

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveystieteiden koulutusohjelma
Kliininen asiantuntija
2014

Emma-Reeta Toivonen

PÄIHDEPOTILAAN HOITOTYÖN
ERIKOISOSAAMINEN
SOMAATTISESSA
ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto | Kliininen asiantuntija

Lokakuu 2014 | 94 sivua, 7 liitesivua

TtT Katja Heikkinen

Toivonen Emma-Reeta

PÄIHDEPOTILAAN HOITOTYÖN ERIKOISSOSAAMINEN SOMAATTISESSA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Suomessa päihteiden käyttö on lisääntynyt aina 1970-luvulta lähtien, mikä on johtanut päihteiden, sekä niistä riippuvaisten henkilöiden määrän jyrkkään nousuun. Päihteet, sekä niistä riippuvaiset henkilöt ovat suuri kuormittaja niin taloudellisesti, mutta myös terveydenhuollon piirissä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvan, Turun yliopistollisen keskussairaalan, TYKS:n T-sairaalassa sijaitsevalla akuutilla sisätautivuodeosastolla hoidetaan vuosittain lähes 700 potilasta, joiden hoidon tarve johtuu päihteiden käytöstä. Päihteiden käyttäjät ovat kuormittava potilasryhmä niin henkisesti kuin fyysisestikin, sillä usein törmätään niin fyysiseen kuin verbaaliseen väkivaltaan, mikä osittain johtuu potilaan omasta tilansa ymmärtämättömyydestä. Päihderiippuvainen henkilö on somaattisella puolella haastava, koska siellä on harvoin heidän tarvitsemaansa mielenterveys- ja päihdepuolen asiantuntemusta riittävästi. Tämä on nostanut esiin tarpeen tälle kehittämisprojektille.

Kehittämisprojektissa oli kolme vaihetta. Päihdepotilaan hoitotyön erikoisosaamisen kuvaus, päihdepotilaan hoitotyön koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi, sekä hoitopolku- ajattelumallin hahmottuminen. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, millaista erikoisosaamista sairaanhoitaja tarvitsee hoitaakseen päihdepotilasta somaattisella osastolla. Osatavoitteina oli arvioida koulutuksen- ja perehdytyksen tarvetta päihdepotilaiden kohdalla, samoin kuin kehittää hoitopolku-ajattelumallia. Ryhmähaastattelulla pyrittiin varmentamaan sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueita ja kehittämään päihdepotilaan hoitotyötä. Tarkoituksena oli myös kehittää päihteiden käyttäjän jatkohoitoon hakeutumista, sekä lisätä yhteistyötä jatkohoidon kentän kanssa. Päihteiden käyttäjän olisi hyvä hakeutua jatkohoitoon heti somaattisen hoidon päätyttyä, jotta hänen saamansa hoito olisi mahdollisimman keskeytyksetön.

Kehittämisprojektin tuotoksena valmistui sairaanhoitajan erikoisosaamisen kuvaus päihdepotilaan hoitotyössä. Tämän lisäksi tuli ilmi koulutuksen- ja perehdytyksen tarve, joita jatkossa järjestetään osaamisen varmentamiseksi. Hoitopolku-ajattelumalli on tarpeellinen päihdepotilaiden kohdalla, mutta sen toiminta käytännössä on vielä hieman heikkoa. Jatkossa haasteeksi muodostuu, että osaamisen varmentamiseksi ei ole kehitetty valmiita mittareita, joten osaamisen varmentamisen tulisi lähteä liikkeelle mittarin luomisesta. Toisaalta myös hoitopolun varmentaminen käytäntöön olisi tarpeen.

Osaamisen kuvausta voidaan jatkossa hyödyntää mm. uusien työntekijöiden perehdytyksessä, erityisosaajien palkkauksessa, sekä koulutusten järjestämisessä ja suunnittelemisessa.

ASIASANAT:

osaaminen, erikoisosaaminen, päihteet, päihdepotilas, somaattinen hoito, hoitopolku

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

October 2014 | 94 pages, 7 appendices

PhD Katja Heikkinen

Toivonen Emma-Reeta

SUBSTANCE ABUSER'S SPECIAL CARE NURSING IN SPECIAL HEALTH CARE

Substance use has increased in Finland since 1970s. This has led to dramatic increase in drug abuse. Substance addicted people are not just heavy burden on economy but also on health care services.

Turku university hospital's (TYKS) new T-hospital includes acute internal medicine ward, which takes care annually nearly 700 patients, who need special health care due to substance abuse. Substance abusers are demanding patients both physically and psychically. This often manifests in verbal or physical violence as they rarely understand their own condition. Substance abuser can also be challenging patient in somatic care, as there isn't enough mental health and substance abuse expertise. This finding has led to this thesis.

Thesis was conducted as systematic literature review and as a group interview. Aim of the literature review was to clarify, what kind of special expertise nurses need when nursing a substance abuser in somatic ward. Secondary targets were to evaluate the need of education and introduction for substance abusers and also develop the nursing path-mindset. The target of the group interview was to ensure the special competence of nurses and also develop better nursing for substance abusers. Purpose was also to develop substance abusers nursing-path and increase co-operation with field workers. Substance abuser should continue to detoxification directly when somatic nursing has ended, so that the nursing path wouldn't be interrupted.

As an outcome of this thesis is a description of what is special expertise in substance abuse nursing. Also there came out that there is need for education and introduction for persons working with substance abusers. Nursing path-mindset is necessary for substance abusers, but its practical application is challenging. Another challenge is that there aren't existing indicators for measuring competence. Use of the nursing path should be implemented as a standard procedure.

The description of this special expertise can be used in educating new staff members, setting wages for staff, and planning and organizing education for staff members.

KEYWORDS:

competence, special competence, substance, substance abuser, somatic nursing, nursing path

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	9
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	10
2.1 Tausta	10
2.2 Tarkoitus ja tavoite	10
2.3 Kohdeorganisaation kuvaus	12
2.3.1 Akuutin sisätautivuodeosaston ohjeistus päihdepotilaan hyvään hoitoon	14
2.3.2 Päihdepotilaan hoitoketju akuutilla sisätautivuodeosastolla	16
3 PÄIHTEIDEN TILANNE SUOMESSA	18
3.1 Päihdetilanteen muutos Suomessa	18
3.2 Mielenterveysongelma päihdeongelman taustalla	19
3.3 Suomalaisten asennemuutos päihteitä kohtaan	21
3.4 Päihdetyön kustannukset somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	22

	5
4 PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT ASENTEET	25
4.1 Hyvät käytänteet päihdepotilaan kohtaamisessa	28
4.2 Hoitopolku ajattelumalli päihdepotilaan hoitotyössä	29
5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN	31
5.1 Osaaminen	31
5.2 Ydinosaaminen	32
5.3 Erikoisosaaminen	33
5.4 Yleis- eli perusosaaminen	34
6 OSAAMINEN PÄIHDEPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ	35
6.1 Eettinen osaaminen	36
6.2 Lääkehoito- ja kliininen osaaminen	37
6.3 Ohjausosaaminen	39
6.4 Vuorovaikutus- yhteistyö, kehittämis- ja johtamisaosaaminen	39
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	40

7.1 Yhteistyötapaaminen	44
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	47
8.1 Tutkimuksen tavoitteet	47
8.2 Kirjallisuuskatsaus aineiston keruun menetelmänä	48
8.2.1 Kirjallisuuskatsauksen tyypit	49
8.2.2 Kirjallisuushaun kuvaus	53
8.2.3 Kirjallisuuskatsauksen aineiston raportointi	54
8.3 Sairaanhoidajan erikoisosaamisen määrittely päihdepotilaan hoitotyössä	55
8.3.1 Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi ja hoitopolku	55
8.4 Ryhmähaastatteu tiedonkeruun menetelmänä	55
8.5 Ryhmähaastattelun sisällönanalyysi	57
8.6 Asiantuntijapaneeli	62
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET	63

	7
9.1 Sairaanhoidajan erikoisosaaminen	63
9.2 Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi	73
9.3 Hoitopolku-ajattelumalli	74
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI, POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	76
10.1 Luotettavuus	76
10.2 Eettisyys	79
10.3 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu	81
LÄHTEET	86
LIITTEET	
Liite 1. Ryhmähaastattelun kysymykset	
Liite 2. Tutkimuslomakkeen saatekirje	
Liite 3. Huumeriippuvaisen potilaan vieroitusoireita poissa pitävä lääkitys somaattisen hoidon aikana (VSSH-ohjepankki)	
Liite 4. Huumeiden käyttäjän hoito somaattisella osastolla- ohje ammattilaisille (Metsäranta 2014)	
KUVAT	
Kuva 1. Akuutin sisätautiosaston vastaanottamat potilaat yöaikaan, kello 22-07 (Korhonen 2001, 6).	12
Kuva 2. Psykiatrian puolelta tehdyt konsultaatiot somaattisilla osastoilla vuosina 2005-2011 (Korhonen 2011, 10)	13
Kuva 3. Erityis- ja perusosaaminen yhdessä muodostavat osaaminen synergian (Pietilä 2013, 12).	34

KUVIOT

Kuvio 1. Vuodeosastojen hoitoilmoitukset, joissa vuonna 2003 on ollut alkoholiehtoinen päädiagnoosi (mukaillen Mellin ym. 2006, 10-13).	23
Kuvio 2. Vuodeosastojen hoitoilmoitukset vuonna 2003, joissa on ollut alkoholiehtoinen sivudiagnoosi (mukaillen Mellin ym. 2006, 13).	24
Kuvio 3. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitajaksot vuonna 2003, joissa on ollut alkoholiehtoinen sivudiagnoosi (mukaillen Mellin ym. 2006, 13).	25
Kuvio 4. Kehittämisprojektin ohjaus- ja projektiryhmä	41
Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen eri tyypit (mukaillen Salminen 2011, 6).	50
Kuvio 6. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen sisältyvät tärkeät asiat (mukaillen Pettigrew 2001, 99-101).	52
Kuvio 7. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiden karkea kuvaus (mukaillen Tuomi, Sarajärvi 2004, 110).	58
Kuvio 8. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisesta	60
Kuvio 9. Esimerkki alakategorioiden syntymisestä	61
Kuvio 10. Esimerkki yläkategorian muodostumisesta	61
Kuvio 11. Esimerkki sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueiden muodostumisesta	62
Kuvio 12. Sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueet päihdepotilaan hoitotyössä	64
Kuvio 13. Päihdepotilaan hoitotyön uuden toimintamallin kuvaus	75

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämisprojektin eteneminen ja aikataulu	42
Taulukko 2. Päivystävälle lääkäreille suunnattu päihdepotilaiden tarkastuskortti	46
Taulukko 3. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisesta	59

1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa alkoholin ja muiden päihteiden käyttö on yleistynyt aina 1970-luvulta lähtien, jolloin ensimmäiset huumeaallot rantautuivat Suomeen. Päihteet, sekä niistä riippuvaiset henkilöt ovat yksi suuri kuormittava tekijä niin taloudellisesti, kuin terveydenhuollon piirissäkin. Päihderiippuvainen henkilö on erityisesti somaattisella puolella hyvin haastava potilas, koska somaattisella puolella erikoissairaanhoidossa on harvoin heidän tarvitsemaansa mielenterveys- ja päihdepuolen osaamista ja asiantuntemusta niin paljon, että potilas saisi sitä tasaisesti koko hoitajaksonsa ajan. (Inkeroinen, Partanen 2006, 13; Holmberg ym. 2008, 12-13.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvan, Turun yliopistollisen keskussairaalan TYKS:n uudessa, T-sairaalassa sijaitsevalla akuutilla sisätautiosastolla hoidetaan vuoden aikana lähes 700 potilasta, jotka tarvitsevat päihteiden käytön vuoksi somaattista erikoissairaanhoidoa. Tämä käy ilmi osaston toimintakertomuksesta. Kyseinen potilasryhmä on niin henkisesti kuin fyysisestikin hoitohenkilökuntaa kuormittava, sillä usein törmätään niin fyysiseen- kuin verbaaliseenkin väkivaltaan. Päihdepotilas ei välttämättä aina ymmärrä omaa sairauden tilaansa, mikä johtaa näiden tilanteiden syntymiseen. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kirjallisuuteen pohjautuen määrittää, mitä erikoisosaamista sairaanhoitajan tarvitsee hoitaessaan päihdepotilasta somaattisella erikoissairaanhoidon osastolla. Osatavoitteina ovat päihdepotilaiden hoitotyön koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi, sekä hoitopolun luominen päihdepotilaalle, heti somaattisen hoitotyön päätyttyä.

Tämä kehittämisprojekti kuuluu osana Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009- 2015 Hoitotyön toimintatavat-hankeeseen. T-Pro:n yksi keskeisimmistä tavoitteista on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti ja potilaslähtöisesti siten, että jokaisen yksilölliset tarpeet otettaisiin mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti huomioon somaattisessa hoitotyössä. (Korvenranta, Särkkä 2010, 10; Kummel ym. 2012, 88.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tausta

Kehittämisprojekti on osa Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009-2015 Hoitotyön toimintatavat-hanketta. Yksi keskeisimmistä tavoitteista on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti ja potilaslähtöisesti siten, että jokaisen yksilölliset tarpeet otettaisiin mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti huomioon somaattisessa hoitotyössä. (Korvenranta, Särkkä 2010, 10; Kummel ym. 2012, 88.)

Kehittämisprojekti toteutettiin akuutilla sisätautivuodeosastolla, joka sijaitsee Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin, Turun yliopistollisen keskussairaalan Uudessa T-sairaalassa. Akuutilla sisätautivuodeosastolla hoidetaan vuoden aikana lähes 700 akuuttia sisätautista- tai gastroenterologista vaivaa sairastavaa potilasta. Osasto on päivystävä vuodeosasto, jonne pääosa potilaista tulee päivystysaikana. Muiden erikoisalojen ohella akuutti sisätautivuodeosasto vastaa myös somaattista erikoissairaanhoidoa vaativien päihdepotilaiden hoidosta. Päihdepotilaita voidaan pitää yksittäisenä potilasryhmänä todella kuormittavana, sillä heidän hoitamisensa vaatii yleensä moniammatillista yhteistyötä, sekä hoitohenkilökunnalta laajaa tietotaitoa. Somaattista erikoissairaanhoidoa vaativien päihdepotilaiden lisääntyminen on tuonut osastolle niin fyysisiä, kuin psyykkisiä uhkatilanteita, mikä on johtanut tämän kehittämisprojektin tarpeen syntymiseen. (Korhonen 2011, 5-16.)

2.2 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektissa oli kolme vaihetta. Päihdepotilaan hoitotyön erikoisosaamisen kuvaus, päihdepotilaan hoitotyön koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi, sekä hoitopolku- ajattelumallin hahmottuminen. Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointia voidaan hyödyntää niin vanhojen työntekijöiden osaamisen syventämisessä kuin uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Hoitoketjun luominen tapahtuu yhteistyössä psykiatrian-

sekä päihdepuolen kanssa siten, että se palvelisi potilasta mahdollisimman hyvin. Edellä mainittujen tavoitteiden luomisessa on pyritty siihen, että päihdepotilaiden uusintakäynnit somaattisessa erikoissairaanhoidossa vähentyisivät tai poistuisivat. Päihtymystilan vuoksi johtuvat uusintakäynnit johtavat herkästi hoitohenkilöstön turhautumiseen, sekä asenteen heikentymiseen potilasta kohtaan. (Lahtinen, Lalla 2011, 28.)

Kehittämistavoitteet:

Potilaalle

- Toimivampi hoitoketju eri toimijoiden ja klinikoiden kesken (somaattinen – psykiatrisen erikoissairaanhoidon).
- Riittävä hoitotyön erikoisosaaminen somaattisella osastolla
- Päihtymystilan vuoksi uusintakäyntien vähentyminen.

Henkilökunnalle

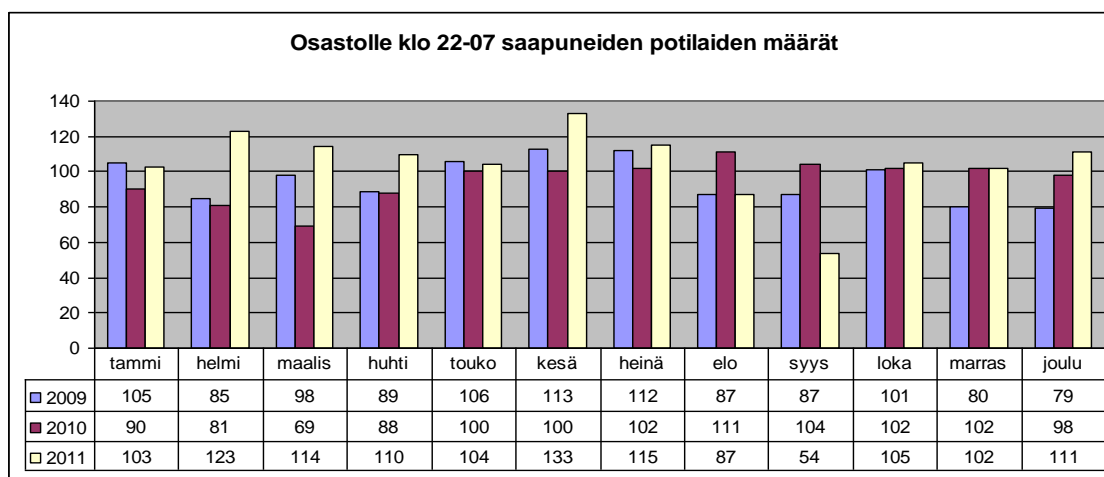
- Parempi työssä jaksaminen.
- Päihdepotilaan hoitotyössä tarvittavan erikoisosaamisen määrittely
- Koulutustarpeen kartoittaminen ja koulutuksen saaminen päihdepotilaisiin liittyen
- Jaksamisen edistäminen raskaan potilasryhmän määrän vähentyessä.

Kehittämisprojektin tuotoksena on erikoisosaamisen määrittely päihdepotilaan hoitotyöhön somaattisella osastolla. Osatuotoksina ovat toimivampi hoitoketju päihdepotilaalle eri toimijoiden (päihde- ja psykiatrian puoli) kesken, sekä päihdepotilaan hoitotyön koulutuksen ja perehdytyksen tarpeen arviointi niin vanhoille, kuin uusillekin sairaanhoitajille, sekä sisätautiklinikalla toimiville erikois- ja erikoistuville lääkäreille.

2.3 Kohdeorganisaation kuvaus

Somaattisen erikoissairaanhoidon akuutti sisätautivuodeosasto sijaitsee T-sairaalassa, 5. kerroksessa. Osastolla on yhteensä 24 sairaansijaa vuodeosaston puolella, sekä 4 sairaansijaa sisätautipotilaiden valvonnassa. Osastolla toimii 26 sairaanhoitajaa, sekä 7 perushoitajaa. Osasto keskittyy pääasiallisesti sisätautiklinikan alaisten gastroenterologisten ja akuuttia sisätautista ongelmaa sairastavien potilaiden hoitoon, sekä jatkotutkimukseen. Kuitenkin osaston moninaisuuden vuoksi käytetään sitä myös suppeiden erikoisalojen potilasryhmien hoitoon päivystysaikana. Pääosa osaston toiminnasta on päivystysluonteista, joka keskittyy ilta- ja yöaikaan. Tämän vuoksi henkilökuntamitoitusta on näissä vuoroissa kasvatettu. Kuvasta 1 käy selville selkeämmin osastolle yöaikaan otettavien potilaiden määrä (Kuva 1). Keskimääräinen hoitoaika on hieman reilu 3 vuorokautta ja kuukaudessa osastolla hoidettavien potilaiden määrä on noin 200 potilasta, joista hieman vajaa puolet tulivat osastolle päivystysaikana. (Korhonen 2011, 5-6.)

Kuva 1. Akuutin sisätautiosaston vastaanottamat potilaat yöaikaan, kello 22-07.

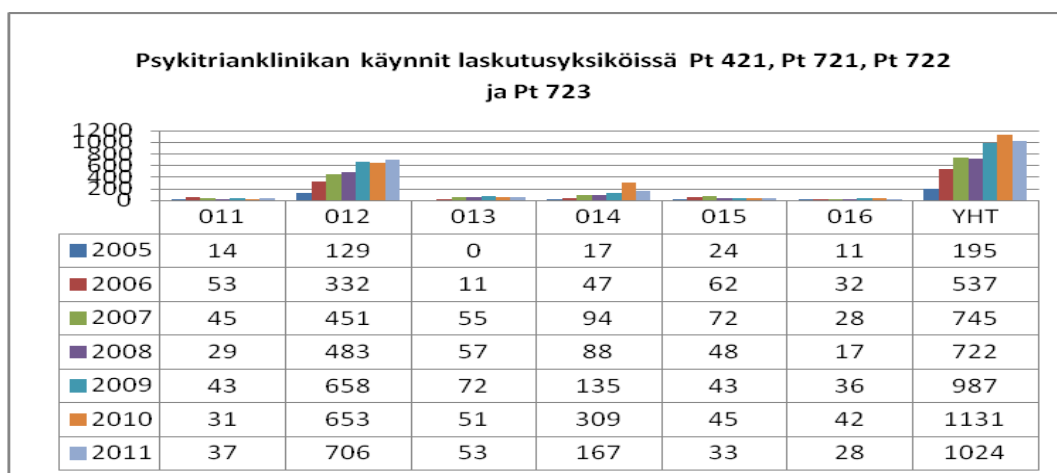


(Oberon: raportit. Korhonen, 2011, 6.)

Vuoden 2011 toimintakertomuksesta (Korhonen 2011) käy ilmi, että erilaisien myrkytysten (T36) vuoksi osastolla hoidettujen potilaiden määrä oli 648 potilasta. Alkoholimyrkytyksen (T 51) vuoksi osastolle hakeutuneita potilaita oli 9 potilasta, alkoholin aiheuttaman maksatulehduksen tai akuutin

maksasairauden vuoksi (K 70) oli 467 potilasta ja alkoholin vieroitusoireiden vuoksi käytöshäiriöisiä (F 10) potilaita oli 137 potilasta. Toimintakertomuksista käy myös ilmi, että psykiatrian klinikan tarjoamia palvelujen tarvittavuus on kasvanut huomattavasti vuodesta 2005. Näitä palveluja käytetään somaattisella osastolla lähinnä niiden potilaiden hoitoon, jotka ovat menettäneet elämänhallintansa ja päätyneet itsetuhoiseen tekoon. Kaikkien lääkemyrkytysten vuoksi osastolle joutuneille potilaille järjestetään keskusteluaika psykiatrin kanssa, heti kun se on potilaan somaattisen voinnin kannalta mahdollista. Kuvasta 2 käy ilmi psykiatrin konsultaatioiden tarpeen lisääntyminen (Kuva 2). (Korhonen 2011, 6-10.) Päihteiden aiheuttama myrkytystila on suuri riski ja myös yksi suurimmista nuorten ihmisten kuolinsyistä. Voimakkaassa päihtymystilansa arviointikyky heikkenee, sekä onnettomuusalttius kasvaa. On myös todettu, että nuoret ihmiset saattavat olla herkästi väkivaltaisia, erityisesti silloin, kuin he kokevat yksityisyyttään loukattavan tai ovat pelokkaita. Väkivaltaisuus saattaa johtua myös huumeiden vieroitusoireiden aiheuttamista hallusinaatioista. (Crome ym. 2004. Crome ym. 2004, 101-103 mukaan.)

Kuva 2. Psykiatrian puolelta tehdyt konsultaatiot somaattisilla osastoilla vuosina 2005- 2011.



(Oberon raportit: osastokonsultaatiot. Korhonen 2011, 10 mukaan.)

Huume- ja päihdeongelmaisten potilaiden osuuden lisääntyminen on tuonut osastolle mukanaan runsaasti väkivallanuhkatilanteita, sekä levottomuutta.

STM:n tekemän selvityksen mukaan päihtyneen henkilön akuuttihoidon tarpeen arviointi, sekä hoidon järjestäminen eivät saa kärsiä päihtymystilan vuoksi, samoin kuin potilasta on kohdeltava ja palveltava asianmukaisesti. Suurin ongelma tämän potilasryhmän hoidossa on kuitenkin ne potilaat, jotka eivät päihtymyksen vuoksi ymmärrä omaa tilannettaan, eivätkä osaa arvioida hoidon- tai päihdeterapian tarvetta. Näitä tilanteita on rauhoitettu A- sairaalan ensiavussa päivystävän vartijan turvin, mikä on omalta osaltaan vähentänyt väkivallanuhkatilanteita, sekä lisännyt turvallisuutta osastoilla. Vuonna 2011 on osastolla tehty seitsemän kappaletta turvallisuuden poikkeamailmoitusta. Osaston päivystysluonteisuuden vuoksi yleisimmät turvallisuuden poikkeamat tapahtunut ilta- ja yöaikaan, jolloin henkilökuntaa on paikalla vähiten. (Korhonen 2001, 12-13, 16.) Vaikkakin turvallisuuspoikkeamia on raportoitu olevan suhteellisen vähän, on niitä kuitenkin todellisuudessa enemmän. Niistä ei välttämättä ymmärretä tai haluta raportoida riittävästi. Toisaalta, välttämättä esimerkiksi verbaalista väkivaltaa pidetä turvallisuuspoikkeamana. On kuitenkin syytä huomioida, että hoitohenkilökunnalla on hyvin rajalliset keinot puuttua väkivaltatilanteisiin ja kuitenkin velvollisuus suojella muita osaston potilaita. Lääke- ja huumausaineiden käyttö aiheutti noin 230-340 miljoonan euron välittömät haittakustannukset Suomessa, joista toiseksi eniten haittakustannuksia muodostui turvallisuuden, sekä järjestyksen ylläpitämisestä. Huumeiden käytön on todettu lisäävän yleistä väkivallan pelkoa, sekä turvattomuutta. (STM 2012, 11.)

Akuutin sisätautiosaston potilasmateriaalin kuormittavuuden vuoksi on työhyvinvoinnin ylläpitämiseksi järjestetty osastokokouksia, joissa pyritään käymään läpi akuutteja tilanteita, sekä ratkaisumalleja niihin. Vuonna 2011 järjestettiin yhteensä 11 osastokokousta. Tarvittaessa kokouksiin on osallistunut sairaalapastori. (Korhonen 2011, 16.)

2.3.1 Akuutin sisätautivuodeosaston ohjeistus päihdepotilaan hyvään hoitoon

Päihdepotilaat ovat suhteellisen suuri potilasryhmä akuutilla sisätautivuodeosastolla. Tämän vuoksi päihdepotilaan hoitoon ja kohtaamiseen on tehty oma ohjeistuksensa, joka pohjautuu sosiaali- ja terveysministeriön,

ohjeistukseen. Näitä ohjeistuksia on muokattu osastolle sopivammaksi, yhteistyössä poliisin asiantuntijoiden kanssa. Nämä ohjeistukset pohjautuvat Suomen lainsäädäntöön. Potilaan hoitoa ja kohtelua ohjaavia lakeja ovat:

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Kansanterveyslaki 66/1972 14.1 §:n 10 kohta
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 30.2 §
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Päihdehuoltolaki 41/1986, 3 §
- Päihdehuoltoasetus 653/1986, 1 §

(FINLEX 2012a, b, c, d, e, f).

Näiden lakien ja ohjeiden pääasiallinen sisältö takaa päihdepotilaille hyvän ja laadukkaan hoidon heidän päihtymystilastaan huolimatta. Ohjeiden sisältö: päihtymys ei saa estää akuuttihoitoa tarpeen arviointi, tai sen järjestämistä. Päihtymystila ei saa estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua tai kohtelua. Terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen tai toimitetun päihtyneen henkilön hoidon tarve tulee arvioida siellä. Poliisi voidaan kutsua paikalle tarvittaessa, mikäli on tarpeen toimittaa asiakas tai potilas putkaan. Kuitenkin ennen putkaan viemistä, on hänen hoidon tarpeensa arvioitava ja tarvittaessa konsultoitava päivystävää psykiatria hänen tilastaan tai otettava yhteyttä sosiaaliviranomaisiin. (STM 2006, 10.)

Mikäli henkilö kärsii mielenterveysongelmasta ja on päihtynyt, on hänen akuuttihoitonsa ensisijaisesti toteuttava jossain muualla kuin psykiatrisessa sairaalassa. Katkaisuhoidolaitos ei voi pitää nolla promillea rajana, ennen katkaisuhoidon aloittamista. Terveydenhuollon piiriin hakeutunut henkilö on potilas ja häneen sovelletaan potilaslakia riippumatta siitä, mikä hänen hoitoon hakeutumisensa syy on ollut. Sosiaalihuollon asiakkaaseen sovelletaan lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Riippumatta

siitä, onko potilas päihtynyt tai ei, on hänelle oikeus terveydentilansa arvioon, sekä asianmukaiseen hoitoon. (STM 2006, 10-13.)

Päihtyneen henkilön kohdalla akuuttihoiton yhteydessä on syytä arvioida myös päihdehuollon tarve. Kunta on velvollinen toteuttamaan päihdehoitoa, sekä arvioimaan sen tarve, jonne potilas on tarvittaessa syytä ohjata. Potilaan hakeutuessa hoitoon on syytä pikimmiten kartoittaa hänen päihderiippuvuutensa tila ja organisoida hänen jatkohoitoaan ja sen tarvetta jo hoidon varhaisessa vaiheessa. (STM 2006, 13.)

