aikuisia potilaita. Valvonnassa yhdellä sairaanhoitajalla on maksimissaan kaksi potilasta



hoidettavanaan. Tämä takaa jatkuvan tarkkailun ja vaativan valvontatasoisen hoidon. Potilaan peruselintoimintoja tarkkaillaan vuorokauden ympäri keskusmonitoreilla. Kirjaaminen tapahtuu vuorokausikohtaisiin valvontakaavakkeisiin vähintään tunneittain. Vakava-asteiset delirium tremens potilaat hoidetaan poikkeuksetta valvontaosastolamme tai teho-osastolla. (Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2014–2015: 3.)

Vuonna 2013 Jorvin sairaalan valvontaosastolla hoidettiin:

- Diagnoosilla F10.1 (Alkoholin haitallinen käyttö) hoidettujen potilaiden määrä oli 20
- Diagnoosilla F10.40 (Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila, ilman kouristuksista) hoidettujen potilaiden määrä oli 16 sekä
- Diagnoosilla F10.49 (Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila, ei tietoa kouristuksista) hoidettujen potilaiden määrä oli 16
(Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2014 – 2015: 4.)

4.2.2 Tutkimuksen aineisto ja aineiston keruu

Tutkimusaineiston keräsin Jorvin sairaalan päivystysosastolla valvonnassa hoidetuista potilaiden valvontakaavakkeista (liite 1), joihin päivystysosaston valvonnan hoitohenkilökunta on merkinnyt delirium tremens -potilaiden hoidon määräyksiä, tavoitteita ja toteutuksia. Valvontakaavake on vuorokausikohtainen ja siihen merkitään mm. potilaan tilan osoittamat merkinnät, kuten verenpaine, pulssi, happisaturaatio ja hengitystaajuus jne. Nämä arvot merkitään numeerisessa muodossa tai merkintänä numeerista arvoa kuvaavaan taulukkoon. Lisäksi valvontakaavakkeeseen lääkäri merkitsee omat määräyksensä sekä hoitajat omat huomioitavat asiat potilaan tilassa. Nämä kirjataan sanalliseen muotoon. Potilaan tilasta tulee kirjata arvoja ja huomioita valvontakaavakkeelle vähintään kerran tunnissa ja tarpeen mukaan useammin.

Tavoittelin työhöni mahdollisimman heterogeenista potilasryhmää, niiltä osin kun siihen kykenin itse vaikuttamaan. Valitsin aineistooni mies- ja naispotilaita, joiden ikä-jakauma oli mahdollisimman laaja. Heterogeenisyydellä pyrin saavuttamaan useita erilaisia potilastapauksia sisältävää aineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2009: 90). Työhöni valituksi tulleiden potilaiden valintakriteereinä toimivat delirium tremensin hoito (ainakin yhtenä pääasiallisena hoidon syynä), hoidon toteutus valvonnassa sekä yli 15-vuoden ikä.



Valitsin aineistooni yhteensä 30 potilasta, joista kaksi oli ollut hoidettavana delirium tremensin vuoksi kaksi kertaa kyseisen ajan sisällä. Kolmestakymmenestä potilaasta 6 oli naisia ja 24 oli miehiä. Potilaat olivat iältään 32-73-vuotiaita, minkä perusteella keski-ikäksi muodostui 56,5 vuotta. Tutkimusaineistossa korostui 45-65-vuotiaiden ikäryhmä. Aineiston potilaita hoidettiin valvontaosastolla 1-13 vuorokautta, keskiarvoltaan 4,2 hoitovuorokautta. Potilaat olivat olleet hoidettavana valvontaosastolla syyskuun 2013 ja kesäkuun 2014 välisenä aikana. Valvontakaavakkeisiin hoitomerkitöjä tehneet olivat osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia ja lääkäreitä, joiden henkilö- ja taustatiedot olivat opinnäytetyötä tehdessäni tarkoituksellisesti tuntemattomia. Taulukossa 2 on nähtävillä opinnäytetyöhöni osallistuneiden delirium tremens -potilaiden taustatiedot sekä heidän valvontaosastolla toteutettujen hoitovuorokausien pituudet.

Taulukko 2. Delirium tremens -potilaiden taustatiedot sekä hoitovuorokausien pituudet.

Taustatieto	N
<u>Sukupuoli</u>	
Mies	24
Nainen	6
<u>Ikä</u>	
16-24	-
25-44	2
45-65	24
Yli 65	4
<u>Hoitovuorokaudet</u>	
<u>/käynti</u>	
Ylin	13
Alin	1
Keskiarvo	4

Tutkimusluvan saatuani osastonsihteerin listasi 1.9.2013 ja 25.6.2014 väliseltä ajalta päivystysosaston valvonnassa hoidettujen potilaiden nimet ja henkilötunnukset, joiden hoidon päädiagnoosi kuului F10-alkuiseen eli alkoholin väärinkäyttöön liittyvään luokkaan (Havio ym. 2013: 57). Nämä potilasasiakirjat kävin manuaalisesti läpi ja valvontakaavakkeista nousseiden tietojen perusteella tein valinnat, oliko kyseinen potilas aineistooni sopiva. Aineistoni kolmenkymmenen potilaan joukkoon valitsin ne potilaat, joita oli selkeästi hoidettu juuri delirium tremensin vuoksi valvonnassa. Osalla delirium tremens oli pääasiallinen ja ainoa hoidon syy, osalla oli hoidettavanaan delirium tremensin lisäksi myös esimerkiksi pneumonia, sepsis, verivirtsaisuus, kouristuskohtaus, hyponatremia, rytmihäiriöt, akuutti munuaisten vajaatoiminta, maksakirroosi tai trombo-



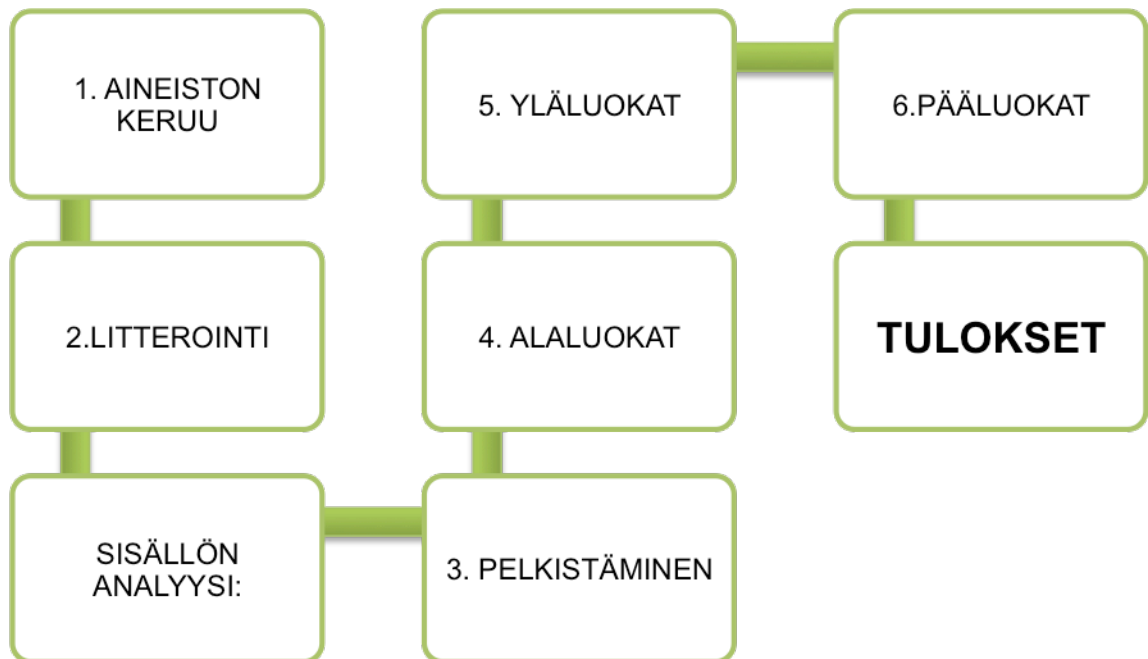
sytopenia. Aineistoni koko on kolmekymmentä potilasta. Valituista kolmestakymmenestä potilasasiakirjoista kopioin valvontakaavakkeet, joita oli yhteensä 133 kappaletta. Kopioituista valvontakaavakkeista peitin potilaiden, heidän omaistensa sekä hoitohenkilökunnan nimet ja henkilötiedot. Numeroin kaavakkeet hoitokokonaisuuksien mukaisesti yhdestä kolmeenkymmeneen (1-30) (Tuomi & Sarajärvi 2009: 92). Kahdella valituksi tulleista potilaista oli kyseisellä ajalla kaksi hoitojaksoa valvontaosastolla delirium tremensin vuoksi. Näiden potilaiden valvontakaavakkeet numeroin 7.1 ja 7.2 sekä 10.1 ja 10.2. Hoitokokonaisuuksia kolmellakymmenellä tutkimuspotilaalla oli siis yhteensä 32 kappaletta.

4.2.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Analysoin opinnäytetyöni aineistoni teoriasidonnaisen eli abduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysillä pyrin järjestämään opinnäytetyöni aineiston kompaktiin ja havainnollistavaan muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota sekä pyrin sillä kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voin muodostaa tutkittavaa kohdetta tai ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai mallin. Sisällönanalyysi määrittellään menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kananen 2008: 22-23; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011: 139; Tuomi & Sarajärvi 2009: 91-92, 108.) Sisällönanalyysin onnistuminen työkaluna edellyttää, että pyrin pelkistämään tutkittavan aineistoni ja muodostamaan siitä käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs ym. 2011: 139).

Päädyin työssäni abduktiiviseen analyysiin, koska teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi olisi mielestäni ollut kankea ja supistanut sisältöä. Teoria eli delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet ovat opinnäytetyöni johto-ajatus. (Kananen 2008: 22.) Tuomen ja Sarajärven (2009: 97) kirjassa on maininta siitä, että abduktiivisella päätteyllä teorianmuodostus on mahdollista silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johto-ajatus (Alasuutari 1994: 78). Kyseessä on tällöin aineistolähtöinen mutta teoriasidonnainen analyysi. Tutkimuksessani sisällönanalyysi on teoriasidonnainen, jolloin teoria ohjaa analyysiä ja toimii tukena analyysi-prosessissa. Aineistolle tehdyssä analyysissä pyrin etsimään löydöksille selityksiä ja vahvistuksia tulkintojen tueksi.

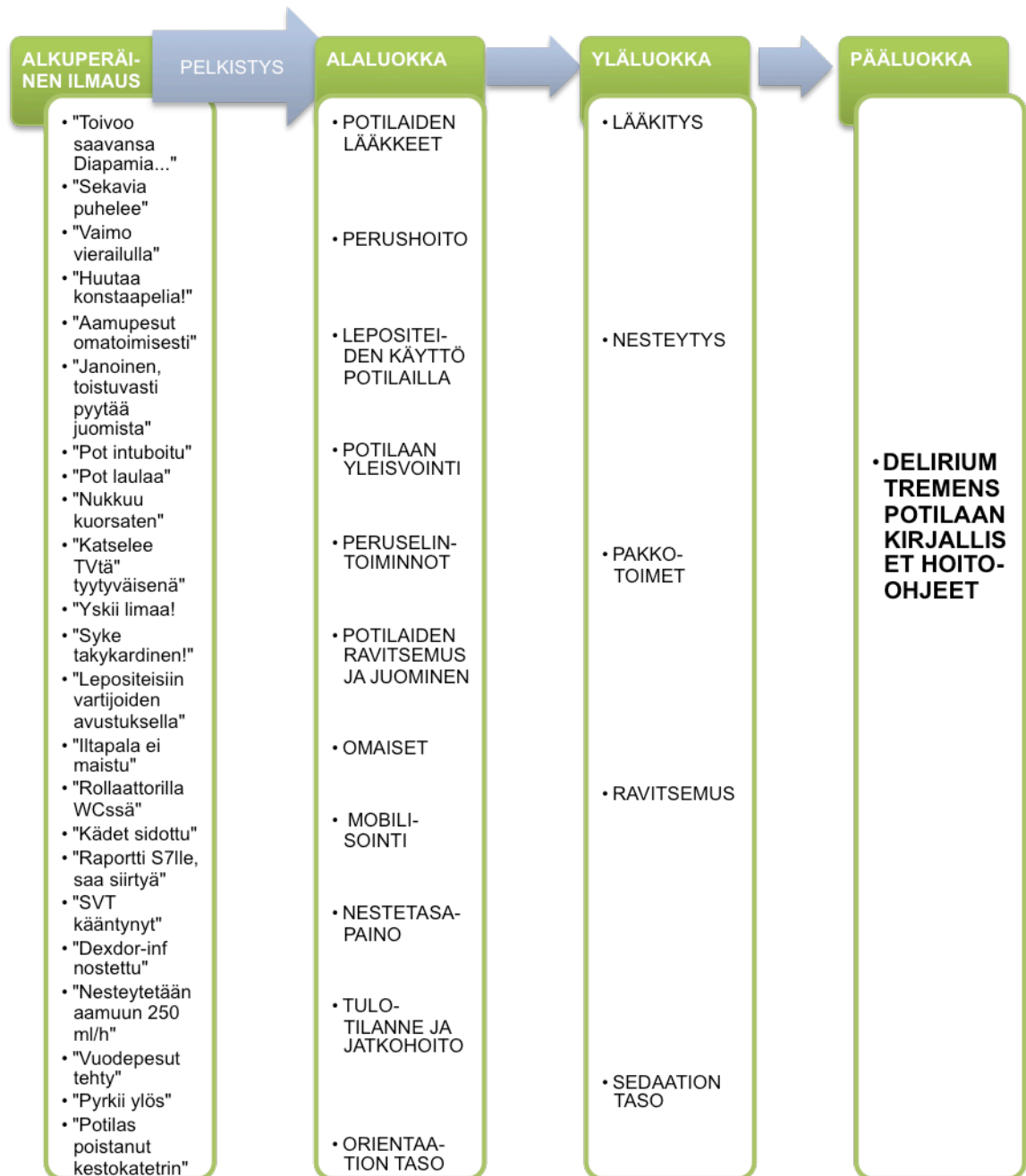
Litteroin itse valvontakaavakkeilta kaikki hoitajien tekemät kommentit ja huomiot potilaan voinnista ja tilasta. Litteroitua tekstiä muodostui yhteensä 35 sivua. Kirjasimena oli käytössäni Arial, kirjasimen koko oli 11 ja rivivälinä 1,5. Litterointia tehdessäni luin aineistoani useaan kertaan läpi, jolloin sisältö tuli tutuksi ja muodostin erinomaisen kuvan aineistostani (Hirsjärvi & Hurme 2000,143). Analyysiyksiköksi valitsin hoitajan kirjoittaman kommentin tai lauseen. Lukiessani litteroitua tekstiä useaan kertaan läpi ja tehdessäni ”raakahavaintoja” käytin alaluokkien erottamiseen värikoodi-menetelmää. Annoin jokaiselle alaluokalle oman värin, samaan luokkaan kuuluva asia – sama väri. Alaluokat muodostuivat suoraan aineistosta mutta myötäilivät spontaanisti suurelta osin teoriaa, delirium tremens -potilaan kirjallisten hoito-ohjeiden luokkia. Aineistossani hoitajien kirjaamat kommentit olivat pääosin hyvin lyhyitä ja pelkistettyjä lyhimmillään yhdestä sanasta pisimmillään lyhyisiin lauseisiin esimerkiksi ”Pot nukkuu”. Kuvio 2 kuvaa pääpiirteittäin opinnäytetyöni aineiston analyysin etenemistä



