

Essi Huttunen, Nina Turunen & Pauliina Väänänen

NUORTEN INTOKSIKAATIOIDEN HOITOTYÖ

Osastotunti Mikkelin keskussairaalan päivystyspo-
liklinikalle

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Maaliskuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 9.3.2016
Tekijä(t) Essi Huttunen, Nina Turunen & Pauliina Väänänen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma
Nimeke Nuorten intoksikaatioiden hoitotyö – Osastotunti Mikkelin keskussairaalan päivystyspoliklinikalle	
Tiivistelmä Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää Mikkelin keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle osastotunti liittyen nuorten tahallisten intoksikaatioiden hoitoon. Tarkoituksena oli tuoda myrkytys- ja päihtymystilojen hoitoa esille nuorten hoitotyön ja tahallisuuden näkökulmista. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että osastotunti ja teorialiedosta koottu materiaali tukevat hoitajien työskentelyä. Osastotunnilla kerroimme, mitä hoitajien tulisi tehdä, tarkkailla ja huomioida nuorten intoksikaatioiden hoidossa. Päivystyspoliklinikalla on ”palvelukartta” tietokoneella, josta hoitajat voivat katsoa potilaiden kliiniseen hoitoon ja jatkohoidon järjestämiseen liittyviä asioita. Opinnäytetyön teoriataustasta koottiin tietopaketti, joka on hoitajien nähtävissä palvelukartassa. Tätä kautta myös muut päivystyksen työntekijät voivat tutustua aiheeseen, jotka eivät päässeet osastotunnille. Osastotunnin pitämisessä ja tietopaketissa käytettävä materiaali koostui kirjallisuudesta sekä ajankohtaisista Internet-lähteistä ja tutkimuksista. Osastotunnin jälkeen keräsimme kirjallisen palautteen liittyen osastotuntiin ja sen sisältöön. Tästä opinnäytetyöstä voi olla hyötyä hoitotyön opiskelijoille, hoitajille sekä muille aihealueesta kiinnostuneille. Osastotunnin materiaalista voivat hyötyä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta ja opiskelijat.	
Asiasanat (avainsanat) nuoret, alaikäiset, myrkytykset, päihtymys, päihteet, tahallisuus, ensihoito	
Sivumäärä 48 s.	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 3 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Leila Sikanen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 9.3.2016
Author(s) Essi Huttunen, Nina Turunen & Pauliina Väänänen	Degree programme and option Degree program in Nursing
Name of the bachelor's thesis Treatment for young people's poisoning – Department hour for emergency of Mikkeli's central hospital	
Abstract <p>The purpose of this functional thesis was to keep a department hour to the nursing staff of the emergency of the central hospital of Mikkeli about the care of young delirious intoxications and their treatment. The purpose was to bring information of nursing patient who has poisoning or intoxication. Also one of the perspectives was looking at it intentionally. Our thesis purpose was that department hour and the theory assembled material support the work of nurses.</p> <p>In the department hour we told what the nurses should do, should monitor and should pay attention of the intoxicated patient. At the emergency is a "servicemap" in the computer station, where the nurses can look information about the clinical care and aftercare places of patients. The theory of our thesis was collected an information package which nurses can see it in the service map. This way the nurses can see our information package if they could come to the department hour.</p> <p>The material which was used in the department hour consisted of literature, current Internet sources and researches. After the department hour we collected literary feedback concerning of the department hour and its content.</p> <p>This thesis can be useful to nursing students, nurses and others who are interested of the subject matter. The material of the department hour can be useful to the emergency nursing staff and students.</p>	
Subject headings, (keywords) the young, underage, poisoning, intoxication, intoxicants, self-poisoning, first aid	
Pages 48 p.	Language Finnish
Remarks, notes on appendices 3 appendixes	
Tutor Leila Sikanen	Bachelor's thesis assigned by The Southern Savonia health care district