Päihdepotilaan akuuttihoitoa ei voida toteuttaa, mikäli hän on selkeästi aiemmin ilmaissut siihen kielteisen kantansa. Mikäli halukkuutta ei voida tajuttomuuden vuoksi selvittää, on hänen eteensä tehtävä kaikki mahdolliset hoitotoimenpiteet. Päihdepotilas saattaa usein olla haluton jäämään somaattiseen hoitoon, eikä siis ymmärrän konkreettisesti oman sairautensa tilannetta. Tällöin on hyvän käytännön mukaista käyttää kaikki mahdollinen suostuttelu ja ymmärrys hänen hoitoon jäämiselleen, ettei olisi tarvetta turvautua pakkokeinoihin. Mikäli hän ei itse päihtymystilansa vuoksi omaa tilannettaan ymmärrä, on hänestä tehtävä M1-lähetä psyykkisen tilanteen arvioon. Tämän jälkeen hänen hoitonsa toteutetaan psykiatrin yksikössä, ellei hänen somaattinen tilansa muuta edellytä. Tällöin hänen hoitamiseensa sovelletaan mielenterveyslakia. (STM 2006, 16-17.) TYKS:n sisätautiklinikalla hoidettavien päihdepotilaiden kohdalla sovelletaan tätä Sosiaali- ja terveysministeriön antamaa ohjetta.

2.3.2 Päihdepotilaan hoitoketju Akuutilla sisätautivuodeosastolla

Päihdepotilaan hoitopolku Akuutilla sisätautiosastolla etenee tällä hetkellä siten, että potilas tulee osastolle ensiavun kautta, jossa sisätautien erikois- tai erikoistuva lääkäri on hänen tilansa arvioinut ja jossa hänelle on aloitettu tarvittavat lääkitykset. Tämän jälkeen hänet kuljetetaan hoitajan toimesta Akuutille sisätautivuodeosastolle, jossa hänen tilansa somaattinen akuuttivaihe hoidetaan. Yleensä somaattinen akuuttihoito kestää vuorokauden, jonka jälkeen henkilöstä tehdään psykiatrinen arvio, jonka tekee erikoistuva tai erikoistunut psykiatrisen lääkäri. Pääasiallisesti potilas pääsee tämän jälkeen kotiutumaan,

mutta on harvoja tapauksia, joissa psykiatrinen konsultaatio johtaa potilaan mielenterveys- tai päihdepuolen hoitojaksoon. Käytännössä kuitenkin myrkytyksestä kärsineen potilaan akuutin hoidon jälkeen hän pääsee kotiutumaan.

Hoitoketjun pääasiallisena olettamuksena voidaan pitää sitä, että jokin henkilö ottaa vastuun potilaan hoidosta ja sen etenemisestä suunnitelman mukaisesti. Käytännössä vastuun hoitoketjun ja –suunnitelman tekemisestä voi ottaa kuka tahansa potilaan hoitoon osallistuva henkilö. Tulevaisuudessa sähköisten tietojärjestelmien yleistyessä vastuun voi ottaa myös potilas itse. Potilaan hoitoketjussa tärkeintä on hahmottaa ja suunnitella se, mistä potilas tulee, mikä on tämänhetkisen hoidon tarkoitus ja mihin hän on tästä menossa, eli mikä jatkohoitoa häntä palvelisi parhaiten. Lopputulemana hoitoketjussa olisi se, että potilaan jatkohoito somaattisen akuuttihoiton jälkeen olisi turvattu joko psykiatrian klinikan tai katkaisuaseman toimesta. Turussa, niin kuin monessa muussakin kaupungissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen kuilu, hoitoperinteiden monimuotoisuus, sekä suuri henkilökunnan vaihtuvuus aiheuttavat yksittäiselle toimijalle suuria haasteita toimivan hoitoketjun suunnittelemiseksi. (Ketola ym. 2006, 7.)

Vuoden 2011 toimintakertomuksesta (Korhonen 2011) selviää, että päihdepotilaiden somaattisia vaivoja hoidetaan akuutilla sisätautivuosastolla runsaasti. Kuitenkin päihdepotilaan motivoiminen omaan hoitoonsa, sekä hänen kielteisen kantansa kitkeminen tekevät tämän hoitotyöstä vaativaa ja haastavaa. Potilas saattaa olla tulovaiheessa väkivaltainen ja sekava, tai sitten päinvastoin, lähes tajuton. Tällöin on hoitajan hyvin haastavaa saada potilasta motivoitua omaan hoitoonsa, samoin kuin hoitajan itse motivoitua potilaan hoitamiseen.

Päihdepotilaan hoitamisessa tulee tarkastella potilaan ongelmia kokonaisvaltaisesti, integroidun hoito-ohjelman avulla, jossa sama tiimi hoitaa molempia ongelmia samanaikaisesti. Hyvä hoitoympäristö tarjoaa päihteettömyyttä tukevan ja toipumista edistävän ilmapiirin, jossa potilas kokee, että häntä kunnioitetaan yksilönä ja häntä tulee huomioida osana sosiaalista,

moniammatillista verkostoa. Hoitoympäristö käsitettä voidaan tarkastella esimerkiksi potilaan kokemana palvelun laatuna, organisaation toimintatapana, hoidon sisältönä ja henkilöstön johtamisen työmenetelmänä. Hoitoympäristöä tärkeämpänä tekijänä on kuitenkin hoitohenkilökunnan ammattitaito, potilaan sitouttaminen ja motivoiminen hoitoonsa, sekä hoidon jatkuvuus. (Vähäniemi 2008; Holmberg ym. 2008, 101-102.)

3 PÄIHTEIDEN TILANNE SUOMESSA

3.1 Päihdetilanteen muutos Suomessa

Alkoholin käyttö Suomessa on lisääntynyt viimeisen 50-vuoden aikana runsaasti. Vuoden 2004 jälkeen alkoholin käytön kehittymiseen ovat vaikuttaneet: alkoholinmaahantuontiin poistaminen, Viron EU-jäsenyys, sekä alkoholiveron alentaminen. Vuonna 2005 tilastoitu kirkkaan viinan kulutus yhtä Suomalaista kohtaan oli 8.3 litraa, tilastoimaton kulutus 2.6 litraa, eli 10.6 litraa yhtä Suomalaista asukasta kohti. Kirkkaan viinan kokonaiskulutus kasvoi vuodesta 2003 vuoteen 2004 yhteensä 13%. Raittiiden henkilöiden osuus näinä vuosina oli 7% väestöstä. (Inkeroinen, Partanen 2006, 13.)

”Ensimmäinen huumeaalto” ajoittui Suomeen noin 50- vuotta sitten, jolloin kannabiksen käyttö, erityisesti nuorten opiskelijoiden keskuudessa lisääntyi. Huumeiden käyttö laantui vuonna 1975, mutta lisääntyi taas 1990- luvun puolenvälin tietämillä, jolloin voidaan puhua Suomen ”toisesta huumeaallostaa”. (Inkeroinen, Partanen 2006, 13; Hakkarainen 1997, Ollso ym. 1997, 69 mukaan.)

Vuonna 2002 tilastoihin pohjautuen arvioitiin huumeiden ongelmakäyttäjiä olevan 0.6-0.7% maan 15-55 vuotiaiden väestöstä. Suurin osa huumeiden ongelmakäytöstä tapahtui 25-34 vuotiaiden ikäryhmässä (STM 2012, 11.) Etenkin opiaattien ongelmakäyttäjien määrä on lisääntynyt selvästi. Kuitenkin tällöin ongelmakäyttäjien enemmistön muodostivat amfetamiinin ongelmakäyttäjät. (Inkeroinen, Partanen, 14.)

Suomessa huumeiden käyttö on laitonta, mikä on omalta osaltaan johtanut erilaisten huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttöön. Buprenorfiini ja Bentsodiatsepiini yhdistettynä alkoholiin ovat usein hengenvaarallinen yhdistelmä, mikä on johtanut huumekuolemien yleistymiseen Suomessa. Huumehoidon asiakkaista 62% käyttää ainakin kolmea päihdettä, mikä vaikeuttaa vieroitushoidon onnistumista. Vuonna 2009 huumeiden vieroitushoitoa annettiin noin 13 000 henkilölle ja opioidikorvaushoidossa arveltiin olevan noin 1800 henkilöä. (STM 2012, 11.)

Huumausaineiden käyttäjät ovat usein syrjäytyneitä, sekä moniongelmaisia, mikä lisää heidän vieroitushoidon komplikaatioita. Tämä asettaa myös erilaisia haasteita heidän somaattisen hoidon aloitukselle. Alkoholin suurkuluttajien ongelmat ovat yleensä henkilön yksityisiä. Kuitenkin pitkäaikaistuessaan niistä muodostuu myös yhteiskunnallinen ongelma. Yksityisinä ongelmina voidaan kuvitella henkilökohtaisen terveyden menettäminen alkoholin suurkulutuksen vuoksi. Yhteiskunnalla tasolla voidaan ajatella perheen ja henkilön sosiaalisen verkoston hyvinvointia, mikä kärsii alkoholin vuoksi. (Babor ym. 2004, 57.) Arvioiden mukaan yli 60% päihdehuollon asiakkaista oli työttömiä, yli 10% asunnottomia ja kaksi kolmesta oli lopettanut opintonsa peruskoulun jälkeen. Useimmat aineiden käyttäjät ovat myös vankilakierteessä, mikä ei helpoita vieroitushoidon aloittamista, sekä siihen sitoutumista. (STM 2012, 11.)

3.2 Mielenterveysongelma päihdeongelman taustalla

Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyys on hyvin yleistä väestön piirissä ja näkyy täten myös hoitojärjestelmissä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on noussut ilmi, että päihderiippuvuutta sairastavista aikuisista sekä nuorista noin 50-80%:lla, eli lähes joka toisella on päihdeongelman oheissairautena mielenterveysongelma. Vastaavasti mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä 40-80%:lla on päihdeongelma. Kliinisissä tutkimuksissa, joissa kuvataan päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyyttä, noin puolella potilaista esiintyy persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriön tyypillisimpiä piirteitä on epäsosiaalinen- ja epävakaata persoonallisuus. Seuraavaksi eniten tulee esille mielenterveyshäiriöitä, joista nousee sille ahdistuneisuus, masennus

sekä näistä osittain johtuva unettomuus. Kolmantena ryhmänä esiin nousivat psykoottiset häiriöt, joiden lisäksi päihdeongelmaisilla henkilöillä on epäilty olevan muuta väestöä enemmän syömis- dissosiaatio-, stressi- ja tarkkaavaisuushäiriöitä. Tästä ei kuitenkaan vielä toistaiseksi ole mitään tutkimusnäyttöä olemassa. Edellä mainituista seikoista on kuitenkin syytä vielä huomioida se, että yhteisesiintyvyys on tyypillisempää miehillä kuin naisilla. Naisilla tyypillisimpinä oireina voidaan pitää ahdistuneisuus- sekä mielialahäiriötä, ei niinkään persoonallisuushäiriötä. Nuorilla tyypillisimpiä oireita ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, sekä tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt. Tarkasteltaessa päihde- ja mielenterveyspotilaiden päihteiden käyttöä voidaan havaita, että eniten he kuluttavat alkoholia, sekä tupakkaa. Laittomista päihteistä useimmiten nuoret käyttävät kannabista, opioideja, sekä stimulantteja. Käyttö on usein luonteeltaan monipäihdekäyttöä, johon sisältyy usein myös lääkkeiden väärinkäyttöä. Päihteiden käyttötottumuksiin kuuluu usein myös päihteiden vaikutuksen tehostaminen, vaikutuksen pitkittäminen, sekä ajoittainen humalanhakuisuus. (Holmberg 2012.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on kasvava ongelmien vyyhti, joka muovautuu jatkuvasti. Kumpikaan tila ei välttämättä yksinään ole ensisijainen hoidon kohde, mikä tekee potilaasta hoidollisesti hyvin haastavan. Haasteet muokkautuvat moniulotteisiksi ja hallitsevat täten potilaan elämää kokonaisvaltaisesti. Lisäksi ongelmiin liittyy myös sosiaalisia, somaattisia, sekä neurobiologisia ongelmia. Yhteisesiintyvyyden syntymistä voidaan selittää kulttuurisilla, ympäristöön- ja perimään liittyvillä tekijöillä, sekä psykososiaalisilla häiriöillä. Erityisesti varhain aloitettu ja pitkään jatkuva päihteiden käyttö huonontavat psykiatristen ongelmien ennustetta. Kyseisen potilasryhmän muodostavat hyvin usein keski-ikänsä ylittäneet, tai nuoret, naimattomat miehet, joista osalla ei ole vakituista asuntoa käytössä. Toisinaan potilaan lähisuvussa saattaa olla päihde- tai mielenterveysongelmia. Perheeltä saatu psykososiaalinen tuki on heikkoa ja potilaan on itse vaikea luoda tasapainoisia vuorovaikutussuhteita muihin ihmisiin. Potilaiden työ- ja koulutushistoria puuttuu usein kokonaan tai se on jäänyt kesken, mistä johtuu usein myös heikko taloudellinen tilanne. Naisten kohdalla ongelma on usein siinä, että he

hakeutuvat itse tai heidät ohjataan hoitoon miehiä harvemmin, mikä johtaa siihen, että hoidon piiriin päätyessään he ovat usein miehiä huonokuntoisempia. (Holmberg 2012.)

Päihde- ja mielenterveyspotilaan ensimmäinen psykiatrinen kontakti on saattanut olla hyvin nuorena iässä, jolloin hoitomyöntyvyys on usein ollut huono. Potilas ei ole sitoutunut jatkohoitoon, koska hän ei koe tullessaan ymmärretyksi ja autetuksi, tai ei koe ongelmiansa olevan elämää haittaavia tekijöitä. Aiemmissa hoitokertomuksissa, sekä haastatteluissa käy usein ilmi, että oireet ovat vaikeutuneet varsin nopeasti, lyhyiden korjaantumisjaksojen jälkeen. Erilaisia häiriöitä todettaessa, niiden vakavuusriski on korkea ja niiden hoitaminen on usein komplisoitunutta. Häiriöt ovat luonteeltaan pitkäkestoisia ja toistuvat syklisesti. (Holmberg 2012.)

3.3 Suomalaisen asennemuutos päihteitä kohtaan

Suomen terveyden- ja hyvinvoinnin liiton vuosina 1992-2010 tekemän selvityksen mukaan, melkein kaikki suomalaiset pitävät huumeita jonkinasteisena ongelmana. Yleisesti naiset ja vanhemmat henkilöt ajattelevat nuoria henkilöitä herkemmin, että huumeongelma Suomessa on suuri tai kohtalainen. Kyseisellä ajanjaksolla tapahtuneet asennemuutokset ovat olleet merkittäviä. Vuonna 2002 huumeongelmaa Suomessa pidettiin kaikkein suurimpana. Tämän jälkeen huumeiden tilannetta Suomessa ongelmana pitävien määrä on laskenut erityisesti nuorten ikäryhmien kohdalla. (Metso ym. 2012, 25.)

Enemmistö suomalaisista arvioi, että huumeaineita ei voi käyttää ilman ongelmia. Miehet katsovat naisia useammin, että huumeita voi käyttää ilman ongelmia, mutta molemmilla ryhmillä yhä nuoremmat ovat tätä mieltä asiasta. Erityisesti 25-34-vuotiaiden henkilöiden kohdalla on yleistynyt käsitys, että huumeita voi käyttää kohtuullisella tavalla ilman ongelmia. Vanhempien henkilöiden kohdalla asenne on pysynyt koko tarkastelujakson aikana samanlaisena. Nuorista henkilöistä neljännes on sitä mieltä, ettei yhdestä kokeilukerrasta voi jäädä koukkuun huumeisiin. Vuonna 1992 yli puolet

Suomalaisista oli sitä mieltä, että huumeiden käyttäjä tulisi toimittaa pakkohoitoon. Tämä luku on laskenut lähes 20%, sillä vuonna 2010 enää 42% Suomalaisista oli tätä mieltä. (Metso ym. 2012, 32.)

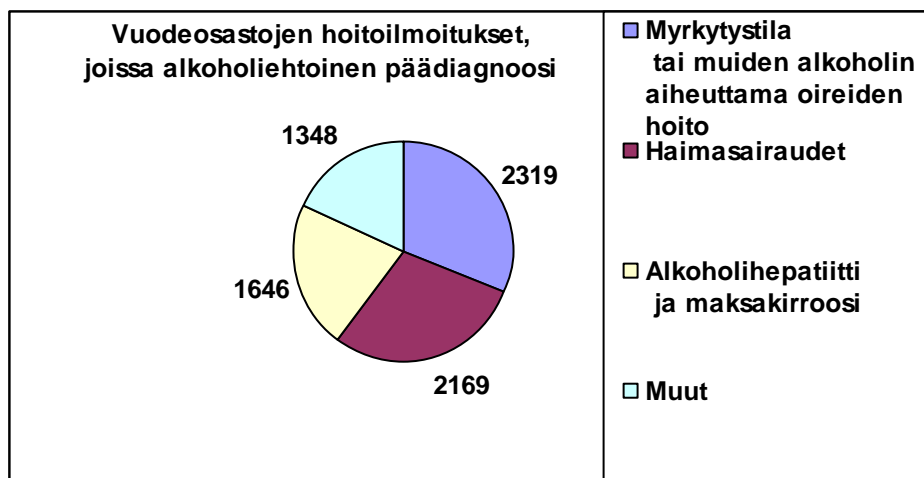
3.4 Päihdetyön kustannukset somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Alkoholin aiheuttamat, välittömät kustannukset maksavat yhteiskunnallisella tasolla vuosittain noin 1-1.5 miljardia euroa. Kun summaan lasketaan myös välilliset kustannukset, on se huomattavasti korkeampi. Oletuksista, sekä laskutavasta riippuen, alkoholin kokonaiskustannukset voivat olla vuosittaisella tasolla jopa 13.2 miljardia euroa, mikä on 25% valtion vuosittaisesta budjetista. Laskutapa on tosin hieman äärimmäisyyteen menevä, koska se huomioi myös alkoholin vuoksi menetetyt tulot, jotka johtuvat ennenaikaisista kuolemista, sekä menetetyistä työvuosista. Ongelmallisemmaksi alkoholin tekee myös se, että vaikka se on suuri menoerä, kerryttää se valtiolle tulonlähdeä. Vuonna 2012 alkoholista kertyi 2.3 miljardia euroa, johon sisältyy arvonlisävero. (Metso ym. 2012, 32.)

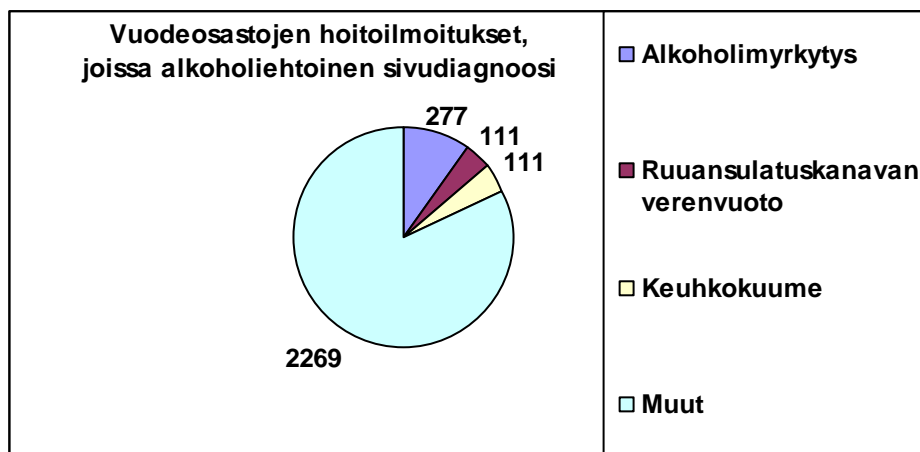
Viimeisinä vuosikymmeninä alkoholin kulutuksen kasvu on lisännyt kroonisia terveyshaittoja. Alkoholiperäiset sairaudet ovat nousseet työikäisten naisten ja miesten kuolinsyytilastojen kärkeen. Tällaisia sairauksia ovat mm. myrkytykset, psykoosit, alkoholimaksasairaudet, alkoholiriippuvuus, sekä haimatulehdus. Vielä 1988 alkoholiin on vuoden aikana kuollut noin 1000 ihmistä, kun vuonna 2005 siihen kuoli jo yli 2000 ihmistä. Kun alkoholin kulutus tuplaantuu, niin maksasairauksiin kuolleiden henkilöiden määrä voi hyvin nelinkertaistua. Ongelmat eivät enää koske ainoastaan alkoholin suurkuluttajia. Tuoreimpien tutkimusten mukaan alkoholin suurkuluttajat aiheuttavat alkoholihaitoista vain alle puolet. Keski-ikäiset juovat alkoholia aiempaa useammin, sekä entistä humalanhakuisemmin. Vuonna 1995 alkoholin keskikulutus oli henkilöä kohden 8 litraa, vuonna 2013 se oli jo 9.6 litraa 100%:sta alkoholia asukasta kohden. On luonnollista, että tätä myötä alkoholista johtuvien haittojen kustannukset ovat nousseet huomattavasti. (Karllson ym. 2013, 16-18.)

Stakes ylläpitää Hilmo-tietokantaa, johon kirjataan kaikki ne terveydenhuollon vuodeosaston hoitoilmoitukset, joissa on alkoholiehtoinen diagnoosi. Vuonna 2003 kirjattiin 7482 hoitojaksoa, jotka toteutettiin somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Näissä hoitojaksoissa päädiagnoosi oli alkoholiehtoinen. Nämä hoitojaksot sisälsivät yhteensä 38 427 hoitovuorokautta ja niissä useimmiten (31%) diagnoosi oli alkoholiriippuvuuden, tai väärinkäytön aiheuttama myrkytystila, tai muiden, alkoholin aiheuttamien oireiden hoito. Seuraavaksi yleisimmät syyt olivat haimasairaudet (29%) sekä alkoholihepatiitti ja maksakirroosi (22%) (Kuvio 1). Sivudiagnoosina alkoholin käyttö esiintyi 2770 hoitojaksossa, jolloin yleisimpiä syitä hoidolle olivat alkoholimyrkytys (10%), ruuansulatuskanavan verenvuoto (4%), sekä pneumonia, eli keuhkokuume (4%) (Kuvio 2). (Mellin ym. 2006, 10-13.)

Kuvio 1. Vuodeosastojen hoitoilmoitukset, joissa vuonna 2003 on ollut alkoholiehtoinen päädiagnoosi.



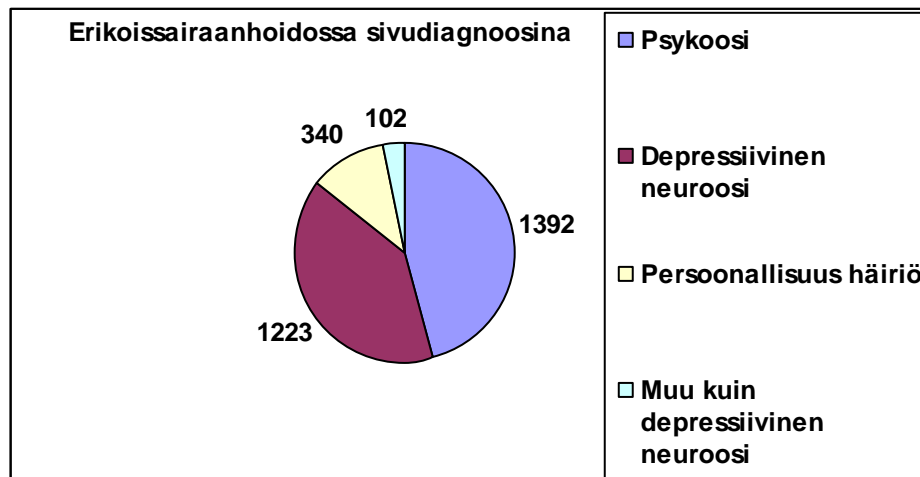
Kuvio 2. Vuodeosastojen hoitoilmoitukset vuonna 2003, joissa on ollut alkoholiehtoinen sivudiagnoosi.



Päädiagnoosiin pohjautuen alkoholiehtoisiksi määriteltyjen, erikoissairaanhoidossa toteutettujen hoitajaksojen kustannukset olivat 13.5 miljoonaa euroa, vuonna 2003. Sivudiagnoosina alkoholiehtoisuus kustansi 5.8 miljoonaa euroa, joista kaikkia ei kuitenkaan voida pitää alkoholin käytöstä johtuvina. Kaikki alkoholiehtoiset (sivu- ja päädiagnoosi) diagnoosit Suomessa maksoivat yhteensä 16.4 miljoonaa euroa vuonna 2003. (Mellin ym. 2006, 13.)

Vuonna 2003 psykiatrian puolen erikoissairaanhoidossa 3732:ssa oli alkoholiehtoinen päädiagnoosi vuodeosastojaksoista. Alkoholiehtoiseen päädiagnoosiin liittyviä hoitovuorokausia oli 43 908 vuorokautta ja keskimääräinen hoitajakson pituus oli melko pitkä, noin 12 vuorokautta/hoitajakso. Alkoholidiagnooseihin liittyvä vuodeosastohoito keskittyi lähes poikkeuksetta alkoholiriippuvuuden tai – väärinkäytön aiheuttamien oireiden hoitoon. Sivudiagnoosina alkoholiehdollisuus esiintyi 3397:ssä hoitajaksossa ja hoitopäiviä oli vuoden 2003 aikana yhteensä 97 235 vuorokautta. Nämä hoitajaksot olivat keskimääräistä pidempiä, eli hoitajakson pituus oli lähde 29 vuorokautta/hoitajakso. Näissä hoitajaksossa yleisin syy oli psykoosi (41%), depressiivinen neuroosi (36%), persoonallisuushäiriö (10%) ja muu kuin depressiivinen neuroosi (3%) (Kuvio 3). Vuonna 2003 psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastojaksojen alkoholiehtoiset pää- ja sivudiagnoosit kustansivat yhteensä 23 miljoonaa euroa. (Mellin ym. 2006, 13.)

Kuvio 3. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitajaksot vuonna 2003, joissa on ollut alkoholiehtoinen sivudiagnoosi.



4 PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT ASEENTEET

Potilaan hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla tulisi olla yhdenmukainen käsitys siitä, mitä hänen tämänhetkisellä hoidollaan tavoitellaan, jotta potilaan hoitosuhde olisi mahdollisimman onnistunut. Hoitohenkilökunnan tulee osata kohdata potilas ymmärtäen ja neutraalisti. (Kaappola & Luoto 2009, 4.) Potilaan kohtaamisen ollessa ennakkoluulotonta, tuomitsematonta, sekä mahdollisimman neutraalia, saadaan hoitosuhteesta mahdollisimman toimiva, sekä luottamuksellinen (Terveysportti 2012). Hoitohenkilökunnan on tuotava oma ammattitaitonsa potilaan sen hetkisen tilan auttamiseksi ja omata riittävä ammatillinen tietotaito mielenterveyspotilaan kohtaamiseen (Kaappola, Luoto 2009, 4).

Ensimmäisellä tapaamiskerralla on syytä pyrkiä kohtaamaan potilas mahdollisimman kiireettömästi, jotta potilaalle syntyisi hoitosuhteesta mahdollisimman myönteinen käsitys. Jotta hoitosuhde voisi olla mahdollisimman onnistunut, vaatii se aikaa, jatkuvuutta, sekä pitkäjänteisyyttä. Hoitohenkilökunnan ja potilaan hoitosuhteen ei koskaan tulisi pohjautua

henkilökemioihin, sillä kyseessä on hoitosuhde. Potilaalla on täysi oikeus asianmukaiseen ja asialliseen hoitoon, sekä kohteluun huolimatta omasta persoonallisuudestaan tai sairauksistaan. Hoitohenkilökunnan kehonkielellä on suuri merkitys omasta asennoitumisesta potilasta kohtaan. (Kaappola, Luoto 2009, 4-5.)

Hoitohenkilöstölle tehtyjen tutkimusten mukaan päihdepotilaan kohtaaminen koettiin haastavammaksi ja vaikeammaksi, kuin muut potilasryhmät, mutta se ei kuitenkaan vaikuta potilaan tasa-arvoiseen kohteluun (Hirvonen, Rutanen 2009, 53; Lahtinen, Lalla 2011, 28). Valtaosa hoitohenkilöstöstä oli sitä mieltä, että päihdepotilaiden kohtaamisessa päälimmäisenä tunteena on turhautuminen, sen jälkeen vastenmielisyys. Turhautumista aiheuttaa lähinnä se, että samat potilaat tulevat useasti saman vaivan vuoksi hoitoon, samassa kunnossa. Turhautumista koettiin myös siitä, että oma, huolellinen työpanos koettiin meneväksi täysin hukkaan päihdepotilasta hoidettaessa toistuvasti. Vastenmielisyyttä herätti lähinnä päihdeongelmaisten fyysinen olemus, sekä epäasiallinen käyttäytyminen. Näitä tunteita seurasivat auttamishalu, sääli, sekä ärtymys, sekä avuttomuus, pelko ja huolestuminen. Näitä tuntemuksia heräsi erityisesti nuorten päihdeongelmaisten kohdalla. Pelon tunnetta koettiin juuri päihtyneen potilaan taaja aggressiivinen käytös. Vuonna 2009 tehdyssä opinnäytetyössä todetaan, että asiakkaiden päihteiden käyttö aiheuttaa henkilökunnalle lähinnä pelkoa ja stressiä. Kukaan tutkimukseen vastanneista ei myöntänyt tuntevansa hilpeyttä, ahdistusta tai tuomitsevuutta päihdepotilasta kohtaan. (Elonen 2008, 20; Lahtinen, Lalla 2011, 28; Hälinen, Naukkarinen 2012, 32-40; Mäkelä 2009, 33.)