Kuvio 2. Aineiston analyysin eteneminen opinnäytetyössäni.

Alaluokkia muodostui yhteensä yksitoista. Pitämällä tutkimustehtävät läsnä koko analyysin ajan varmistin saavani vastaukset tutkimustehtäviini (Hirsjärvi ym. 1997: 137; Tuomi, Sarajärvi 2009: 92). Alaluokat muodostin pelkistämällä alkuperäisten ilmaisujen sisällön ja yläluokat muodostuivat abduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti teoriasta

eli delirium tremens-potilaan hoito-ohjeiden päteemoista (Tuomi, Sarajärvi 2009, 93, 98–99, 113–114). Koska aineisto oli sisällöltään valmiiksi tiiviissä muodossa sekä hyvin informatiivista sisällöltään, kykenin sijoittamaan lähes joka sanan johonkin kategoriaan eli ulkopuolelle ei ole suljettu mitään tutkimustehtävien kannalta oleellista tietoa. Kuviossa 3 on kuvattuna abduktiivisen sisällönanalyysin muodostuminen opinnäytetyössäni.



Kuvio 3. Sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössäni.

Sisällönanalyysissä tavoitteenani oli pyrkiä analysoimaan informaatio objektiivisesti ja systemaattisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002: 106-107). Analyysillä pyrin lisäksi tuomaan selkeyttä aineistoon ja pyrin perustamaan sen käsittelyn loogiseen tulkintaan, jotta voin tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Sisällönanalyysin avulla pyrin järjestämään aineistoni tiiviiseen ja selkeään muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 91.)

4.2.4 Vastaustenhaku kysymyslomakkeen avulla

Tämän opinnäytetyöni johtoajatus on delirium tremens -potilaat ja tämän potilasryhmän hoitoon kehitelty kirjallinen hoito-ohje. Saadakseni vastauksen tutkimuskysymykseeni: Miten sairaanhoitajat noudattavat kirjallisia delirium tremens -potilaan hoito-ohjeita käytännön hoitotyössä, laadin kysymyslomakkeen, joka sisälsi hoito-ohjeiden sekä valvontapotilaan seurannan asettamat määreet hoidolle.

Saatuani aineistoni sisällön analyysin valmiiksi perehdyin kysymyslomakkeeseeni etsien aineistosta vastauksia kysymyksiini. Kysymyksiä olin laatinut yhteensä 43 kappaletta ja ne perustuivat delirium tremens -potilaan kirjallisiin hoito-ohjeisiin sekä päivystysostaston valvontapotilaan hoidon määreisiin. Laatimieni kysymysten teemat myötäilivät sisällöstä nousseita pääkategorioita. Kyseessä on kysymyslomake, jonka vastaukset ovat dikotomisia eli joko kyllä- tai ei-muodossa (Kananen 2008: 20). Tämän kyselylomakkeen avulla sain tietoa delirium tremens -potilaiden hoito-ohjeiden todentumisesta käytännön hoito-työssä. Tässä vaiheessa aineiston analyysiäni analyysiyksikkönä toimivat hoitajien kirjoittamat kommentit ja lauseet sekä niiden lisäksi valvontakaavakkeeseen merkityt numeeriset arvot ja numeerisia arvoja kuvaavat merkinnät. Kysymyslomakkeiden vastausten tulokset laskin laskimella vielä prosentti-muotoon (Kananen 2008: 43). Laskutoimitukset tarkastutin vielä kahdella eri henkilöllä tulosten oikeellisuuden varmistamiseksi.

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Sairaanhoidajien toteuttama sanallinen kirjaaminen delirium tremens -potilaasta

Päivystysosaston valvonnassa delirium tremens -potilaita hoitavat sairaanhoitajat kirjaavat huomioita potilaan tilasta ja voinnista. Kirjaamistyyli vaihtelivat tarkan asiallisista kommenteista jopa humoristissävyytteisiin huomioihin. Tragikoomisia piirteitä toivat hoitajien kirjaamat huomiot delirium tremens -potilaiden kommenteista tai teoista. Yhdistävä tekijä oli tehokas kirjaamistyyli, jolla tiiviiseen muotoon oli saatu paljon potilasta kuvaavaa informaatiota. Kirjatut kommentit olivat varsin lyhyitä, yhdestä sanasta lyhyisiin lauseisiin. Täytesanoja ei kommenteissa ollut käytettynä vaan teksti oli informatiivista joka sanaltaan. Kirjaamisen perusteella saattoi tehdä hyvin päätelmiä potilaan voinnista. Kirjaamista oli suoritettu tunneittain tai lähes tunneittain vuorokauden ympäri. Kirjaamisesta ilmeni selkeästi, että valvontapotilaita tarkkaillaan ja esiintyneet asiat kirjataan huolellisesti kaavakkeisiin. Sanojen lyhentämistä käytettiin paljon mutta lyhenneet olivat helposti tulkittavissa.

Laajin ryhmä oli potilaan orientaation tasoa kuvaavat kommentit ja suppein ryhmä olivat potilaiden nestetasapainoa käsittelevät kommentit ja huomiot. Joissain tapauksissa toteutettiin päällekkäin kirjaamista eli samat asiat oli kirjattuina valvontakaavakkeessa sekä parametreissa, että hoitajien huomioissa. Yleensä tapauksissa haluttiin tuoda esiin ja korostaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta huonompaan tai parempaan. Sairaanhoidajien kirjaamia asioita tiivistetyksi esillä taulukossa 3.

Taulukko 3. Sairaanhoidtajien kirjaamia asioita delirium tremens -potilaasta tiivistetysti.

ALALUOKKA	KIRJATUT ASIAT
Orientaation taso	Potilaan harhaisuus, aggressiivisuus, levollisuus jne.
Potilaiden lääkkeet	Potilaan sekä hoitajien kommentit/teot lääkitykseen liittyen sekä lääkityksen vaste
Potilaiden ravitsemus	Potilaan syömiseen ja juomiseen liittyvät huomiot ja kommentit
Omaiset	Omaisten vierailut ja soitot sekä hoitohenkilökunnan keskustelut omaisten kanssa puhelimitse tai paikan päällä.
Peruselintoiminnot	Potilaan verenpaineeseen, sykkeeseen ja hengitykseen liittyvät huomiot ja kommentit sekä toimenpiteet
Perushoito	Perushoitoon (vatsantoiminta, peseytyminen, suun hoito, kanyylien huolto/vaihto jne.) liittyvät huomiot ja kommentit sekä toimenpiteet
Mobilisointi	Potilaan liikkumiseen ja mobilisointiin liittyvät huomiot ja kommentit sekä asentohoidon toteutus
Lepositeiden käyttö potilailla	Liikkumisen rajoittamisen tarpeen arviointiin, aloittamiseen ja lopettamiseen liittyvät huomiot, kommentit ja toimet
Nestetasapaino	Muutokset ja huomiot diureesissa, balanssissa sekä iv-nestehoidossa
Potilaan yleisvointi	Potilaan somaattinen vointi hoitajan havainnoimana ja potilaan itsensä ilmaisemana
Tulotilanne ja jatkohoito	Potilaan tulotilanteeseen ja jatkohoitopaikkaan liittyvät huomiot ja kommentit

Orientaation taso

Sairaanhoidajat olivat seuranneet ja kirjanneet orientaation tasoa eniten kaikista alaluokista. Kommentit olivat sisällöltään laajakirjoisia ja kommenteista kuvastui tarkkaan toteutettu potilaan tilan ja voinnin seuranta 24 tuntia vuorokaudessa sillä sairaanhoidajat olivat kirjanneet ylös hyvin tarkkoja kuvauksia potilaan voinnista. Esimerkkinä tästä potilaan tilaa kuvaileva kommentti klo 02 yöllä ennen lääkkeen antoa: ”*Touhuilee...*” tai potilaan jo nukkuessa ”*Säpsähtelee unissaan*”.



Osa sairaanhoitajien kommenteista omasivat tragikoomisiakin piirteitä. Näitä olivat kommentit, joissa hoitaja on ilmeisesti halunnut kuvata potilaan sekavuuden astetta kirjaamalla tämän omia epäadekvaatteja kommentteja tai tekoja. Kommentit kuvaavat tehokkaasti potilaan kokemaa sekavuutta ja harhoja.

”Rauhallinen. Näkee koppakuoriaisen”

”Kysyttäessä mikä paikka? Pot vastaa: tuletko viereen?”

”Levoton, riisuu housujaan istuessaan. Jatkuvasti touhuaa jotakin. Kysyttäessä missä on, vastaa loppiainen.”

”Harhainen, näkee lepakoita”

Aineistosta nousseiden kommenttien perusteella potilaan teot ovat usein sekavuuden vuoksi arvaamattomia ja he ovat usein itselleen sekä muille vaaraksi. Delirium tremens -potilaat osoittivat ajoittaista taipumustaan aggressiivisuuteen fyysisesti sekä verbaalisesti, joka ilmeni selkeästi sairaanhoitajien kommenteista heidän arvioidessa ja kuvaessa potilaiden orientaation astetta. Potilaat saattavat usein poistaa itse itseltään hoitoon vaadittavia välineitä ja laitteita:

”Edelleen aggressiivinen, uhkaa hoitajaa.”

”Käyttäytyy aggressiivisesti. Yrittää potkia ja kaappaa käsistä kiinni!”

”Potilas poistanut kestokatettrin ballonkeineen”

Sairaanhoitajien kirjaamisen perusteella potilaat olivat ajoittain rauhallisia vaikka eivät aina olleet orientoituneita. Kommentit kuvasivat tehokkaasti potilaiden vaihtelevaa tilaa.

”Omiaan höpöttelee, puheesta ei saa selvää. Koht. rauhallinen.”

”Ajoittain nukkuu, ajoittain huutelee...”

Kysymyslomakkeen vastausten perusteella sairaanhoitajat eivät olleet laskeneet eivätkä kirjanneet RASS-pisteitä 94%:lla aineiston potilaista. Tämä on nähtävissä taulukosta 4. Puolierot oli tarkistettu ja kirjattu 22%:lla potilaista. Orientaation arviota ja kirjaamista tapahtui siis pääasiassa sairaanhoitajien omien kommenttien kautta.



Taulukko 4. Orientaation tason seuranta aineiston potilailla.

TAJUNTA	KYLLÄ	EI	N=32
Onko RASS arviotu 6 tunnin välein tai aina lääkkeen annon yhteydessä?	6%	94%	
Onko potilaalta tarkistettu puolieroja?	22%	78%	

Potilaiden lääkkeet

Opinnäytetyöni aineiston lääkitys-kategorian muodostivat sairaanhoitajien merkinnät ja kommentit potilaan lääkehoitoon liittyen. Sairaanhoitajien kirjaamien merkintöjen perusteella delirium tremens -potilaat ovat päihteiden käyttäjien lisäksi osa myös lääkkeiden suurkuluttajia. Tämä nousi esiin kirjatusta merkinnöistä, joissa potilaat toistuvasti pyytävät itse itselleen lääkettä.