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	INTOKSIKAATIOIDEN HOITO	2
2.1	Intoksikaatioiden ensihoito	2
2.2	Alkoholimyrkytykset	6
2.3	Huumemyrkytykset.....	7
2.4	Lääkeainemyrkytykset.....	11
2.5	Hengitettävien päihteiden käyttö	18
3	NUORTEN HOITOTYÖ	19
3.1	Nuoren kehitystaso	20
3.2	Nuorten intoksikaatiot	21
3.3	Päihdehoitotyö	22
3.4	Psykiatrinen hoitotyö	24
3.5	Lastensuojelu	26
3.6	Jatkohoidon järjestäminen	27
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	29
5	OSASTOTUNTI NUORTEN INTOKSIKAATIOISTA.....	30
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	30
5.2	Tiedonhakuprosessi	31
5.3	Opetuksen keskeiset periaatteet	33
5.4	Osastotunnin suunnittelu	33
5.5	Osastotunnin toteutus.....	37
5.6	Osastotunnin arviointi.....	38
6	POHDINTA	39
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	39
6.2	Opinnäytetyöprosessi.....	40
6.3	Ammatillinen kasvu ja opinnäytetyön hyödynnettävyys.....	42
	LÄHTEET	43
	LIITE	
	1 Tutkimuskatsaus	
	2 Tutkimusten tiedonhaku	
	3 Osastotunnin palautelomake	

1 JOHDANTO

Terveyskirjaston (2015) mukaan intoksikaatiolla tarkoitetaan myrkytys- tai humalatiilaa. Suomessa tapahtuu vuosittain myrkytyksiä ja lääkeyliannostuksia yhteensä noin 10 000, ja arviolta noin 1 000 potilasta kuolee niihin (Gastrén ym. 2012a). Kivistön (2009, 21) mukaan teini-ikäisten myrkytykset johtuvat päihteiden väärinkäytöstä tai itsemurhataustaisesta käytöksestä. Päihdemyrkytykset ovat nuorten yleisin kuolinsyy. Päihteiden käytöstä johtuvat yliannostus- ja myrkytystilat ovat myös yleisimpiä hoitotilanteita päivystyspoliklinikoilla. Potilaan tila on voinut aiheutua monista syistä, kuten päihteiden sekakäytöstä, aineen toksisuudesta tai päihteen vaikutuksen aliarvioimisesta. Nuori ikä on riskitekijä ennalta arvaamattomille vaaratekijöille. (Partanen ym. 2015, 287.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Mikkelin keskussairaalan päivystyspoliklinikalle osastotunti liittyen nuorten tahallisten intoksikaatioiden hoitoon. Tahallisilla intoksikaatiolla tarkoitamme, että myrkyllistä ainetta on otettu tietoisesti päihtymys- tai itsetuhoisuustarkoituksessa. Tuotamme myös materiaalin opinnäytetyön teoriataustasta, josta hoitohenkilökunta voi saada lisätietoa nuorten intoksikaatiopotilaiden hoitotyöstä. Osastotunnilla kerroimme muun muassa yleisesti nuorten myrkytyksistä, nuoren intoksikaatiopotilaan voinnin ja elintoimintojen tarkkailusta sekä hoito- ja jatkohoitotoimenpiteistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että osastotunti ja teoriatiedosta koottu materiaali tukevat hoitajien työskentelyä nuorten intoksikaatiopotilaiden hoitotyössä.

Saimme aiheen Mikkelin keskussairaalan päivystyspoliklinikalta, joka toimii opinnäytetyömme toimeksiantajana. Päivystyspoliklinikka toimii ympärivuorokautisesti koko Etelä-Savon alueella päivystyspisteenä yleislääketieteen ja erikoissairaanhoidon potilaille (yhteispäivystyspoliklinikka). Siellä toteutetaan äkillisesti sairastuneen potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä moniammatillisesti. Päivystysosastolla puolestaan hoidetaan ja seurataan potilaita lyhytaikaisesti (enintään 48 tuntia). Päivystysosastolla on 19 potilaspaikkaa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015.) Päivystyksen hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, 45 sairaanhoitajaa, viisi lähi- tai perushoitajaa ja 2,5 lääkintävahtimestaria. Henkilökuntaan kuuluu muun muassa myös eri erikoisalojen lääkäreitä, logistiikkatyöntekijä sekä sihteereitä kolmessa vuorossa. (Ylönen 2015.)