Päihtynyt potilas on vastaajien mielestä usein pahanhajuinen, sekava, levoton, kärsimätön, kovaääninen, muita potilaita häiritsevä, sekä aggressiivinen. Hoitokontakteissa tarvitaan yleensä kaksi hoitajaa, koska ongelmatilanteita syntyy herkästi. Usein hoitotilanteissa syntyy ongelmia, joiden seurauksena joudutaan kutsumaan vartija paikalle, tilannetta rauhoittamaan. Yleensä korkea promillemäärä vaikuttaa potilaan yhteistyöhaluun negatiivisesti, jolloin hoitotoimenpiteiden suorittaminen hankaloituu huomattavasti. Päihtynyt potilas

vaatii runsaasti huomiota, sekä aikaa. Kuitenkin vastanneet ovat sitä mieltä, että haastava ja usein hankalakin potilas on hoidettava yksilönä, jolla on yhtäläinen oikeus hyvään hoitoon kuin kellä tahansa muullakin. (Elonen 2008, 22-23; Nokkala 2011, 35.) Vaikkakin usein päihdepotilas on koettu vaativaksi, haastavaksi, sekä arvaamattomaksi, niin on myös myönteisiä hoitokokemuksia vuorovaikutuksesta, sekä hoitosuhteesta päihdepotilaan kanssa. Toisaalta päihdepotilas on kiitollinen ja nöyrä saadessaan hoitoa. Erityisesti silloin, kuin alkoholin aiheuttama sekavuustila on rauhoittunut, on potilas yleensä yhteistyökykyinen ja kiitollinen saamastaan hoidosta. (Kaasalainen, Sulin 2008, 34.)

Päihdeongelmainen saatetaan nähdä välittömänä pahana, joka tulee kiireellisenä muiden potilaiden väliin, vaatii osastolla kalliin, sekä pitkän hoitajakson, jonka vaikuttavuus on kuitenkin suhteellisen mitätön. Päihdeasiakkaat koetaan usein toivottomina tapauksina, joiden kohdalla ei ajatella, ettei muistakaan sairauksista toivuta hetkessä. Päihdepotilaan paraneminen ei välttämättä tapahdu hetkessä, mutta paraneminen ei konkreettisesti näy terveydenhuollossa, koska parantuneet potilaat eivät tule takaisin. Sen sijaan, usein jää mieleen vain ne tapaukset, jotka toistuvasti hakeutuvat päihteiden ongelmakäytön vuoksi sairaalahoitoon. (Dahl, Hirchovits 2002; Hirvonen, Rutanen 2009, 24.)

Päihdeongelmaiset potilaat mielletään herkästi huonosti motivoituneiksi ja hankaliksi potilaiksi. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaan toistuva hoidon kesken jättäminen, sekä huono hoitomotivaatio saattavat johtaa lopulta uskon menettämiseen, sekä jatkuvaan kyynisyyteen. Syytä olisi kuitenkin huomioida, että retkahdukset ovat osa toipumisprosessia, jonka jälkeen potilas saattaa lopulta selviytyä kohti raitista elämää. (Seppä 2003, Hirvonen, Rutanen 2009, 24 mukaan.) Hoitotyöntekijät ovat kuitenkin itse kuvanneet, että päihdepotilaan kohtaaminen ja hoito vaatii kärsivällisyyttä, vahvaa luottamusta parempaan, pettymyksen sietokykyä, sekä tietoa yleisistä hoitokäytännöistä. Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen varmuus ja luontevuus ovat sidoksissa omaan kokemukseen oman työn hallinnasta. (Kaasalainen, Sulin 2008, 35.)

Käypä hoito suositukset ovat erikseen ohjanneet potilaan hoitopaikan valintaan silloin, kun potilaalla on ainoastaan huumeongelma. Tällöin potilaan hoitopaikan valintaan vaikuttaa ensisijaisesti sen laatu. Kyseisen suosituksen mukaan hoitohenkilökunnan, myös sen johdon tulisi olla motivoitunut ja koulutettu hoitamaan huumeongelmaisia siten, että hoito-ote olisi moralisoimaton ja kokonaisvaltainen. Suosituksessa on todettu, että potilas pystyy herkästi vaistoamaan hoitohenkilökunnan moralisoivan, sekä kielteisen asenteen. Tätä asennetta voidaan kuitenkin muuttaa täydennys- ja jatkokoulutuksella, sekä yleisillä keskusteluilla aiheeseen liittyen. (Käypä hoito 2012.)

4.1 Hyvät käytänteet päihdepotilaan kohtaamisessa

Potilaan kohtaamisella tarkoitetaan sitä kohtelua, joka potilaalle annetaan sairaalahoidossa. Jokaista potilasta tulisi kohdella ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma kokemuksensa, sekä menneisyytensä tämänhetkisestä tilanteestaan ja tulevaisuudestaan. (Jahren ym. 2006, 140.) Kohtaamiseen kuuluu oleellisesti myös potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen (Hummelvoll, Severinsson 2001, 163). Hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa vaikuttavat molempien osapuolten sen hetkinen elämäntilanne, koulutus, asenteet, kasvatus, sekä ihmiskäsitys (Mäkelä ym. 2001, 18.)

Päihdemyrkytykset ovat suuri potilasryhmä somaattisessa erikoissairaanhoidossa (Korhonen 2011, 7.) Hoitohenkilökunnan tulisi tietää päihdemyrkytyksen seuraamukset ja kertoa ne potilaalle, hänen selvittyään akuutista tilanteesta. Keskusteluilmapiirin tulisi olla avoin ja vuorovaikutuksellinen ja sen tulisi painottaa päihteiden käytön, vaarallisuutta, erityisesti suurentunutta riskiä onnettomuuksiin, itsemurhayrityksiin, sekä itsetuhoisuuteen. (Crome ym. 2004, Crome ym. 2004, 101 mukaan.) Päihdepotilaan tehokas ja toimiva hoitopolku on käytössä esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Hannula ym. 2012, 21.)

Ensiarvoisen tärkeää on, että päihdepotilaille turvattaisiin somaattisen hoidon puolelta jatkumo psykiatriselle, tai päihdehoidon puolelle, jonka jälkeen

päihdemyrkytyskierre saataisiin katkaistua. Päihdeongelmien ehkäisemiseksi haitallisten seurauksien ja riskikäytön tunnistaminen, sekä varhainen puuttuminen ovat erityisen tärkeitä. Useiden tutkimusten mukaan päihteiden ongelmakäyttäjät on usein keskeyttänyt koulunsa noin 15-vuoden iässä, jonka jälkeen on erittäin haavoittuvainen myös sosiaalisten ongelmien kehittymiselle. Täten nuorilla ihmisillä varhainen puuttuminen saattaisi onnistua jo perus- tai toisen asteen koulussa, mutta kouluiän ylittäneillä henkilöillä ei käytännössä ole ns. turvaverkostoa, jossa varhainen puuttuminen voisi tapahtua.

Usein ongelmien vyyhti alkaa kasautua käytös- ja mielenterveysongelmien ollessa taustalla, jota yksilö pyrkii hoitamaan päihteillä (EMCDDA 2008, 17). On myös todettu, että miehet todennäköisemmin lopettavat koulunsa, joutuvat sosiaalsiin ongelmiin, sekä päihdekierteeseen. Ensisijaisesti päihteiden käyttäjä hakee apua sosiaalisesti hyväksytympään vaivaan, eli pohjalla olevaan mielenterveysongelmaan. Tämän huomiotta jättäminen johtaa herkästi ongelmien moninkertaistumiseen ja ongelman jatkumiseen. Lähes poikkeuksetta huumausaineiden käyttäjillä on muita merkittäviä psykiatrisia häiriöitä, jotka vaativat ensisijaisesti arviota, mutta myös tehokasta hoitoa. Täten siis molempien ongelmien tulee olla arvioinnin kohteina, sillä jos vain toinen hoidetaan, jää toinen jäljelle. (Pirskanen, Pietilä 2008, Holmberg ym. 2008, 194 mukaan; Helamo 2008, Holmberg ym. 2008, 241-242 mukaan.)

Yhdysvalloissa vuonna 2011 valmistuneen tutkimuksen mukaan alkoholin vuoksi sairaalahoidossa olleille potilaille annettu lyhykäinen tietoisku alkoholin ja päihteiden riskeistä, terveys- ja sosiaalisista haitoista auttaa ihmisiä toipumaan alkoholin riskikäytöstä. Lyhyen tietoiskun tarkoituksena on haastatella potilasta tämän alkoholin käytöstä ja selvittää hänelle tuomitsematta tai syyttelemättä alkoholin riskikäytön vaarallisuudesta, jolloin potilaalle jää itselleen eväät vähentää alkoholin suurkulutusta. (McQueen ym. 2011, 3.)

4.2 Hoitopolku ajattelumalli päihdepotilaan hoitotyössä

Hoitoketju ei ole hoitosuositus, vaan se syntyy siltä pohjalta, millainen toiminta on koettu hyväksi näyttöön perustuvan toiminnan pohjalta. Näitä toimintamalleja

on alettu kehittää siltä pohjalta, mihin on koettu tarve kehittää jonkin yhteinen toimintatapa. Hoitoketjua muodostettaessa on tärkeää huomioida se, miten asiat sujuvat nyt ja siltä pohjalta muodostaa niille mahdollinen kehittämisen tarve. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon on tärkeää pohtia yhdessä, miten asioita voisi kehittää toimivammiksi. Tehokkaan ja onnistuneen hoitoketjun strategisia tekijöitä ovat tehokas, moniammatillinen yhteistyö, sekä aiheiden oikea valinta. Hyvä ja tehokas hoitoketjua voi syntyä vaan keskinäisellä luottamuksella. (Terveysportti 2005.)

Hoitoketjut selkeyttävät vastuuta, valtaa, toimintatapoja, sekä rooleja, mutta eivät korvaa hyvää hoitohenkilökunnan työtä. Näihin ketjuihin punoutuu monta eri näkökulmaa perusterveydenhuollosta, sekä erikoissairaanhoidosta. Potilaalle/Asiakkaalle hoitoketju selkeyttää ja kertoo sitä, kuka häntä hoitaa ja tutkii, milloin ja missä, sekä sen, kuka hänen hoidostaan pääasiallisesti päättää ja ottaa vastuun. Hoitohenkilökunnalle hoitoketju selkeyttää häneen kohdistuvia odotuksia, kuka hänen kumppaninsa on arkisessa työssä, sekä keneen hän ottaa yhteyttä potilaan hoidon eri vaiheissa. Erilaisten prosessien kaaokseen hoitoketjut tuovat ennustettavuuden, sekä järjestyksen. Hoitoketjujen kuvaama toiminta ei voi olla näytön vastaista. (Terveysportti 2005.)

Kliinisessä työssä hoitoketjut ovat yleisesti hyväksytyjä, käytäntöön alueellisesti sovellettuja toimintaohjeita, joissa kuvataan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sekä sosiaalitoimen ja tarvittaessa muidenkin osapuolien, esimerkiksi kansanterveysjärjestöjen työnjako ja tehtävät. Käytännössä kuitenkin tehtävän- ja vastuunjako jakautuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken eri tavoin, riippuen siitä, kenen päätökset ovat hoidon kannalta missäkin vaiheessa ratkaisevia ja missä potilaan asioita ajallisesti sillä hetkellä käsitellään eniten. (Ketola ym. 2006, 7-9.)

Moniammatillista kuntoutusta vaativat monisairaavat potilaat vaativat yleensä lukuisilta erikoisaloilta kantaa omaan hoitoonsa. Tällöin on tavallista, että yleislääkärillä on hallussaan hoidon kokonaisuus ja hän koordinoi tapahtumia yhteisymmärryksessä potilaan itsensä kanssa. Lähtökohtaisesti hoitoketju on

moniammatillista yhteistyötä, jossa määritellään potilaan hoitoketjuun osallistuvien henkilöiden ensisijaiset tehtävät. Ammattinimikkeestä riippumatta heidät on syytä huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Hoitoketjun tarkoituksena on turvata ja taata potilaalle hoidon laatu, saatavuus, sekä eri osapuolten työrauha. Hoitoketjun osapuolten välinen resursointi on tärkeää, ettei valtakiistelyä pääse syntymään. Viime kädessä oman hoitoketjunsä omistaa jokainen potilas itse. Henkilökuntaa, sekä potilaita palvelisi eniten koko sairaanhoitopiirin laajuinen, yleinen hoitoketju tietyn potilasryhmän kohdalla, jolloin jokaiselle potilaalle voitaisiin taata keskeytymätön, moniammatillinen hoitotyö, joka palvelisi niin hoitohenkilökuntaa, kuin potilastakin. (Ketola ym. 2006, 7-8.)

Hoitoketjun kuvaaminen käynnistyy sellaisen potilasryhmän valinnasta, jonka hoito on keskeisellä sijalla osaston tai yksikön toiminnassa ja täten edustaa suurta osaa hoidettavista potilaista. Tällaisen potilasryhmän hoitopolun kuvaaminen on ensiarvoisen tärkeää ja siihen tulisi huomioida kaikki, moniammatilliset yhteistyötahot, jotka omalta osaltaan vaikuttavat potilaan hoitotyöhön. Lääketieteellisen hoidon lisäksi on syytä kuvata myös hoitotieteen, sekä sosiaalityön osuus. Keskeisiä viestiminä hoitoketjussa toimii potilaan hoitopalaute, sekä lähete, mikä on tehty esimerkiksi somaattisen akuuttihoiton puolelta. (Ketola ym. 2006, 9-11.)

5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN

5.1 Osaaminen

Osaaminen on tahdon, tunteen, sekä tiedon yhdistämistä, kyvykkyyttä. Toisaalta taas se on kyky käyttää itseään tarkoituksenmukaisella tavalla. Osaaminen voidaan jakaa monella tapaa eri osatekijöihin, joista toiset jaottelevat sen tekniseksi ja sosiaaliseksi osaamiseksi. Toinen jaottelu määrittää osaamisen ydinkohdaksi sosiaaliset taidot, tekniset taidot, johtamistaidot, sekä

analysointikyvyn. Osaaminen, samoin kuin pätevyyskin, kasvaa iän, työuran, sekä koulutuksen myötä. Osaaminen voi myös kehittyä senioriteetiksi, jolloin vanhempana, viisaampana ja pätevänä on kykenevä antamaan osaamisensa nuorempien käyttöön, jolloin heille voi olla esimerkkinä. Seniori voi toimia myös mentorina tai konsulttina, joka auttaa nuorempia selviämään solmukohtien yli. (Haapsaari ym. 2001, 49.) Sairaanhoidajan kompetenssi koostuu kolmesta eri osa-alueesta, jotka ovat ydin-, erikois- ja yleispätevyys. (Hilden 2002, 33-34).

Kaikkien sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien henkilöiden perus- eli ydinosuamiseen, tulisi kuulua myös mielenterveyshoitotyö. Jokaisen hoitoalla työskentelevän henkilön tulisi pystyä tunnistamaan päihde- ja mielenterveysongelmien oireet, hallita ongelman puheeksi ottaminen, sekä ohjata asiakas oikeaan paikkaan ongelman hoitamiseksi. (Vesterinen 2011a; Vesterinen 2011b.) Päihde- ja mielenterveysongelmien auttamisen, sekä käsittämisen edellytyksenä ovat moniammatillinen osaaminen ja asiantuntemus, sekä työntekijän oman persoonallisuuden ja luovuuden käyttäminen luontevasti potilaskontaktissa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 24).

Hyvösen (2004, 57) tekemässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon piirissä työskentelevät hoitajat osaavat tunnistaa potilaan tai asiakkaan mielenterveyteen liittyviä avuntarpeita. He eivät kuitenkaan kykene itse vastaamaan näihin tarpeisiin, eivätkä osaa välittää asiakkaalle tai potilaalle tämän tarvitsemaa, moniammatillista apua. Suurimpana ongelmana oikean avun antamiselle nähtiin oman osaamisen suppeus, sekä ajankäytön rajallisuus. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat nimesivät kehittämistarpeiksi lisäkoulutuksen, sekä työnohjauksen, jotta osaaminen vastaisi mahdollisimman tehokkaasti potilaiden muuttuneita vaatimuksia.

5.2 Ydinosuaminen

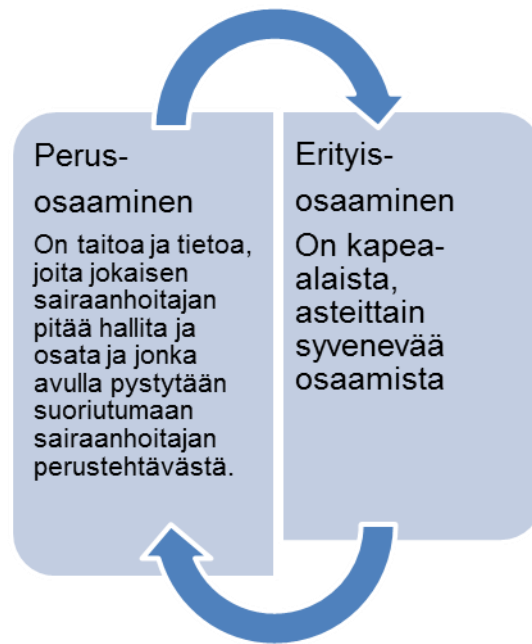
Ydinosuamiseksi voidaan kutsua sitä osaamista, joka on organisaation toiminnan toteutumiseksi elintärkeää. Ydinosuamisen tulisi kuvata sitä toimintatapaa, sekä – mallia, jota käyttämällä organisaatio pyrkii saavuttamaan päämääränsä. Ydinosuaminen ei ole kuitenkaan sitä osaamista, mikä kaikilla

alan toimijoilla on samanlaista. (Häkkiä 2010, 21.) Ydinosaamisella tarkoitetaan myös suhteellisen pysyvää, laaja-alaisesti omaksuttua, sekä tyypillistä osaamista, jonka tarvetta merkittävätkään muutokset ympäristössä eivät poista. Ydinosaaminen koskettaa kaikkia organisaation työntekijöitä, tehtäviä ja yksiköitä jollain tasolla. Ydinosaamisen määrittäminen pakottaa ajattelemaan koko organisaatiota kokonaisuutena ja huomiomaan kaikki sen työntekijäryhmät. Se tekee erotuksen organisaation muihin toimijoihin ja muodostaa strategisen johtamisen välineen. (Sosiaaliportti 2012.) Opetusministeriö (2006) on laatinut kymmenen ydinosaamisen kompetenssia, jotka määrittelevät hoitotyön koulutuksen sisällön. Sairaanhoidajan ydinosaamisena nähdään ohjaus-, yhteistyö-, eettinen päätöksenteko, tutkimus- ja kehittämis-, yhteiskunta-, monikulttuurinen-, terveyden edistäminen, lääkehoidon-, sekä kliininen osaaminen. (OPM 2006, 63-64.)

5.3 Erikoisosaaminen

Ydinosaamiskompetenssit ovat luomassa pohjaa terveysalan yhteisille osaamisen alueille. Erityisosaamisen kompetenssit pitävät sisällään jonkin spesifisen asiantuntijaosaamisen, jota tullaan tulevaisuudessa arvostamaan yhä enemmän. Ydinosaamista tarvitaan hoitotyön kaikilla osa-alueilla, kun taas erikoisosaamista tarvitaan vain joissain tietyissä tilanteissa. Erikois- ja ydinosaamiskompetenssit eroavat toisistaan selkeästi, mutta kumpikaan niistä ei sulje toisiaan pois (Nurminen 2011a.) Erikoisosaamisessa korostuu vahvasti sisältöspesifinen ja ammatti tietämys, sekä taito soveltaa omia tietojaan käytännön hoitotyössä (Nummelin, Nygren 2011, 9).

Mielenterveys- ja päihdetyössä tarvittava erikoisosaaminen koostuu erilaisten riippuvuuksien hoitotyöstä, väkivallan kohtaamisen keinoista, erilaisista työskentelymenetelmistä, kuten motivoiva haastattelu, sekä ryhmänohjaustaidoista. (Vesterinen, 2011a.) Sairaanhoidajan on tunnistettava terveyttä edistävät, uhkaavat, sekä tukevat tekijät ihmisen elinkaaren eri vaiheissa, jotta tämä voisi ymmärtää voimavaralähtöisen ihmiskäsityksen (Havio 2008, 83).



Kuva 3. Erityis- ja perusosaaminen yhdessä muodostavat osaamisen synergian (Pietilä 2013, 12).

5.4 Yleis- eli perusosaaminen

Kaiken hoitotyön sekä hoidon pohjana on hoitajan perusosaaminen. Osaamisella tarkoitetaan asiakkaan tarpeiden sekä omien rajojen määrittämistä, joilla voidaan taata tekemisen turvallisuus, sekä tuloksellisuus (Nurminen 2011b, 27.) Perusosaamista ovat taidot sekä tiedot, joiden avulla hoitaja pystyy suoriutumaan työstään onnistuneesti, sekä taitavasti (Nummelin & Nygren 2011, 9). Perusosaamista hoitotyössä määrittelevät potilaslähtöisyys, potilaan kunnioittaminen, toimintamallit, tulevaisuudessa tarvittava osaaminen, sekä hoitotyön ydinosaaminen (Nurminen 2011a). Perus- ja erikoisosaaminen muodostavat kuitenkin yhdessä osaamisen synergian (Kuva 3).

Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyydestä kärsivän potilaan hoitotyön ydinosaamista on määrittää hoitotyön haasteet. Niitä määrittäessä huomioidaan potilaan ongelmat, elämäntilanne ja omat voimavarat. Tässä työssä tarvitaan nimenomaan kykyä tunnistaa kyseinen potilasryhmä ja sitä kautta myös arvioida hoitotoimenpiteiden tarve. Sairaanhoitajan varsinainen työ alkaa potilaan osallistamisesta hoitoon, sekä hoitotyön tavoitteiden ja

auttamismenetelmien päättämisestä. Hoidollisten interventioiden tekeminen, sekä konkreettinen tilanteeseen puuttuminen ovat aina sairaanhoitajan vastuulla. Vasta tämän jälkeen vastuu jatkohoitoon hakeutumisesta, sekä hoidon valinnoista siirtyy potilaalle itselleen. Tapaamisesta muodostuva hoitosuunnitelma, sekä sen toteuttaminen pohjautuu kuitenkin sairaanhoitajan suorittamaan moniammatilliseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien, sekä potilaan ja tämän läheisten kanssa. (Holmberg 2012.)

6 ERIKOISOSAAMINEN PÄIHDEPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Päihde- ja mielenterveysongelmien tunnistaminen, ongelmien monimuotoisuus, sekä puheeksi ottaminen ovat tuoneet esille psykiatrian opetuksen kehittämistarpeen. Terveystieteiden henkilöstön osaamisen paranemista mielenterveytyksessä tarvitaan, mikä on huomioitava kehitettäessä erikoistumiskoulutusta. (STM 2006:32, 11.) Päihde- ja mielenterveysosaamisessa korostuu sairaanhoitajan kyky tarkastella potilaan ongelmia moniammatillisesti, sekä kokonaisvaltaisesti. Päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitoketjuun sisältyvät kolmannen sektorin, yksityisen, sekä julkisen palvelut. Hyvään hoitamiseen kuuluu hoidon näkeminen hoitoprosessina, missä hoitohenkilökunnan hallitsema erikoisosaaminen korostuu. Jotta potilaalle voidaan järjestää tarkoituksenmukainen hoito, tarvitaan laaja-alaista sosiaali- lääketieteen, sekä hoitotieteen ymmärrystä ja tietämystä, sekä ymmärrystä perhe- ja verkostotyöstä, päihdehoidosta ja psykiatrisesta hoitamisesta. (Vähäniemi 2008, 101-103.)

Päihdeosaamista voidaan pitää yhtenä osana kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Päihteiden ongelmakäyttö ja siitä koituvat ongelmat heijastuvat välillisesti monelle eri tasolle, koskettaen työyhteisöä, naapureita, sukulaisia,

sekä perheitä. Päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien, haittojen, sairauksien ja riskien hoito sekä ehkäisy ei kuulu pelkästään erityisammattilaisille, vaan myös kaikille terveyden edistämisen parissa työskenteleville. (OPM 2007:17, 19.)

Selvitysten mukaan terveydenhuollossa toimivilla henkilöillä on vajetta tunnistaa potilaan päihteiden käyttöä, siihen liittyviä kerrannashaittoja, sekä puuttua niihin. Asiakaskontakteissa hoidetaan lähinnä akuuttia somaattista tapaturmaa tai oireita, eikä arvioida päihteiden käytön vaikutuksia somaattisen tapaturman tai oireen aiheuttajana. Suomessa olisi ehdottomasti tarpeen lisätä perusterveydenhuollon, sekä erikoissairaanhoidon valmiuksia päihteiden käytön ja siitä johtuvien ongelmien, sekä haittojen tunnistamiseen ja niiden puheeksi ottamiseen. Lisäksi olisi tarvetta kehittää valmiutta hoidon tarpeen, oikean hoitopaikan- sekä muodon arviointiin, samoin kuin hoidon suunnitteluun ja ohjaukseen muiden tarvittavien palveluiden piiriin. (OPM 2007:17, 22-23.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on selvittänyt mielenterveyspalveluiden työn rasittavuutta, sekä työnjakoa. Kyseisen työryhmän näkemyksen mukaan mielenterveyspalveluiden järjestämisessä tarvitaan selkiyttämistä, erityisesti työnjaon suhteen. Tällä tavoin voidaan myös lievittää henkilöstön työrasitusta, esimerkiksi kehittämällä yhteisiä toimintamalleja. Terveydenhuollon koulutuksella pyritään turvaamaan mielenterveysosaamisen ammatilliset edellytykset, sekä antamaan valmiudet oman psyykkisen kestävyyskehittämiseksi. (STM 2004:5, 59-60.)

6.1 Eettinen osaaminen

Suomessa sairaanhoitajan eettinen osaaminen perustuu hoitotyön eettisiin ohjeisiin, sekä lainsäädäntöön. Sairaanhoitaja toimii eettisesti korkeatasoisesti, kunnioittaen jokaisen potilaan oikeuksia lainsäädännön mukaisesti. Toisaalta myös sairaanhoitajan oma ammatillinen kehittyminen on osa eettistä osaamista. (OPM 2006.) Eettinen osaaminen pitää käsitteenä sisällään periaatteet, asenteet, sekä arvot, jotka näkyvät sairaanhoitajan työssä. Miten

hän kohtelee omia kollegoitaan, potilaiden omaisia, sekä potilaita (Lahti 2008, 22-63; Rehn 2008, 31.) Sairaanhoidajan tulisi aina toimia oikeudenmukaisesti, kunnioittaen itsemääräämisoikeutta sekä yksilöllisyyttä, kohdattaessa omaisia ja potilasta (Lahti 2008, 22-63; Ääri ym. 2008, 78-85; Kurki 2011, 131; Laine 2011, 33; Meritähti 2011, 60). Sairaanhoidajan tulee huomioida hoitotyössään potilaan ja omaisten erilainen kulttuuritausta ja hoitaa heitä sen mukaisesti (Laine 2011, 35; Meritähti 2011, 60).

Sairaanhoidajan ammattietiikalla tarkoitetaan näkemystä siitä, millaista ammatillista toimintaa voidaan pitää oikeana ja hyvänä, millaista taas pahana ja vääränä. Moraalinen ongelma syntyy niissä tilanteissa, kun henkilö ei itse tiedä, kuinka olisi kannattavaa ja järkevää toimia tilanteessa, jotta hän toimisi oikein. (Juujärvi ym. 2007, 10-17.) Eettisten ongelmien ratkaisemiseksi ammatillinen asiantuntija pystyy käyttämään fakta- ja tieteellistä tietoa arvioidessaan tilanteista kriittisesti. Eri henkilöillä saattaa olla erilaisia, eettisiä perusteita ratkaista ongelmia. Kokeneempi sairaanhoitaja pystyy selviytymään helpommin eettisesti ristiriitatilanteesta käyttäen tietotaitoaan päätöksentekotilanteessa, kuin aloittelija. (Ääri ym. 2008, 78-86.) Eettisyyttä voidaan pitää osana sairaanhoidajan kliinistä osaamista (Memarian ym. 2007, 206).

Eettisen osaamisen alue pohjautuu sairaanhoidajan omaan ammatilliseen identiteettiin, millä tarkoitetaan sairaanhoidajan omaa käsitystä itsestään, ammatillisena toimijana. Hän ymmärtää oman suhteensa ammatillisuuteen, sekä työhön ja tiedostaa, millaiseksi hän haluaa kehittyä. Motivaatio ohjaa yksilön oppimista ja sitä myötä myös osaamista. (Eteläpelto, Onnismaa 2006, 26-89.)