”Haluaa kokoajan Pamia”

”Toivoo Diapamia. Pyytää uudestaan diapamia heti”

Sairaanhoitajat kirjasivat ylös myös lääkityksen vaikutuksista sekä perustelivat antamansa lääkeannoksen kuvailemalla potilaan tilaa esimerkiksi: *”Unta saattamaan saanut Diapamia”* tai *”Dexdorin lopetuksen jälkeen herää nopeasti”*. Aineistosta ilmeni, että asiaa, joka on jo nähtävissä muiden valvontakaavakkeen merkintöjen perusteella, kuten esimerkiksi lääke-infuusion aloitusta tai lopetusta, infuusio-nopeuden nostoa tai laskua, tuotiin ilmi myös sanallisesti kirjatuisissa huomioissa.

”Aloitettu Dexdor-infuusio”

”Dexdor nosto!”

”Nitro-infuusiota ylös”

Kysymyslomakkeen vastausten perusteella hoitohenkilökunta toteutti aineiston potilaiden lääkitystä alla olevan taulukon (taulukko 5) mukaisesti siten, että kaikilla aineiston potilaista oli lääkityksenä jokin bentsidiatsepiini sekä tiamiini. Muina lääkkeinä oli käytetty alfa-2-agonisteja sekä neuroleptejä mutta propofolia ei ollut lääkityksenä yhdelläkään potilaista. Aineistosta selvisi, että lääkityksen tarpeellisuutta oli jokaisen potilaan kohdalla seurattu ja kommentoitu.



Taulukko 5. Lääkityksen toteutus aineiston potilailla.

LÄÄKITYS	KYLLÄ	EI	n=32
Onko bentsodiatsepiinit lääkitymisenä?	100%	0%	
Onko neuroleptit lääkitymisenä?	60%	40%	
Onko alfa-2 agonistit lääkitymisenä?	53%	47%	
Onko propofoli lääkitymisenä?	0%	100%	
Onko tiamiini lääkitymisenä?	100%	0%	
Onko lääkitymisen tarpeen astetta seurattu?	100%	0%	
Onko potilas nukkunut yhtäjaksoisesti useita tunteja?	75%	25%	
Onko potilaan vuorokausirytmä normaali?	19%	81%	

Potilaiden ravitseminen

Aineistosta nousseiden kirjaamisten perusteella sairaanhoitajat kirjaavat huolellisesti potilaan ravitsemukseen liittyvät seikat aina juotetusta vesitilkasta lähes jokaiseen ateriaan. Kaavakkeisiin oli kirjattu potilaan nauttima ateria, sen laatu sekä miten ateria maittoi tai miten hyvin ateria ylipäätään päätyi potilaan suuhun saakka. Aina tänäkään ei toteutunut, kuten kirjatusta huomioista ilmeni.

”Aamupalaa osin syötetty, osin syönyt itse. Ruokailu kestänyt yli tunnin”

”Päivällistarjottimen heittänyt lattialle, ruoka ei maistu!”

”Sosemainen aamupala meni hyvin syötettynä”

Hoitajien kommentteista ilmeni, että delirium tremens -potilaille tarjottiin kiinteää ruokaa huolimatta potilaan orientaation asteesta. Kysymyslomakkeen tulokset tukivat tätä tulosta. Ilmeni, että 97% aineiston delirium tremens-potilaista sai kiinteää ruokaa jossain vaiheessa hoito-jaksoaan valvonta-osastolla (taulukko 6). Lisäravinteita ei aineiston mukaan annettu yhdellekään potilaista, kuten ei myöskään yhdellekään ravinnotta olleista potilaista oltu laitettu nenämahaletkua.



Taulukko 6. Ravitsemuksen toteutus aineiston potilailla.

RAVITSEMUS	KYLLÄ	EI	n=32 tai1
Onko potilas saanut kiinteää ruokaa?	97%	3%	
Onko potilas saanut lisäravinteita po?	0%	100%	
Onko potilaalle asennettu nenämahaletku, jos ei kykene ottamaan po?	0%	100%	n=1
Onko potilaalle aloitettu suonensisäinen ravitsemus?	6%	94%	
Onko potilaalle annettu mitään edellä mainittua ravitsemusta?	97%	3%	

Omaiset

Kuten aineiston kirjaaminen yleensä, myös omaiset huomioitiin säännöllisesti ja kirjattiin tarkasti. Omaisista kirjattiin viiden eri teeman mukaan asioita: omaisten vierailut potilaan luona, omaisten kanssa toimitettu asiointi puhelimitse, omaisten lähettämien terveisten kertominen potilaalle, hoitohenkilökunnan keskustelut omaisten kanssa sekä potilaan itsensä kiellot ottaa omaisiin yhteyttä tai kertoa asioistaan heille. Kirjaamisista ilmeni usein, kuka omainen on ollut kyseessä, sekä omaisten mielipiteet potilaan voinnista tai tilasta.

”Avovaimo soitellut, terveiset välitetty”

”Tytär ja koko perhe huolissaan alkoholin käytöstä, toivovat että pt:n saisi ohjattua hoitoon”

”Hyvä ystävä, (ystävän nimi), käynyt katsomassa potilasta. Kerrotaan terveiset kun pt herää”

”Mies käymässä, sekavia juttelee miehen mielestä”

Omaisten kanssa oli keskusteltu kysymyslomakkeen vastausten perusteella 47%:lla potilaista. Lähiomaisten yhteystiedot löytyivät kirjattuna ylös 91%:lla potilaiden valvontakaavakkeista (taulukko 7).



Taulukko 7. Omaisten huomioiminen aineiston potilailla.

OMAISET	KYLLÄ	Ei	n=32
Onko lähiomaisten yhteystietoja?	91%	9%	
Onko omaisten kanssa keskusteltu?	47%	53%	

Peruselintoiminnot

Hoitajat olivat merkinneet valvontakaavakkeeseen pääsääntöisesti noin tunnin välein parametreittain peruselintoimintojen tilan eli verenpaine-arvot ja pulssin sekä hengityksen arvot, kuten saturaation ja hengitystaajuden. Tästä syystä sanallisesti kirjatut asiat koostuivat pääasiassa sairaanhoitajien huomioista potilaan sen hetkisessä tilassa – koskien verenpainetta, hengitystä sekä sydämen pulssitasoa. Lisäksi oli kirjattu toimenpiteistä, joilla peruselintoimintoja seurataan, kuten valtimo-kanyylin asennuksesta sekä hengitystä helpottavista toimista, kuten hengitysteiden imemisestä. Kuviossa 4 on nähtävissä aineistosta nousseita peruselintoimintoja kuvaavia asioita, joista sairaanhoitajat olivat kirjaamisessaan kommentoineet.



Kuvio 4. Peruselintoimintojen kirjaamisen sisältö.

Aineistosta nousseiden merkintöjen perusteella delirium-potilailla ilmeni usein muutoksia peruselintoimintojen tilassa. Aineiston potilaat olivat usein takykardisia ja verenpainet olivat normaalia matalampia tai korkeampia. Verenpainneiden seurannassa käytettiin osalla aineiston potilaista valtimo-kanyyliä, osalla käsivarteen kiinnitettävää verenpainemittaria.

Kirjaaminen oli säännöllistä peruselintoimintojen kohdalla. Aineistosta nousi esiin kuitenkin vaihtelua potilaan peruselintoimintojen kirjaamisessa. Tämä ilmeni siten, että mitä suurempia muutoksia potilaan peruselintoiminnoissa oli, sitä useimmin kirjattiin parametrejä ja kommentteja ylös valvontakaavakkeelle. Vakaatkin peruselintoiminnot kirjattiin ylös. Sairaanhoidajat olivat kirjanneet huomioitaan ja toimiaan peruselintoimintojen osalta näin:

"Takykardinen touhuillessaan ad 180/min"

"RR yllättäen laskee"

"HD vakaa"

"Lääkäriä informoitu rr-arvoista -> po lääke listalle"

"Laitetaan a-neula"

Lisäksi käytetyt lääkkeet saattoivat aiheuttaa sivuvaikutuksena muutoksia sykkeeseen. Esimerkiksi Dexdor-infuusiossa olevalla delirium tremens -potilaan valvontakaavakkeella hoitajan merkintä yöllä: *"P laskee ajoittain ad 40, nousee nopeasti > 50"*.

Valvontakaavakkeista nousi esiin myös delirium tremens-potilaiden hengityksen vaikeutuminen. Sairaanhoidajien merkintöjen perusteella potilaan agitoituminen ja harhaus vaikuttavat hengitysfrekvenssiin. Esimerkkinä lepositeissä makaavalla, agitoituneeksi kuvatulla potilaalla: *"Hengitys puuskuttavaa"* sekä *"Hengitys pinnallista, HF nousee"*. Kuten kirjatusta merkinnöistä selvisi, hengitystä helpotettiin happilisällä joko happiviiksillä tai happimaskilla. Lisäksi kirjattiin käytettävän nielutuubia tai nenänielutuubia. Jos potilas ei kyennyt itse yskimään limaa hengitysteistään pois, avustettiin häntä tässä imemällä lima imuletkulla. Nämä tilanteet kirjattiin valvontakaavakkeisiin esimerkiksi näin:



”Imetty runsaasti limaa suusta ja nielusta”

”Apneoi toistuvasti, vaihdettu isompi nielutuubi”

Yhden aineiston delirium tremens-potilaan kohdalla vointi oli kirjattujen kommenttien mukaan vaatinut intubaation. Sairaanhoidajat olivat kuvanneet delirium-potilaiden hengityksen tilaa näin: *”Spo laskee” ja ”Intuboitu”*.

Kysymyslomakkeen vastausten mukaan (taulukko 8) delirium tremens-potilaista verenpainetta sekä syketaajuutta oli seurattu valvontahoidon ajan tunneittain 25%:lla potilaita. Rytmia ei oltu seurattu tunneittain yhdeltäkään delirium-potilaalta vaan kaikissa 32 tapauksessa rytmiä oli seurattu harvemmin, kuin joka tunti. Hengitystaajuutta oli tunneittain seurattu 9%:lla delirium-potilaista. Saturaatio-seuranta oli toteutettu tunneittain 6%:lla potilaista. Aineistosta selvisi, että verenpaineen ja hengityksen parametrit kirjattiin valvontakaavakkeelle joko numeerista lukua kuvaavaan asteikkoon tai numeerisena arvona.

Delirium tremens -potilaan levottomuus ja sekavuus asettivat aineistosta nousseiden faktojen perusteella haasteita monitoroinnille. Kirjaamisten perusteella potilaat repivät toistuvasti monitoriseurantalaitteita irti, purivat niitä poikki sekä poistivat seurantalaitteet itse itseltään. Lisäksi aineistosta selvisi, että potilaat mobilisoitiin päivän mittaan useita kertoja muutaman minuutin kävelystä aina useiden tuntien ajan istumiseen geriatrisessa- eli G-tuolissa. Tällöin näkyi peruselintoimintojen seurannassa pidetyt tauot, jonka aikana potilaan vointia oli dokumentoitu hoitajan toimesta sanallisin kommentein.

Taulukko 8. Peruselintoimintojen seuraaminen aineiston potilailla.

HENGITYS JA HEMODYNAMIKKA	KYLLÄ	EI	n=32
Onko verenpainetta seurattu tunneittain?	25%	75%	
Onko pulssia seurattu tunneittain?	25%	75%	
Onko rytmiä tarkkailtu tunneittain?	0%	100%	
Onko hengitystaajuutta seurattu tunneittain?	9%	91%	
Onko saturaatiota seurattu tunneittain?	6%	94%	



Perushoito

Delirium tremens -potilaan kirjallisissa hoito-ohjeissa ei ole perushoitoa huomioitu erikseen teemana, vaan ohjeissa on mainittu mm. ihon kunnon seuranta. Perushoito on osa-alue, joka kuitenkin nousi aineistostani sairaanhoitajien kirjaamista asioista esiin laajasti. Valvontakaavakkeiden merkintöjen perusteella Delirium tremens -potilaista osaa pidettiin useita tunteja lepositeisiin kiinnitettyinä. He eivät raskaan lääkityksen vuoksi kyenneet kävelemään omatoimisesti WC-tiloihin. Kirjaamisista nousi esille kuviossa 5 ilmaistut asiat delirium tremens -potilaiden perushoitoa koskien.

PESUT	SUUN HOITO	VATSAN TOIMINTA	VIRTSAA-MINEN	NENÄMAHA LETKU	MUU PERUSHOITO
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan suorittamana/avustamana vuoteessa • Potilaan itsensä suorittamana omatoimisesti/avustettuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Suun/hampaiden pesu omatoimisesti/avusterttuna • Suun kostutus/öljyminen • Suun imu 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaipan vaihto • Alusastialla käynti avustettuna • Portatiivilla käynti omatoimisesti/avustettuna • Ulosteenkeräysjärjestelmän asennus/seuranta • Ulosteen koostumus (ripuli, kiinteä, melena jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kestokatetrin laitto ja poisto • Virtsan määrän väheneminen/lisääntyminen • Virtsan väri • Virtsaminen omatoimisesti/avustettuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenämahaletkun laitto/poisto • Nenämahaletkun tuotto (määrä, koostumus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Iv-kanyylien laitto, poisto ja huolto • Ihon kunnon seuranta ja hoito • Vaatteiden ja lakanoiden vaihto

Kuvio 5. Perushoidon toteutus ja sen kirjaaminen delirium tremens -potilailla.