2 INTOKSIKAATIOIDEN HOITO

2.1 Intoksikaatioiden ensihoito

Hengityksen ja verenkierron turvaaminen ovat ensisijaisia hoitomuotoja oireiselle myrkytyspotilaalle. Myös vakavat oireet (kuten rytmihäiriöt ja kouristukset) hoidetaan välittömästi yleisten hoito-ohjeiden mukaisesti. (Korppi ym. 2012, 22.) Kuisman ym. (2013, 564) mukaan kouristavan myrkytyspotilaan tila on usein vakava, sillä kouristavalla on usein jo suuri annos myrkyllistä ainetta verenkierrossa. Ensihoidon tavoitteena on vaarallisen myrkytymisen mahdollisimman nopea ja tehokas imeytymisen esto. On myös varmistettava, ettei toimenpiteillä aiheuteta enemmän haittaa potilaalle. (Korppi ym. 2012, 22.)

Potilaan asettaminen vasempaan kylkiasentoon hidastaa lääkeaineen kulkeutumista ohutsuoleen, ja se vaikuttaa parhaiten heti aineen ottamisen jälkeen. Vatsan tyhjeneminen on nopeampaa muissa asennoissa. Asentohoito on toimenpide, joka tehdään ennen lääkehiilen antamista. Potilaan suusta yritetään poistaa mahdollista tablettimassaa tai muuta myrkytystä aiheuttavaa ainetta. (Kuisma ym. 2013, 564.) Kuisman ym. (2013, 565) mukaan myrkytysten hoidossa ei enää käytetä edes lapsipotilaiden kohdalla oksettamista sen aiheuttamien haittojen, tehottomuuden ja oksetusaineiden vaikutuksen viivästymisen vuoksi.

Korpin ym. (2012, 23) mukaan hoidon alussa on tärkeää tutkia ja kirjata huolellisesti, sillä potilaan oireet voivat auttaa diagnoosin tekemisessä, ja niiden muutosten avulla saadaan tietoa tilanteen vakavuudesta ja kehittymisestä. Partasen ym. (2015, 288) mukaan on kuitenkin muistettava, että päihtyneen potilaan oireiden taustalla voi olla jokin muu kuin päihhteestä johtuva syy, kuten aivovamma, muu trauma tai hänen perussairautensa. Laboratoriotutkimuksilla voidaan saada tietoa peruselintoimintojen tilasta ja myrkyllisen aineen toksisuudesta (Korppi ym. 2012, 23). Pelkosen ym. (2014, 1078) mukaan myrkytyspotilaalta tulee määräysten mukaan ottaa sairaalaan tulovaiheessa asianmukaiset näytteet (virtsa, veri, oksennus tai mahahuuhteluneste), joita pidetään tallessa potilaan kuoleman varalta.

Myrkytyspotilaan hoidossa tarkkaillaan peruselintoimintoja ja arvioidaan myös hänen kokonaistilannettaan. Potilaan hengitystä arvioidaan tarkkailemalla hengitysliikkeitä ja

-ääniä, puhekykyä sekä apulihasten käyttöä. Mahdollinen hengitysvajaus voidaan todeta mittaamalla happisaturaatio ja hengitystaajuus. Kielen painuminen nieluun voi aiheuttaa tukehtumisen. Pahoinvointi ja oksentelu lisäävät vastaavasti aspiraatiovaaraa. (Hirschocits-Gerz 2015.)

Potilaalta mitataan myös verenpaine ja syke sekä otetaan EKG mahdollisten rytmihäiriöiden toteamiseksi. Tarvittaessa potilas voidaan asettaa jatkuvaan EKG-monitorointiin. (Hirschocits-Gerz 2015.) Kuisman ym. (2013, 583) mukaan on otettava huomioon, että sydänlääkkeiden lisäksi myös muut lääkkeet voivat aiheuttaa rytmihäiriöitä, jolloin EKG:ssä voidaan nähdä esimerkiksi QRS-kompleksin leventymistä, QT-ajan pidentymistä tai AV-johtumisen hidastumista. Verensokeri voidaan mitata aluksi pikatestillä. Potilas puhallutetaan alkometrillä. Jos potilas ei pysty puhaltamaan, voidaan ottaa alkoholiverinäyte. (Hirschocits-Gerz 2015.)