6.2 Lääkehoito- ja kliininen osaaminen

Sairaanhoidajan kliininen hoitotyön osaaminen on seurausta vahvasta teoreettisesta osaamisesta, joka pitää sisällään ajantasaisen hoitotieteen, hoitotyössä tarvittavan yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden, ravitsemustieteen, farmakologian, sekä lääketieteen alan tiedon. Sairaanhoitaja ottaa vastuun potilaan sosiaalisesta, psyykkisestä, fyysisestä, sekä hengellisestä

turvallisuudesta. (OPM 2006.) Sairaanhoidtaja arvioi potilaan oireita, sekä tilaa mittaamalla, havainnoimalla, sekä tarvittaessa haastattelemalla. Hän myös arvioi ja seuraa hoidon vaikuttavuutta. (OPM 2006; Meritähti 2011, 59-60.)

Sairaanhoidtaja huolehtii potilaan peruselintoimintojen ja hemodynamiikan tarkkailusta. Hänen on havaittava potilaan tilassa tapahtuvat epänormaalit muutokset tulkitsemalla potilaan peruselintoimintoja. Hänen tulee myös osata tehdä itsenäisiä päätöksiä, konsultoida lääkäriä tarvittaessa, sekä hoitaa potilasta konsultoinnin vaatimalla tavalla. (Riley ym. 2005, 15-17; Nieminen 2007, 25-56.)

Päihdepotilaan kohdalla kliinisen osaamisen ongelmakohtina voidaan pitää huumeriippuvaisen potilaan vieroitusoireita somaattisen hoidon aikana, sekä korvaushoidossa olevan potilaan mahdollisesti tarvittavaa rauhoittavaa lääkitystä somaattisen hoidon aikana. Turun yliopistollisen keskussairaalan addiktiopoliklinikalla työskentelevä psykiatri Anna-Maria Heinisuo on tehnyt hyvin selkeän ohjeistuksen huumeriippuvaisen potilaan vieroitusoireiden hoitamiseksi somaattisen hoidon ajaksi. Tämä ohjeistus on myös saatavilla VSSHP:n ohjepankista sähköisesti, mutta käytännössä Heinisuo suositteli ensisijaisesti soitettavan addiktiopoliklinikalle. Ensisijaisena ajatuksen opiaattiriippuvaisen potilaan korvaushoidossa somaattisen jakson aikana, on turvata somaattisen hoidon toteutuminen. Lääkkeitä ei määrätä ajatellen, että potilas vieroittautuisi kokonaan opiaateista somaattisen jakson aikana, vaan tarkoitus on turvata hoidossa pysyminen, sekä pyrkiä pitämään poissa pahimmat vieroitusoireet. Ilman korvaavaa lääkitystä potilas todennäköisimmin keskeyttää somaattisen hoitajaksonsa, tai hankkii lääkityksensä omaehtoisesti osastolle. (Heinisuo 2009.) Huumeriippuvaisen potilaan vieroitusoireita poissa pitävä lääkitys somaattisen hoidon aikana- ohje on tämän työn liitteenä (Liite 3).

VSSHP:n sähköisestä ohjepankista löytyy myös ohje huumeidenkäyttäjän hoito somaattisella osastolla- ohje ammattilaisille. Kyseisessä ohjeessa käydään läpi potilaan kohtaamista, potilaiden sijoittelua osastolle, sekä turvallisuuteen liittyviä seikkoja. Ohjeistuksessa käydään läpi myös huumeidenkäytön kartoittamista,

sekä siihen liittyviä toimenpiteitä, lääkitystä, sekä ohjausta ja neuvontaa. huumeidenkäyttäjän hoito somaattisella osastolla- ohje ammattilaiselle löytyy kokonaisuudessaan tämän työn liitteenä (Liite 4).

6.3 Ohjausosaaminen

Sairaanhoitajan perustehtävänä on ohjata ja tukea potilasta omahoitoon, samoin kuin ohjata potilasta, sekä tämän omaisia hoitotyön suunnitelman mukaisesti. Sairaanhoitajan on mahdollista hyödyntää perusohjausmateriaalia, samoin kuin sähköisessä muodossa olevaa potilasohjausmateriaalia. Sairaanhoitajan työhön sisältyy myös opiskelijoiden ohjausta ja opetusta, samoin kuin uuden henkilökunnan perehdytystäkin. (OPM 2006.)

Päihdeongelmaisen potilaan kohdalla potilaalle tulee antaa ymmärrettävä selvitys tämän terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista, sekä hoitoon liittyvistä merkittävistä asioista. Kyseistä potilasryhmää kohdattaessa korostuu kärsivällisyys, rohkeus, sekä yksilöllisyys. Hoito rakennetaan toivon ylläpitämisestä, jatkuvuudesta, sekä pysyvyydestä. Hoitoyhteisössä on hyvin tärkeää ymmärtää, että päihde- ja mielenterveysongelmia on hoidettava, vaikka kaikkia niihin liittyviä ongelmia ei välttämättä ymmärretä tai hyväksytä. (Holmberg 2012.)

Potilaalle tulisi tarjota mieluummin sekä-että-vaihtoehtoja, kuin joko-tai-vaihtoehtoja. On tärkeää tukea potilasta asettamaan omalle hoidolleen realistisia tavoitteita. Hoitotyön kultaisimpana sääntönä voidaan pitää sitä, että päihdepotilaan kohdalla tarvitaan enemmän ohjaamista, sekä sietämistä, kuin tekemistä ja tietämistä potilaan puolesta. (Holmberg 2012.)

6.4 Vuorovaikutus-, yhteistyö-, kehittämis- ja johtamisosaaminen

Potilastyön lisäksi tulee sairaanhoitajan hallita asiantuntijana toimiminen osana moniammatillista tiimiä, verkostoissa sekä projekteissa. Hän toimii konsulttina omassa työssään, mutta tarvittaessa hänen tulee osata konsultoida myös muiden ammattiryhmien asiantuntijoita. (OPM 2006; Baldwin ym. 2009, 195.) Sairaanhoitajan ammattitaitoa lisäävät ymmärrys ja tietämys oman osaamisen

rajallisuudesta, jonka avulla kasvaa merkitys yhteistyöstä kollegoiden kanssa. Moniammatillisuus näkyy jokapäiväisessä toiminnassa, yhteistyössä lääkäreiden ja kollegoiden kanssa. Epävarmoissa tilanteissa erityisesti hyödynnetään toisten ammattiryhmien tai omien kollegoiden osaamista. (Rehn 2008, 22,31-32.) Tulevaisuudessa sairaanhoitajalta vaaditaan aikaisempaa enemmän yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Viestintämenetelmät kehittyvät, mikä mahdollistaa yhteistyön sujumisen eri tekijöiden kesken tehokkaammin. (Laine 2011, 35.)

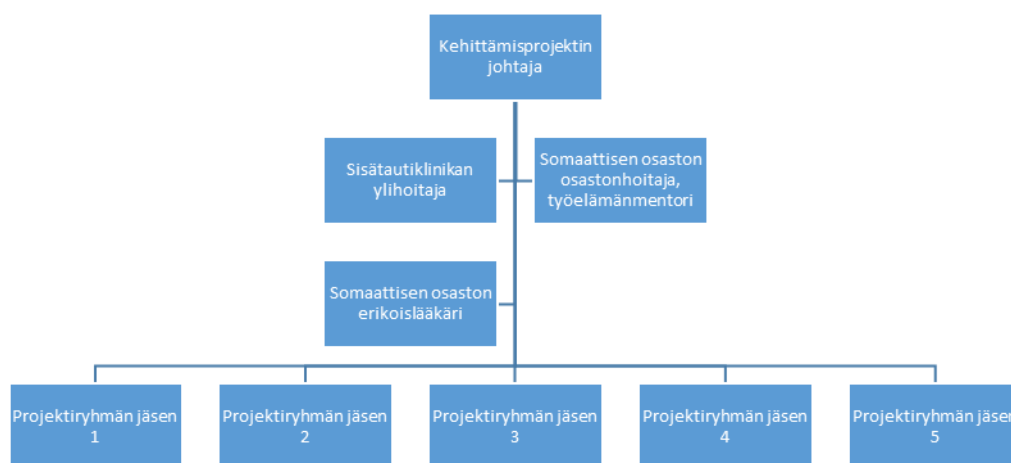
Yhteistyö niin potilaan kuin moniammatillisen työryhmän välillä on tärkeää potilaan hoidon onnistumiseksi. Vuorovaikutus potilaan, sekä muun henkilökunnan kanssa on tehokkaan potilasohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää. (Riley ym. 2005, 16-17.) Sairaanhoitaja on myös omalta osaltaan vastuullinen pitämään huolta oman työyhteisönsä toimivuudesta (Nieminen 2007, 25-56). Johtamisosaamiseen voidaan sisällyttää työn organisointi, hallinta, päätöksenteko, sekä työhyvinvointi (Lahti 2008, 22-63).

Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitajan toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä hoitotyön suunnitelmassa, käyttää tutkittua tietoa, sekä parasta, ajantasaista saatavilla olevaa tietoa hyväkseen hoitotyön päätöksenteossa, huomioiden potilaan, yhteisön, sekä omaiset (OPM 2006) Sairaanhoitajan kokemus, auttamistaidot, itsenäisyys, sekä persoonallisuus vaikuttavat hänen ammatilliseen pätevyYTEEN. Ammatillisesti pätevä sairaanhoitaja osaa kehittää, arvioida, sekä arvostaa omaa ammattiaan, sekä tekemäänsä työtä. (Hilden 1999, 97-100.)

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämisprojekti käynnistyi syyskuussa 2012 Turun ammattikorkeakoulussa järjestetyssä hanke-esittelytilaisuudessa. Projektipäällikkö ilmoitti Hoi-Pro-

hankkeesta vastaavalle henkilölle mielenkiintonsa projektia kohtaan ja täten hänet nimettiin vastuuhenkilöksi projektiin. Loka-marraskuussa 2012 projektipäälliköille nimitettiin työelämän mentori, jona toimi akuutin sisätautivuodeosaston osastonhoitaja. Mentorina hänen tehtävänä oli tukea ja auttaa projektipäällikköä niin kyseisen kehittämisprojektin tiimoilta, mutta myös ammatillisen kasvun suhteen. Osastonhoitaja nimesi osastolla työskentelevät, halukkaat sairaanhoitajat toimimaan projektissa. Näin muodostui projekti- ja ohjausryhmä. Projektiryhmään kuului varsinaisesti osastolla toimivat 5 sairaanhoitajaa, sekä projektipäällikkö. Ohjausryhmään em. henkilöt, sekä työelämänmentori, eli osastonhoitaja, osastolla toimiva erikoislääkäri, sekä projektipäällikön ohjaava opettaja Turun ammattikorkeakoulusta. Ohjausryhmä oli koolla tarvittaessa, mm. arvioimassa sairaanhoitajien erikoisosaamisen alueiden laadinnassa, mutta muutoin projektin tapaamiset tapahtuivat lähinnä projektiryhmän kesken. Sisätautiklinikan ylihoitaja ei muutoin toiminut projektin ohjausryhmän jäsenenä, muuta kuin alkuvaiheessa, jolloin aiheen rajaamista pohdittiin. Kuviossa 4 on kuvattu kehittämisprojektin ohjaus- ja projektiryhmä tarkemmin.



Kuvio 4. Kehittämisprojektin ohjaus- ja projektiryhmä.

Ensimmäinen projektiryhmän tapaaminen oli tammikuussa 2013, missä sovittiin yhteisistä säännöistä ja vastuualueista projektin tiimoilta. Käytiin myös keskustelua siitä, miten projektia lähdetään toteuttamaan, sekä mitä projektiryhmä ja – päällikkö odottaa kehittämisprojektilta. Muokkasimme

yhdessä tavoitteita sekä toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiselle. Kokonaisvastuu kehittämisprojektin johtamisesta oli projektipäälliköllä, joka huolehti siitä, että kehittämisprojekti valmistuu sovitussa aikataulussa ja vastaa kehittämisprojektille asetettuja tavoitteita. Projektipäällikkö huolehtii kehittämisprojektin hallinnan kannalta välttämättömistä asioista, sekä tarpeen mukaan raportoi niistä ohjausryhmälle. Projektipäällikön tehtävänä oli myös vastata työ- ja aikataulusuunnitelman laadinnasta, sekä toteutuksesta, samoin kuin tarvittavien muutosesitysten laadinnasta, raportoinnista, sekä tiedottamisesta.

Tammikuun tapaamisessa sovittiin myös kehittämisprojektin aikataulusta. Aikataulutusta on kuvattu tarkemmin alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kehittämisprojektin eteneminen ja aikataulu.

Toiminta	Ajankohta	Tarkoitus
Projektiryhmän valikoituminen oman mielenkiinnon perusteella	Kevät 2013 Tammikuu →	Tapaaminen projektiryhmän kanssa Keskustelua tavoitteista ja toiveista Yhteisten pelisääntöjen sopiminen projektin ajaksi
Yhteistyötapaaminen eri toimijoiden kanssa: addiktiopoliklinikka päihde- ja korvaushoitopoliklinikka katkaisuhoidoasema	Maalis- Toukokuu →	Projektinjohtajan toimesta
Projektiryhmän tapaaminen	Syksy 2013 Syyskuu →	Koulutuksen tarpeen kartoittaminen → tarpeen osoittaminen

Projektiryhmän tapaaminen	Lokakuu →	Kyselylomakkeen haastattelurungon luominen projektiryhmän toiveisiin pohjautuen
Projektiryhmän tapaaminen	Marraskuu →	Teemahaastatteluiden tekeminen
Projektinjohtajan toimesta	Marras- Joulukuu →	Teemahaastattelujen sisällön aukikirjoittaminen Sisällön analysoiminen induktiivisesti
Projektiryhmän ja yhteistyötoimijoiden tapaaminen	Kevät 2014 Tammikuu →	Koulutustarpeen arviointi ja osoittaminen → erikoisosaamisen alueiden määrittely ja arviointi
Projektiryhmän tapaaminen	Helmikuu →	Koulutustarpeen osoittaminen ja julkaisu
Projektiryhmän tapaaminen	Maalis- Huhtikuu →	Yhteistyötapaaminen kaikkien kehittämisprojektin toimijoiden kesken → info/koulutustilaisuus, jossa tarkoitus lisätä kaikkien toimijoiden tietämystä toistensa toiminnasta →kouluttaa projektiryhmän jäseniä yleisesti päihdepotilaan hoitamisen erityispiirteistä, sosiaaliasioista jne.
Projektiryhmän tapaaminen	Syksy 2014	Kehittämisprojektin esittäminen somaattisen osaston henkilökunnalle & lääkäreille. Kehittämisprojektin pohjalta esiin nousseiden toimintamallien ehdottaminen

Kehittämiprojekti eteni edellä kuvatun aikataulun mukaisesti (Taulukko 1).

Ryhmähaastattelun pohjalta esiinnousseet sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueet haluttiin hyväksyttävä projektin ohjausryhmällä, joka hyväksyi ne keväällä 2014. Tällä toiminnalla tavoiteltiin erikoisosaamisalueiden varmentamista ja luotettavuutta. Tämä toimintamuutos ei käytännössä aiheuttanut muutosta projektin aikataulutukseen, koska tapahtui käytännössä projektipäällikön omalla ajalla.

Sairaanhoitajien erikoisosaamisen alueet lähetettiin vielä projektiryhmän jäsenille sähköpostitse, jolloin kaikilla oli aikaa perehtyä niihin ja tarvittaessa antaa muutosehdotuksia, niin halutessaan. Tällä haluttiin varmentaa projektiryhmän mielipiteen yhteneväisyyttä, sekä varmentaa erikoisosaamisen alueiden luotettavuutta juuri päihdepotilaan hoitotyöhön.

7.1 Yhteistyötapaaminen

Sairaanhoitajien erikoisosaamisen alueet päihdepotilaan hoitotyöhön somaattisella osastolla tuotiin julki myös projektin yhteistyötapaamisessa, joka järjestettiin 14.5.2014 Katkaisuhuoltoaseman tiloissa, Vähä-Heikkilässä. Tilaisuudessa oli läsnä katkaisuaseman vastaava hoitaja ja sosiaalityöntekijä, Turun kaupungin psykiatrian edustaja, TYKS addiktiopoliklinikalla työskentelevä päihdesairaanhoitaja, sekä projektiryhmä. Sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueiden esittämisellä haluttiin vielä yhteistyötoimijoiden varmennus siitä, että ne olisivat relevantteja, sekä käyttökelpoisia juuri päihdepotilaan hoitotyössä.

Samaisessa tilaisuudessa pohdittiin myös päihdepotilaan hoitopolkuajattelumallia. Tällä hetkellä päihdepotilas ohjautuu hyvin harvoin tarvitsemaansa katkaisuhuoltoon heti somaattisen hoitotyön päätyttyä. Toisaalta tällä hetkellä osastolla on käytössä psykiatriin konsultaatio, joka tehdään osaston ohjeistuksen mukaisesti kaikille potilaille, jotka ovat selkeästi itsetuhoisia. Päihdepotilaat ovat kuitenkin suhteellisen usein osastolla selkeästi päihteiden väärinkäytön vuoksi, eivätkä niinkään psyykkisen ongelman vuoksi, vaikkakin kyseinen ongelma saattaa olla syy päihteiden ongelmakäyttöön.

Täten tulevaisuudessa voitaisiin käyttää enemmän päihdesairaanhoitajan tarjoamia palveluita. Päihdesairaanhoitajan on mahdollista tulla osastolle tekemään konsultaatiota samalla tavalla kuin psykiatrinkin. Päihdesairaanhoitaja tarvitsee konsultaatiopyynnön, mutta sen voi kirjoittaa somaattisella osastolla toimiva sairaanhoitaja, joten siis potilas saa päihdesairaanhoitajan konsultaation todennäköisesti nopeammin kuin psykiatrin konsultaation. Päihdesairaanhoitajan on myös mahdollista antaa potilaille keskusteluaikoja itselleen esimerkiksi kuukauden päähän, jolloin potilaalla on heti sairaalasta kotiuduttuaan jotakin konkreettista siihen, mistä päihdeettömyys voisi alkaa. Päihdesairaanhoitaja toi ilmi myös näkemyksen, että joskus pelkästään jo puhelinnumeron antaminen potilaalle on tuonut ajatuksen raitistumisesta esimerkiksi kuukauden päästä. Toisaalta Päihdesairaanhoitajan konsultaation sisällyttäminen päihdepotilaan hoitoketjuun toisi myös päihdepotilaan tarvitseman, konkreettisen erikoisosaamisen tämän saataville, välittömästi somaattisen voinnin niin salliessa.

Yhteistyötapaamisessa pohdittiin myös koulutustarvetta niin uusille, päivystäville lääkäreille, sairaanhoitajille, sekä myös vanhojen työntekijöiden perehdyttämiseksi. Addiktiopoliklinikalla työskentelevä erikoislääkäri Anna-Maria Heinisuo on luvannut järjestää sisätautiklinikalla työskenteleville lääkäreille perehdytyksen liittyen päihdepotilaisiin, sekä heidän somaattiseen hoitoon liittyviin erikoispiirteisiin. Koulutus olisi tarkoitus järjestää esimerkiksi vuosittain, jotta osaamisen ylläpitäminen säilyisi myös lääkäreillä. Projektiryhmän jäsenten kesken luotiin päivystyksessä työskenteleville lääkäreillä tarkastuskortti, jotta he ovat muistaneet huomioida päihdepotilaiden kohdalla heidän hoitoonsa liittyvät erikoispiirteet. Tällä tarkastuskortilla on tarkoitus edistää potilas- ja työturvallisuutta. Toisaalta myös helpottaa päivystävän lääkärin työtä, sillä mikäli tilanne kulminoituu osastolla, niin sairaanhoitajalla on selkeä ohje siihen, miten hän potilaan kohdalla toimii. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2) on kuvattu tarkastuskorttia selkeämmin.

Taulukko 2. Päivystäville lääkäreille suunnattu päihdepotilaiden tarkastuskortti.

Lääkehoito		
	Kouristuksen hoito	
	Vieroitusoireiden hoito	
	Pahoinvointilääkitys	
	Kipulääkitys	
	Vitaalielintoimintojen turvaamiseen liittyvä lääkitys	RR-lasku, pulssitason lasku, Carbomix- uusinta, Frekvenssin lasku, GCS-lasku
	Sekavuuden lääkehoito	Delirium, harhaluulot ja – näyt, psykoosi?
	Korvaushoitolääkitys, määrä?	
Fyysinen hoitoympäristö		
	Saako käyttää lepositeitä tarvittaessa?	
	Onko potilaan poistuminen hoidosta estettävä? (Vartija, Poliisi)	
Sosiaaliset seikat		
	Psykiatrin konsultaatiopyyntö	Päihdesairaanhoitajan konsultaatiopyyntö
	Lastensuojeluilmoitus?	

Projektiryhmän jäsenet toivoivat uusille työntekijöille perehdytystä erityisesti vain päihdepotilaista, sekä heidän hoitotyöstään. Projektiryhmän jäsenet kokivat, että hyvin usein uusille työntekijöille järjestettävistä perehdytyksistä jää taka-alalle juuri kyseinen potilasryhmä, koska on niin paljon muita, uusia asioita perehdytettävänä. Yhteistyötapaamisessa päihdesairaanhoitaja koki, että hän voi huolehtia uusien työntekijöiden perehdyttämisestä juuri päihdepotilaiden kohdalla. Projektiryhmästä nousi myös ajatus vanhojen työntekijöiden vuosittaisesti kouluttamisesta päihdesairaanhoitajan toimesta. Täten olisi mahdollista säilyttää erikoisosaaminen osastolla jatkuvasti. Päihdesairaanhoitaja voisi esimerkiksi käydä osastotunneilla tiistaisin pitämässä tunnin koulutushetken liittyen päihdepotilaisiin, sekä heidän hoitotyön erikoispiirteisiin. Mikäli päihdehoitotyössä tapahtuu jotakin uutta niin

päihdesairaanhoidaja voisi tarpeen mukaan tulla osastotunnille useammin kuin kerran vuodessa. Päihdesairaanhoidajan on mahdollista myös perehdyttää hieman sosiaalipuoleen liittyviin asioihin, jotka hyvin usein ovat somaattisella puolella työskentelevälle sairaanhoitajalle vieraita.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

8.1 Tutkimuksen tavoitteet

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion tavoitteena oli paneelihaastattelun avulla saada tietoa niistä ongelma- ja kehittämiskohdista, joita sairaanhoitajan kohtaa päihdepotilaan hoitotyössä. Paneelikeskustelulla saatavia tietoja voitiin hyödyntää arvioitaessa, onko päihdepotilaan hoitotyön koulutus- ja perehdytysmallille tarvetta, sekä tehostaessa päihdepotilaan hoitotyötä yhteistyötoimijoiden kanssa. Kehittämiprojektin aiheen kannalta oli kuitenkin relevanttia kohdistaa paneelikeskustelun haastattelun teemat koskemaan sairaanhoitajan tarvitsemaa erikoisosaamista päihdepotilaan hoitotyössä. Rajauksen perusteena oli se, että jo yksittäisenä potilasryhmänä päihdepotilaat on koettu haastavaksi ja aikaa vieväksi osastolla. Tämän kehittämiprojektin keskeinen tutkimuskysymys:

1. Millaisesta hoitotyön erikoisosaamisesta päihdepotilas hyötyisi saamastaan hoidosta somaattisella osastolla parhaiten?

Näiden myötä tavoitteena oli saada tietoa myös siitä, millaista erikoisosaamista sairaanhoitaja tarvitsee voidakseen hoitaa päihdepotilasta kokonaisvaltaisesti somaattisella osastolla. Tavoitteena oli hyödyntää aikaisempaa kirjallisuutta ja tutkimustietoa ja niiden pohjalta selvittää, mitä erityispiirteitä päihdepotilaan hoitotyö vaatii ja sen pohjalta, mitä erityisosaamista päihdepotilaan hoitotyö

vaatii sairaanhoitajalta. Kirjallisuuskatsauksella haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 2 Millaista koulutusta sairaanhoitajan tarvitsisivat hoitaakseen päihdepotilaita?
3. Millaista koulutusta päivystävät lääkärit tarvitsisivat hoitaakseen päihdepotilaita?
4. Mitä on perusosaaminen päihdepotilaan hoitotyössä?
5. Mitä on erikoisosaaminen päihdepotilaan hoitotyössä?

Tutkimuskysymyksiin liittyen teemahaastattelun haastattelurunko on tämän työn liitteenä (Liite 1). Sairaanhoitajan erikoisosaamisen kuvaus, koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi, sekä hoitopolku-ajattelumalli perustuvat kirjallisuuteen, sekä paneelikeskustelussa esiin nousseisiin, sairaanhoitajien kokemuksen pohjalta merkityksellisiin asioihin päihdepotilaan hoitotyössä. Kliinisiä erikoisosaamistarpeita kartoitettiin paneelikeskustelun avulla, jonka projektiryhmän jäsenet hyväksyivät. Kehittämiprojektin asiantuntijapaneeli hyväksyi erityisosaamisen kuvauksen myöhemmässä vaiheessa. Kehittämiprojektin yhteistyötapaamisessa pohdittiin koulutus- ja perehdytystarvetta tarkemmin, samoin kuin päihdepotilaan hoitopolku-ajattelumallia.

8.2 Kirjallisuuskatsaus aineiston keruun menetelmänä

Bearfield ja Eller kuvaavat kirjallisuuskatsausta kahden eri lähestymistavan pohjalta. Intellektuaalinen historia antaa katsaukselle tietyt puitteet ja on ensimmäinen tapa kirjallisuuskatsauksen tekemiselle. Kyse on siitä, että katsauksessa pitäydytään oman tieteenalan piirissä ja pyritään antamaan oman alueen tutkijoiden tuottamasta aineistosta jokin kehityskuva. Toinen, hieman poikkitieteellisempi tapa katsauksen jäsentämiselle on ideoiden historia. Tavassa tutkimusongelman ideaa pyritään kuvailemaan siten, että sen

kehityksen esittämisessä ei välitetä tieteenalojen rajoista. Näin ollen saadaan esille yhteneväisyydet, sekä poikkeavuudet. (Bearfield, Eller 2008, 63- 64).

Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää metodina, sekä tutkimustekniikkana, jossa tutkitaan jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Sen avulla siis tehdään tutkimusta tutkimuksesta, eli kootaan ylös tutkimusten tuloksia, jotka toimivat perustana uusille tutkimustuloksille. Silloin, kun kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen käytettyjen lähteiden keskinäiseen tekniikkaan sekä yhteyteen, joilla siteeratut tulokset on saatu hankittua, voidaan puhua systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Metsämuurosen 2009 mukaan tämä edellyttää yhtä tarkkaa tutkijanotetta kuin kaikki muukin tieteellinen tutkimustyö. (Salminen 2011, 4 mukaan).

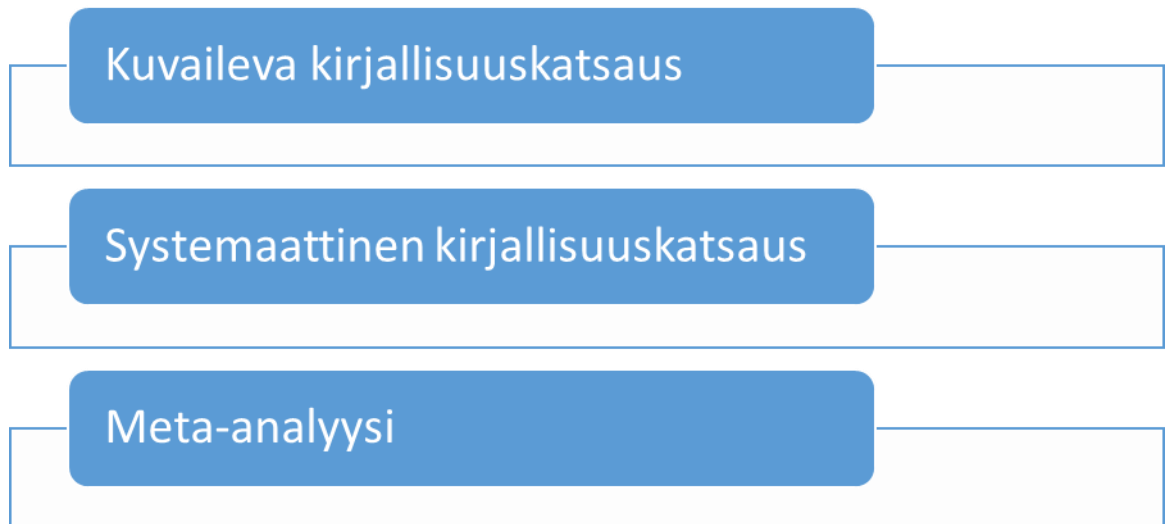
Finkin 2005 mukaan tutkimuskirjallisuuteen perustuva kirjallisuuskatsaus on toistettavissa oleva, täsmällinen, sekä systemaattinen menetelmä, jolla tiivistetään, tunnistetaan, sekä arvioidaan käytännön asiantuntijoiden, tutkijoiden, sekä tiedemiesten valmiina oleva ja julkaistu tutkimusaineisto. Katsaus pohjautuu alkuperäiseen, korkealaatuiseen tutkimustyöhön, sekä siitä tehtyihin johtopäätöksiin. (Salminen 2011, 4-5 mukaan).