Kirjatut asiat olivat suoritettuja toimenpiteitä mutta myös potilaan tilaa ja vointia kuvaavia lauseita. Tarkkuutta noudatettiin tässäkin kirjaamisen osa-alueessa. Sairanhoitajat olivat kirjanneet seuraavanlaisesti toteuttaessaan perushoitoa aineiston potilaille:

”Vessaan lähdössä. Ripuloi alusastialle”

”Silmät rähmii, putsattu”

”Viggo pielessä, uusi laitettu”

”Aamupesut tehty, iho siisti”

Lepositeiden käyttö potilailla

Aineistosta nousi esiin, että delirium tremens -potilas jouduttiin usein tilanteesta riippuen kiinnittämään lepositeisiin oman sekä muiden turvallisuuden vuoksi. Leposidehoito saattoi kestää tunteista useisiin vuorokausiin. Kirjaamisessa oli ajoittain potilasta suoraan lainaamalla haluttu ilmaista tämän aggressiivisuus. Hoitajat ilmaisivat myös sen, ettei suullisella rauhoittelulla saatu rauhoittavaa vastetta aikaan. Tarkkoja kellonaikoja ei pakkotoimien suorittamisen kohdalla oltu aina erikseen merkitty, vaan suuntaa antava aika ilmenee valvontakaavakkeen sarakkeen kohdasta, johon kirjaaminen oli kulloinkin tapahtunut. Kuitenkaan jokaisen potilaan kohdalla ei pakkotoimien aloitus tai lopetus ilmennyt kirjatusta seikoista. Sairaanhoidajat olivat aineiston mukaan kuvailleet tilanteita, jotka johtavat pakkotoimien aloittamiseen tai niiden lisäämiseen esimerkiksi näin:

”Katetrin laitton jälkeen yrittää potkaista hoitajaa. Aggressiivinen, laitettu lepovyöt. Levottomampi, sekavampi”

”Aggressiivinen, vartijat kutsuttu, laitettu lepovöihin. Huutaa: Tuokaa perkele se kirves tänne! Negatiivista, aggressiivista puhetta”

”Äityy vallan villiksi, tulossa laitojen yli. Puheelle ei vastetta. Jouduttu laittamaan lepositeet kiinni”

”Huutaa konstaapelia. Agitoitunut. Lepositeet laitettu kiinni”

”Lyönyt hoitajaa. Siirretty vuoteeseen”

Lepositeet avattiin pääsääntöisesti potilaan tilan rauhoituttua. Aineiston mukaan liikkumisen rajoittamisessa oli eri käytäntöjä: joskus toinen raaja tai raajat jätettiin vapaaksi, joskus vain vyötärön ympäri sidottu remmi kiinnitettiin kaikkien raajojen ollessa vapaina tai päinvastoin.

”Myös toinen jalka laitettu kiinni, koska yrittää potkia hoitajaa.

”Levottomuus lisääntyy, kädet kiinni myös”

”Nukkuu. Avattu lepositeet. Väsynyt on, tokkurainen”

”Rauhoittuu puheelle, irrotettu lepovyöt”



Delirium tremens -potilaiden motorinen levottomuus ja epäadekvaatti käytös hankaloitti myös toteutettavaa monitoriseurantaa, koska potilaat usein repivät heihin kiinnitetyt monitoriseurantalaitteet. Lisäksi omatoimisen poiston vaarassa olivat kestopkatetrit sekä valtimo- ja laskimokanyylit. Nämä olivat ajoittain pakkotoimiin johtavia syitä, kuten kommentaareista ilmenee:

”Levoton. Kiroilee ja repii piuhoja”

”Repii katetria. Rintavyö sekä kädet sidottu. Rikkoo käsiremmit, aggressiivinen. Jalatkin sidottu”

”Puhuu harhoilleen, poistaa piuhoja ja vastustaa. Laitettu kaikki raajat kiinni”

”Puree tippaletkua, nyplää johtoja”

Kysymyslomakkeen tulosten mukaan (taulukko 9) jokaisella aineiston delirium tremens -potilaalla toteutettiin säännöllistä pakkotoimien käyttötarpeen arviointia. Lääkärien vuorokausikohtainen kirjallinen lupa pakkotoimien toteuttamiseen tarvittaessa puuttui 81%:lla potilaista. Pakkotoimien aloituksen ja lopetuksen ajankohta oli selvillä vaihtelevasti (86% ja 55%) ja toteuttamistapa oli kirjattu ylös 82%:lla potilaista. Niillä, joilla lepositeet olivat käytössä lepositeiden kiinnityskohtien ihon kunnon tilaa ei oltu kirjattu ylös 95%:lla potilaista. Myöskään raajojen verenkierron tilaa ei oltu tarkkailtu 84%:lla potilaista. Vartijoiden avustusta potilaan hoidon yhteydessä oli kirjattu tarvittavan 13%:lla potilaista.



Taulukko 9. Pakkotoimien toteutus ja valvonta aineiston potilaille.

LIKKUMISEN RAJOITTAMINEN	KYLLÄ	EI	n=32 tai 22
Onko potilaan hoidossa käytetty lepositeitä?	69%	31%	n=32
Onko lääkärin lupa lepositeiden käytölle kirjattu päivittäin?	19%	81%	n=32
Onko lepositeiden käytön aloitusaika kirjattu?	86%	14%	n=22
Onko lepositeiden käytön lopetusaika kirjattu?	55%	45%	n=22
Onko lepositeiden käytön toteuttamistapa kirjattu?	82%	18%	n=22
Onko lepositeiden käyttötarvetta arvioitu säännöllisesti?	100%	0%	n=32
Onko lepositeiden käyttö lopetettu heti rajoittamisen tarpeen loputtua?	64%	36%	n=22
Onko lepositeiden kiinnityskohtien ihon kuntoa tarkkailtu	5%	95%	n=22
Onko potilaan raajojen verenkiertoa tarkkailtu?	16%	84%	n=32
Onko vartijoiden apua tarvittu potilaan hoidon yhteydessä?	13%	87%	n=32

Potilaan liikkuminen ja mobilisointi

Kuntoutusta ja delirium-potilaan mobilisointia suoritettiin kirjatun aineiston mukaan suurelle osalle potilaista päivittäin. Ilmeni, että vaikka potilas oli harhaisen ja aggressiivisen käytöksen vuoksi laitettu lepositeisiin, oli hänet siitä huolimatta tilanteen rauhoituttua päiväaikaan autettu geriatriseen tuoliin istumaan. Esimerkiksi potilaiden ruokailu tapahtui usein geriatrisesta tuolista käsin ja osa pesutoiminnoistakin suoritettiin vuoteen sijasta kylpyhuoneessa. Jos potilaan voimat eivät riittäneet kävelyyn asti, toteutettiin mobilisointia avustamalla potilas esimerkiksi vuoteen reunalle istumaan tai rohkaisemalla potilasta omatoimiseen pesujen suorittamiseen. Mobilisointi tapahtui pääsääntöisesti vuoron hoitajan/hoitajien suorittamana mutta fysioterapeutti oli arkisin myös huolehtimassa kuntoutuksesta. Vuodepotilaan kohdalla oli asentoa vaihdettu ja kohennettu vuoteessa. Motorisesti levottomat potilaat vaativat paljon asennon kohennusta, sillä kirjaamisten mukaan asennon vaihtoa tapahtui joillekin potilaille useita kertoja tunnissa. Sairaanhoitajat kuvailivat kirjauksissaan tarkkaan, miten potilaan mobilisointi sujui ja miten mobilisointi suoritettiin.

”Rollin kanssa kävellyt pienen matkan, hutera olo. Lounasta odottaa G-tuolissa istuen”

”Fyssarin kanssa liikkeellä rollilla, kovin tärisee. G-tuolissa istuu, hampaat pessyt itse”

”Viety G-tuolilla suihkuun. Toimi ohjeiden mukaisesti. Kuitenkin hätäinen ja levottomuus kasvaa”

”Ährää kaiken aikaa, asentoa kohennettu usein”

Sairaanhoitajat olivat merkinneet potilaan sen hetkisen asennon sille kuuluvalla kohdalla. Sen lisäksi oli asennon vaihtoja kirjattu sanallisesti kommentoimalla. Mittarin tulosten mukaan (taulukko 10) asento oli kirjattu ylös 22%:lla potilaista ja päädyn kohoasento oli ylös kirjattu 9%:lla potilaista. PUPU eli puhalluspullo-harjoituksia suoritti hoitajan tai fysioterapeutin kirjaamana 19% potilaista. Fysioterapeutin oli tavannut 31% delirium tremens -potilaista. Geriatriseen tuoliin oli avustettu 63% aineiston potilaista.

Taulukko 10. Mobilisoinnin toteutuminen aineiston potilailla.

ASENTOHOITO	KYLLÄ	EI	N=32
Onko potilaan sängyn pääty koholla?	9%	91%	
Onko potilaan asentoa vaihdettu säännöllisesti?	22%	78%	
Onko potilas suorittanut PUPU harjoituksia?	19%	81%	
Onko fysioterapeutti tavannut potilaan?	31%	69%	
Onko potilasta aktivoitu päivän aikana (esim. G-tuoliin istumaan?)	63%	37%	

Nestetasapaino

Koska valvontakaavakkeella on erillinen kohta meneillään oleville infuusioille ja niiden nopeuksille, sairaanhoitajien sanalliset kommentit koskivat nesteytyksessä tapahtuvia muutoksia, lääkärin ohjeita ja konsultaatioita. Nestetasapainoon liittyen myös diureesin ja balanssin tilaa oli seurattu ja kommentit koskivat huomioita ja muutoksia näissä. Nestetasapainoon liittyvät asiat olivat pienin teema kommenttien määrän perusteella. Tämän kaltaisia kommentteja nousi aineistosta:



"Kons sis. lääk balanssista -> nesteytystä lisätään"

"Diureesi niukkaa nesteytyksestä huolimatta. Kons. (lääkärin nimi): RAC 100 ml/h)"

Kysymyslomakkeen tulosten (taulukko 11) perusteella jokaisella delirium tremens -potilaalla oli laskimoyhteys, johon nesteytystä meni suun kautta tapahtuvan nesteytyksen lisäksi. Jokaisen 32 hoitokokonaisuuden kohdalla oli myös kontrolloitu elektrolyytit laboratorio-kokein vähintään kerran vuorokaudessa, kuten kirjalliset hoito-ohjeet määräävätkin.

Taulukko. 11 Nesteytyksen ja elektrolyyttitasapainon toteutus aineiston potilailla.

NESTEYTYS	KYLLÄ	EI	n=32
Onko potilaalla iv-nesteytystä?	100%	0%	
Onko elektrolyyttejä kontrolloitu lab kokeissa?	100%	0%	

Taulukkoon 12 on merkitty aineiston delirium tremens -potilaiden diureesin ja balanssin seuranta prosentteina. Tunneittain oli diureesia seurattu 9%:lla potilaista. Balanssi oli laskettu kuuden tunnin välein 16%:lla potilaista. Viidellä aineiston potilaista ei ollut keskokatetria laitettuna lainkaan. Lämpötilaa oli seurattu 91%:lla potilaista vähintään kerran vuorokaudessa. Yhdeltäkään tutkimuksen potilaista ei oltu otettu vuorokausittain ekg:tä.

Taulukko. 12 Diureesin ja balanssin seuranta aineiston potilailla.

DIUREESI JA BALANSSI	KYLLÄ	EI	n=32
Onko diureesia seurattu tunneittain?	9%	91%	
Onko balanssia laskettu 4x/vrk?	16%	84%	
Onko EKG otettu 1x/vrk?	0%	100%	
Onko potilaan lämpötilaa seurattu?	91%	9%	

Potilaan yleisvointi

Potilaan yleisvointia mitattiin ja havainnoitiin erilaisin keinoin. Aineistosta selvisi, että osa potilaista oli niin sekavassa tilassa tai sedatoituna uneen, että yleisvoinnin seuranta tapahtui pääasiassa hoitajan toimesta arvioimalla ilmeitä ja eleitä. Potilaan vointia oli arvioitu ja kirjattu: *”Tärisevä, lämpö nousussa”*. Osa potilaista oli orientoituneita ilmaisutakseen itse vointinsa niin kuin sen itse kokivat. Aineiston mukaan esimerkki yleisesti potilaalta saadusta palautteesta vointiaan koskien oli tyytymättömyys tupakalle pääsemättömyydestä: *”Tupakantuskaa, haluaisi tupakalle”*. Potilaille tuotiin ajoittain viihtyvyyttä parantamaan TV, jota katsella potilaspaikalta käsin ja omia tavaroita, kuten esimerkiksi kännykkä: *”Tuotu kännykkä potilaalle”* ja *”TVtä katselee”*. Muita aineistosta nousseita sairaanhoitajien kirjaamia kommentteja liittyen potilaan yleisvointiin sekä potilaan kuvaamana että hoitajan havainnoimana:

”Valittaa kurkkukipua”

”Ei kivuliaan oloinen”

”Kovasti hikoilee”

”Kivut kieltää, ei pahoinvointia”

”Tuskainen, ei varsinaisesti kipua”

Opinnäytetyöni aineistosta nousi esiin potilaan yleisvointia ja sen parantamiseen pyrkiviä toimia kuvaavia kirjauksia. Kuviossa 6 on kuvattuna keskeisiä seikkoja, joita delirium-potilaiden yleisvointi sisälsi ja miten se oli mitattu. Lisäksi kuviossa ilmenee seikkoja, joilla potilaiden yleisvointia oli pyritty kohentamaan.