Potilaan tajunnantaso seurataan käyttämällä Glasgown kooma-asteikkoa, ja hänelle tehdään myös neurologinen perusarvio. Laajat pupillit voivat kertoa stimulanttien käytöstä. Pienet pupillit voivat liittyä vastaavasti opioidien käyttöön. Potilaan lämpötilaa tarkkaillaan, sillä se voi nousta tai laskea riippuen myrkytyksen aiheuttamasta aineesta. Potilaan hoitoon kuuluu myös nestetasapainon ja diureesin seuranta. Tarvittaessa potilas katetroidaan. Myös muut mahdolliset vammat tutkitaan koko vartalolta sekä silmämääräisesti että tunnustellen. (Hirschocits-Gerz 2015.)

Potilaan hengitystiet imetään tarvittaessa. Hänelle annetaan myös lisähapetta tarpeen mukaisesti. Jos potilaan hengitys lamaantuu tai hän on tajuton, hänet intuboidaan. (Hirschocits-Gerz 2015.) Liisanantin (2012, 5) tekemän tutkimuksen mukaan hengitysteiden aikaisella varmistamisella voidaan ainakin osittain estää aspiraatio ja siitä johtuva keuhkokuumeen syntyminen. Potilaalle avataan suoniyhteys ja häntä nesteytetään sen kautta. Nestettä annetaan suun kautta, kun potilaan vointi sallii sen. Mahdolliset elektrolyyttitasapainon häiriöt tai asidoosi korjataan. (Hirschocits-Gerz 2015.)

Hoidon alussa olisi tärkeää saada tietoa tai arviota siitä, onko kyseessä todellinen myrkytystila, mikä aine tai aineet ovat olleet myrkytyksen aiheuttajina, kuinka suuri annos on ja minä ajankohtana myrkytys on tapahtunut (Korppi ym. 2012, 23). Hirschocits-Gerzin (2015) mukaan on hyvä saada potilaalta tai hänen saattajalta tietoa,

miten potilaan altistuminen myrkylliselle aineelle on tapahtunut (syönyt, juonut, hengittänyt, pistänyt) ja onko myrkytys ollut tahallista vai tahatonta.

Tavanomaisia vaikeuksia intoksikaatioiden diagnoosin tekemisessä ovat epäselvyydet käytetyistä aineista ja annoksen suuruudesta sekä tapahtuman ajankohdasta. Esimerkiksi alkoholin hajun vuoksi ei voida pois sulkea toisen aineen aiheuttamaa myrkytystä. Myrkyllistä ainetta voidaan määrittää virtsasta tai verestä. Näitä määrittämiä ovat esimerkiksi hengitysilman alkoholipitoisuuden mittaaminen, huumeeseula virtsasta sekä metanolin, parasetamolin, raudan ja etyleeniglykolin määrittäminen verestä. Määrittämisistä voi olla hyötyä, jos vastaus voidaan saada riittävän pian. (Pelkonen ym. 2014, 1078.) Partasen ym. (2015, 288) mukaan huumeepikatestit tunnistavat yleisimmät huumeet, mutta esimerkiksi muuntohuumeiden käytön toteamiseksi tarvitaan laaja huumeeseulonta, joka kattaa tavallisimmat huumeet, muuntohuumeet ja lääkehuumeet.

Potilaan tilaa tulee seurata ensihoidon jälkeen toipumiseen saakka. Myös vieroitusoireiden mahdollisuus tulee ottaa huomioon ja hoitaa ne tarvittaessa. Potilas tarvitsee jatkuvaa seurantaa, jos hän on ahdistunut, levoton, psykoottinen, aggressiivinen tai itsemurhavaarassa oleva. (Hirschocits-Gerz 2015.) Ennen potilaan kotiutumista sairaalahoitosta olisi hyvä keskustella toimenpiteistä, joilla voitaisiin estää myrkytystilanteiden uusiutuminen (Korppi ym. 2012, 25). Myrkytystilan vuoksi sairaalassa olleesta nuoresta tehdään aina lastensuojeluilmoitus, ja hänelle tehdään nuorisopsykiatriin arvio tai muu sosiaalilääketieteellinen arvio jatkohoidon tarpeesta, jos se vain mahdollista. Jos nuori kotiutuu suoraan päivystyspoliklinikalta, on tärkeää huolehtia, että nuorella on aikuinen saattaja mukana. Sosiaalipäivystystäjään tulisi ottaa yhteyttä, jos luotettavaa saattajaa ei ole. (Korppi ym. 2012, 33.) Hirschocits-Gerzin (2015) mukaan potilaalle tarjottavan psyykkisen tuen ja mahdollisen jatkohoidon lisäksi on tärkeää muistaa omaisten tukeminen ja hankkia heille tarvittaessa kriisiapua.