Kirjallisuuskatsaus terminä vaatii hieman täsmennystä. Suomenkielinen termi, kirjallisuuskatsaus (research literature review, literature review, review) on harhaanjohtava, koska kyse ei ole niinkään katsauksesta, joka voidaan arkikielessä ymmärtää tiiviiksi, lyhyeksi vilkaisuksi, tai yhteenvedosta ilman perusteellista tai muutoin analyttistä otetta. Termi ”review” viittaa kuitenkin katsauksen lisäksi myös arviointiin, joka tehdään kirjallisuuskatsausta tehtäessä kriittisesti, sekä uudelleen. Termillä voidaan myös tarkoittaa tarkistusta, arvostelua, selontekoa tai jopa historiikkia. (Salminen 2011, 5).

8.2.1 Kirjallisuuskatsauksen tyypit

Kirjallisuuskatsauksen esittely on jaettu kolmeen perustyyppiin. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kuvailevaan, systemaattiseen, sekä meta-

analyysiin, kvantitatiivisena, sekä kvalitatiivisena tyyppinä. (Salminen 2011, 6). Kuviossa 5 on kuvattu kirjallisuuskatsauksen eri tyyppiä.



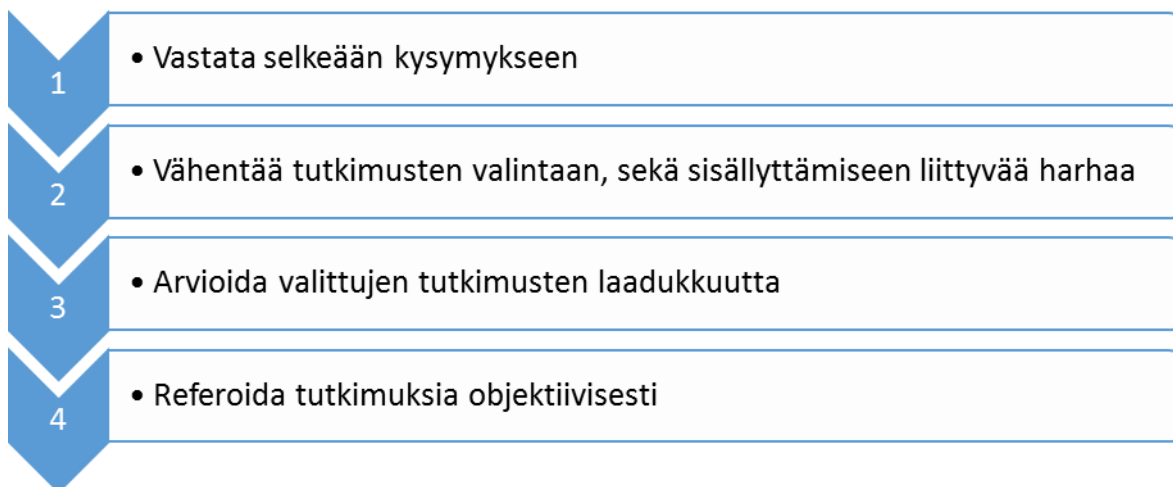
Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen eri tyypit. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää yhtenä yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyyppinä. Sitä voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi, jossa ei ole tarkkoja tai tiukkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat usein laajoja ja niiden valintaa ei rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laajasti, sekä tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin meta-analyysissä tai systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan myös käyttää nimitystä traditionaalinen kirjallisuuskatsaus. Tämä toimii itsenäisenä metodina, mutta sen katsotaan tarjoavan myös uusia, tutkittavia ilmiöitä systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kaksi hieman erilaista orientaatiota, joita ovat integroiva ja narratiivinen katsaus. Erityisesti integroivalla katsauksella on paljon yhtymäkohtia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa. (Salminen 2011, 6.)

Kirjallisuuskatsauksentoinen perustyyppi on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten tiivistelmä, jossa esiintyy kaikki olennainen niiden sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella seulotaan esiin ja kartoitetaan tieteellisten tulosten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimuksia. (Petticrew 2001, 98; Kallio 2006, 19). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tulkitaan joskus tekniikaksi, joka tukee muita metodeja ja rakentaa tutkimuksessa lähinnä vain ns. alkuasetelmaa. Silti metodin itsenäisen luonteen puolesta viittaavat monet tutkijat, kuten Fink 2005. (Salminen 2011, 9).

Tutkija käy systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa runsaasti läpi erilaista tutkimusmateriaalia. Hän pyrkii asettamaan ne oman tieteenalansa, historiallisen, sekä tutkimuksen mukaiseen kontekstiin. Samalla tutkijan on entistä helpompi perustella, miksi juuri hänen tekemä tutkimuksensa on merkittävä. (Bearfield, Eller 2008, 61-72). Kallio 2006 määrittelee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen; lähdeaineiston tarkastelu tehdään systemaattisesti, jonka ideologian varaan rakennetaan yhteiskunnallinen lähestymistapa. Tällä lähestymistavalla tavoitellaan yleiskatsauksellisuutta, joka liittyy käsiteltävään diskurssiin tai aihepiiriin. (Kallio 2006, 26).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa silloin, kun halutaan testata hypoteeseja, arvioida aiempien tutkimusten johdonmukaisuutta, sekä esittää niiden tuloksia tiiviissä muodossa. Se voi myös paljastaa aiempien tutkimusten puutteita, eli tuoda esille uusia tutkimustarpeita. Laaja-alaisuutta ei kuitenkaan voida pitää sinänsä arvona, sillä myös laaja työ voi lähdevalinnoiltaan olla yksipuolinen. (Salminen 2011, 9.) Petticrew (2001, 99-101) on todennut, mikä kirjallisuuskatsauksen tekemisen vaiheissa on tärkeää. Kuviossa 6 esitetään Petticrew esittämät vaiheet, sekä vaiheissa tärkeäksi mainitut asiat.



Kuvio 6. Petticrewn (2001, 99-101) mainitsevat asiat, jotka systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeitä.

Kirjallisuuskatsaus antaa ohjeet tiedon arviointia, sekä etsimistä varten, samoin kuin tulosten yhdistelyä, sekä yhteenvetoa varten. Katsaukselle on systemaattisuuden avulla tarkoitus luoda kriteerejä, jotka tuovat tutkimukselle lisää tieteellistä uskottavuutta. (Dixon-Woods ym. 2007.) Yksi tärkeimmistä ulottuvuuksista on näyttöön perustuva päätöksenteko, jolla tarkoitetaan tutkitun tiedon tuomista päätöksentekoa varten, sekä sen tueksi. Näyttöön perustuvalla päätöksenteolla halutaan hakea parhainta, tuloksellisinta, sekä tehokkainta toimintatapaa. Tämän vuoksi se on linkitetty ”benchmarkin” sekä ”best practices” –malleihin, joiden tavoitteena on löytää parhaimmat toimintatavat tutkimuksellisin keinoin. (Metsämuuronen 2005, 578). Tarve saada tietoa tietoa, sekä tiedon määrän nopea kasvu asettavat hyvät perusteet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tehokkaalle hyödyntämiselle.

Kirjallisuuskatsauksen kolmas perustyyppi on meta-analyysi, joka voidaan jakaa kahteen perussuuntaukseen. Näitä ovat kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen meta-analyysi. Kvalitatiivinen meta-analyysi sisältää kaksi orientaatiota, joita ovat metasynteesi ja – yhteenveto. Nämä eroavat jossain määrin toisistaan. Metasynteesi on kuvailevampi ja tulkitsevampi analyysin muoto, kuin vastaavasti metayhteenvedossa korostuu määrällisempi ja matemaattisempi ote.

Metayhteenveto muistuttaa enemmän kvantitatiivisessa tutkimussuunnassa käytettävää meta-analyysiä. (Salminen 2011, 12).

8.2.1 Kirjallisuushaun kuvaus

Tämä kirjallisuuskatsaus toteutettiin mukailien systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuushakua lähdettiin toteuttamaan kansallisista tietokannoista MEDIC, MELINDA ja TERVEYSPORTTI – tietokannoista. MEDIC oli relevantti valinta tietokannaksi, sillä Medic pitää sisällään viitteitä suomalaisista hoito- ja lääketieteellisistä artikkeleista, opinnäytetöistä, kirjoista, väitöskirjoista, sekä tutkimuslaitosten ja virastojen raporteista. Mediciin tallennetaan artikkeliviitteitä tieteellisten kotimaisten lehtien lisäksi potilas- ja ammattilehdistä. MELINDA on suomalaisten kirjastojen yhteistietokanta, joka oli sen vuoksi relevantti valinta. Se pitää sisällään yliopisto- ja yhteiskirjastojen, sekä tilasto- ja ammattikorkeakoulujen kirjastojen tietokantoihin sisältyviä aineistoja. Melinda muodostaa kaikkien suomalaisten kirjastojen yhteisen metatietovarannon. (Oulun yliopiston kirjasto, 2013) Hakusanoiksi valikoitu Päihdeong* AND ennaltaehkäi* AND valvonta*, joilla saatiin tulokseksi 13 artikkelia, joista voitiin hyödyntää kahta artikkelia. Huume* AND päihdeong* hakusanoilla saatiin tulokseksi 11 artikkelia, joista hyödynnettiin kolmea. Alkoholinkäyttö* AND päihdeong* AND katuhuume* hakusanoilla saatiin tulokseksi 15 artikkelia, joista neljää pystyttiin hyödyntämään työssä. MEDIC-tietokannan avulla saatiin myös käännettyä englanninkielisiä hakusanoja, mikä helpotti asiasanojen rajaamista hyvin. Terveysportti on Duodecimin Kustannus Oy:n portaali palvelu terveydenhuoltohenkilöstölle. Se pitää sisällään Duodecimin, sekä Suomen lääkärilehden artikkelit, sekä kolme keskeistä, kansainvälistä lääketieteellistä lehteä BMJ, Lancet ja NEJM kokoteksteinä. (Oulun yliopiston kirjasto, 2013) Terveysportista hakusanoiksi valikoitui päihdeiden käyttäjä* , mikä tuotti yhteensä 17 artikkelia, joista voitiin hyödyntää vain yhtä. Hoitoketju* hakusanalla saatiin 25 artikkelia, joista voitiin hyödyntää yhtä. Terveysportissa ongelmia tuotti selkeästi aiheen rajaamisen haastavuus.

The Cochrane library- tietokanta on kansainvälinen, itsenäinen terveydenhuollon ammattilaisten, sekä tutkijoiden ylläpitämä tietokanta, joka

pitää sisällään maailmanlaajuisia tutkittua tietoa terveydenhuollon tutkimustuloksista, sekä päätöksenteosta. Tietokannan päämääränä on edistää ja ylläpitää terveydenhuollon korkeaa tasoa tutkittuun tietoon pohjautuen. (The Cochrane Collaboration, 2014) Tietokannasta haettiin tietoa hakusanoilla alcohol user* AND substance abuse*, mikä tuotti yhteensä 25 artikkelia. Näistä pystyttiin hyödyntämään kolmea, sillä selkeästi ongelmaksi muodostui ulkomaisen ja Suomalaisen hoitokulttuurin, sekä alkoholin kulutuksen kulttuurillinen ero, joten artikkelit olivat vaikeasti rinnastettavissa Suomeen.

Theseus- tietokanta on julkaisuarkisto, joka sisältää ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut verkossa. Theseuksessa voi tarkastella opinnäytetöitä ja julkaisuja kokonaisuudessaan, sekä hyödyntää niitä. (Theseus 2014). Theseus-tietokannasta haettiin tietoa hakusanalla päihdepot* , joka tuotti 11 opinnäytetyötä, joista kolmea voitiin hyödyntää työhön. Väkivaltatilanne terveyden* hakusana tuotti 23 artikkelia, joista kolmea voitiin hyödyntää. Tämän hakusanan kohdalla oli selkeästi haastavaa haun rajaaminen tehokkaasti, koska väkivaltatilanne iskostui herkästi dementoituneisiin asiakkaisiin tai psykiatriin puolelle, mitkä eivät ole relevantteja tämän työn kannalta. Hakusanalla päihdepotilaan kohtaaminen* löytyi 25 opinnäytetyötä, joista viittä hyödynnettiin tässä työssä. Hakusanalla myrkytyspot* löytyi 8 opinnäytetyötä, joista hyödynnettiin vain yhtä.

8.2.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston raportointi

Kehittämiprojektia varten laaditun kirjallisuuskatsauksen pohjalta oli tarkoitus selvittää ja kartoittaa, mitä erikoisosaamista sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan päihdepotilasta somaattisella osastolla. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä kiinnitettiin myös huomiota päihdepotilaan hoitotyön, sekä päihdepotilaan kohtaamisen hyviin käytänteisiin, mitkä olivat tämän kehittämistyön kannalta relevantteja ja joiden pohjalta voidaan tulevaisuudessa kartoittaa päihdepotilaiden hoitotyön koulutusta ja sen suunnittelua. Toisaalta kirjallisuuskatsauksessa kiinnitettiin huomiota myös päihdepotilaan hoitopolkuajattelumalliin, mikä joissain kaupungeissa Suomessa on jo käytössä. Tässä yhteydessä kartoituksella viitataan siihen, että hankittu aineisto on raportoitu

kattavasti, ytimekkäästi, sekä johdonmukaisesti. Tutkimustulokset raportoitiin tutkimuskohtaisesti.

8.3 Sairaanhoidajan erikoisosaamisen määrittely päihdepotilaan hoitotyössä

Sairaanhoidajan erikoisosaaminen päihdepotilaan hoitotyössä muodostettiin määrittelemällä sairaanhoidajan tarvitsema kliininen osaaminen kyseisen potilasryhmän kohdalla. Kliinisiä osaamistarpeita kartoitettiin käyttäen ryhmähaastattelun menetelmää, sekä hyödyntäen eri asiantuntijapaneelleja. Myös koulutuksen runkoa, tarpeen arvioinnissa ja päihdepotilaan hoitopolkua suunniteltaessa käytettiin hyödyksi erilaisia asiantuntijapaneelleja.

8.3.1 Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi ja hoitopolku

Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointia päihdepotilaan hoitotyöhön liittyen kartoitettiin paneelikeskustelussa, mutta tarkemmin yhteistyöpalaverissa kehittämisprojektin eri toimijoiden kesken. Projektin ohjausryhmä hyväksyi uuden koulutus- ja perehdytysuunnitelman, jonka mukaan päihdesairaanhoitaja kouluttaa vanhoja ja perehdyttää uusia työntekijöitä päihdepotilaan somaattisen hoitotyön erityispiirteisiin. Samaisessa yhteistyöpalaverissa muodostettiin myös hoitopolku-ajattelumallia, mikä voitaisiin jatkossa sisällyttää päihdepotilaan hoitoprosessiin.

8.4 Ryhmähaastattelu tiedonkeruun menetelmänä

Laadullisessa, eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää haastattelua tiedonkeruun muotona. Tällöin on kyse enemmän tai vähemmän avointen kysymysten tai keskusteluteemojen esittämisestä valitulle ryhmälle tai erikseen yksilöille. Laadullisessa tutkimuksessa haastatellaan yleensä tutkimukseen valittuja yksilöitä, jolloin haastattelun perusmuotona on avoin kysymys, joka perustuu johonkin valittuun teemaan. Vastausten tulkinta jakautuu koko tutkimusprosessin ajalle, ei kriittisiin pisteisiin. Aineiston totuudellisuudella ei laadullisessa tutkimuksessa ole merkitystä, vaan se perustuu ajatuksiin ja mielipiteisiin. (Tilastokeskus 2014; Tuomi, Sarajärvi 2004, 19, 76-85; Saunders 2012, 35-36). Aiheen eettisyyden vuoksi päihdepotilaille ei tämän

kehittämiprojektin tiimoilta tehty kyselyä. Jotta potilaalta voidaan saada lupa tutkimukseen osallistumiseen ja sen tekemiseen, on häntä informoitava siitä riittävästi, sekä tuoda julki hänen oikeudet ja velvollisuudet (Leino-Kilpi, Välimäki 2012, 367.) Somaattisessa osastohoidossa olevan päihdepotilaan keskimääräinen hoitoaika on yleensä vähemmän kuin vuorokausi ja tämän aikana hänen päihtymystilansa on sellainen, ettei hänen antamaa suostumusta voida pitää luotettavana. Ajoittain myös päihdepotilaan hoitomyöntyvyys on heikko, joten kyselylomakkeen täyttäminen rehellisesti ja asianmukaisesti olisi todennäköisesti hyvin epäluotettavaa. Täten siis kyselylomakkeesta, sekä haastatteluista potilasaineistoille luovuttiin klinikan ylihoitajan ja osastonhoitajan suostumuksesta. Hoitohenkilökunnan asenteita päihdepotilaita kohtaan on viime vuosina tutkittu hyvin monessa tutkimuksessa (Kaappola, Luoto 2009; Hirvonen, Rutanen 2009; Lahtinen, Lalla 2011), joten sen takia tässä kehittämiprojektissa luovuttiin hoitohenkilökunnalle tehtävistä, syvemmistä kyselyistä.

Paneelikeskustelun perusajatuksena on, että mahdollisimman moni voi osallistua asian käsittelyyn ja täten ilmaista mielipiteensä. Paneelikeskustelua voidaan käyttää, kun halutaan esimerkiksi muokata mielipiteitä, hakea ratkaisua ongelmatilanteeseen, sekä jakaa tietoa. (KOPPA 2013; Alvesson, Ashcraft 2012, 23-24.) Kirjallisuudesta haetaan pohja sille, miten päihdepotilas pitäisi kohdata somaattisessa erikoissairaanhoidossa, jotta hänen hoitaminen olisi mahdollisimman miellyttävää potilaalle itselle, sekä minimoisi hoitohenkilökunnan väsymystä, turhautumista, sekä pelkoja tätä potilasryhmään kohtaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei sekoita omia arvostuksiaan, asenteitaan tai uskomuksiaan tutkimuskohteeseen. Tämän sijasta tutkija nimenomaan yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön ilmaisuja, asenteita ja näkökulmia. Tutkija pyrkii vuorovaikuttamaan haastateltavan kohteensa kanssa. Tulkintavaiheessa, hankittua aineistoa pyritään ymmärtämään ja järjestämään, jolloin teoria on ajattelun, tulkinnan sekä lukemisen lähtökohtana. (Tilastokeskus 2014; Tuomi, Sarajärvi 2004, 84; Brannan, Oultram 2012, 296).

Ryhmähaastattelu pidettiin projektiryhmän jäsenille (N=5) 15.11.2013. Kaikki projektiryhmän jäsenet toimivat erikoissairaanhoidon vuodeosastolla sairaanhoitajana. Tilaisuuden aluksi projektipäällikkö kertoi, mikä tutkimuksen tavoitteesta, sekä tarkoituksesta, samoin kuin paneelikeskustelun tarkoituksesta ja pelisäännöistä. Aiempiin projektiryhmän tapaamisiin perustuen projektipäällikkö määrittäi 8 teemaa, jotka toimivat paneelikeskustelun haastattelun teemana. Haastattelun teemat näkyvät paremmin tämän työn liitteenä (Liite 1). Haastattelun teemat ja tutkimuksen saatekirje oli postitettu projektiryhmän jäsenille nähtäväksi jo viikkoa aiemmin, jotta heillä oli mahdollisuus perehtyä aiheeseen ja halutessaan tehdä muistiinpanoja. Tutkimuksen saatekirje on tämän työn liitteenä (Liite 2). Projektipäällikkö avasi keskustelun lukemalla kaikki kysymykset ääneen projektiryhmän jäsenille. Tämän jälkeen kysymykset käytiin läpi keskustelemalla, jotta haastateltavilta saatiin mahdollisimman paljon tietoa haastateltavasta aiheesta.

Teemojen mukaisesti keskustelu oli hedelmällistä. Erityisesti päihdepotilaan hoitotyön epäkohdista, mutta myös siihen liittyvistä hyvistä asioista, sekä niistä, asioista, jotka ovat parantuneet tämän kehittämisprojektin aikana. Projektipäällikkö kirjasi keskustelun aikana nousseet pääkohdat ylös ja kertasi ne projektiryhmän jäsenille vielä ääneen, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus muokata keskustelun lopputulemaa, näin halutessaan. Viikon päästä tilaisuudesta, projektipäällikkö laitoi sähköpostitse haastatelluille keskustelun tuotoksen, johon oli kirjattu vastausten yhteenvedot. Tässä vaiheessa vielä haastatelluilla oli mahdollisuus vaikuttaa keskustelun lopputulemaan, niin halutessaan.

8.5 Ryhmähaastattelun sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää perusanalyysimenetelmänä kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan myöhemmin liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä monenlaisia tutkimuksia. Voidaan todeta, että useimmat, eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat pohjimmiltaan sisällönanalyysiin,

mikäli sisällönanalyysillä tarkoitetaan nähtyjen, kuultujen tai kirjoitettujen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Tämän näkökulman mukaan sisällönanalyysiä ei voida pitää ainoastaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 93).

Laadullisessa analyysissa puhutaan usein deduktiivisesta ja induktiivisesta analyysistä. Jako perustuu siihen tulkintaan, jota tutkimuksessa on käytetty päättelyn logiikkana. Se on joko deduktiivinen (yleisestä yksittäiseen) tai induktiivinen (yksittäisestä yleiseen). Näissä kuitenkin unohdetaan kokonaan kolmas tieteellisen päättelyn logiikka, abduktiivinen päättely, jonka perusteella teoria on mahdollista muodostaa silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtolanka tai – ajatus. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 95-97).

Aineistolähtöisen, laadullisen, eli induktiivisen aineiston analyysiä voidaan kuvata karkeasti kolmivaiheisena prosessina. Kuviossa 7 kuvataan aineiston sisällönanalyysiä.



Kuvio 7. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiden karkea kuvaus. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 110.)

Aineiston pelkistämässä analysoitavaa informaatiota pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto kokonaan pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset, jotta jäljelle jääneestä aineistosta saataisiin olennaiset vastaukset tutkimukselle asetettuihin

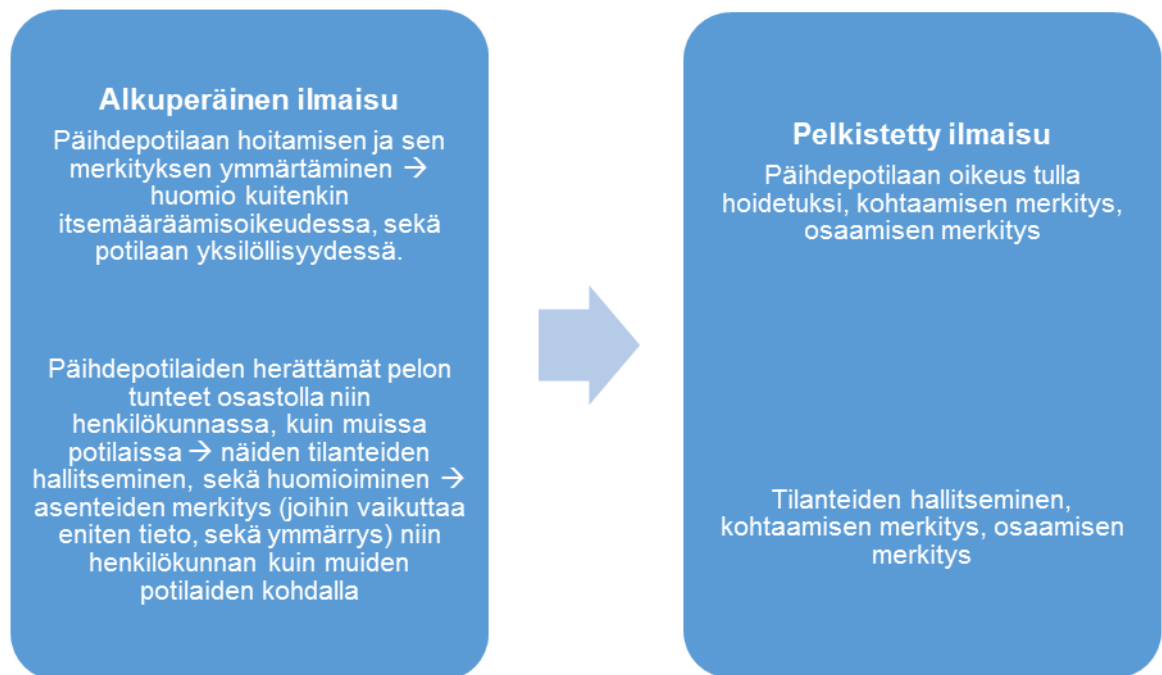
tutkimuskysymyksiin. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 111-112; King 2012, 429-430). Tämän kehittämisprojektin sisällön analyysissä aineiston pelkistämistä tehtiin osaksi jo vastausten kirjoittamisen vaiheessa, koska niistä vain itse ydin kirjoitettiin ylös ja jo tässä vaiheessa saatua aineistoa pelkistettiin hieman. Aineiston varsinaisessa pelkistämisessä käytettiin kuitenkin pääkategorioita, joihin alkuperäisilmaukset jaoteltiin. Taulukossa 3 on esimerkki pelkistämisestä, teemana sairaanhoitajan eettinen osaaminen.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
"Halu auttaa potilasta ja estää tätä joutumasta oman onnensa nojaan" "Halu keskustella potilaan kanssa aidosti ja kysyä häneltä millaista apua hän haluaisi"	Aidon huolen syntyminen potilaasta	Aito halu auttaa ja vaikuttaa tilanteeseen	Ymmärrys hoitotyön merkityksestä	Eettinen osaaminen
"Päihdepotilaan kohtaamisen priorisointi, erityisesti kiireen keskellä" "Haluaako päihdepotilas, että tullaan keskustelemaan tämän asioista" "Vielä enemmän pitäisi tehdä heidän eteensä"	Haluaako potilas tätä lähestyttävän-priorisointi	Kokemuksen tuoma osaaminen ja sen merkityksen korostuminen	Hiljaisen tiedon merkitys	Eettinen osaaminen
"Haluaako potilas itse tulla hoidetuksi" "Itsemääräämisoikeuden korostuminen ja sen ymmärrys" "Vaikka haluaa auttaa, niin potilas ei välttämättä halua apua"	Itsemääräämisoikeuden ymmärtäminen-vaikka haluaa auttaa	Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen	Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	Eettinen osaaminen

Taulukko 3. Esimerkki pelkistetyn ilmauksen muodostamisesta.

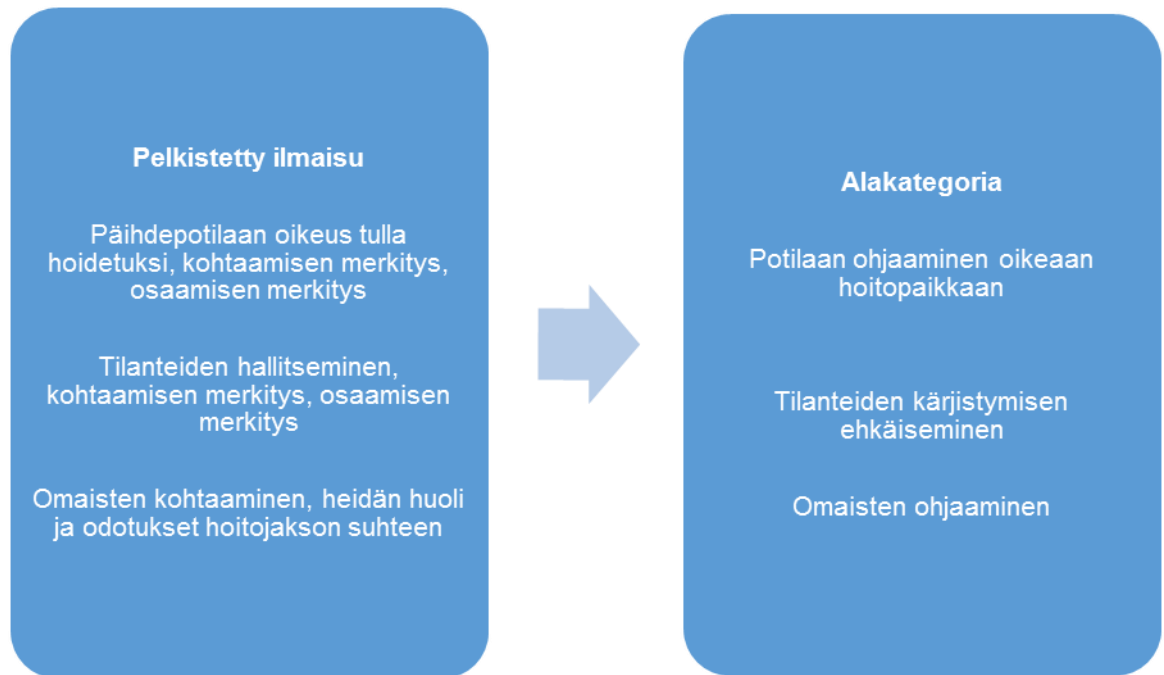
Aineiston ryhmittelyssä aineistosta nousseet alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään eroavaisuuksia, sekä samankaltaisuuksia. Samaa asiaa käsittelevät ilmaisut ryhmitellään yhteisen luokan alle. Yhteiselle luokalle nimetään sen sisältöä kuvaava käsite. Luokittelussa aineistoa tiivistetään sisällyttämällä yksittäiset tekijät yleisimpiin käsitteisiin (Tuomi, Sarajärvi 2004, 112-113; King 2012, 431). Tässä sisällönanalyysissä käsiteltävä aineisto ryhmittyi paneelikeskustelussa esille nousseisiin teemoihin. Teemoja pelkistettiin siten, että niiden aihepiiri vastasi toisiaan. Kuviossa 8 on esimerkki

aineiston ryhmittelystä, teemana sairaanhoitajan osaaminen päihdepotilaan hoitotyössä.