Kuvio 6. Delirium tremens -potilaan yleisvoinnista sekä sen parantamisesta kirjattuja asioita

Potilaan tulotilanne, kuvaukset ja jatkohoito

Sairaanhoitajien kirjaamisen yksityiskohtaisuus ilmeni kirjattujen asioiden sisällön tarkkuudesta sekä kirjattujen asioiden teemojen laajuudesta. Potilaan saama valvonta ja havaintojen kirjaaminen aloitettiin potilaan siirtyessä valvontaan, jolloin tulotilanne kirjattiin ja kuvailtiin yleensä muutamalla sanalla esimerkiksi: *”Siirtyy vartijoiden saattamana kävellen valvontaan”*

Muun hoidon ohella toteutettiin delirium tremens -potilaille erilaisia tutkimuksia (röntgen, ultraääni), jotka pääsääntöisesti suoritettiin valvontaosastolla. Nämä toimenpiteet oli kirjattu esimerkiksi näin: *”RTG tullut tekemään vatsan uä:n”*. Kirjatuksi tuli eri lääkärin konsultaatio-käynnit, lääkärinkierrot sekä tulotilanteen lisäksi myös jatkohoitopaikka, raportin anto sekä potilaan siirtyminen pois valvontaosastolta:

”Ane käynyt tutustumassa”

”Rap S4:lle, saa siirtyä”

”Sis. päiv kts. potilasta. Ei mitään tmp.”

5.2 Kirjallisten delirium tremens -ohjeiden noudattaminen hoitotyössä

Tässä luvussa kuvaan, miten opinnäytetyöni tulosten perusteella kirjallisia delirium tremens -potilaan hoito-ohjeita noudatettiin hoitotyössä Jorvin sairaalan päivystysosastolla.

Kysymyslomakkeen tulosten perusteella annettuja hoito-ohjeita toteutetaan käytännön hoitotyössä esimerkiksi nesteytyksen toteuttamisessa, sillä laskimoyhteys löytyi kaikilta aineiston potilailta. Myös elektrolyytti-arvoja oli seurattu potilailta, kuten hoito-ohjeet määräävätkin tehtäväksi. Seurannan puolelta oli toteutettu määräysten mukaan potilaan lämpötilan seuranta. Lääkityksen osalta potilaat oli lääkitty ohjeiden mukaan eli jokaisella delirium tremens-potilaalla oli pohjalla bentsodiatsepiini-lääkitys ja tarpeen mukaan oli sedaatiota tehostettu neurolepteillä ja alfa-2-agonisteilla. Lääke-ohjeiden mukaisesti myös tiamiini kuului jokaisen aineistonpotilaan lääkitykseen. Lääkityksen tehosta kertonee potilaiden vuorokausirytmien puuttuminen, sillä 80%lla potilaista oli väärä vuorokausirytmie eli he valvoivat yöllä ja nukkuivat päivällä. Lisäksi lähes 30% potilaista ei nukkunut lääkityksestä huolimatta yhtäjaksoisesti useita tunteja. Pakkotoimien toteuttamisessa oli aloitus- ja lopetusaika sekä toteuttamistapa kirjattu ylös hyvin ja lisäksi pakkotoimien käytön tarvetta oli arvioitu potilailta säännöllisesti. Myös potilaiden ravitsemuksessa, aktivoimisesta sekä mobilisoimisesta oli huolehdittu ohjeiden määräämällä tavalla. Omaisten huomioiminen oli myös käytännössä toteutettuja toimia.

Kysymyslomakkeen tulosten perusteella oli keskimääräistä vähemmän toteutettu peruselintoimintojen kirjaamista tunneittain. Aineistosta nousi toistuvasti esiin monitoroinnin keskeyttänyt mobilisointi, jonka jälkeen seuranta oli jatkettu silmämääräisesti yleisvoinnin osalta. Peruselintoimintojen kirjaamisen lisäksi myös diureesin ja balanssin laskussa oli nähtävissä eroavaisuuksia valvontapotilaan määreisiin. Delirium tremens-potilaiden kohdalla keskeisessä asiassa, pakkotoimissa, oli havaittavissa haasteita käytännön toteuttamisessa. Lääkärin vuorokausittainen kirjallinen lupa lepositeiden käyttöön potilaalla tarpeen sen vaatiessa puuttui 81%:lla potilaista. Pakkotoimien toteutuksessa myös lepositeiden kiinnityskohtien seuranta, raajojen verenkiertoa sekä puolierojen tarkistusta säännöllisesti ei oltu kirjattu toteutetuksi. Myös RASS-mittarin käytön lisääminen vaatinee lisämuistutusta, sillä sen käyttö oli varsin vähäistä, vain 7%:lla potilaista oli sedaation astetta arvioitu RASS-asteikon avulla. Ja vaikka ravitsemus oli muilta osin toteutettu hyvin, ei lisäravinteiden käyttöä oltu hoidossa toteutettu ohjeiden



mukaisesti. Asentohoitojen toteutuksen kirjaaminen sekä PUPU-harjoitukset vaativat vielä myös tehostusta.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta käsittelevien oppaiden ohjeet painottavat eri asioita. Suurin osa oppaista painotti kuitenkin työn uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä luotettavuutta arvioitaessa. (Burns & Grove 2005: 374; Kananen 2008: 125; Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009; 160-161; Tuomi & Sarajärvi 2002: 136-137.) Opinnäytetyössäni kiinnitin huomiota etenkin omaan rooliini opinnäytetyön tekijänä sekä työn jokaisen vaiheen huolelliseen raportointiin. Olen pyrkinyt tuomaan työssäni luotettavuutta esille kuvaamalla seikkaperäisesti opinnäytetyöni vaiheita, aineistonkeruumenetelmää sekä suorittamaani sisällönanalyysiä. Tutkijana olen kokematon ja kokemattomuuttani kompensoidakseni pyrin perehtymään tutkimusmenetelmien eri vaiheisiin teoriatasolla. Olen lisäksi lisännyt omaa tietämystäni opinnäytetyöni aiheeseen liittyvästä teoriasta tutustumalla aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Saadakseni palautetta, tarkastutin työtäni ohjaajieni lisäksi kollegoillani. Tämä on lisännyt omaa objektiivisuuttani opinnäytetyössäni. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21.)

Työskentelen itse sairaanhoitajana yksikössä, jossa tutkimuksen tein. Kokemus delirium tremens-potilaiden hoitotyöstä lisää työn uskottavuutta sillä tunnen valvontatyön piirteet ja delirium potilaat potilasryhmänä. Olen myöskin työni puolesta hyvin perehtynyt delirium potilaan hoito-ohjeisiin ja kokenut niiden vaikutuksen omaan työhöni sairaanhoitajana. Toisaalta taas juuri oma kokemukseni delirium potilaiden hoitajana saattaa antaa haastetta tutkimuksen objektiivisuudelle. Työyhteisön tuttuus on etu, mutta voi asettaa ongelmia etukäteisasenteiden vuoksi. Ennakkoasenteet saattavat ohjata tutkijaa siinä määrin, että aineiston uudet ja odottamattomat asiat eivät kiinnitä tutkijan huomiota tai tulokset vääristetään omien käsitysten mukaisiksi. Kuitenkin tämän asian tiedostaminen läpi koko työprosessini ja vakaa pyrkimykseni objektiivisuuden säilyttämiseen auttoivat havaintojen teossa. Aloittaessani työstämään opinnäytetyötäni, tavoit-



teenani oli irrottautua ulkopuolisista tekijöistä sekä omista ennakkokäsityksistäni ja suorittaa työ, joka olisi toisen tutkijan toistettavissa. Kokemattomuuteni tutkijana on saattanut vaikuttaa heikentävästi näiden tekijöiden havainnoinnissa opinnäytetyön prosessin aikana. Opinnäytetyöni teossa olen pyrkinyt tutkimustehtävien muotoilussa ja tutkimusmenetelmien valinnassa monipuolisuuteen, jotta objektiivisuus täytyisi menetelmällisyyden puolesta. (Hirsjärvi ym. 1997: 309-310; Kananen 2008: 121-122; Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997: 217-218, 220.)

Opinnäytetyöni uskottavuutta parantaakseni sekä ymmärrettävyyttä lisätäkseni olen pyrkinyt kuvaamaan suorittamani analyysi-prosessin, ala-, ylä- ja pääluokkien muodostumisen sekä tulokset mahdollisimman selkeästi. Tarkkaan suoritettu dokumentaatio lähtökohta-tilanteen ja tehtyjen oletusten kohdalla parantaa myös työn siirrettävyyttä sekä riippuvuutta. Tavoitteenani on ollut raportoida työni eteneminen huolellisesti ja rehellisesti tieteellisiä toimintatapoja noudattaen. Tutkimustulokset tulevat selkeämmiksi sekä ymmärrettävämmiksi kun prosessi kuvataan yksityiskohtaisesti ja tarkkaan. Tämä helpottaa lukijan työtä tutkimustulosten arvioinnissa. Opinnäytetyöni teoreettinen viitekehys on koottu myötäillen työn tarkoitusta, tavoitetta sekä tutkimustehtäviä ja tutkimusaineiston hakujen kriteerit pyrin kuvailemaan raportissani mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja kattavasti. Työn validiteettia parantaa aineiston abduktiivinen analyysimenetelmä eli analyysin perustuminen johtoajatukseen eli delirium potilaan hoito-ohjeisiin. (Kananen 2008: 123, 126,128; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 160; Kyngäs ym. 2011: 139-140; Tuomi & Sarajärvi 2002: 138.)

Tutkimusraportissani pyrin havainnollistamaan tuloksia taulukoiden ja kuvioiden sekä alkuperäisilmausten muodossa. Pyrin tällä korostamaan sitä, että tulokset perustuvat suoraan aineistoon ja sieltä nousseisiin luokkiin. Tällä olen halunnut lisäksi varmistaa työni luotettavuutta sekä mahdollistaa lukijalle ymmärtää suorittamaani aineiston keruun eri vaiheita. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009: 160-161; Kyngäs ym. 2011: 140.)

Tutkimusaineistoon eli valvontakaavakkeelle (liite 1) merkityt parametrit sekä hoitajien kirjoittamat kommentit olivat pääsääntöisesti yksiselitteisiä, joten omalle tulkinnalleni ei jäänyt tilaa. Tämä parantaa vahvistettavuutta. (Kananen 2008: 123–127; Tuomi & Sarajärvi 2009: 136–137.) Hoitohenkilökunnan käsialoista oli ajoittain vaikea saada selvää. Ne sairaanhoitajien käsin kirjoitetut kommentit, joista en saanut varmuudella sel-



vää jätin kokonaan pois aineistosta, jotta sisältö ei vääristyisi. Näitä kommentteja oli 5 kappaletta. Valvontakaavakkeen numeeriset merkit sekä verenpaine-arvoja, pulssia ja lämpötilaa kuvaavat merkinnät olivat yksiselitteisiä ja helppolukuisia. Näiden tulkinnassa ei ollut epäselvyyksiä kertaakaan. Epäselvien kommenttien poisjätö voidaan kuitenkin kokea rajoitteeksi opinnäytetyön luotettavuuden kannalta.

Keskeinen tekijä opinnäytetyöni luotettavuutta vahvista tekijöistä on työn kvantifioiva kysymyslomake tuloksineen (liite 2). Tällä keräsin aineistosta hoitajien kirjallisten kommenttien tueksi dataa määrällisin keinoin. (Metsämuuronen 2006: 258; Tuomi & Sarajärvi 2009: 107-108.) Mittarin sopivuuden mitattavaan aineistoon tarkasti kliininen asiantuntijamme, joka toimii myös työelämän opinnäytetyön ohjaajanani.

6.2 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Olen suorittanut opinnäytetyöni hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla ja sitoutunut noudattamaan Helsingin julistuksen (1964) ohjeistusta. Olen pyrkinyt noudattamaan tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä muiden tutkijoiden tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa yleistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Olen noudattanut ymmärtänyt vastuuni opinnäytetyön tekijänä hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja työni rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Hirsjärvi ym. 1997: 23–27; HTK-ohje: 6-7; Kananen 2008: 136; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009: 173-176; Tuomi & Sarajärvi 2009: 132–133, 139.)

Olen noudattanut hienotunteisuutta käsitellessäni opinnäytetyöni aihetta. Kuten työskennellessäni sairaanhoitajana, myös opinnäytetyötä tehdessäni noudatan vaitiolovelvollisuutta toiminnassani. (Havio ym. 2013: 203–205; Tuomi & Sarajärvi 2009: 129.)