Myrkyntymistä estävät toimenpiteet

Myrkyllisen aineen imeytymistä estävät toimenpiteet ovat tehokkaimpia silloin, kun ne tehdään mahdollisimman nopeasti (Korppi ym. 2012, 24). Lääkehiiltä käytetään ensisijaisesti myrkyllisen aineen imeytymistä estävänä hoitotoimenpiteenä, ja se sitoo monia lääkeaineita sekä muita myrkyllisiä aineita (Korppi ym. 2012, 23; Kuisma ym. 2013, 565). Lääkehiili ei tehoa happojen, emäksien, alkoholisten, syanidien, litiumin,

fluoridin eikä metallien aiheuttamissa myrkytyksissä, koska se ei sitoudu niihin. Lääkehiilen suositusannos on lapsille 1 gramma painokiloa kohden ja aikuisille normaaliannos on 50–100 grammaa. Lääkehiiltä voidaan antaa 4–6 tunnin välein vakavimmissa myrkytystiloissa. Lääkehiili annetaan potilaalle juottamalla, ja sen voi sekoittaa veteen tai infuusioliuokseen. Paljon sokeria sisältävät aineet (kuten jogurtti) vaikuttavat lääkehiilen tehoon heikentävästi. Tällöin voidaan kuitenkin esimerkiksi lapsipotilailla lisätä lääkehiilen annostusta. Lääkehiiltä voidaan antaa myös nenä- tai suu-mahaletkun avulla, jos potilaan tajunnantaso on alentunut ja hänet on intuboitu. (Kuisma ym. 2013, 565.)

Vatsahuuhtelun tarkoituksena on, että myrkyllinen aine poistetaan tyhjentämällä vatsalaukku. Vatsahuuhtelua suositellaan tehtävän vain siinä tapauksessa, että lääkehiili ei tehoa myrkytyksen aiheuttamaan aineeseen, kyseinen myrkytys on vaarallinen ja mahassa oletetaan vielä olevan myrkyä. Vatsahuuhtelu voi muissa tapauksissa viivästyttää lääkehiilen antamista, ja se on usein huomattavan tehoton keino imeytymisen estämiseen. Vatsahuuhtelun tekemisessä on selviä komplikaatoriskejä. Huuhteluletkun aiheuttamia komplikaatioita voivat olla ruokatorven repeämä, limakalvovauriot, kurkunpään kouristus ja ilmarinta. Komplikaatioita voi tulla myös huuhtelunesteestä, joka voi aiheuttaa oksentelua, aspiraation ja veren suolatasapainon muutoksia. (Kuisma ym. 2013, 567.)

Suolihuuhtelussa yritetään estää lääkeaineen imeytymistä nopeuttamalla suolen tyhjenemistä juottamalla potilaalle isotonista osmoottisesta aktiivista ainetta sisältävää suolaliuosta (esimerkiksi Colonsteril). Ennen toimenpidettä potilaalle annetaan lääkehiiltä. Suolihuuhtelusta voi olla todennäköisesti hyötyä silloin, kun kyseessä on todella vaarallinen myrkytystila, lääkeaine on hitaasti vapautuva tai jos lääkeaineen ottamisesta on kulunut jo kauan aikaa. (Kuisma ym. 2013, 567.)

Antidootteja eli vastalääkkeitä on kehitetty joillekin lääkeaineille. Ne vaikuttavat kilpailemalla sitoutumisesta samaan vaikutuskohtaan kuin lääkeaine tai vaikuttamalla suoraan elimistön kemialliseen reaktioon. (Kuisma ym. 2013, 567.) Myös metallimyrkytyksiin on olemassa monia vasta-aineita, jotka kiinnittyvät metalliin ja erittyvät sen mukana virtsaan. Lääkeaineiden erittymistä pois elimistöstä virtsassa voidaan yleensä lisätä tehostetulla nestehoidolla ja tarvittaessa diureetin antamisella. Vakavimmissa tapauksissa keuhonpoistuksen avulla voidaan poistaa joitain

lääkeaineita verenkierrosta suodattamalla laskimosta otettua verta suodatinkalvon tai hiilipatruunan läpi ja palauttamalla veren takaisin laskimoon. (Kuisma ym. 2013, 568.)