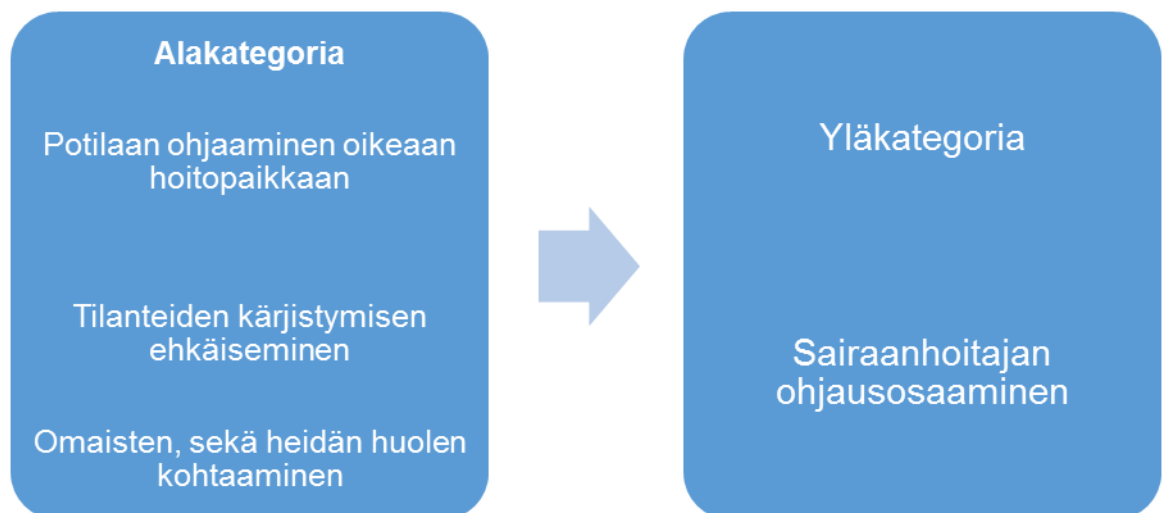
Kuvio 8. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisesta.

Aineiston ryhmittelyjen jälkeen aineisto käsitteellistetään. Yhdistelemällä eri luokituksia saadaan aineistoa tiivistettyä entisestään ja löydetään mahdollisesti niitä yhdistävä käsite. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa empiirisestä aineisosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 115; King 2012, 432). Kuviossa 9 on esitetty selkeämmin alakategorioiden muodostumista päihdepotilaan hoitotyön erityisosaamisen alueista. Teemana potilaan ja omaisten kohtaaminen.



Kuvio 9. Esimerkki alakategorioiden syntymisestä.

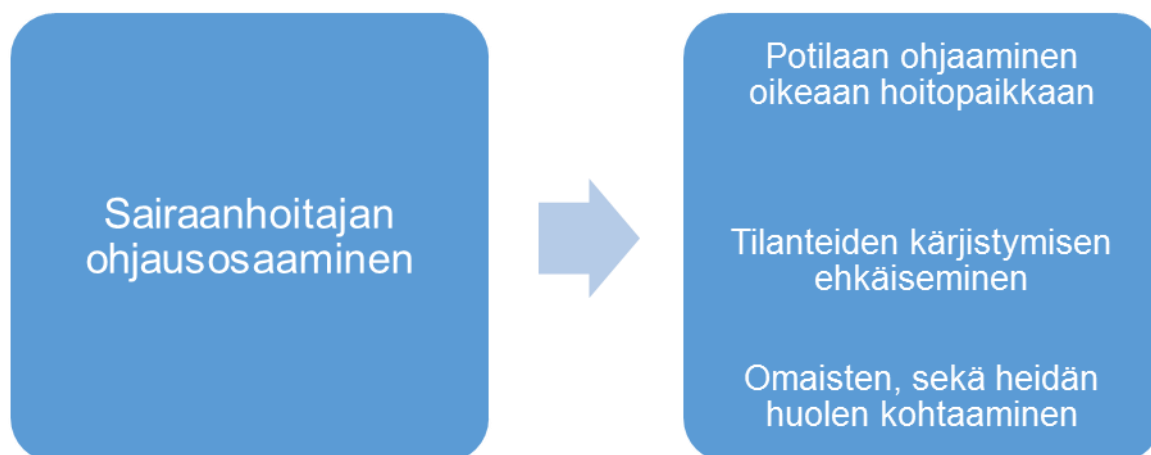
Alakategorioiden pohjautuen muodostettiin vielä aihealuetta kuvastavat yläkategoriat. Kuviossa 10 on esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta, teemana päihdepotilaan kohtaaminen somaattisella osastolla.



Kuvio 10. Esimerkki yläkategorian muodostumisesta.

Yläkategoriat muodostavat sairaanhoitajan erityisosaamisen alueet somaattisella osastolla, päihdepotilaan hoitotyössä. Alakategorioiden sisältäytyy ne osaamisen alueet, jotka yläkategoria pitää sisällään, eli sairaanhoitajan

erityisosaamisen eri alueet. Esimerkki sairaanhoitajan ohjausosaamisen erityisosaamisesta kuvataan kuviossa 11.



Kuvio 11. Esimerkki sairaanhoitajan erityisosaamisen alueiden muodostumisesta.

8.6 Asiantuntijapaneeli

Ryhmähaastattelun lisäksi sairaanhoitajan erityisosaamisen määrittelyssä käytettiin hyödyksi projektiryhmän, sekä eri yhteistyötoimijoiden näkökulmaa aiheeseen liittyen. Projektiryhmän jäsenten (5 sairaanhoitajaa somaattiselta osastolta) sekä yhteistyötoimijoiden (katkaisuhuoltoasema & Päihdepsykiatria) kesken järjestettiin palaveri, missä määritelmät esiteltiin. Palaverissa esiinnousseet korjausehdotukset koskivat lähinnä päihdepotilaan kohtaamista, sekä sen merkityksen korostumista. Toimintatapojen muuttamista tai kehittämistä, sekä yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välillä. Toimintatapojen tarkastelussa nousi esille eri yhteistyötoimijoiden käytänteitä, joita voidaan hyvin soveltaa myös somaattisen osaston käyttöön, mikä jatkon kannalta helpottaisi päihdepotilaan hoitotyötä.

Projektiryhmän, sekä yhteistyötahojen ehdottamien täydennysten jälkeen projektipäällikkö esitteli tulokset asiantuntijapaneelin (somaattisen osaston lääkäri ja osastonhoitaja) jäsenille. Asiantuntijapaneelin korjausehdotukset koskivat lähinnä yhteisten käytänteiden käyttöönottoa, sekä niiden hienosäätöä, koska kaikkia käytänteitä ei voida sellaisenaan hyväksyä sairaalaan.

Asiantuntijapaneelin parannusehdotukset otettiin käyttöön, jonka jälkeen projektiryhmä hyväksyi kehittämissuunnitelman tuotoksen.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET

9.1 Sairaanhoidajan erikoisosaaminen

Haastatteluista kävi ilmi selkeästi, että päihdepotilaan hoitotyön erikoisosaamisen alueet voidaan jakaa neljään, sairaanhoidajan osaamisen alueeseen. Potilaan ja tämän omaisten ohjaaminen, sekä heidän kohtaaminen, päihdepotilaan kliininen hoitotyö, esimerkiksi lääkehoito, sekä moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden kanssa (päihdesairaanhoitaja, lääkärit, katkaisuhuolto jne.). Haastatteluiden pohjalta kävi ilmi myös turvallisuuteen liittyviä asioita, mitkä liittyvät läheisimmin potilaan kohtaamiseen, sekä sairaanhoidajan toimintaan tilanteen kärjistyessä. Kirjallisuudesta sairaanhoidajan erikoisosaamisen alueiksi nostettiin haastatteluiden pohjalta vastaavia erikoisosaamisen alueita. Näitä ovat sairaanhoidajan eettinen osaaminen, ohjausosaaminen, vuorovaikutus, kehittäminen, yhteistyö ja johtamisosaaminen, sekä sairaanhoidajan kliininen- ja lääkehoito-osaaminen. (OPM 2006). Näistä kategorioista nousi esille vielä sairaanhoidajan perus- ja erikoisosaaminen ja niiden merkitys päihdepotilaan hoitotyössä. Sairaanhoidajan perusosaaminen päihdepotilaiden hoitotyössä on esitetty myös vastauksissa. Kyseinen kehittämissuunnitelma keskittyi kuitenkin erikoisosaamisen määrittelyyn. Kuviossa 12 on esitetty tarkemmin sairaanhoidajan erikoisosaamisen alueita päihdepotilaan somaattisessa hoitotyössä.

Kuvio 12. Sairaanhoidajan erikoisosaamisen alueet päihdepotilaan somaattisessa hoitotyössä.



Eettinen osaaminen:

Perusosaaminen: Vastaajat kokivat eettisessä osaamisessa perus- ja erityisosaamisen eron näkyvän ehkä selkeimmin, kuin muissa osa-alueissa. Eettisessä osaamisessa korostuu juuri omien tunteiden syrjäyttäminen, toisaalta myöskin niiden näyttäminen tiettyyn pisteeseen saakka. Kokemus tuo taitoja kohdata päihdepotilas, mutta myös varmuutta siihen. Sairaanhoitaja ymmärtää ja kokee päihdepotilaan hoitotyön moraalisesti arveluttavana, koska tilanne on itseaiheutettu. Kokemuksen ja sitä myötä kehittyvää ymmärrystä tätä potilasryhmää kohtaan ei ole vielä saavutettu. Toisaalta on myös haastavaa ymmärtää, että ketään ei voida väkisin pitää osastolla, eli jos potilas haluaa sieltä itse poistua, niin häntä ei voida siellä väkisin pitää, ellei lääkäri niin ole määrännyt. Kohtaamisessa on hankaluutta, koska toisaalta potilasta pelätään, mutta toisaalta myös moraalinen ongelma näkyy kohtaamisessa. Potilas vaistoa tämän hyvin nopeasti, mikä tekee kohtaamisesta ehkä kömpelöä. Toisaalta moraalisen ongelman näkyminen voi johtaa herkästi myös tilanteen kulminoitumiseen, jolloin ei osata enää rauhoitella potilasta ollenkaan.

Erikoisosaaminen: Kysyttäessä päihdepotilaan hoitotyöstä osastolla tällä hetkellä, se koettiin riittämättömäksi. Eniten ongelmia tuotti hoitajien oman ajan puute, toisaalta myös lähestymisen taidon puutteet, koska aina ei voitu olla varmoja, halusiko potilas, että tätä lähestytään. Toisaalta taas koettiin, että päihdepotilaat herättävät usein turvattomuuden tunnetta osastolla, joskus vain sen takia, että kyseessä on päihdepotilas. Tällä oli selkeä yhteys siihen, että herkästi tilanteet johtivat siihen, että päihdepotilaat jäivät oman onnensa nojaan, eikä heistä oltu niinkään kiinnostuttu, muuta kuin somaattisen ongelman puolesta. Usein päihdepotilaan kohtaaminen koettiin ongelmaksi, heidän ongelmat ovat niin kaukaisia ja epärealistisia omiin ongelmiin suhteutettuna, joten potilaan ongelmia oli vaikea ymmärtää. Sama ongelma korostui myös potilaan omaisten kohdalla, koska hyvin usein heillä on suuret odotukset hoitajaksolta, mikä ei kuitenkaan välttämättä johda mihinkään. Toisaalta koettiin, että hiljaisen tiedon merkitys, samoin kuin pidempi työkokemus ovat suureksi avuksi potilaan kohtaamisessa. Tämä korostui siinä, että päihdepotilaat ovat erilainen potilasryhmä kuin muut potilaat. Heillä on paljon pieniä pyyntöjä, jota voi olla haastava toteuttaa esimerkiksi kiireen keskellä.

”Ajoittain sellainen olotila, että he jäävät oman onnensa nojaan. Joskus haluaisi keskustella heidän kanssaan, mikä heidän tilansa on ja millaista hoitoa he haluaisivat.”

”Tuntuu myös siltä, että tähän potilasryhmään kuuluvat potilaat saavat huonompaa hoitoa kuin muut potilaat.”

”Joskus he vaikuttavat itse siltä, ettei heitä tee mieli lähestyä.”

”Ajoittain on tunne, että vielä enemmän pitäisi tehdä heidän eteensä. Toisaalta taas joskus tuntuu, että vallitseva ajatus on se, että päihdepotilaita ei tarvitse hoitaa, koska itse he ovat siihen tilaan ajautuneet.”

”Aina päihdepotilaille tarjotaan jotain apua, kysellään, mitä he haluavat jne.”

”Omaisten huoli on kovin suuri, mutta heidän on selvästi vaikeutta käsittää sitä, että ihmistä ei voida pakottaa olemaan täällä, eikä psykiatrin konsultaatio välttämättä johda yhtään mihinkään, vaan potilas kotiutuu.”

Ohjausosaaminen

Perusosaaminen: Perusasioiden, eli alkoholin ja päihteiden käytön vähentäminen ja siitä saatavien hyötyjen ohjaaminen on hyvin hallussa. Toisaalta ohjaamisen ei koeta olevan kovin tuloksellista, koska ohjaaminen vaatii asioiden laajempaa ymmärtämistä ja sisäistämistä. Elämäkokemus, sekä työkokemuksen myötä saatava hiljainen tieto on avuksi myös tässä. Toisaalta potilaan jatkohoitoon sitoutumattomuutta ei välttämättä ymmärretä ja sitä kautta ohjaamista ei koeta hyödylliseksi. Silloin kuin ohjaaminen on kokonaisvaltaista ja tehokasta, on se yleensä myös tuloksellista.

Omaisten ohjaamisen merkitystä ei ymmärretä ja heidän kohtaaminen on kömpelöä. Kuitenkin ymmärretään omaisten huoli hyvin, mutta siihen ei oikein osata vastata. Omaisten sisällyttäminen mukaan hoitoon on usein haastavaa ymmärtää ja sitä kautta myös heidän ohjaaminen koetaan haastavaksi. Jatkohoidon kentästä on pieni käsitys, mutta ei kuitenkaan selkeää, kokonaisvaltaista kuvaa.

Erikoisosaaminen: Päihdepotilaan ohjaaminen jatkohoitoon, somaattisen jakson päätyttyä koettiin haastavaksi lähinnä sen takia, että jatkohoidon kenttä on niin kovin rikkonainen, eikä siitä ole selkeää tietoa missään saatavilla. Esimerkiksi siitä, voiko johonkin paikkaan mennä ilman lähetettä tai ei. Tietoja on yritetty päivittää osastolta käsin, mutta organisaatiot tuntuvat muuttuvan jatkuvasti, joten tietojen päivittäminen on työlästä ja täten aina myöhässä. Olisi hyvä, jos olisi käytettävissä sosiaalihoitaja, tai päihdesairaanhoitaja, joka voisi tulla hoitamaan päihdepotilaan jatkohoitopaikat, sekä kertomaan niistä mahdollisuuksista ja osastolla toimivat sairaanhoitajat voisivat keskittyä enemmän somaattisen hoitotyöhön. Omaisten ohjaaminen koettiin haastavaksi, koska heillä on suuret odotukset hoitajakson suhteen, eivätkä he välttämättä ymmärrä, että potilasta ei voida pakottaa hoitoon, mikäli pakkohoidon kriteerit

eivät täyty. Usein myös sairaanhoitaja joutuu kohtaamaan ja ohjaamaan yksinään omaiset, koska somaattisen puolen lääkäri tai psykiatri keskustelee omaisten kanssa hyvin harvoin. Sairaanhoitaja joutuu myös usein selittelemään potilaan omaisille lääkärin tekemiä päätöksiä, mikä aiheuttaa ristiriitaa.

”Omaiset ovat tekemisissä hoitajien kanssa potilaan päihdeasioiden suhteen, eivätkä psykiatrin kanssa”.

”Psykiatrin tekemiä päätöksiä, sekä niiden merkityksiä joutuu usein selittelemään, mitä ei koeta hoitajan tehtäväksi”.

”Hoitaja joutuu usein selventämään omaisille, että potilaan jatkohoito riippuu hyvin paljon hänen omasta halustaan. Omaiset odottavat hoitojaksolta paljon, mutta hoitaja joutuu aika usein toteamaan, että mitään ei tapahdu, koska pakkohoidon kriteerit eivät täyty”.

”Lääkärit juttelevat omaisten kanssa äärimmäisen harvoin, somaattisen puolen lääkäri toteaa vain usein, että psykiatri tekee päätökset. Psykiatri saattaa joskus soittaa potilaan omaisille.”

”Jatkohoitopaikkoja on, mutta ne ovat tuotu julki todella rikkonaisesti. Tärkeää on se, että sinne voi mennä ilman lähetettä, soittamalla, jolloin saa ensimmäisen ajan.”

”Jatkohoitopaikkojen organisointi on myös hyvin muuttuvainen, joten tietojen päivitys jatkuvasti olisi tärkeää. Päivitys tapahtuu aina kerran vuodessa, mutta silti se tuntuu ajoittain olevan hieman jäljessä.”

”Selkeästi pelkille päihdepotilaille, joilla ei ole psyykkisen hoidon tarvetta, tai suuicidaalisia ajatuksia, on hyvin vähän paikkoja tarjolla ja he tuntuvat herkästi jäävän hieman tyhjän päälle. ”

”Eri kunnissa asuvat potilaat aiheuttavat haastavuutta, koska eri kunnissa asiat toimivat hyvin eri tavoin.”

Vuorovaikutus- yhteistyö- kehittämis- ja johtamisosaaminen

Perusosaaminen: Tämän osaamisen alueen kohdalla korostuu hiljaisen tiedon merkitys, eli vanhemman kollegan seuraaminen. Vuorovaikutukseen ei voi perehdyttää ketään, mutta toiselta voi hyvin oppia. Päihdepotilaan kohtaamiseen ei varata aikaa pysähtymiselle, mikä herkästi johtaa siihen, ettei päihdepotilas ole kovin halukas kertomaan ongelmistaan ja asioistaan. Yhteistyötahoista on käsitystä, mutta ei kokonaisvaltaista kuvaa, minne voi soittaa, kun tarvitsee apua. Haastatellut kokivat, että päihdesairaanhoidaja voisi tulla esimerkiksi keväällä/kesän alussa perehdyttämään sijaisia, juuri päihdepotilaan hoitamiseen, sekä siihen liittyviin yhteistyötahoihin. Toisaalta päihdepotilaan hoitotyö on niin moninaista, samoin kuin siihen liittyvät yhteistyötahotkin, että niiden hahmottaminen vie aikaa, eikä siis onnistu yhden kesän kuluessa.

Erikoisosaaminen: Kysyttäessä vuorovaikutuksesta päihdepotilaan hoitamisessa, se koettiin haastavaksi. Heidän ongelmat ovat hyvin erilaisia, kuin omat ongelmat, joten niiden ymmärtäminen on vaikeaa. Toisaalta heidän kohtaaminen vaatii aikaa, ymmärrystä, sekä kärsivällisyyttä. Kyseisen potilasryhmän kohdalla täytyy pysähtyä. Kohtaamisessa koettiin olevan hyötyä siitä, mikäli sairaanhoitajalla on työkokemusta, sekä hiljaista tietoa, joten hänellä on erilainen ymmärrys ja asenne päihdepotilaita kohtaan. Väkivaltatilanteissa kohtaamisen merkitys korostuu, erityisesti omalla rauhallisella käytöksellä voi vaikuttaa tilanteeseen hyvin paljon. Joskus taas on tilanteita, että potilas käyttäytyy väkivaltaisesti, vaikka itse tekisi mitä. Tilanteen kärjistyessä on itse osoitettava, ettei pelkää, eikä näytä omia asenteitaan potilasryhmää kohtaan. Jo tällä pystyy rauhoittamaan tilannetta paljon. Päihdepotilaiden ajoittaisen väkivaltaisen käytöksen koettiin kuitenkin herättävän pelon tunteita, niin henkilökunnassa kuin osassa muita potilaitakin. Vartijan käytön mahdollisuus koettiin hyväksi, mutta joskus tulee sellainen tunne, että onko vartija pyydetty osastolle turhaan, jos potilas esimerkiksi nukkuukin rauhassa koko yön.

Päihdesairaanhoidajan käytöstä oli pelkästään hyviä kokemuksia, mutta toiminta on vielä hieman herätteillä. On vielä pohdinnan alla, kuka tekee konsultaatiopyynnön ja mitä siihen tulisi kirjoittaa. Toisaalta potilas voisi hyötyä huomattavasti enemmän päihdesairaanhoidajan, kuin psykiatrin konsultaatiosta. Erityisesti silloin, kun kyseessä on selkeästi päihdeongelma. Päihdesairaanhoidajan käytössä koettiin myös olevan ongelmana se, että sitä ei koeta yhtä tärkeäksi, kuin psykiatrin konsultaatiota. Kuitenkin koettiin tärkeänä, että päihdesairaanhoidaja tulisi perehdyttämään uusia työntekijöitä päihdepotilaisiin liittyen. Yksittäisenä potilasryhmänä he ovat hyvin haastava ja yleensä moniongelmaisia, joten heidän tarvitsemaansa hoitoon olisi syytä perehdyttää hyvin heti töiden alkuvaiheessa. Toisaalta päihdesairaanhoidajan käyttö on vierasta myös osalle vanhoista työntekijöistä, joten vuosittainen päihdesairaanhoidajan ylläpitämä koulutustilaisuus, esimerkiksi osastotunnilla, olisi hyvin tärkeä.

Päivystävän lääkärin kanssa koettiin ongelmaksi se, että hyvin harvoin esimerkiksi korvaushoidossa olevalle potilaalle määrätään hänen korvaushoitolääkitys jo valmiiksi, ennen kuin potilas tulee osastolle. Tämä koettiin haastavaksi, koska tällöin sairaanhoitaja joutuu soittamaan lääkärille ja pyytämään tarvittavia määräyksiä. Samaa ongelmaa koettiin olevan myös muiden, erityisesti rauhoittavien lääkkeiden kohdalla. Kuitenkin tilanteen kärjistyessä olisi ensiarvoista, että potilaan lääkemääräykset olisivat riittävät. Tämä myös omalta osaltaan vaikuttaa tilanteiden kärjistymiseen ja hoitomyöntyvyyteen, koska mikäli potilas ei saa mitään rauhoittavaa osastojakson aikana, on hyvin todennäköistä, että hän joko keskeyttää osastojakson, tai hankkii lääkkeitä osastolle omaehtoisesti. Päihtymystilansa vuoksi somaattiselle osastolle joutuvan henkilön hoidosta vastaan sisätautien erikoistuva- tai erikoislääkäri, joka päivystää sillä hetkellä. Lääkäreille toivottiin samoin koulutusta pelkästään päihdepotilaisiin liittyen. Addiktiopoliklinikan lääkäri on alustavasti luvannut pitää sisätautiklinikalla toimiville, sekä siellä aloittaville uusille lääkäreille koulutusta päihdepotilaisiin liittyvistä hoidon erityispiirteistä, sekä myös korvaushoidossa olevien potilaiden lääkityksistä.

Sairaanhoitajat toivoivat lääkäreiltä myös johdonmukaisuutta lääkemääräysten tekemiseen, kun potilas siirtyy osastolle. Tämän myötä nousi ajatus, että yhdessä projektiryhmän kanssa luodaan lääkäreille päihdepotilaan tarkastuskortti, jossa käydään läpi kaikki tarvittavat asiat, jotka tulee huomioida lääke- ja hoitomääräyksissä, ennen kuin potilas lähetetään osastolle. Tarkastuskortti hyväksyttiin projektin ohjausryhmällä, sekä myös sisätautiklinikan ylilääkärillä. Tarkastuskortista olisi hyötyä esimerkiksi väkivaltilanteen ennaltaehkäisyssä- kun potilaalle on valmiiksi määrätty rauhoittavaa lääkitystä, ei sairaanhoitajan tarvitse soittaa lääkärille saadakseen määräyksen, mikäli tilanne kulminoituu. Taulukossa 3 on esitetty päihdepotilaiden tarkastuskortti päivystäville lääkäreille.

Sosiaalihoitajan hyödyntäminen päihdepotilaiden kohdalla koettiin hieman vieraaksi. Usein sosiaalihoitaja tulee paikalle, mutta esimerkiksi taloudellista apua ei ole saatavilla tässä ja nyt. Häneltä toivottaisiin enemmän potilaan ohjausta esimerkiksi siihen, mistä potilas voi saada vaatteet päällensä, mikäli ne ovat sairaalaan tullessa hävinneet tai olleet käyttökelvottomat. Samoin kuin siihen, minne potilas voi ”kotiutua” mikäli hänellä ei ole kotia.

”Päihdesairaanhoitaja toiminta on herätteillä, mutta siellä vielä hieman ongelmaa, kuka kirjoittaa lähetteen ja miten asia käytännössä hoituu.”

”Mikä konsultaatio potilaalle olisi oikeasti paras. Jos esimerkiksi potilaalla on käytössään psykiatrian palvelu, niin voisi hyvin ajatella, että tällöin käytettäisiin aina päihdesairaanhoitajan konsultaatiota, jotta potilas hyötyisi siitä mahdollisimman paljon. Tätä ei vaan oikein koeta vielä yhtä tärkeäksi, kuin psykiatrin konsultaatio.”

”Se on erilaista kuin muiden potilaiden kohtaaminen, koska siinä vaaditaan rauhaa, pitkää pinnaa, sekä aikaa kuunnella ja pysähtyä kohtaamaan potilas. Somaattisella puolella näitä ominaisuuksia ei välttämättä hoitajilta löydy.”

”Potilaan oma yritys ja halu vaikuttavat suuresti hänen kohtaamiseensa, sekä hoitajan asenteeseen. Toisaalta taas potilaan kertomat asiat voivat olla

hoitajalle niin vieraita, että niiden kuunteleminen ja ymmärtäminen koetaan vaikeaksi.”

”Suurimmat vaara/haastavat tilanteet syntyvät juuri päihdepotilaiden kanssa. Päihdepotilaat ovat kovin arvaamattomia. Saattaa olla, että alkuun ovat ihan rauhallisia, mutta yhtäkkiä saattavat herätä ja päättää, että häipyvät. Tällöin on haastavaa, jos on tarkoitus, että potilas pysyy osastolla, saada hänet ylipuhuttua siihen. Potilaat ovat hoitajille tuntemattomia, joten siis on todella haastavaa ennustaa heidän käyttäytymistään.”

”Hoitajan asenne potilaan kohtaamiseen vaikuttaa todella paljon ja potilas vaistoa herkästi, jos hoitaja on hermostunut tai peloissaan.”

”Muut potilaat joskus pelkäävät päihdepotilaita, jo pelkästään heidän ulkoista olemustaan. (Vanhemmat potilaat yleensä).”

”Henkilökunnan jäsenet myöntävät joskus pelkäävänsä päihdepotilaita. Heidän edustama elämä herättää usein negatiivisia tunteita, inhoa tai pelkoa.”

Kliininen- ja lääkehoito-osaaminen

Perusosaaminen: Päihdepotilaan somaattisen seuraamista ja valvontaa ei välttämättä koeta kovin tärkeäksi tai tarpeelliseksi. Ymmärrys ei vielä riitä siihen, että päihteen ongelmakäyttäjä tarvitsee esimerkiksi rauhoittavaa lääkitystä huomattavasti enemmän kuin ns. normaali potilas. Usein, erityisesti uudemmat hoitajat lääkitsevät potilasta liian vähän ja se saattaa johtaa haastaviin seurauksiin. Tässäkin tarvitsisi ehdottomasti perehdytystä, esimerkiksi delirium on tilanne, joka erityisesti hoitamattomana on hengenvaarallinen ja kuolleisuus on suuri. Esimerkiksi korvaushoidossa olevien potilaiden ymmärrystä ”erityispotilaina” ei vielä ole.

Erikoisosaaminen: Päihdepotilaan somaattinen hoitotyö, konkreettisesti päihtyneen potilaan seuranta, tarkkailu ja toimenpiteet koettiin olevan hyvin hallussa. Kuitenkin ongelmia koettiin olevan esimerkiksi siinä, että päivystysaikaan lääkäreiden kirjaamat määräykset ovat usein vaillinaisia ja

niistä saattaa puuttua kokonaan esimerkiksi rauhoittava tai korvaushoitolääkitys. Lääkärit saattavat olla hieman vastentahtoisia määräämään niitä, mikä on usein haastava tilanne sairaanhoitajalle. Erityisesti juuri korvaushoidossa olevan potilaan lääkitseminen koetaan haastavaksi, koska ei olla täysin varmoja siitä, mitä lääkkeitä saa antaa ja mitä ehdottomasti ei. Korvaushoidossa olevien potilaiden lääkehoidon vaikeus nousi esille projektiryhmän yhteistyötapaamisessa. Kaupungin korvaushoitopoliklinikalta, sekä addiktiopoliklinikalta tuli yhtenevä kanta siihen, miten korvaushoitopotilasta voi lääkittää somaattisen hoidon aikana. Mikäli on tarpeen antaa rauhoittavia lääkkeitä tms. niin niitä annetaan ja jatkohoidosta vastaava yksikkö hoitaa annosten laskemisen takaisin normaalille hoitotasolle. Vastaajat kokivat myös deliriumin lääkehoidon ja erityisesti tilan vaarallisuuden ymmärtämisen haastavaksi.