Tahdon painottaa, että olen huomioinut ja vakavasti punninnut sitä asiaa, että työskentelen itse samalla osastolla, jossa tutkimuksen tein. Olen toiminut näissäkin tilanteissa hyvän ja eettisen tieteellisen tutkimuksen teon sääntöjen mukaisesti ja analysoinut aineiston puhtaasti sen sisällön sanelemalla tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 133.) Sain idean työhöni osastonhoitajaltani ja tämän myötä hän antoi luvan minulle tutkia opinnäytetyössäni delirium tremens -potilaiden hoito-ohjeiden todentumista työyksikössämme. Lisäksi minulla on osastonhoitajani lupa mainita HUS-organisaatio työssäni. Tutkimuslupa minulle myönnettiin HUS:n tutkimuksesta ja opetuksesta vas-



taavan ylilääkäriin vs. sekä johtavan ylihoitajan toimesta. Aineistonani työssäni toimi potilasasiakirjat, joten tutkimuseettisen toimikunnan lupaa ei työlleni tarvittu. En missään vaiheessa kuljettanut potilasasiakirjoja sairaalan ulkopuolelle ja poistin välittömästi kopioinnin jälkeen aineistostani kaikki tunniste-tiedot koskien potilaita, omaisia sekä hoitohenkilökuntaa, jotta anonymiteetti säilyy kaikilta osapuolilta. Tunnistamattomiksi muutettuja valvontakaavake-kopioita säilytin kotonani olosuhteissa, jossa ne eivät altistuneet sivullisille. Kaikki tutkimukseeni liittyvä aineisto tuhotaan silppurissa 6 kuukauden kuluttua opinnäytetyöni valmistumisesta. (HTK-ohje:6-7; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009: 173-176; Tuomi & Sarajarvi 2009: 22,133.)

Tutkimusraportin kirjoitin rehellisyyttä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja noudattaen tutkimustuloksia vääristelemättä ja kunnioittaen muiden tutkijoiden saavutuksia lähdeviitteissä heidät huomioiden (Kyngäs & Kääriäinen 2011). Työni keskiössä ovat delirium tremens -potilaat. Opinnäytetyöni ei ole vahingoittanut tätä potilasryhmää fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti vaan työni tavoite on ollut kehittää tämän potilasryhmän hoidon tasoa. Työni tarkoituksena ei ole ollut arvostella HUS Jorvin sairaalan päivystysosaston hoitohenkilökunnan (itseni mukaan lukien) ammattitaitoa vaan työni tavoitteena on ollut kehittää ja parantaa delirium tremens -potilaiden hoidon laatua tarkastelemalla hoito-ohjeiden todentumista hoitotyössä. Päivystysosaston henkilökunta on ollut tietoinen tutkimuksestani ja sen sisällöstä pääpiirteittäin. Opinnäytetyöni tuloksia voidaan käyttää hyväksi edelleen koulutuksessa delirium tremens -potilaiden hoitotyössä. (Hirsjärvi ym. 1997: 26-27; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009: 172-173; Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997: 26-29.)

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni tutkimuksen tuloksia tarkastellessa huomioni kiinnittyi erityisesti monipuolisuuteen, jota delirium tremens -potilaan hoito vaatii. Aineistosta nousseet alaluokat toivat esiin huomattavasti laajemman kirjon asioita, kuin delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden sisältämät yläluokat. Lienee hyvä paikka pohtia, ovatko delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet liian suppeat? Muitakin vajeavaisuuksia ilmeni delirium tremens -potilaan hoito-ohjeissa verrattuna valvontapotilaan määreisiin. Esimerkkinä tästä peruselintoimintojen seuraaminen, sillä delirium tremens -ohjeet määräävät pitämään potilaat monitori seurannassa mutta itse ohjeet eivät anna määrettä, kuinka usein esi-



merkiksi verenpaineiden mittaaminen tulee tapahtua. Sen sijaan päivystysosaston valvontapotilaan ohjeet antavat määreen seurata potilaan arvoja tunneittain. Vastaavasti hoito-ohjeista puuttuu tarkemmat ohjeet mm. perushoidon toteutuksesta, joka oli aineiston perusteella keskeinen osa toteutettua hoitoa. Jättävätkö annetut ohjeet liian paljon asioita lukijan eli hoitotyön ammattilaisen päätettäväksi? Alaluokkien laajuus tukee myös teoriapohjasta nousseita väitteitä delirium tremens-potilaan hoidon haastavuudesta ja taudin vakavuudesta kuolintilastoista liitännäissairauksiin. (Havio ym. 2013; Leppävuori & Alho 2007; Luomanmäki ym. 2001; Mainerova ym. 2013; Niemelä 2011; Sarai ym. 2013; Seppä ym. 2010; Woods ym. 2014.)

Lääkitys

Lääkityksen toteutus avautui tuloksista yhtenevänä delirium tremens -hoito-ohjeiden sekä teoriasta nousseiden tutkimusten kanssa. Bentsodiatsepiinit löytyivät jokaisen aineiston potilaan lääkityksestä. Tämä puhuu tutkimuksistakin nousseiden hyvien tulosten puolesta, joissa bentsodiatsepiinien teho delirium tremensin hoidossa on osoitettu. (Minozzi ym 2010; Tolonen ym. 2013; Woods ym. 2014.) Lisäksi jokaisen potilaan lääkityksistä löytyi tiamiini, jonka on todettu estävän Wernicke encefalopatia (Woods ym. 2014). Neuroleptit ja alfa-2-agonistit olivat molemmat käytössä yli puolella aineiston potilaista. Dexmedetomidiini, tehokas sedatiivi ilman hengitystä salpaava vaikutusta, on löytänyt tiensä tutkimusten saattelemana yhä useammalle teho- ja valvontaosastolle. Tulosten perusteella 53%:lla aineiston potilaista oli jossain vaiheessa hoitoaan käytössä dexmedetomidiini. Kauppanimeltään Dexdor on varsin hyvin siedetty lääke ja yhdessä bentsodiatsepiinien kanssa tehokas lääke delirium tremensin hoidossa (Tolonen ym. 2013).

Tutkimuksen tulosten perusteella lääkityksen tarpeen astetta seurattiin jokaisella potilaalla tehokkaasti sairaanhoitajien toimesta. Tämä ilmeni tuloksista tehokkaana kirjaimisena, jossa kommentoitiin ja perusteltiin toteutettavaa lääkehoitoa ja lääkkeiden annostelua. Tulosten perusteella 75% aineiston potilaista nukkui yhtäjaksoisesti useita tunteja hoidon aikana, mutta kuitenkin vain alle 20% potilaista vuorokausirytmä oli normaali. Olisiko lääkehoidossa tämän osalta tehostamisen varaa? Löytyisikö dexmedetomidiinin käytön lisäämisestä tähän ongelmaan vastaus?



Sedaation taso

Sedaation tasoa seurattiin ja kommentoitiin sanallisesti säännöllisesti mutta kuitenkin lääkehoidon tarpeen ja sedaation tason arviointiin kehitettyä RASS-mittaria käytettiin vain 6%:lla potilaista. Mittari on tehokas työkalu delirium tremens-potilaan sedaation tason arvioinnissa (Tolonen ym. 2013), joten RASS-käytön yleistämiselle hoidon väliin lienee perustelut. Myös delirium tremens -potilaan hoito-ohjeet kehottavat arviomaan potilaan sedaation tasoa RASS-mittarilla 6 tunnin välein ja/tai lääkkeen annon yhteydessä.

Sedaation tason seurannan kommentit menivät osittain päällekkäin orientaation asteen seurannan kommenttien kanssa. Molempien kategorioiden tavoite on arvioida potilaan sekavuutta ja rauhallisuutta sekä levottomuutta ja agitoituneisuutta. Tulosten perusteella saattoi tehdä päätelmiä siitä, että delirium tremens -potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti ja arvaamattomasti osoittaen sekavuutta ja aggressiivisuutta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Useat kommentit antoivat viitteitä potilaan fyysisestä väkivallasta sairaanhoitajaa kohtaan sekä verbaalisesta akitaatiosta. Sairaanhoitajien kommentteista selvisi delirium tremens-potilaiden käyttäytyvän äänekkäästi esimerkiksi laulaen, kiroillen tai huudellen. Myös teoriapohjasta kumpusi päihdepotilaiden taipumus aggressiivisuuteen sekä hoitohenkilökunnan osakseen saama väkivalta (Havio ym. 2013; Nurmi-Lüthje ym. 2008). Vartijoiden apua hoitotoimien turvaamiseksi tarvittiin kirjausten perusteella 13%:lla potilaista.

Nesteytys

Tulosten perusteella delirium tremens -potilaiden nesteytyksen tilasta huolehdittiin kiitettävästi ohjeiden sanelemalla tavalla. Jokaisen potilaan kohdalla toteutettiin suonensisäistä nesteytystä ja lisäksi elektrolyyttejä kontrolloitiin säännöllisesti laboratorio kokein (Leppävuori & Alho 2007; Luomanmäki ym. 2001). Sairaanhoitajien kirjaamisista ilmeni, että potilaille oli tarjottu säännönmukaisesti nesteitä myös suun kautta. Nesteytystä kontrolloitiin seuraamalla potilaiden diureesia sekä laskemalla kehon neste-balanssia. Kirjausten perusteella diureesia seurattiin valvontapotilaan hoidon määräämänä tunneittain 9%:lla potilaista ja balanssi laskettiin ohjeiden mukaisesti 6 tunnin



välein 16%:lla potilaista. Tuloksia tulkitsemalla voisi vetää johtopäätöksen, jonka mukaan tähän asiaan tulisi kiinnittää huomiota. Osittain lääkitykseen mutta myös elektrolyytitasapainoon liittyen ekg tulisi kontrolloida delirium tremens -potilailta kerran vuorokaudessa. Myös delirium tremens -potilaan hoito-ohjeissa tämä on huomioituna. Kirjauksen perusteella yhdeltäkään potilaalta ei oltu kontrolloitu ekg:tä päivittäin.

Ravitsemus

Delirium tremens -potilaiden ravitsemusta toteutettiin hoito-ohjeiden mukaisesti sen osalta, että kiinteää ruokaa tarjottiin jossain muodossa 97%:lle potilaista. Sairaanhoidajien kirjaamien kommenttien perusteella ilmeni, etteivät potilaat aina olleet täysin rauhallisessa ja orientoituneessa mielentilassa ruokaillessaan ja näin ollen konflikteilta ruokailuun liittyen ei säästyty. Joidenkin kuvausten perusteella delirium tremens -potilailla nieleminen aiheutti ongelmia ja aineistosta nousseiden kommenttien mukaan potilaat aspiroivat nauttiessaan ravintoa tai lääkkeitä suun kautta. Tämä tarkoittaa selkokielellä ravinnon joutumista hengitysteihin eli ”väärään kurkkuun”. Nenämahaletkua ei ollut asennettu delirium tremensin vuoksi yhdellekään aineiston potilaista. Tulisiko aspiraatiot suun kautta syömiseen ja juomiseen liittyen huomioida? Suonensisäistä ravitsemusta toteutettiin 6%:lla aineiston potilaista. Delirium tremens -potilaiden kohdalla ravitsemus ja nestehoito näyttelevät tärkeää roolia potilailla ilmenevien häiriö- ja puu-rostilojen vuoksi. (Leppävuori & Alho 2007; Sarai ym. 2013.)

Pakkotoimet

Pakkotoimet ovat keskeinen osa delirium tremens -potilaiden hoitoa potilasryhmän sekavuustilojen ja aggressiivisen käyttäytymisen johdosta (Havio ym. 2013; Nurmi-Lüthje ym. 2008). Tulosten perusteella pakkotoimiin liittyvää hoitoa toteutettiin osin ohjeiden mukaisella tavalla, kuten lepositeiden käyttötärpeen arviointia, jota suoritettiin hoitohenkilökunnan toimesta säännöllisesti jokaisella potilaalla. Sairaanhoidajien kirjoittamista kommentteista ilmeni, että syitä pakkotoimien aloitukselle olivat potilaan osoittama fyysinen aggressiivisuus hoitohenkilökuntaa kohtaan, hoitojen vastusteleminen, seurantalaitteiden poisto tai niiden rikkominen, hoitovälineiden poisto, itsensä vahingoittamisen esto, karkaamisen estäminen ja sängystä putoamisen estäminen. Syyt pakko-



toimien aloitukselle ovat samansuuntaisia teoriasta nousseiden tutkimusten kanssa (Evans ym. 2002).