Potilaan lääkehoitoa tulee toteuttaa tarkasti niin, ettei siinä tapahdu sekaannuksia. Siksi lääkkeet tulisi jakaa rauhallisessa tilassa, merkitä asianmukaisesti ja kaksoistarkastaa. Annettujen lääkkeiden hyötyä ja mahdollisia haitta- ja sivuvaikutusten kehittymistä tulisi seurata ja kirjata niistä asiaankuuluvasti potilaan tietoihin. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

2.2 Alkoholimyrkytykset

Alkoholimyrkytykset ovat yleistyneet vuodesta 1971 vuoteen 2005. Suunnilleen puolet 10–14-vuotiaiden myrkytushoitajaksosta on johtunut alkoholista ja noin joka viides 15–19-vuotias on joutunut myrkytushoitajaksolle alkoholin vuoksi. Alkoholimyrkytykset lasten ja nuorten keskuudessa on Suomessa yleisimpiä kuin muualla Euroopassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Raitasalon ym. (2012, 36) mukaan suomalaiset nuoret käyttävät nykyään alkoholia aikaisempaa vähemmän, mutta silti humalajuominen näkyy tilastoissa suhteellisen korkeana. Alkoholin käyttämiseen liittyy sitä enemmän riskejä, mitä nuoremasta käyttäjästä on kyse. Alkoholin käytön yhteydessä tulisi tunnistaa nuoren moninaiset ongelmat. Nuoren auttamisessa korostuu yhteistyö viranomaisten ja muiden eri tahojen välillä. (Käypä hoito 2015.)

Pelkosen ym. (2014, 1047) mukaan 2,5–3 promillen alkoholipitoisuus veressä viittaa kohtalaiseen alkoholimyrkytykseen ja yli 3 promillen humala voi olla hengenvaarallista. Alkoholimyrkytyksen oireita ovat humala, pahoinvointi, tajuttomuus ja pahimassa tapauksessa hengityslama. Lasten ja nuorten kohdalla hypoglykemiariski on huomattava, ja se saattaa vasta ilmaantua kuuden tunnin kuluttua alkoholin nauttimisesta. Hypoglykemia voi johtaa kouristuksiin ja keskushermostovaurioihin. (Korppi ym. 2012, 26.)

Myrkytyspotilaan ensihoito aloitetaan iästä riippumatta turvaamalla hengitys ja verenkierto. Samalla hoidetaan vakavat oireet, kuten kouristukset. Potilas tulee asettaa kylki-asentoon, jos tajunnantaso on alentunut. Hengityksen seuraaminen ja turvaaminen, mahdollisen hypotermian hoito ja aspiraation esto ovat tärkeitä. Oireisissa alkoholimyr-

kytyksissä verensokerin määrittäminen ja seuranta ovat välttämättömiä. Hoitona käytetään glukoosiliuosta (5–25 %) suoneen. (Korppi ym. 2012, 27.) Alkoholipitoisuus määritetään potilaalta alkometrillä tai verinäytteellä. Myös huumeeseula tulisi ottaa virtsasta. (Korppi ym. 2012, 26.) Alkoholi imeytyy hyvin nopeasti, eikä lääkehiili estä alkoholin imeytymistä. Vatsahuuhtelu katsotaan aiheelliseksi vain silloin, jos epäillään vatsalaukussa olevan vielä alkoholia tai alkoholia on nautittu paljon ja nopeasti. Alkoholi, jonka pitoisuus on yli 30 %, saattaa viipyä vatsalaukussa pidempään, jolloin vatsahuuhtelusta on hyötyä myöhäisemmässäkin vaiheessa. (Korppi ym. 2012, 27.)