"Deliriumin lääkehoito on hyvin tärkeää. Samoin kuin ymmärrys siitä, että hoitamattomana se on hengenvaarallinen tila, jossa on suuri kuolleisuus."

"Korvaushoidossa olevan potilaan käytännön hoitaminen osastolla (lääkeannosten hankkiminen jne.) on hankalaa ja työllistää somaattisen puolen hoitohenkilökuntaa paljon."

"Lääkärit päivystysaikaan hyvin nihkeitä määräämään korvaushoitolääkkeitä, mikä johtaa potilaan hoitomyöntyvyyden heikkenemiseen ja tämä vie yleensä hoitajan aikaa paljon."

"Se koetaan haastavaksi osa-alueeksi, mutta sitä ei myöskään koeta tärkeäksi."

Päihdepotilaan hoitotyön erikoisosaaminen: Haastattelujen, sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta käy hyvin selkeästi ilmi, että päihdepotilaan hoitotyö on hyvin moniammatillista yhteistyötä ja on hyvin haastavaa hallita se kokonaisvaltaisesti. On selvää, että somaattisella erikoissairaanhoidon vuodeosastolla työskentelevällä henkilöllä on parhaiten hallussaan päihdepotilaan akuutin päihtymystilan hoitotyö, mutta sen jälkeisissä ongelmissa osaaminen on heikompaa. Sairaanhoitajan toimenkuva

päihdehoitotyön toteuttajana on hyvin moninainen, mikä johtaa siihen, että myös hänen osaamisen vaatimus kasvaa suureksi. (Inkinen, Partanen ja Sutinen 2004, 22.)

”Somaattinen akuuttihoito osataan ja se on hyvin kaikilla hallussa. Tämän jälkeen päihdepotilaan hoito, sosiaaliset asiat, jatkohoitomahdollisuudet, talousasiat jne. eivät olet hallussa.”

10.2 Koulutus- ja perehdytystarpeen arviointi

Kehittämiprojektin yhtenä tavoitteena oli arvioida koulutuksen- ja perehdytyksen tarvetta juuri päihdepotilaiden hoitotyön kohdalla. Paneelikeskustelusta nousi ajatuksia siitä, että päihdepotilaiden hoitotyö on hyvin erilaista ja täten siihen pitäisi erikseen saada perehdytystä, sekä koulutusta. Yhteistyötapaamisessa kävi vielä selkeämmin ilmi se, että välttämättä ei ole tarpeenmukaista, että somaattisen osaston sairaanhoitaja hallitsee päihdepotilaan hoitotyön koko kirjon, vaan tarpeen tullen on mahdollista pyytää päihdesairaanhoitajalta konsultaatiota. Erityisesti niissä tapauksissa, mitkä ovat itselle kovin vieraita. Päihdesairaanhoitajan käyttäminen osastolla oli jo hieman herätteillä ennen tätä kehittämiprojektia, mutta tämän kehittämiprojektin myötä sitä on tarkoitus herätellä vielä enemmän. Ongelmaksi on koettu kuitenkin sen, kuka kirjoittaa päihdesairaanhoitajan lähetteen. Toisaalta päihdepotilaan hoitotyö koetaan niin vieraana asiana, että uusille työntekijöille toivottaisiin pelkästään päihdepotilaisiin liittyen oma perehdytys.

Jatkossa päihdepotilas voisi siis saada päihdesairaanhoitajan konsultaation, psykiatrin konsultaation sijasta. Tästä poikkeuksena ovat selkeästi itsetuhoiset potilaat, joille on välttämätöntä tehdä psykiatrin konsultaatio. Toisaalta konsultaatioita voidaan myös suorittaa ns. päällekkäin, eli päihdesairaanhoitaja voi tulla ensin antamaan erikoisosaamisensa potilaalle ja sen jälkeen psykiatri. Ajatuksena kuitenkin, että potilas saa mahdollisimman paljon juuri oman ongelmansa erikoisosaamista käyttöönsä. Tarkoitus olisi myös, että erityisesti kiireen keskellä pystyttäisiin turvamaan päihdepotilaalle hänen tarvitsema

erikoisosaaminen, sekä toisaalta vaikuttaa myös suotuisasti osastolla toimivan hoitohenkilökunnan jaksamiseen, koska heidän ei tarvitse pohtia päihdepotilaan moninaisia ongelmia, vaan he saavat siihen apua päihdesairaanhoidajalta. Mikäli päihdepotilas saa avun pelkästä päihdesairaanhoidajan konsultaatiosta, on se pitkällä tähtäimellä huomattavasti halvempaa kuin psykiatrin konsultaation käyttäminen.

”Päihdesairaanhoidaja toiminta on vielä hieman lapsen kengissä, lähinnä on ongelmaa siitä, kuka kirjoittaa lähetteen ja miten asia käytännössä hoituu. Mikä konsultaatio potilaalle olisi oikeasti paras, se ei aina välttämättä ole psykiatrin konsultaatio. Jos esimerkiksi potilaalla on käytössään psykiatrian palvelu, niin voisi hyvin ajatella, että tällöin käytettäisiin aina päihdesairaanhoidajan konsultaatiota, jotta potilas hyötyisi siitä mahdollisimman paljon. Tätä ei vaan oikein koeta vielä yhtä tärkeäksi, kuin psykiatrin konsultaatio”.

”Periaatteen vuoksi en halua lähteä kirjoittamaan lähetettä päihdesairaanhoidajalle, koska sairaanhoidajalla on osastolla töitä äärimmäisen paljon ilmankin”.

”Päihdepotilaiden somaattisen hoitotyön haastavuuden ymmärtäminen on jo yksinään haastava tekijä- esimerkiksi hoitamattoman deliriumin kuolleisuus on hyvin suuri”.

10.3 Hoitopolku-ajattelumalli

Kehittämiprojektin yhteistyötapaamisessa keskusteltiin hoitopolun luomisesta päihdepotilaille. Se ei ole ihan ongelmaton prosessi, koska hyvin usein päihdepotilaat ovat moniongelmaisia ja heillä saattaa olla jo hoitokontakti johonkin, esimerkiksi psykiatrian puolelle. Toisaalta kuitenkin jatkohoidon turvaaminen somaattisen hoidon päätyttyä olisi ensiarvoisen tärkeää, minkä vuoksi yhteistyön tiivistäminen katkaisuhuoltoaseman, päihde- ja psykiatrian puolen, sekä addiktiopoliklinikalla työskentelevän päihdesairaanhoidajan kanssa olisi tarpeellista. Somaattisella osastolla toimivat sairaanhoitajat kokivat suurimmaksi ongelmaksi tällä hetkellä jatkohoidon kentän rikkonaisuuden, sekä

sen, kuka korvaa hoidon. Toisaalta ongelmaksi koettiin myös, mihin voi mennä ilman lähetettä pelkästään soittamalla ja mihin tarvitaan lähete. Hoitopolkua ja päihdepotilaan hoitamisen uutta toimintamallia kuvataan tarkemmin kuviossa 13.

Kuvio 13. Päihdepotilaan hoitamisen uuden toimintamallin kuvaus.



Tämän kehittämisprojektin myötä on jo edistytty niin paljon, että vuotuisat yhteistyötapaamiset koettiin tarpeellisiksi, niin katkaisuhuoltoaseman, kuin projektiryhmänkin puolelta. Katkaisuhuoltoaseman vastuusairaanhoitaja, sekä sosiaalityöntekijä olivat innokkaita tulemaan somaattiselle osastolle kertomaan heidän hoitotyönsä erityispiirteistä, sekä ylipäänsä heidän tarjoamistaan palveluista. Tällä pyritään siihen, että somaattisella osastolla toimivalla hoitajalla

olisi jatkossa jotakin konkreettista, mistä hän voisi kertoa potilaalle, suunniteltaessa tämän jatkohoitoa.

”Päihdepotilaat ovat erilainen potilasryhmä, kuin muut potilaat, koska heidän tarpeensa ovat yleensä hyvin erilaisia ja näitä tarpeita ei välttämättä ymmärretä ja koeta tärkeiksi, mikä asettaa haasteen monelle hoitajalle”.

”Jatkohoitopaikkoja on, mutta ne ovat tuotu julki todella rikkonaisesti. Tärkeää on se, että sinne voi mennä ilman lähetettä, soittamalla, jolloin saa ensimmäisen ajan”.

”Tietoa olisi syytä jakaa myös lääkäritasolla. Jatkohoitopaikkojen organisointi on myös hyvin muuttuvainen, joten tietojen päivitys jatkuvasti olisi tärkeää. Päivitys tapahtuu aina kerran vuodessa, mutta silti se tuntuu ajoittain olevan hieman jäljessä”.

”Selkeästi pelkille päihdepotilaille, joilla ei ole psyykkisen hoidon tarvetta, tai suuicidaalisia ajatuksia, on hyvin vähän paikkoja tarjolla ja he tuntuvat herkästi jäävän hieman tyhjän päälle”.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Luotettavuus

Kehittämiprojektilla aikaan saatujen tulosten luotettavuutta lisää projektipäällikön oma hoitotyön asiantuntijuus päihdepotilaan hoitotyössä ja sitä myötä myös hänen sitoutumisensa projektiin. Kehittämiprojektin aikana oma kokemus, tietämys, sekä ymmärrys asiasta auttoivat ymmärtämään tutkittavaa asiaa huomattavasti paremmin. Kehittämiprojekti kesti yhteensä hieman reilu

kaksi vuotta, joten sinä aikana yhteistyö niin työelämämentorin, kuin projektiryhmän kanssa oli suhteellisen tiivistä. Projektipäällikkö ei itse työskentele kohdeorganisaatiossa, mikä toisaalta lisäsi hänen objektiivisuutta asian suhteen.

Kehittämiprojektin tutkimuksellinen osio koostui ryhmähaastattelusta, joka toteutettiin projektiryhmän jäsenille. Ryhmähaastattelu koostui seitsemästä eri teemasta, jotka nousivat aiempien projektiryhmän tapaamisissa käytyjen paneelikeskustelujen pohjalta. Luotettavuuden kannalta merkittävänä asiana voidaan pitää ryhmähaastattelun toteuttamista projektiryhmän jäsenille, joilla kaikilla on pitkä työkokemus somaattiselta erikoissairaanhoidon vuodeosastolta. Ja täten myös päihdepotilaiden hoitotyöstä. Toisaalta luotettavuuden kannalta merkittävänä asiana voidaan pitää myös sitä, että projektiryhmän jäsenet valikoituvat projektiin oman mielenkiintonsa perusteella, joten heiltä saatujen mielipiteiden ja ajatusten voidaan olettaa olevan objektiivisia.

Haastattelun etuna voidaan pitää ennen kaikkea joustavuutta. Ryhmähaastattelutilanteessa haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymyksensä, oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä, selventää ajatuksia, sekä käydä keskustelua haastateltavien kanssa. Haastattelun joustavuus korostuu myös siinä, että tutkija voi esittää kysymykset siinä järjestyksessä kun hän itse haluaa. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 75).

Määrällisessä tutkimuksessa ollaan useimmiten kiinnostuneita erilaisista syy-seuraussuhteista, vertailuista, luokitteluista ja numeerisiin tulokseen perustuvien ilmiöiden selittämisestä. Määrälliseen tutkimussuuntaukseen sisältyy huomattavasti erilaisia tilastollisia, sekä laskennallisia analyysimenetelmiä. Määrällisen ja laadullisen tutkimussuuntausten eroa korostetaan usein, vaikka molempia suuntauksia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa, samoin kuin molemmilla suuntauksilla voidaan selittää samoja tutkimuskohteita, tosin eri tavoin. (Koppa 2014.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan objektiivisuus saavutetaan sillä, että hän pysyy erillään haastateltavasta kohteesta, eikä ryhdy kysymysten ulkopuoliseen vuorovaikutukseen tutkittavien henkilöiden kanssa

lainkaan. Tutkimuskohdetta katsotaan puolueettomin silmin. Tutkittaville esitettävät kysymykset eli mittarit ovat perusteltuja teoriasta käsin. Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli tehdä yhteistyötä projektiryhmän, sekä eri yhteistyötoimijoiden kesken, mikä myötävaikutti myös tutkimusmenetelmän valinnassa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan objektiivisuus muodostuu siitä, että hän ei sekoita omia arvostuksiaan, asenteitaan tai uskomuksiaan tutkittavaan kohteeseen. Tutkija yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön ilmaisuja sekä näkökulmia asiaan ja pyrkii vuorovaikutukseen kohteensa kanssa. Tulkintavaiheessa aineistoa pyritään ymmärtämään ja järjestämään. Tällöin teoria on aineiston ajattelun, tulkinnan ja lukemisen lähtökohta. (Tilastokeskus 2014.) Tämän kehittämisprojektin lähtökohtana oli systemaattisesti toteutettu kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta luotiin sairaanhoitajan erikoisosaamisen alueet juuri päihdepotilaan hoitotyöhön somaattisella erikoissairaanhoidon vuodeosastolla.

Mikäli tämä kehittämisprojekti olisi toteutettu määrällisenä tutkimuksena, ei haastattelun avointa ilmapiiriä oltaisi voitu hyödyntää niin tehokkaasti. Avoimella kyselylomakkeella kysytään usein tutkimuksen tarkoituksen tai ongelmanasettelun näkökulmista oleellisia kysymyksiä. Kyselylomake on usein täysin strukturoitu, niin kysymysten, kuin tutkimuksen toteutuksenkin osalta. (Tuomi, Sarajärvi 2004, 75.) Laadullisessa tutkimuksessa ei ole pyrkimyksenä tehdä tilastollisia yleistyksiä. Tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan jotakin tapahtumaa tai ilmiötä, ymmärtämään jotakin tiettyä toimintaa ja antamaan mielekäs tulkinta jollekin asialle tai ilmiölle teoreettisessa mielessä. Tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöt, joilta kerätään tietoa laadulliseen tutkimukseen, tietävä tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tiedonantajien valintaan tulee siis kiinnittää huomiota, että se on tarkoitukseen sopivaa ja harkittua. (Tuomi, Sarajärvi 2004,87-88.) Tässä kehittämisprojektissa tiedonantajien valinta oli helppoa, koska he valikoituivat kehittämisprojektin projektiryhmän jäseniksi oman mielenkiintonsa perusteella.

Ryhmähaastattelu toteutettiin joustavana ja tasa-arvoisena keskustelutilaisuutena, missä jokaisella vastaajalla oli yhtäläinen mahdollisuus

tulla kuulluksi. Teemoja ei esitetty orjallisesti järjestyksessä, eikä niihin tarvinnut vastata järjestyksessä. Suoria vastauksia yksittäisiin teemoihin tuli hyvin harvoin, vaan niillä heräteltiin keskustelua, joilla pyrittiin saamaan johtopäätöksiä aikaan. Haastattelija kirjasi ne ylös ja luki ne ääneen haastateltaville, jolloin heillä oli vielä mahdollisuus muuttaa vastauksia, niin halutessaan. Ylös kirjatusta vastauksista haastattelija lähetti vielä koosteen kaikille haastateltaville, joten heillä oli vielä sähköpostin välityksellä mahdollisuus muuttaa vastauksiaan, näin halutessaan. Tällä haluttiin varmistaa luotettavuutta vastauksissa. Haastattelussa ei ole tärkeintä pitää huutoäänestystä, vaan saada tietoa tutkittavasti asiasta mahdollisimman paljon (Tuomi, Sarajärvi 2004, 75.)

Koska haastattelulla pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasti asiasta, on perusteltua antaa haastattelukysymykset haastateltaville jo etukäteen, hyvissä ajoin (Tuomi, Sarajärvi 2004, 75.) Ryhmähaastattelun teemat lähetettiin vastaajille noin viikkoa aikaisemmin, ennen varsinaista haastattelutilaisuutta, jotta heillä oli aikaa valmistella vastauksiaan, sekä mahdollisesti kirjoitella ajatuksiaan ylös näin halutessaan. Tällä toiminnalla pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon tietoa käsiteltävästä asiasta.

Koko kehittämissuorituksen ajan työskentely on ollut niin projektiryhmän, kuin yhteistyötoimijoiden kesken hyvin avointa ja luotettavaa. Kaikilla on ollut yhteinen pyrkimys tehostaa ja parantaa päihdepotilaan hoitotyötä, mikä on tehnyt kehittämissuorituksen toteuttamisesta hyvin relevanttia.

10.2 Eettisyys

Tutkimuseettinen toimikunta ohjaa, että tutkijan tulisi huolehtia siitä, että vapaaehtoisuuden periaate toteutuu myös silloin, kun on kyse tutkimukseen sisältyvästä vuorovaikutustilanteesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Eettisesti luotettavan tutkimuksen perusedellytyksenä on, että sen tekemisessä noudatetaan hyvää, tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon vastaajan luottamuksellisuus, tunnistamattomuus, sekä aineiston käsittely asianmukaisesti. (Vilka 2005, 74). Tutkimusaineistossa ei missään vaiheessa

saa tulla esiin vastaajan henkilöllisyyteen liittyviä tietoja. Tältä osin tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä.

Tutkimuseettisen toimikunnan mukaan tutkijan tulee huolehtia siitä, että vapaaehtoisuuden periaate toteutuu myös tutkimukseen sisältyvässä vuorovaikutustilanteessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on, että sen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksessa tulee huomioida vastaajan tunnistamattomuus, luottamuksellisuus sekä aineiston käsitteleminen asianmukaisesti. (Vilkka 2005, 74.) Tutkimusaineistossa ei tule missään vaiheessa esiin vastaajien henkilöllisyyteen liittyviä tietoja, joten tältä osin tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä.

Tutkimusaineistojen luottamuksellisuus perustuu aineiston säilyttämisen, käytön, sekä käsittelyn rajauksiin. Tutkimusaineistoa ei luovuteta, eikä käytetä muihin, tähän kehittämisprojektiin liittyvään tutkimustarkoitukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Tutkija sitoutuu käsittelemään saatua aineistoa rehellisesti, sekä luottamuksellisesta ja hävittämään sen asianmukaisesti.

Kehittämisprojektia tehtäessä huomioitiin eettiset näkökulmat pyrkimällä koko sen suorittamisen ajan pitämään toiminta mahdollisimman avoimena, sekä läpinäkyvänä. Kehittämisprojektin aikana ei ilmennyt ongelmia projektipäällikön, työelämämentorin, projektiryhmän tai yhteistyötahojen välillä tai toiminnassa.

Sairaanhoitajan erityisosaamisen alueet kartoitettiin ryhmähaastattelun pohjalta, johon vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, projektiryhmän jäseniltä. Tilaisuuden aluksi projektipäällikkö huolehti siitä, että jokainen vastaaja ymmärsi vapaaehtoisuuden, korostamalla sitä vielä erikseen. Ryhmähaastattelutilaisuudessa projektiryhmän jäsenet kuulivat toistensa sanomat, sekä mielipiteet. Toisaalta projektipäällikkö lähetti vielä tilaisuuden yhteenvedon kaikille vastanneille kirjallisena, sähköisenä versiona, joten viimeistään tässä vaiheessa heillä oli mahdollisuus muuttaa vastauksiaan, näin halutessaan. Koulutus- ja perehdytyksen tarvetta, sekä hoitopolku-ajattelumallin

luomista pohdittiin avoimessa yhteistyötapaamisessa, missä jokaisella osallistujalla oli yhtäläinen mahdollisuus tuoda oma mielipiteensä julki.

Koko kehittämisprojektin ajan tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti. Aineiston säilyttämisestä huolehdittiin siten, ettei ollut mahdollista sen joutua ulkopuolisten käsiin. Ryhmähaastattelulla saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä noudattaen erityistä tarkkuutta, sekä huolellisuutta. Alkuperäisilmauksia kunnioitettiin, eikä niiden sisältöä tai perusajatusta muutettu mitenkään. Paneelikeskusteluissa, joissa esiteltiin sairaanhoitajan erityisosaamisen alueita, noudatettiin samoja eettisiä ratkaisuja ja periaatteita kuin ryhmähaastattelutilanteessakin. Tulokset raportoitiin rehellisesti, sekä avoimesti siten, että niistä on mahdotonta tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on noudatettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista, eettisestä kestävästä menetelmästä. Kehittämisprojektissa käytettyjä aineistojen, sekä niiden tekijöiden kunnioituksesta on huolehdittu muun muassa merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisesti.

10.3 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyi kuvaus sairaanhoitajan erityisosaamisesta päihdepotilaan hoitotyössä, somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Erikoisosaamisen määrittely palvelee päihdepotilaan hoitotyötä siinä määrin, että sillä pystytään kartoittamaan niitä osa-alueita, jotka juuri päihdepotilaan hoitotyössä nousevat keskeisiksi osaamisen alueiksi. Kehittämisprojektin myötä on noussut esille myös somaattisella osastolla toimivan henkilökunnan koulutus- ja perehdys tarve liittyen pelkästään päihdepotilaisiin. Päihdepotilaan hoitoketjua on myös saatu selkeytettyä. Selkeyttäminen on lähinnä tapahtunut toimintamallin muutoksella siten, että päihdesairaanhoitajan palveluja tullaan jatkossa käyttämään huomattavasti enemmän. Yhteistyötä on hiottu toimivammaksi ja tehokkaammaksi, jotta potilaan hoitoketju olisi mahdollisimman katkeamaton. Kehittämisprojektin ansiosta on noussut esille koulutustarpeita. Esimerkiksi vanhojen työntekijöiden kouluttamista päihdepotilaiden hoitotyöhön ei juurikaan tällä hetkellä tapahdu.

Jatkossa päihdesairaanhoidaja tulee vähintään kerran vuodessa osastolle pitämään osastotunnin päihdepotilaan hoitotyön erityispiirteistä. Uusille työntekijöille toivottiin perehdytystä pelkästään päihdepotilaisiin liittyen. Jatkossa päihdesairaanhoidaja ottaa tämän perehdytyksen vastuulleen. Kehittämiprojektin aikataulun puitteissa ei pystytty seuraamaan sitä, kuinka käytännölliseksi ja toimivaksi uudet, tämän kehittämisprojektin myötä nousevat toimintaehdotukset osoittautuvat. Kuitenkin projektiryhmän kanssa on keskusteltu, että jatkossa uusien toimintamallien toimivuuden arvioiminen voisi olla jatkotutkimusaihe.

Tämän kehittämisprojektin myötä on saatu tiivistettyä yhteistyötä esimerkiksi Turun kaupungin päihdepsykiatrian, TYKS:n päihdesairaanhoidajan, sekä Turun katkaisuhuoltoaseman kanssa. Tarkoituksena olisi, että yhteistyöpalaverit jatkuisivat vuosittaisina, jotta yhteistyö pysyisi tiiviinä ja sitä kautta päihdepotilaan hoitotyötä saataisiin tehostettua. Tämän kehittämisprojektin myötä on koettu yhteistyöpalaverit eri toimijoiden kesken erittäin keskeiseksi toimintamalliksi kehitettäessä päihdepotilaiden hoitotyötä. Eri toimijoiden välinen yhteistyö kuroo päihdepotilaan hoitotyössä herkästi osoittautuvaa kuilua, somaattisen ja päihde-psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä umpeen.

TYKS:n addiktiopoliklinikalla työskentelevä päihdesairaanhoidaja on somaattisen erikoissairaanhoidon läheisin yhteistyökumppani. Kehittämisprojektin myötä on jo ollut herätteillä toimintamallin muutosta, että psykiatrin konsultaation sijaan päihdepotilaille tehtäisiinkin päihdesairaanhoidajan konsultaatio. Jatkossa tämä toimintamalli vaatii vielä hieman hiomista, erityisesti lääkäri tasolla, mutta siinä on huomattavasti etuja. Päihdesairaanhoidajan konsultaatiosta olisi huomattavasti hyötyä osastolla toimiville sairaanhoitajille, koska päihdesairaanhoidaja voisi tarpeen mukaan hoitaa potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat, samoin kuin ohjata tätä alkoholin riskikäytön vähentämisessä. Toisaalta, päihdesairaanhoidaja voisi myös huolehtia omaisten ohjaamisesta. Paneelikeskusteluun osallistuneet projektiryhmän jäsenet kokivat, että juuri omaisten ohjaaminen jää kokonaan heidän vastuulleen, mikä koettiin hankalaksi, koska sairaanhoitajalle ei kerrota

psykiatrin konsultaatiossa keskustelluista asioista erikseen, joten tämä ei tiedä, mitä siellä on keskusteltu ja sovittu. Yhteistyötapaamisissa päihdesairaanhoidaja tämän toimintamallin pelkää positiivisena. Ongelmaksi päihdesairaanhoidajan konsultaatioissa somaattisella puolella on noussut se, tekeekö konsultaatiopyynnön lääkäri vaiko sairaanhoitaja. Ensiavussa toimiva lääkäri kirjoittaa potilaasta psykiatrin konsultaatiopyynnön jo ensiavussa, ennen kuin potilas menee osastolle, joten päihdesairaanhoidaja voisi tarpeen mukaan hyödyntää myös tätä konsultaatiopyyntöä. Toisaalta, somaattisella osastolla toimivista sairaanhoitajista kaikki eivät kokeneet sitä huonoksi asiaksi, että he kirjoittaisivat konsultaatiopyynnön. Vaikkakin osa oli sitä ehdottomasti vastaan. Päihdesairaanhoidajan hyödyntämisestä on myös taloudellista hyötyä, joten sitä voitaisiin vastaisuudessa hyödyntää esimerkiksi ylimääräisen sairaanhoitajan palkkaamiseen öiseen aikaan tai vartijan palkkaamiseen.

Kehittämiprojektin myötä päihdesairaanhoidaja on luvannut tulla kertomaan somaattiselle osastolle omasta työstään, sekä siitä, mitä hänen toimenkuvaansa kuuluu. Addiktiopoliklinikan ylilääkäri Heinisuo on luvannut pitää sisätautiklinikan lääkäreille koulutuksen päihdesairaanhoidajan työstä, sekä päihdepotilaille määrättävistä lääkkeistä. Tarkoituksena olisi luoda ns. tarkastuskortti, jonka mukaan päihdepotilaalle olisi mahdollisimman kattavat lääkemääräykset jo hänen tullessa osastolle. Tällä toiminnalla pyritään vähentämään konfliktitilanteiden syntymistä, sekä vähentämään sairaanhoitajan työn kuormittavuutta erityisesti ilta- ja yöaikaan, jolloin henkilökuntaa on paikalla vähän. Lääkäreiden kouluttamisella pyritään myös siihen, että he pystyisivät tehokkaammin arvioimaan sitä, vaatiiko potilaan kunto somaattisesta erikoissairaanhoidoa, vai voisiko tämä selvitä päihtymystilastaan esimerkiksi ensiavun tiloissa tai vaihtoehtoisesti selviytymisasemalla. Tätä toimintamallia ajateltaisiin käytettäväksi erityisesti niiden potilaiden kohdalla, jotka virkoavat päihtymystilastaan hyvin nopeasti päästyään osastolle. Virkoamisen jälkeen potilas yleensä haluaa välittömästi kotiin. Kyseiset potilaat kuormittavat joskus suhteellisen paljon osastoa, joten tällä pyrittäisiin kuormittamisen vähentämiseen, sekä toisaalta myös hoitotyön tehostamiseen.

Katkaisuhoitoaseman kanssa yhteistyö on ollut kovin hedelmällistä ja antanut kehittämiprojektin myötä paljon. Vuoden 2014 alusta lähtien heillä on ollut omissa tiloissaan 6-paikkainen selviytymisasema, minne päihtynyt henkilö voi mennä selviytymään päihtymystilastaan. Selviytymisasemalle voi mennä ilman lähetettä ja esimerkiksi ensiavusta sinne lähetetään potilas taksikortin kanssa, joten sama toimintamalli voisi toimia myös osastolla. Selviytymisaseman pääsykriteerinä katkaisuhoitoaseman henkilökunta mainitsee, että pitäisi pystyä kävelemään omin jaloin, mutta siitäkin voidaan tietyissä tilanteissa joustaa. Turun selviytymisaseman ollessa täynnä, voi hyödyntää myös Salon selviytymisasemaa. Ainoana haittapuolena selviytymisasemissa on se, että ne palvelevat ainoastaan Turkulaisia. Toisaalta yhteistyössä heräteltiin myös toimintamallin muutosta somaattisella osastolla. Tähän asti myös päihdepotilaiden omaiset ovat saaneet vieraila osastolla näin halutessaan, riippumatta heidän omasta päihtymystilastaan. Ajatuksena olisi jatkossa, että osastolla ei saisi vieraila päihtyneenä. Tämä voidaan hyvin perustella turvallisuusseikoilla ja toisaalta myös sillä, että usein päihtyneet omaiset provosoivat potilasta tai vaihtoehtoisesti tuovat hänelle päihteitä osastolle. Myös päihtyneen potilaan henkilökohtaiset tavarat aiheuttivat huolta. Tavaroista on joskus löytynyt päihdyttäviä aineita tai vaihtoehtoisesti mm. teräaseita. Turvallisuusseikkoihin vedoten päihtyneen potilaan tavarat omaa matkapuhelinta lukuun ottamatta voitaisiin säilyttää esimerkiksi osaston kansliassa tai muussa lukollisessa tilassa tai kaapissa.