Tulosten perusteella lepositeitä käytettiin 69%:lla potilaista jossain vaiheessa hoitoa ja pakkotoimien toteuttamistavat kirjattujen kommenttien perusteella olivat toisen tai molempien käsien sitominen ranteista ja lepovöiden kiinnittäminen vyötäröltä tai nilkoista tai molemmista. Näitä kaikkia keinoja käytettiin myös yhdessä ja erikseen. Toteuttamistapa oli kirjattu ylös 82%:lla aineiston potilaista ja kommentteihin oli usein yhdistetty myös perustelut pakkotoimille. Esimerkkinä tästä voidaan antaa potilaan käsien sitominen tämän yrittäessä poistaa itse itseltään hoitovälineitä, kuten kestopatenttia tai suonikanyylia. Pakkotoimien aloitusaika oli kirjattuna 86%:lla potilaista ja lopetusaika 55%:lla potilaista. Huomiota on kiinnitetty enemmän siis pakkotoimien aloitukseen, kuin niiden lopetukseen. Aineistosta nousseiden faktojen perusteella pakkotoimien toteutus oli lopetettu rajoittamisen tarpeen loputtua 64%:lla potilaista eli 36% potilaista oli edelleen pakkotoimien alaisena vaikka niiden tarvetta ei enää ilmennyt. Mielestäni tämä olisi ehdottomasti huomion arvoinen asia. Lisäksi parantamisen varaa lienee leposidehoidon vaikutusten seuraamisessa, kuten esimerkiksi leposideiden kiinnityskohtien ihon kunnon seurannassa. Ihon kunnon seuranta toteutettiin kirjaamisen perusteella ainoastaan 5%:lle potilaista ja raajojen verenkierron tasoa seurattiin 16%:lla potilaista. Kun ihmisen liikkumisen vapautta rajoitetaan, kuljetaan aina juridisesti tärkeällä alueella. Tämän vuoksi tulisi pakkotoimien toteutuksessa sairaalolosuhteissa toteuttaa toimet myös juridisesti oikein (rikoslaki 515/2003). Pakkotoimien toteuttamisen aloituksesta ja lopetuksesta on vastuussa aina lääkäri ja lääkärin lupa tulisi olla kirjattuna potilasasiakirjaan päivittäin. Aineiston potilaista lääkärin vuorokausikohtainen kirjattu lupa pakkotoimiin löytyi 19%:n kohdalla. Asian vakavuuden vuoksi hoitotyön toteutus vaatisi kehittämistä tältä osin.

Tutkimusten tulosten perusteella haastavia delirium tremens -potilaita hoidettiin monilta osin delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden mukaisesti. Hoitotyö on aina kehityksen alaisena ja tämän opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti todennettiin, mitkä alueet vaativat kehitystyötä delirium tremens -potilaan hoidossa HUS Jorvin sairaalan päivystysosastolla. Vastuun kehitystyöstä jakavat osaston johto ja henkilökunta yhdessä mutta lopuksi hoitohenkilökunnalla on vapaus valita, miten potilas hoidetaan.



6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusten tulosten perusteella haastavia delirium tremens -potilaita hoidettiin monilta osin delirium tremens -potilaan hoito-ohjeiden mukaisesti. Hoitotyö on aina kehityksen alaisena ja tämän opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti todennettiin, mitkä alueet vaativat kehitystyötä delirium tremens -potilaan hoidossa HUS Jorvin sairaalan päivystysosastolla. Tämän tutkimuksen tulosten myötä pystytään kohdentamaan koulutuksen sisältö ja resurssit lisäpanostusta vaativiin seikkoihin. Tulosten mukaan seuraaviin asioihin delirium tremens -potilaan hoidossa tulisi kiinnittää huomiota:

- 1) Tutkimuksesta selvisi delirium tremens -potilaiden sekava, aggressiivinen ja ajoittain äänekäs käytös. Delirium tremens -potilaita hoidetaan samassa tilassa muiden valvontaa vaativien potilasryhmien kanssa. Lääkitykseen tulisi kohdentaa huomio, jotta delirium tremens -potilaiden sadaatio toteutettaisiin mahdollisimman tehokkaasti. Tavoitteiden mukainen sadaatio vähentäisi oleellisesti muille potilaille levottomasti käyttäytyvän delirium-potilaan aiheutumaa haittaa. Lisäksi kyselytutkimuksella tulisi selvittää, miten delirium tremens -potilaiden käytös vaikuttaa muihin potilaisiin.
- 2) Opinnäytetyöni tutkimuksen uusinta esimerkiksi kahden vuoden kuluttua. Miten delirium tremens -potilaan hoitotyö on kehittynyt?
- 3) Aineistosta nousseiden seikkojen perusteella peruselintoimintojen seurannat olivat haastavia toteuttaa delirium tremens -potilailla. Valvonnassa hoidettuja delirium tremens -potilaita koskevat samat hoidon määreet, kuin muitakin valvontapotilaita. Peruselintoimintojen seuranta ei kyetä kuitenkaan toteuttamaan samaan aikaan mobilisoinnin kanssa ja lisäksi monitoroinnin toteuttaminen on aika ajoitin haasteellista levottomilla potilailla. Delirium tremens -potilaan valvontahoidon toteutus vaatisi lisäpohdintaa. Tutkimuksella erilaisista seurantalaitteista voisi selvittää esimerkiksi uudenaikaisen teknologian ratkaisut seurantalaitteiden johtoihin. Vähintäänkin olisi harkittava tulisiko valvontapotilaan seurannan määreisiin lisätä oma kohta delirium tremens -potilaan monitoroinnista esim. mobilisoinnin ajalta.



- 4) Pakkotoimien toteutus ja etenkin lääkäreiden kirjallinen lupa pakkotoimien toteutamiselle vaatii tehokkaamman protokollan oikean toiminnan takaamiseksi. Vastuualue työryhmän tulisi pohtia yhteistyössä lääkäreiden kanssa toimivaa työtapaa, jolla asia korjaantuu.
- 5) Sairaanhoidtajien kommenttien perusteella delirium tremens -potilaat ajoittain aspiroivat suunkautta saamansa ravinnon ja lääkkeet. Tarkemman harkinnan alaiseksi tulisi asettaa se seikka, vaatisivatko delirium tremens -potilaat useimmin nenämahaletkun, jonka kautta oraalinen ravitsemus ja lääkintä toteutetaan turvallisesti vai tulisiko suonensisäistä ravitsemusta ja lääkintää lisätä.
- 6) Teoriapohjasta sekä tutkimusaineistosta ilmeni delirium tremens -hoidon vakuutus ja haasteellisuus sekavuuden ja aggressiivisuuden vuoksi. Tutkimuskyselynä olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka hoitohenkilökunta kokevat delirium tremens -potilaan hoidon? Tällä tutkimuksella pystyisimme kohdentamaan hoitohenkilökunnalle lisää resursseja, joita raskaan potilasryhmän hoito heiltä vaatii.
- 7) Tämän opinnäytetyön 30 potilaan aineistosta kahta potilasta oli hoidettu 10 kuukauden sisällä kahdesti delirium tremensin vuoksi päivystysosaston valvonnassa. Pitkäaikaistutkimuksella tulisi selvittää, kuinka suuri osa hoidetuista delirium tremens -potilaista koostuu samoista henkilöistä.
- 8) Valvontakaavakkeen kirjaaminen toteutettiin osin puutteellisesti. Olisi tärkeää tehostaa valvontakaavakkeen täyttöä ja valvontapotilaan hoidon sisältöä päivystysosaston henkilökunnan keskuudessa. Osaston sisäistä koulutusta delirium tremens-potilaan hoitotyöstä ja sen sisällöstä tulisi lisätä koulutuskalenteriin.
- 9) Hoitohenkilökunnan käsin kirjaamista asioista oli ajoittain vaikeaa, jopa mahdollonta saada selvää. Olisi oleellista selvittää lisääkö tämä haittatapahtumia hoidon toteutuksessa. Sähköinen kirjaaminen olisi tarpeen ottaa käyttöön myös valvonta-osastolla käsialavirheiden minimoimiseksi.

HUS:n yhteisillä hoito-ohjeilla tavoitellaan laadukasta ja yhtenäistä erikoissairaanhoidoa (HUS strategia 2012–2016: 10) ja, että delirium tremens -potilaan hoito olisi yhdenmukaista ja korkealaatuista huolimatta siitä, missä sairaalassa hoito tapahtuu. Vastuun kehitystyöstä jakavat organisaatio, osaston johto ja henkilökunta yhdessä, mutta lopuksi on aina hoitohenkilökunnan kohdalla vastuu ja vapaus valita, miten potilasta hoidetaan.



Lähteet

Amato, Laura - Minozzi, Silvia - Vecchi, Simona - Davoli, Marina 2010. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Copyright 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Ala-Kokko, Tero - Perttilä, Juha - Pettilä, Ville - Ruokonen, Esko (toim.) 2010, Tehohoitopas. Kustannus Oy Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna 2010.

Alasuutari, Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1999.

Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009, tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Burns, Nancy - Grove, Susan 2005. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization. Elsevier's Health Sciences Rights Department in Philadelphia, PA, USA.

Collins, Sarah A - Cato, Kenrick - Albers, David - Scott, Karen - Stetson, Peter D - Bakken, Suzanne - Vawdrey, Davis K 2013. Relationship Between Nursing Documentation and Patients' Mortality. American Journal of Critical Care 2013;22:306-313. American Association of Critical-Care Nurses. Published online <http://www.ajconline.org>.

Duodecim Käypä hoito-suositus 2011. Alkoholiongelman hoito. Verkkodokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>

Evans, David - Wood, Jackie - Lambert, Leonnie - FitzGerald, Mary 2002. Physical Restraint in Acute and Residential Care © The Joanna Briggs Institute 2002 First Published in 2002 The Joanna Briggs Institute.

Eerola, Susanna - Erkkilä, Tuovi - Salminen, Jaana - Toivanen, Arja - Tuittu, Laila - Suonsyrjä, Timo 2012. Delirium Tremens potilaan tarkkailu ja hoito-ohjeet päivystysalueella 05/2012.

Fullwood, Joyce - Mostaghimi, Zhila, Granger, Christopher B. – Washam, Jeffrey B. - Bride, Wanda - Yanfang Zhao – Granger, Bradi B. 2013. Alcohol withdrawal prevention: a randomized evaluation of lorazepam and ethanol – a pilot study. American Journal of Critical Care.

Haho, Annu 2009. Sairaanhoitajaliiton nettisivut. Julkaisut, hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Verkkodokumentti. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/

Havio, Marjaliisa - Inkinen, Maria - Partanen, Airi (toim.) 2013. Päihdehoitotyö. Kustantaja Sanoma Pro Oy.



Hillbom Matti – Marttila Maria 2010. Vitamiinin puutosten aiheuttamat enkefalopatiat. *Duodecim* 2010;126:2132-2138.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. 18. painos, Tekijät ja kirjajayhtymät Oy. Painopaikka Bookwell Oy, Porvoo 2013.

HTK-ohje : Hyvä Tieteellinen Käytäntö 2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verk-kodokumentti. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

HUS strategia 2012–2016. Edelläkävijä, vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi.

Kananen, Jorma 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän yliopistopaino 2008.

Kananen, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän yliopistopaino 2008.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Päivi 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki 2009.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2/2011. *Journal of Nursing Science*. Vol 23.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2011. Kirjoittajien nimet tieteellisessä artikkelissa. Pääkirjoitus. *Hoitotiede* 3/2011. *Journal of Nursing Science*. Vol 23.

Leinonen, Esa - Alanen, Hanna-Mari 2009. Suomen Lääkärilehti 51–52, vsk 64. Artikkelikeli Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito.

Leppävuori, Antero - Alho, Hannu 2007. Alkoholideliriumin hoito. *Duodecim* 2007; 123:169-175.

Luomanmäki, Kimmo - Elonen, Erkki - Vuoristo, Matti (toim.) 2001. Meilahden akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2001.

Mainerova B - Prasko J - Latalova K - Axmann K - Cerna M - Horacek R - Bradacova R. 2013. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*.

Metsämuuronen, Jari 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.

Mihai, Adriana - Damsa, Cristian - Allen, Michael - Baleyrier, Bertrand - Lazignac, Coralie - Heinz, Andreas 2006. Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients. © 2006 The Authors. *Journal compilation* © 2006 Society for the Study of Addiction.

Niemelä, Solja 2011. Alkoholivieroitusoireiden hoito. *Duodecim* 2011 vol. 127 no. 13 s. 1373-1377 English summary. *Teema* : kesänumero 2011.



Nurmi-Lüthje, Ilona - Lüthje, Peter - Karjalainen, Kalevi - Salmio, Kimmo - Pelkonen, Janne - Hinkkurinen, Jari - Lundell, Lasse - Karjalainen, Kirsi-Marja - Virtanen, Antti 2008. Väkivallan uhrin aluesairaalan päivystyspoliklinikassa – etenevä tutkimus. Duodecim. Alkuperäistutkimus.

Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY – Juva 1997.

Pitkänen, Tuuli 2006. Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents. University of Jyväskylä. University of Jyväskylä Printing House, Jyväskylä 2006.

Päihdehaittakustannukset 2010, tilastoraportti, Terveystieteiden tutkimuskeskus

Sandell, Annukka - Vahanne, Riitta - Päivystysosaston henkilölunta - Halme, Leena - Kaartinen, Johanna - Manninen-Kauppinen, Eila - Mäkelä, Mikko - Mäki-Mantila, Tea - Tuompo, Petri - Weckman, Martin 2013. Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2013–2014. HYKS Medisiininen tulostyöryhmä, Päivystys ja valvonta, Jorvin sairaala, Päivystysosasto.

Sandell, Annukka - Vahanne, Riitta - Virrankoski, Susanna - Päivystysosaston henkilökunta - Halme, Leena - Kaartinen, Johanna - Manninen-Kauppinen, Eila - Mäkelä, Mikko - Salmenkivi, Jyrki - Tuompo, Petri - Weckman Martin 2014, Päivystysosaston toimintasuunnitelma 2014–2015. HYKS Medisiininen tulostyöryhmä, Päivystys ja valvonta, Jorvin sairaala, Päivystysosasto. Raakaversio.