2.3 Huumemyrkytykset

Kannabis, amfetamiini, ekstaasi, kokaiini, gamma, LSD, khat, heroini ja opiaatit sekä väärin käytetyt lääkkeet ovat Suomessa yleisimpiä huumausaineita. Huumausainelaisissa määriteltyjen huumausaineiden rinnalle on noussut uusi uhka muuntohuumeista, joita poliisi on havainnut suuren määrän viime vuosina. (Poliisi 2015.) Korpin ym. (2012, 29) mukaan nuorten halu kokeilla huumeita ja niiden saatavuus Internetin välityksellä on johtanut siihen, että tuntematon huumausaine on yhä yleisimmin sairaalahoitoon päätyvän nuoren myrkytystilan aiheuttajana. Huumeiden ja erityisesti kannabiksen käyttö ovat lisääntyneet nuorten keskuudessa (Raitasalo ym. 2012, 35). Huumausaineiden aiheuttamiin myrkytyskuolemiin menehtyy vuosittain eniten 20–24-vuotiaita. Nuorimmat myrkytyskuolemiin menehtyneet ovat olleet 15–16-vuotiaita. Huumeisiin liittyvä myrkytyskuolleisuus koskettaa erityisesti siis nuoria. (Vuori 2009.)

Korpin ym. (2012, 29–30) mukaan huumausainemyrkytykset voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

1. Pikkulapset, joille on tahallisesti annettu huumausainetta tai jotka ovat vahingossa ottaneet suun kautta huumetta.
2. Nuoret kokeilijat, joiden käyttämä huumausaine voi olla mikä tahansa. Tiedonpuute voi johtaa yliannokseen.
3. Säännölliset huumeidenkäyttäjät, jotka ovat tavallisesti jo nuoria aikuisia. Heillä riskitekijänä voi olla virheellinen arvio huumausaineesta tai sen annoksesta.

Ensisijaisesti huumeet vaikuttavat joko lamaavasti (opioidit, gamma) tai kiihottavasti ja piristävästi (kokaiini, amfetamiini ja sen johdannaiset, cannabis). Potilaalla voi olla

samanaikaisesti sekä lamaavia että kiihottavia oireita, sillä huumeiden sekakäyttö on Suomessa hyvin yleistä. Huumemyrkytyksen mahdollisuus on hyvä pitää mielessä erityisesti nuorten epäselvien keskushermosto-oireiden yhteydessä. Epäily huumeiden yliannostuksesta herää yleensä potilaan poikkeavasta käytöksestä tai tajunnantason häiriöistä. (Korppi ym. 2012, 30.)

Myrkytystietokeskus pystyy usein kertomaan huumausaineen vaikutuksista ja hoidosta, jos aineen nimi tai katunimi on tiedossa. Jos huumaavasta aineesta ei saada tarkempaa tietoa, potilaan oireet voivat kertoa siitä, minkä kaltaisesta aineesta voi olla kysymys. (Korppi ym. 2012, 31.) Huumemyrkytyksen vakavuutta arvioidaan oireiden perusteella. Potilaan käyttämänä huumeannos voi olla tavallista suurempi tai vastaavasti pienempi johtuen epäpuhtauksista ja jatkeaineista. (Gastrén ym. 2012b, 221.)

Samalla kun selvitetään vaikuttavaa ainetta, keskitytään hoidossa senhetkiseen tilanteeseen. Potilaalta seurataan verenpainetta, EKG:tä ja happisaturaatiota sekä otetaan laboratoriokokeita (aluksi PVK, munuais- ja maksa-arvot, elektrolyyttiarvot, verensokeri, kreatiniinikinaasi). Sekamyrkytyksen varalta tulisi ottaa huumeeseulan lisäksi myös veren alkoholipitoisuus. Positiivisesta huumeeseulontanäytteestä voi olla apua diagnoosin teossa, mutta yksi positiivinen vastaus ei välttämättä kerro kaikkea. Negatiivinen tulos huumeeseulassa ei poissulje huumeiden käyttöä, sillä seulonta ei osoita kaikkia aineita, kuten GHB:tä (gamma) tai GBL:ää (lakka). Huumausaine yliannostusten hoito on käytännössä oireenmukaista, kunnes on saatu varmaa tietoa käytetystä huumausaineesta, ja usein sen jälkeenkin. (Korppi ym. 2012, 31).