Katkaisuhoitoasemalta nousi ajatuksena, voisiko somaattisen erikoissairaanhoidon potilaita sisällyttää Kaste-ohjelmaan kuuluvaan ”Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille”. Hankkeen tarkoituksena on tehostaa palvelumuotoilun, sekä johtamisen keinoin sosiaali- ja terveyspalveluita niiden suurkuluttajille, kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja runsaasti käyttävien ja riskiryhmien (päihde- ja mielenterveyspotilaiden) palvelujen johtamismalleja ja palvelujen kehittämisen käytäntöjä, sekä luoda kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakasjärjestelmiä. (Turku 2014). Kehittämiprojektin myötä projektiryhmän

jäsenet kiinnostuivat hankkeesta ja tekevät somaattiselle osastolle esitteitä kyseisestä hankkeesta.

LÄHTEET

Alvesson, M., Ashcraft, K. 2012. Interviews. Teoksessa: Symon, G., Cassell C. 2012. Qualitative organizational research. SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. Alcohol: No Ordinary Commodity- Reseach and public policy. Oxford University Press 2004.

Baldwin, K., Clark, A., Fulton, J., Mayo, A. 2009. National Validation of the NACNS Clinical Nurse Specialist Core Competencies. Journal of Nursing Scholarship 41 (2), 193-201.

Baumeister, R., Leary, M. 1997. Writing Narrative Literature Reviews. Review of General Psychology 1(3), 311–320.

Bearfield, D., Eller, W. 2008. Writing a Literature Review: The Art of Scientific Literature. Teoksessa: Handbook of Research Methods in Public Administration. (Toim.) Kaifeng Yang., Gerald J. Miller. Boca Raton: CRC Press.

Brannan, M., Oultram, T. 2012. Participant Observation. Teoksessa Symon, G., Cassell C. Qualitative organizational research. SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd.

Crome, I., Ghodse, H., Gilvarry, E., McArdle, P. 2004. Young People and Substance Misuse. The Royal College of Psychiatrists. Bell & Bain Limited, Thornliebank, Glasqow 2004.

Dixon-Woods, M., Booth, A., Sutton, A. 2007. Synthesizing Qualitative Research: A Review of Published Reports. Qualitative Research 7(3), 375–422.

Elonen, A-K. 2008. Sairaanhoidajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810293757>

EMCDDA 2008. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2008. Drugs and vulnerable groups of young people. Belgia.

Eteläpelto, A., Onnismaa, J. 2006. Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Dark Oy. Vantaa.

Fink, A. 2005. Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks.

FINLEXa 2012. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20785%2F1992>

FINLEXb 2012. Kansanterveyslaki 66/1972 14.1 §:n 10 kohta. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search[type]=pika&search[pika]=Kansanterveyslaki)

FINLEXc 2012. Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=785%2F1992](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=785%2F1992)

FINLEXd 2012. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20785%2F1992](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20785%2F1992)

FINLEXe 2012. Päihdehuoltolaki 41/1986 § 3. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search\[type\]=pika&search\[pika\]=P%C3%A4ihdehuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search[type]=pika&search[pika]=P%C3%A4ihdehuoltolaki)

FINLEXf 2012. Päihdehuoltoasetus 653/1986 1§. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860653?search\[type\]=pika&search\[pika\]=P%C3%A4ihdehuoltoasetus](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860653?search[type]=pika&search[pika]=P%C3%A4ihdehuoltoasetus)

Hannula, K., Mäki, J., Peippo, M. 2012. Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneet syyt ja hoidon kulku Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu. Turku

Havio, M. 2008. Päihdehoitotyön opetuksen puutteesta tulossa terveysriski. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/paihdehoitotyon_opetuksen_puutte/

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hirvonen, A., Rutanen, K. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan ja koulutuksen antamat valmiudet. Verkkodokumentti. Viitattu 19.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200906043685>

Holmberf, J. 2012. Vakavien mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitotyö 2012. Sairaanhoidaja-lehti 4/2012.Vol 85.

Holmberg,J., Hirschovits, T., Kylmänen, P., Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille-Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen graafiset palvelut Oy. Kuopio.

Hummelvoll, J., Severinsson, E. 2001. Coping with everyday reality: Mental health professional's reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67807/951-44-6054-5.pdf?sequence=1>

Hälinen, E., Naukkarinen, S. 2012. Sairaanhoidajan eettisen toiminnan ilmeneminen päihdepotilaan kohtaamisessa. Verkkodokumentti. Viitattu 21.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112716874>

Häkkilä, J. 2010. Liiketoimintaa tukevien ydinosaamisten tunnistaminen automaatiokunnossapidossa. Verkkodokumentti. Viitattu 22.11.2013. Saatavissa http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16388/Hakkila_Jukka.pdf?sequence=1

Inkeroinen, T., Partanen, A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. Stakes työpapereita 7/2006. Helsinki.

Jahren Kristoffersen, N; Nortvedt, F., Skaug, E. 2006. Hoitotyön perusteet. Narayana Press. Tanska.

Juujärvi, S., Myyry, L., Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Tammi. Helsinki.

Kaasalainen, K., Sulin, S. 2008. Päihdepotilas terveystieteissä- Hoidon kehittäminen. Verkkodokumentti. Viitattu 19.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-1213183708-5>

Kaappola, J., Luoto, J. 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Verkkodokumentti. Viitattu 23.2.2013. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200910305221>

Kallio, T. 2006. Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskunnallinen lähestymistapa. Hallinnon tutkimus 25(2), 18–28.

Karllson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C., Warpenius, K. 2013. Alkoholi Suomessa- kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Verkkodokumentti. Viitattu 5.6.2014. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN_ISBN_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, LM., Kaila, M, Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortakangas, P., Brander, P., Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Verkkodokumentti. Viitattu 9.2.2012. Saatavissa http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf.

King, N. 2012. Doing template analysis. Teoksessa: Symon, G., Cassell C. 2012. Qualitative organizational research. SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd.

Korvenranta, H., Särkkä, M. 2010. TYKSin toiminnan ja organisaation muutos – T-Pro. Hanke-suunnitelma. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Turku.

Koivunen, O. 2012. Uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy Turun alueen yhteispäivystyksessä. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205097306>

Korhonen Merja. TYKS, sisätautien klinikka os 012. Toimintakertomus vuodesta 2011.

KOPPA 2013. Jyväskylän yliopisto- paneelikeskustelu. Verkkodokumentti. Viitattu 25.5.2014. Saatavissa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/paneelikeskustelu>

KOPPA 2014. Määrällinen tutkimus. Verkkodokumentti. Viitattu 22.10.2014. Saatavissa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kurki, J. 2011. Sairaanhoidajan osaaminen akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä-Osaamisen kuvantamismalli. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <http://www.theseus.fi/handle/10024/23006>

Kummel, M., Nurminen, R., Iire, L., Nygren, P. 2012. The Future Hospital - Development Project in Nursing 2009 – 2015. Teoksessa von Schantz, M., Heinola, A. 2012. Expertise in Health Care and Medication. Reports of Turku University of Applied Sciences 128. Tampere: Juvenes Print Oy.

Käypä hoito 2012. Huumeongelmaisen hoito. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=E7F77BA0215417B14DA07883A1D1187A?id=hoi50041>

Lahtinen, P., Lalla, S. 2011. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä-henkilökunnan näkökulmasta. Verkkodokumentti. Viitattu 21.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201104275033>

Laine, H. 2011. Tulevaisuuden osaaminen Sydän-toimialueella. Teoksessa Nygren, P., Nurminen, R. Tulevaisuudenosaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162052.pdf>

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2012 Etiikka hoitotyössä. 7. Uudistettu painos. SanomaPro. Helsinki.

Mellin, N., Vihmo, J., Österberg, E. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Valopaino Oy. Helsinki.

Memarian, R., Salsali, M., Vanaki, Z., Ahmadi, F., Hajizadeh, E. 2007. Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. Nursing Ethics 14(2), 203-214.

Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <http://www.theseus.fi/handle/10024/29675>

Metso, L., Winter, T., Hakkarainen, P. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet- Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992- 2010. Tampereen yliopistopaino. Tampere.

Metsämuuronen, J. 2005. Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. Psykologia 40(5–6), 578–581.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp. Jyväskylä.

Mäkelä, A., Ruokonen, T., Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.

McQueen, J., Howe, TE., Allan, L., Maine, D., Hardy, V. 2011. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards (Review). The Cochrane collaboration, Cochrane library 2011, Issue 8.

Nieminen, I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78126/gradu01915.pdf?sequence=1>

Nokkala, S. 2011. Selviämishoitoyksikön hoitotyön erityisosaaminen ja osaamistarpeet päihdepotilaan hoidossa. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105137753>

Nummelin, M., Nygren, P. 2011. YHES – projekti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) yhteispäivystyksen hoitotyön erityisosaaminen –projekti (02139), 10/2009 –5/2011. Loppuraportti, 14.6.2011. Verkkodokumentti. Viitattu 4.12.2013. Saatavissa <http://sote-ennakointi-esh.turkuamk.fi/Loppuraportti.pdf>

Nurminen, R. 2011a. Sote-ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden ennakointi. Näkökulma sairaanhoitajan tulevaisuuden ydinosaamis- ja erityiskompetensseihin erikoissairaanhoidossa. Verkkodokumentti. Viitattu 4.12.2013. Saatavissa www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_8pdf.fi

Nuotio, I., Korhonen, M. Päihdehoitotyön hyvän hoidon kriteerit. Ohjeet päihdepotilaan kohtaamiselle osastolla 012.

Ollson, B., Rosenqvist, P., Stymne, A. Narkotikasituationen I Norden- Utveckling 1990- 1996. Hakapaino Oy. Helsinki.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:2. Verkkodokumentti. Viitattu 4.12.2013. Saatavissa. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon; koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006:24. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.html?lang%20=fi

Opetusministeriö 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf?lang=fi>

Petticrew, M. 2001. Systematic Reviews from Astronomy to Zoology: Myths and Misconceptions. *British Medical Journal* 322 (7279), 98–101

Rehn, K. 2008. Sairaanhoidajan näyttöön perustuva osaaminen peruselintoimintojen tarkkailussa ja hoitotyön päätöksenteossa. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa <http://www.theseus.fi/handle/10024/1481>

Riley, J., Brodie, L., Shuldham, C. 2005. Cardiac nursing: Achieving competent practitioners. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 15-21.

Saunders, M. 2012. Choosing research participants. Teoksessa Symon, G, Cassell C. 2012. *Qualitative organizational research*. SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd.

Sosiaaliportti 2012. Osaamisen määrittely. Verkkodokumentti. Viitattu 22.11.2013. Saatavissa <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyontuki/osaamiskartoitus/maarittely/>

STM 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Verkkodokumentti. Viitattu 24.5.2014. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3694.pdf&title=Selvitys_tyonjaosta_ja_tyonrasituksesta_mielenterveyspalveluissa_fi.pdf

STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Verkkodokumentti. Viitattu 12.12.2012. Saatavissa <http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>

STM 2006:32. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Verkkodokumentti. Viitattu 26.5.2014. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3668.pdf&title=Psykiatrian_opetuksen_kehittamistarpeet_perusterveydenhuollossa_fi.pdf

Terveysportti 2012. Käypä-hoito: Huumeongelman hoito. Verkkodokumentti. Viitattu 24.2.2013. Saatavissa http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=p%C3%A4ihitteiden%20k%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4

Terveysportti 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä- ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Verkkodokumentti. Viitattu 24.2.2013. Saatavissa http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=p%C3%A4ihitteiden%20k%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4

The Cochrane library 2014. The Cochrane Collaboration- About us. Verkkodokumentti. Viitattu 27.9.2014. Saatavissa <http://www.cochrane.org/about-us>

Theseus 2014. Theseus-julkaisuarkisto - ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut verkossa. Verkkodokumentti. Viitattu 27.9.2014. Saatavissa <https://www.theseus.fi/>

Tilastokeskus 2014. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Verkkodokumentti. Viitattu 25.5.2014. Saatavissa <http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Verkkodokumentti. Viitattu 4.12.13. Saatavissa <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Turku 2014. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille. Verkkodokumentti. Viitattu 5.6.2014. Saatavissa <http://www.turku.fi/palvelumuotoiluhanke>

Uotila, T-P. 2010. Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen. Vaasan yliopiston julkaisuja. Verkkodokumentti. Viitattu 22.11.2013. Saatavissa http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-313-4.pdf

Vahtera, S. 2011. Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. Verkkodokumentti. Viitattu 22.12.2012. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103163231>

Vesterinen, M-L. 2011a. Sote-ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden ennakointi. Sote-alan osaamistarpeet ja koulutuksen kehittäminen tulevaisuudessa. Verkkodokumentti. Viitattu 25.5.2014. Saatavissa http://www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_6.pdf

Vesterinen, M-L. 2011b. Sote-ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden ennakointi. Suosituksia sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämiseen. Verkkodokumentti. Viitattu 25.5.2014. Saatavissa http://www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_12.pdf

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä.1. painos. Tammi. Keuruu.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R., Annala, T. 2007. Mielenterveys ja päihdetyö. WSOY. Helsinki.

Vähäniemi, A. Verkostoituva aluesairaala- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 11/2008. Juvenes yliopiston kirjakauppa. Tampere.

Kehittämiprojekti: Päihdepotilaan kohtaaminen somaattisessa erikoissairaanhoidossa - hyvät käytänteet

Tekijä: Emma-Reeta Toivonen

Paneelikeskustelun haastatteluteemat projektiryhmän jäsenille.

- 1) Millaiseksi koet päihdepotilaiden hoitamisen somaattisella osastolla tällä hetkellä? Onko se riittävää, riittämätöntä, sujuvaa, onko siihen käytettävissä tarpeeksi henkilöstöresursseja tms...?
- 2) Koetko päihdepotilaat potilasryhmänä haastavaksi? (Esimerkiksi haastavammiksi kuin rintakipuilevat potilaat tms.) Jos koet, niin mitkä erityispiirteet tekevät tästä potilasryhmästä mielestäsi haastavan?
- 3) Koetko päihdepotilaan kohtaamisen haastavaksi?
- 4) Koetko päihdepotilaat potilasryhmäksi, joka lisää turvattomuuden tunnetta henkilökunnan piirissä osastolla?
- 5) Koetko osaavasi/hallitsevasi päihdepotilaiden hoitamisen liittyvät erityispiirteet? (Esimerkkinä korvaushoidossa olevat potilaat, sosiaalisesti haastavassa tilanteessa olevat potilaat)
- 6) Onko päihdepotilaiden jatkohoito tällä hetkellä organisoitu mielestäsi riittävästi?
- 7) Koetko hallitsevasi päihdepotilaan jatkohoitoon liittyviä erityispiirteitä? (mitä vaihtoehtoja on käytettävissä, kuka hoidon korvaa jne?)

SAATEKIRJE

Päihdepotilaan kohtaaminen somaattisessa erikoissairaanhoidossa- hoitopolun muodostaminen & hyvät käytänteet kehittämisprojekti on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun, ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteiseen, Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti vuosille 2009-2015 HoiPro-hankkeeseen.

Kehittämisprojektin tavoitteena on määritellä päihdepotilaan hoitotyössä tarvittava erikoisosaaminen somaattisella vuodeosastolla erikoissairaanhoidossa. Osatavoitteina on arvioida koulutuksen ja perehdytyksen tarvetta päihdepotilaisiin liittyen, sekä sisällyttää hoitopolkuajattelumallia päihdepotilaiden hoitotyöhön. Kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Turun katkaisuhuoltoaseman, päihdepsykiatrian, sekä Tyks:n addiktiopoliklinikan, päihdesairaanhoitajien kanssa. Tarkoituksena on myös löytää somaattiselle osastolle hyviä käytänteitä päihdepotilaan kohtaamiseen.

Päihdepotilaille ei tehdä tämän kehittämisprojektin myötä kyselyjä, koska heidän hoitoaikansa somaattisella vuodeosastolla on lyhyt ja päihtymystila yleensä aika kohtalainen sen aikana. Projektiryhmään on nimetty osastonhoitaja, 4 sairaanhoitajaa, perushoitaja, sekä osaston erikoislääkäri, joille toteutetaan projektiryhmän tapaamisessa paneelikeskustelu/haastattelu. Osallistuminen tähän tilaisuuteen on projektiryhmän jäsenille vapaaehtoista.

Paneelikeskustelussa saatua aineistoa hyödynnetään kehittämisprojektin kirjallisuuskatsausta tehtäessä, jotta päihdepotilaiden kohtaaminen olisi mahdollisimman yhdenmukaista, kunnioittavaa, sekä hoitomyöntyvyyttä lisäävää. Aineistoa hyödynnetään myös hoitohenkilöstön näkökulmasta, miten heidän työtaakkaansa pystytään vähentämään tai keventämään luomalla uusia toimintatapoja. Tutkimukselle on saatu lupa klinikan ylihoitaja Heidi Laineelta. Tästä kehittämisprojektista saa lisätietoja:

Emma-Reeta Toivonen

0407443103

emma-reeta.toivonen@students.turkuamk.fi

Tietoa ammattilaiselle | Päihdehäiriöt | Huumeet

Huumeriippuvaisen potilaan vieroitusoireita poissa pitävä lääkitys somaattisen hoidon aikana

Ammattilaiselle / e / TAddiktiopkl

Opiaattiriippuvaisen potilaan korvaavan lääkityksen tarkoitus somaattisen hoitojakson aikana on turvata somaattisen hoidon toteutuminen!!

- Lääkitystä ei siis määrätä näissä tilanteissa sillä tarkoituksella, että potilas vieroittautuisi opiaateista hoitojakson aikana, vaan pyritään lääkityksen avulla pitämään poissa vieroitusoireet.
- Ilman korvaavaa lääkitystä on todennäköistä, että opiaattiriippuvainen potilas joko keskeyttää hoitojaksonsa tai vaihtoehtoisesti hankkii osastolle käyttämänsä opiaatteja korvaavan lääkityksen omaehtoisesti.
- Jos somaattisella osastolla olevalla opiaatteja käyttäneellä potilaalla voidaan todeta opiaattiriippuvuusoireyhtymä (katso ICD10 riippuvuus-kriteerit), voidaan aloittaa hoidon ajaksi korvaavaksi lääkkeeksi Temgesic.
- Jos potilas on käyttänyt pääasiallisesti opiaattiagonisti-valmisteita (heroiini, morfiini, kodeiini ym.), saattaa Temgesic-lääkitys liian varhain aloitettuna aiheuttaa vieroitus-oireiden provosoitumista. Yksinkertaisinta onkin näissä tilanteissa antaa ensimmäinen lääkeannos vasta vieroitusoireiden alkaessa.

Suosittelava vieroitusoireita poissa pitävä aloitusannos on Temgesic 0.4 resoribletti 3+3+4 tablettia sublinguaalisesti, jolloin vuorokausiannos on 4 mg.

- Lyhyen, muutaman vuorokauden mittaisen osastohoidon aikana tämä annostaso on useimmiten riittävä.
- Jos potilaalla kuitenkin on vaikeita vieroitusoireita, voi Temgesic-lääkityksen nostaa maksimissaan **8 mg:aan vuorokaudessa**. Tämä saattaa tulla kyseeseen esim., kun hoidetaan sepsis- tai endokardiittipotilasta useiden viikkojen ajan, jolloin vieroitusoireiden poissa pitämisen ohella pyritään myös lievittämään opiaattien himoa, jotta somaattisen hoidon tarvittava kesto turvattaisiin.
- **Temgesic-lääkityksen anto tulee valvoa.** Resoriblettien imeytyminen kielen alta kestää n. 10 minuuttia. Suonensisäiseen annosteluun ei pidä lähteä, vaikka potilaalla olisi muuhun hoitoon liittyen iv-kanyyli.
- Iv-käyttö tulee kyseeseen ainoastaan erityistilanteissa, esim. jos potilas on intuboituna. Tällöin Temgesic-aloitusannos on Temgesic 0.3

mg/ml:ssa 2ml + 1ml + 2ml, jolloin vuorokauden kokonaisannos on 1.5 mg.

Tyksissä hoidetaan korvaushoidossa potilaita sekä **metadonilla**, että **buprenorfiinilla**. Näiden potilaiden kohdalla korvaushoitoa jatketaan samalla lääkemannoksella kuin ennen somaattista hoitajaksoa. Korvaushoidossa olevat potilaat pääsääntöisesti tietävät oman annoksensa, mutta annokset kannattaa kuitenkin varmistaa addiktiopoliklinikan työntekijöiltä. Korvaushoidossa olevien potilaiden **metadoni-annokset vaihtelevat yleensä välillä 50-120 mg vrk:ssa**, ja **Subutex-annokset välillä 8-24 mg**.

Amfetamiiniriippuvaisille potilaille ei ole korvaavaa lääkitystä, ja somaattisen hoidon aikana tulee amfetamiiniriippuvaisen potilaan kohdalla huolehtia **ensisijaisesti psykiatrisen oheissairauden hoitamisesta**. On varsin tavallista, että pitkään amfetamiinia käyttäneelle ja unettomuudesta kärsivälle potilaalle tulee psykoottisia oireita, tavallisimmin vainoamisharhaluuloja, lievempää paranoidista oireilua, tai harha-aistimuksia. Näissä tilanteissa voidaan käyttää neuroleptilääkitystä tavanomaiseen tapaan kuitenkin muistaen, että amfetamiinia käyttäneet potilaat ovat usein herkempiä saamaan ekstrapyramidaalisia sivuvaikutuksia. Myös paniikki- ja depressio-oireet ovat tavallisia amfetamiinin käyttäjillä, ja pitkän osastohoidon aikana voidaan näitä oireita hoitaa antidepressiivalääkityksellä.

Huumeriippuvaisilla potilailla on usein todettavissa myös bentsodiatsepiiniriippuvuus. Tällöin kannattaa potilaalle määrätä esim. **Opamox 15-30 mg ad 3 x vrk:ssa somaattisen hoidon ajaksi**.

Addiktiopoliklinikka pyrkii vastaamaan huumeriippuvaisen potilaan hoitoa koskeviin konsul-taatioihin arkisin päiväsaikaan. Psykiatrian päivystäjä joutuu siis käytännössä kohtaamaan huumeriippuvaisia potilaita lähinnä ilta- tai viikonloppupäivystysten aikana. Käytännössä tällöin tulee arvioitavaksi lähinnä lääkitys ja psykiatrisen hoidon tarve.

Huumepoliklinikalla toteutetaan myös viikonloppuisin buprenorfiini -ja metadonikorvaushoidossa olevien potilaiden lääkkeen jakoa. Tämän vuoksi huumepoliklinikan sairaanhoitaja on työvuorossa viikonloppuisin klo 8-16.

- ➔ **Sairaanhoitajan tavoitat viikonloppuisin puh.numerosta 040-7577154.**
- ➔ **Addiktiopoliklinikan puh.numero arkisin klo 8-16 on 3132741.**

sisällöstä vastaa TYKS Addiktiopkl, sisältö tarkistettu 1.2009

h_vieroitusoire h_huume h_huumeriippuvaisuua h_opiaattiriippuvaisuus
h_amfetamiiniriippuvaisuus

Tietoa sairauksista ja hoidosta | Sisätaudit | Infektiotaudit

Huumeidenkäyttäjän hoito somaattisella osastolla - ohje ammattilaisille

POTILAAN KOHTAAMINEN

- Tasa-arvoinen kohtelu, ystävällisyys, rauhallisuus, asiallisuus, joustavuus/tiukkuus, neuvottelu/suostuttelu, johdonmukaisuus, ei provosoimista/provosoitumista
- Oikea asenne on tärkeä!
- Potilaan aito kohtaaminen, luottamuksen saaminen
- Hyvän hoitosuhteen luominen jo heti alussa helpottaa pitkää hoitoa.

POTILAAN SIJOITTELU

- Ei kahta/useampaa päihdepotilasta samaan huoneeseen
- Jos tarvetta tai mahdollisuus, potilaan sijoitus kamerahuoneeseen.

HUUMEIDENKÄYTÖN KARTOITTAMINEN JA TOIMENPITEET

- Suullinen kysely käytetyistä päihteistä ja käyttötavoista, huumeeseula potilaan suostumuksella
- Seulat tärkeitä myös esim. läppäleikkaukseen odottavien ja mahdollisesti myöhemmin päihdehoitoon hakeutuvien kannalta – seuloista potilaalle hyötyä, ei haittaa
- Jos seulassa ”vääriä” aineita positiivisena ja potilas kieltää käytön, näyte aina varmistukseen
- Lastensuojelutapauksessa näyte aina varmistukseen
- Jos seulassa ”vääriä” aineita positiivisena, hoitoa, myöskään lääkehoitoja, ei lopeteta
- Päihdesairaanhoidajan konsultaation tarjoaminen (addiktiopoli), jos potilas haluaa
- Jos opiaattien aktiivista käyttöä, vieroitusoireita poissapitävän lääkityksen (Temgesic) aloittaminen, jotta somaattinen hoito saadaan vietyä loppuun
- Jos esim. amfetamiinin käyttöä, korvaavaa lääkettä ei ole, rauhoittavat lääkkeet yleensä riittävät osastohoidon ajaksi

- Jos bentsojen käyttöä, lääkitystä täytyy jatkaa, ei saa lopettaa seinään
- Jos Lyrican käyttöä, lääkitystä ei saa lopettaa seinään
- Rimapen saattaa tehdä huumeeseulassa opiaatit positiivisiksi ja bentsot negatiivisiksi → muista varmistus!

LÄÄKITYS

- Vieroitusoireita poissapitävä lääkitys (Temgesic) → aloitusannos yl. 0,4mg 3+3+4 → aloitetaan VAIN jos potilaalla todettua aktiivista opiaattien käyttöä (esim. aiemmat tekstit, huumeeseula otettu ennen lääkkeen aloitusta)
- ohje löytyy VSSHP:n ohjepankista + akuuttihoito-oppaasta
- Tarv. rauhoittavat/nukahtamislääke
- Riittävät kipulääkkeet!!!
- Lääkkeiden yhteisvaikutukset (Temgesicin kanssa ei muita opiaatteja, Rimapen laskee opiaattien ja bentsojen tehoa), miel. parasetamoli + NSAID-lääkkeet listalle, jos voi, kipulääkärin kons.
- Kartoita potilaan oma lääkitys tulovaiheessa tarkkaan, tarkista todenpitävyys, jos mahdollista!
- Lääkkeet valvotusti!
- Temgesicit annetaan murskattuna (infektio-osastolla, farmaseutin lupa) kielen alle, sulavat n. 1-15min, suu tarkistetaan lääkkeenoton jälkeen
- Ensin Temgesicit, sitten "tavalliset" lääkkeet, kaikki lääkkeet valvotaan, lääkkeiden jemmaus
- Jos potilas jo korvaushoidossa, addiktiopoli hoitaa korvaushoitolääkityksen.

HOITO JA SEURANTA

- Potilaille annetaan tulovaiheessa osastohoitosopimus, jossa osaston "säännöt" → potilaalle vapaaehtoinen, mutta jos allekirjoittaa, sopimus on juridisesti pätevä koko hoitojakson ajan
- Jos Temgesic menossa ja ainakin jos on allekirjoittanut osastohoitosopimuksen, viikoittaiset huumeeseulat valvotusti

- Vieroitusoireiden seuranta → yliannostuksen huomioiminen
- Poikkeavan käyttäytymisen huomioiminen, varsinkin hoidon loppua kohti
- Mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen huomioiminen ennalta → väkivallan uhka
- Em. asioiden huomioiminen myös potilaan läheisten taholta → maalaisjärki mukana koko ajan!
- Lähes kaikilla potilailla C-hepatiitti, näytteet kannattaa joka tapauksessa ottaa (B- ja C-hepatiitti, HIV)
- Kun potilas kotiutuu, täytyy muistuttaa matalammasta toleranssista aineiden suhteen.

TURVALLISUUS

- T-sairaalan vartija (G4S)
- Yhteispäivystyksen vartija (G4S)
- Poliisi
- Päiv. psykiatri
- Ylim. hoitaja
- Poliisin virka-apupyyntö (esim. aorttaläpän endokardiitti, osastolta poistuneella potilaalla CVK).

OHJAUS JA NEUVONTA

- Addiktiopoli mukana hoidossa, sos.tt usein myös (jatkohoidot, maksuasiat, asunnottomuus, lastensuojeluilmoitus!)
- Hoidetaan kokonaisvaltaisesti, pyritään auttamaan päihdeongelman hoitamisessa parhaan mukaan
- Huomioidaan omaiset mahdollisuuksien mukaan
- Kirjallinen materiaali.

h_huume h_temgesic h_päihde h_käyttäjä