Sarai, M - Tejani, A - Chan, A - Kuo, I - Li, J 2013. Magnesium for alcohol withdrawal. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Copyright © 2013 the Cochrane Collaboration.

Seppä, Kaija - Alho, Hannu - Kiianmaa, Kalervo (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus, Duodecim, 1. painos, Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2010.

Terveysportti. Akuuttihoitojen tietokannat 2014. Kustannus Oy Duodecim 2014. Verkko-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti>.

Tolonen, Jukka - Rossinen, Juhani - Alho, Hannu - Harjola, Veli-Pekka 2013. Dexmedetomidine in addition to benzodiazepine-based sedation in patients with alcohol withdrawal delirium. European Journal of Emergency Medicine 20/425–427. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Toriola, Adetunji 2012. Alcohol and cancer among men: public health impact and perspectives. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences no. 99 Kuopio: University of Eastern Finland, väitöskirja.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Painopaikka: Hansaprint Oy, Vantaa 2013.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Painopaikka: Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2002.

Von der Pahlen, Bettina - Eriksson, C. J Peter 2003. Alkoholit ja aggressiivinen käyttäytyminen. Duodecim 2003: 2488-2493.



Woods, Anne Dabrow - Giometti, Renee - Weeks, Susan M 2014. The use of dexmedetomidine as an adjuvant to benzodiazepine-based therapy to decrease the severity of delirium in alcohol withdrawal in adult intensive care unit patients: a systematic review protocol. JBI Library of Systematic Reviews & Implementation Reports 2014;12(1)74-89.



Valvontakaavake

HUS
HYKS, Medisiininen tulosyksikkö

Erikois-
ala
S Kir N
intens.

Diagnoosi ja toimenpide

Sivun nro

Meilahli, os. Pot.paikka
 Jorvi, os.

Tulopvm. Klo. Mistä tulut. Hoitopv. / Hoitopv. / POP HP Yliherkkyyks

Potilaan nimi ja henkilötunnus

Lämpö PCWP CVP RR ikä: Pituus: Paino: Omais: Yliherkkyyks

	8	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
40	40	40	250																						
39	35	35	225																						
38	30	30	200																						
37	25	25	175																						
36	20	20	150																						
35	15	15	125																						
34	10	10	100																						
33	5	5	75																						
32	0	0	50																						
31	-5	-5	25																						
MAP																									
Sydämen rytmi																									
Intubaatio																									
Trakeostomia																									
Putkenkanyylin nro																									
Lukema hammastivissa/ suupielessä																									
cm																									
Putkenkanyyli vaihdettu																									
Trakeost. ortp. poisto																									
Hengitysmuoto																									
FiO2																									
PS / Pnsp / Pasp / IPAP																									
Tinsp																									
Vte / MV																									
Ppeak																									
Fr kone / oma																									
PEEP / EPAP																									
SpO2																									
ETCO2																									
SiO2																									
PaO2/FiO2																									
Hengitysteiden imu/suun hoito																									
Balanssi																									
Tuntivirtaus																									
RASS/GCS																									
Kipu 0-10 VAS																									
B-Gluc																									
Ihon lämpö																									
Asento: S, VK, OK, I, Koho																									
Suolen toiminta																									
Retentio																									
Tavoitteet																									
HR:																									
MAP:																									
RRgyst.:																									
RRdiaet.:																									
CVP:																									
PCWP:																									
Cl:																									
BAL:																									
tot.nest.																									
NML:																									
tuntivirtaus:																									
PaO2																									
PaCO2																									
SpO2																									
B-Gluc																									
HB																									

Hoidotyön arvointi, toimenpiteet ja huomiot / Arvioitu lääkitys

Sh./Ph. aamuv. Sh./Ph. iltav. Sh./Ph. yöv.

HUS 20-011 Polytulos Oy, 02.12.1999/03



Kysymyslomake

Hemodynamiikka

- | | |
|---|----------|
| 1. Onko verenpainetta seurattu tunneittain? | kyllä/ei |
| 2. Onko pulssia seurattu tunneittain? | kyllä/ei |
| 3. Onko rytmiä tarkkailtu tunneittain? | kyllä/ei |
| 4. Onko hengitystaajuutta seurattu tunneittain? | kyllä/ei |
| 5. Onko saturaatiota seurattu tunneittain? | kyllä/ei |

Diureesi ja balanssi

- | | |
|---|----------|
| 6. Onko diureesia seurattu tunneittain? | kyllä/ei |
| 7. Onko balanssia laskettu 4x/vrk? | kyllä/ei |
| 8. Onko EKG otettu 1x/vrk? | kyllä/ei |
| 9. Onko potilaan lämpötilaa seurattu? | kyllä/ei |

Nesteytys

- | | |
|---|----------|
| 10. Onko potilaalla iv-nesteytystä? | kyllä/ei |
| 11. Onko elektrolyyttejä kontrolloitu lab kokeissa? | kyllä/ei |

Ravitsemus

- | | |
|---|----------|
| 12. Onko potilas saanut kiinteää ruokaa? | kyllä/ei |
| 13. Onko potilas saanut lisäravinteita po? | kyllä/ei |
| 14. Onko potilaalle asennettu nenämahaletku, jos ei kykene ottamaan po? | kyllä/ei |
| 15. Onko potilaalle aloitettu suonensisäinen ravitsemus? | kyllä/ei |
| 16. Onko potilaalle annettu mitään edellä mainittua ravitsemusta? | kyllä/ei |

Tajunta

- | | |
|---|----------|
| 17. Onko RASS arviotu 6 tunnin välein tai aina lääkkeen annon yhteydessä? | kyllä/ei |
| 18. Onko potilaalta tarkistettu puolieroja? | kyllä/ei |

Lääkitys

- | | |
|---|----------|
| 19. Onko bentsodiatsepiinit lääkityksenä? | kyllä/ei |
| 20. Onko neuroleptit lääkityksenä? | kyllä/ei |
| 21. Onko alfa-2 agonistit lääkityksenä? | kyllä/ei |
| 22. Onko propofoli lääkityksenä? | kyllä/ei |
| 23. Onko tiamiini lääkityksenä? | kyllä/ei |
| 24. Onko lääkityksen tarpeen astetta seurattu? | kyllä/ei |
| 25. Onko potilas nukkunut yhtäjaksoisesti useita tunteja? | kyllä/ei |
| 26. Onko potilaan vuorokausirytmä normaali? | kyllä/ei |

Liikkumisen rajoittaminen

- | | |
|---|----------|
| 27. Onko lääkärin lupa lepositeiden käytölle kirjattu päivittäin? | kyllä/ei |
|---|----------|



- | | |
|---|----------|
| 28. Onko lepositeiden käytön aloitusaika kirjattu? | kyllä/ei |
| 29. Onko lepositeiden käytön lopetusaika kirjattu? | kyllä/ei |
| 30. Onko lepositeiden käytön toteuttamistapa kirjattu? | kyllä/ei |
| 31. Onko lepositeiden käyttötarvetta arvioitu säännöllisesti? | kyllä/ei |
| 32. Onko lepositeiden käyttö lopetettu heti rajoittamisen tarpeen loputtua? | kyllä/ei |
| 33. Onko lepositeiden kiinnityskohtien ihon kuntoa tarkkailtu | kyllä/ei |
| 34. Onko potilaan raajojen verenkiertoa tarkkailtu? | kyllä/ei |
| 35. Onko vartijoiden apua tarvittu potilaan hoidon yhteydessä? | kyllä/ei |

Asentohoito

- | | |
|--|----------|
| 36. Onko potilaan sängyn pääty koholla? | kyllä/ei |
| 37. Onko potilaan asentoa vaihdettu säännöllisesti? | kyllä/ei |
| 38. Onko potilas suorittanut PUPU harjoituksia? | kyllä/ei |
| 39. Onko fysioterapeutti tavannut potilaan? | kyllä/ei |
| 40. Onko potilasta aktivoitu päivän aikana (esim. G-tuoliin istumaan?) | kyllä/ei |

Omaiset

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| 41. Onko lähiomaisten yhteystietoja? | kyllä/ei |
| 42. Onko omaisten kanssa keskusteltu? | kyllä/ei |

Teoriapohja

Tutkimuksen/artikkelin nimi	Tekijä/tekijät	Hakusanat	Keskeisimmät tulokset	Vuosi
Magnesium for alcohol withdrawal (Review)	Sarai M, Tejani AM, Chan AHW, Kuo IF, Li J	Delirium tremens, treatment	Todisteet magnesiumin vaikutukselle delirium tremensin hoidossa ja ehkäisyssä jäi riittämättömäksi.	2013
Delirium Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim	Jouko Laurila	Delirium tremens, hoito		2012
Alkoholivieroitusoireiden hoito Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Teema kesännumero	Solja Niemelä	Delirium tremens, hoito		2011
Väkivallan uhrin aluesairaalan päivystyspoliklinikassa-etelevä tutkimus Alkuperäistutkimus	Ilona Nurmi-Lüthje, Peter Lüthje, Kalevi Karjalainen, Kimmo Salmio, Janne Pelkonen, Jari Hinkkurinen, Lasse Lundell, Kirsi-Marja Karjalainen ja Antti Virtanen	Alkoholihaitat, väkivalta	Pahoinpitelytapauksia oli 437, eniten 20-24 vuotiaiden ryhmässä. Miehistä 71 % ja naisista puolet oli alkoholin vaikutuksen alaisena.	2008
Alkoholideliriumin hoito	Antero Leppävuori ja Hannu Alho	Delirium tremens	Duodecimin artikkeli alkoholideliriumin hoidon pääpiirteistä.	2007
Dexmedetomidine in addition to benzodiazepine-based sedation in patients with alcohol withdrawal delirium	Jukka Tolonen, Juhani Rossinen, Hannu Alho and Veli-Pekka Harjola	Delirium tremens, dexmedetomidine, benzodiazepine	Tulokset osoittivat dexmedetomidinen ja benzodiazepiinin yhdistelmän olevan tehokas deliriumin hoidossa	2012
Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen Syyt Duodecim	Bettina von der Pahlen ja C. J. Peter Eriksson	Alkoholi, aggressiivisuus	Artikkeli alkoholin vaikutuksista käyttäytymiseen lisäämällä aggressiivista käyttäytymistä.	2003
The use of dexmedetomidine as an adjuvant to benzodiazepine-based therapy to decrease the severity of delirium in alcohol withdrawal in adult intensive care unit patients: a systematic review protocol	Anne Dabrow Woods, Renee Giometti, Susan MWeeks,	Delirium tremens	Dexmedetomidinen käyttö yhdessä bentsodiatsepiinin kanssa delirium tremensin hoidossa.	2014



Alcohol and cancer among men: public health impact and perspectives. /äitöskirja	Toriola, Adetunji	Alkoholivieroitusoireet	Tutkimus osoitti alkoholin lisäävän syöpäriskiä	2012
Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. Katsaus artikkeli, Suomen Lääkärelehti	Leinonen, Esa, Alanen, Hanna-Mari	Alkoholi, aggressiivisuus	Artikkeli delirium tremensin hoidosta psykiatrian puolella.	2009
Benzodiazepines for alcohol withdrawal	Laura Amato, Silvia Minozzi, Simona Vecchi, Marina Davoli	Alcohol, medication	Tutkimus bentsodiatsepiinien tehosta delirium tremensin hoidossa	2010
Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment	Mainerova B Prasko J Latalova K Axmann K Cerna M Horacek R Bradacova R	Delirium tremens, treatment	Kirjallisuuskatsaus delirium tremensin hoidosta	2013
Physical Restraint in Acute and Residential Care	Evans, David Wood, Jackie Lambert, Leonnie Fitzgerald, Mary	Delirium tremens, restraint	Kirjallisuuskatsaus pakkotoimista, niiden muodoista ja syistä akuutissa sairaanhoidossa sekä hoitokodeissa.	2002
Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients	Mihai, Adriana Damsa, Cristian Allen, Michael Baleyrier, Bertrand Lazignac, Coralie Heinz, Andreas	Alcohol withdrawal, treatment, delirium tremens	Tutkimus delirium tremensin kokeneista potilaista, joille näytettiin video-materiaalia omasta delirium kokemuksestaan sairaalassa. Tutkimuksessa verrattiin ko. ryhmän raittiina pysymistä verrokki-ryhmään, joka ei nähnyt itsestään videota deliriöottisena	2006



Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents	Pitkänen, Tuuli	Alcohol, behavior	Tutkimus juomiskäyttäytymisestä, jonka mukaan varhainen päihteiden käyttö, heikko itsehallinta, perhetaustaan liittyvät ongelmat sekä vanhempien alkoholinkäyttö ja kouluikään ongelmat ennakoivat alkoholin ongelmakäyttöä.	2006
Relationship Between Nursing Documentation and Patients' Mortality	Collins, Sarah A Cato, Kenrick Albers, David Scott, Karen Stetson, Peter D Bakken, Suzanne Vawdrey, Davis K	Nursing, documentation	Tutkimus sairaanhoitajien kirjaamisen ja kuolemaan johtaneiden potilaiden hoitojen välillä.	2013
Vitamiininpuutosten aiheuttamat enkefalopatiat	Hillbom, Matti Marttila, Maria	Alkoholihaitat	Duodecimin artikkeli aivojen aineenvaihduntasairauksista, vitamiininpuutostilojen aiheuttamista enkefalopatioista ja syistä näihin.	2010