Amfetamiini, sen johdannaiset ja muuntohuumeet

Amfetamiinin ja sen kaltaisten johdannaisten (kuten ekstaasin) käytön oireina voi ilmetä korkeaa verenpainetta, nopeaa sykettä, rytmihäiriöitä, euforian tunnetta ja agitaatiota. Uudet amfetamiinijohdannaiset muuntohuumeet aiheuttavat tavallisesti neuropsykiatrisia (psykoosioireet, vauhdikkuus, euforia, ahdistus ja unettomuus) ja sympatomimeettisiä oireita (kuten korkea verenpaine, mustuaisten laajeneminen, sydämen taaja syke). Oireet liittyvät muuntohuumeiden toimintaan, kun ne vapauttavat nodadrenaliinia ja dopamiinia synapsirakoon ja estävät niiden takaisinpaluuta. (Korppi ym. 2012, 30.)

Lievässä amfetamiinin yliannostuksessa potilasta nesteytetään ja annetaan diatsepaamia mahdolliseen aggressiivisuuteen tai kouristeluun (Korppi ym. 2012, 31; Gastrén ym. 2012, 222). Vakavammassa yliannostuksessa on vaarana hypertermia ja rabdomyolyysi (lihaskudoksen äkillinen vaurio). Amfetamiinille ei ole olemassa vasta-aineita. Bentsodiatsepiinia voidaan käyttää takyarytmian hoidossa. Beetasalpaajien käyttöä tulisi välttää mahdollisen alfa-adrenergisen simulaation vuoksi. (Korppi ym. 2012, 31.) Ylilämpöistä potilasta voidaan jäähdyttää viileillä nesteillä. Jos amfetamiinia on otettu suuri määrä suun kautta, voidaan antaa lääkehiiltä. (Gastrén ym. 2012b, 222.) Myös ekstaasin yliannostuksessa käytetään samaa hoitoa kuin amfetamiinin yliannostuksessa. Muuntohuumeiden yliannostuksessa hoito on oireenmukaista. (Korppi ym. 2012, 31.)

Opioidit

Opioidit (kuten heroïini) voivat aiheuttaa hidasta sykettä, hypoksiaa (kudosten hapen niukkuus), mustuaisten supistumista ja hengityslaman. Heroïinin yliannostuksessa hengityslama voi tulla äkillisestikin. Heroïinin vasta-aineena käytetään naloksonia, jonka annos voidaan toistaa tarvittaessa 2–3 minuutin välein. Jos vastetta ei näy, myrkytyksen syytä tulisi etsiä muualta. (Korppi ym. 2012, 31.)

Muita yleisiä huumeita

Korpin ym. (2012, 30) mukaan kokaiinia käyttävällä potilaalla oireina voivat olla korkea verenpaine ja syke, pahoinvointi, agitaatio, hyperpyreksia (hyvin korkea kuume) ja jopa kooma. Pelkosen ym. (2014, 1029) mukaan kokaiinin yliannostukseen liittyy sydäninfarktin, rytmihäiriöiden, kouristusten, hengityslaman, hengityksen pysähdysten ja äkkikuoleman vaara. Dialyysi ei ole tehokas hoitomuoto kokaiiniyliannostuksessa kokaiinin suuren jakaantumistilavuuden vuoksi (Pelkonen ym. 2014, 1017). Gamma ja sen johdannaiset aiheuttavat tajunnantason alenemista (Korppi ym. 2012, 30). Gammahydroksibutyraatin yliannostuksessa potilaan hengitys tulee turvata, sillä aine on nopeasti imeytyvä. Tavanomaista on, että tajunnantaso romahtaa. Tajunnantason romahtamiseen voi liittyä verenpaineen laskua ja jopa hengityslama. Hengityslaman riskiä lisää entisestään samanaikainen alkoholin käyttö. (Korppi ym. 2012, 31.)

Kannabis ja synteettiset kannabinoidit (esimerkiksi spice) aiheuttavat väsymystä, nopeaa pulssia, lievää euforiaa ja pupillien laajenemista (Korppi ym. 2012, 30). Pelkosen ym. (2014, 1029) mukaan kannabiksesta johtuva hengenvaarallinen myrkytys voi syntyä käytännössä vain yhteiskäytöstä muun aineen kanssa. Hallusinogeenit, kuten LSD, voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta, harhoja, pelokkuutta, hikoilua, nopeaa sykettä ja pupillien laajenemista (Korppi ym. 2012, 30). Gastrénin ym. (2012b, 222) mukaan kannabista tai LSD:tä käyttäneen potilaan hoito on oireenmukaista.

Psilocybe-sienet

Huumausainelain 1. luvun 3. §:n mukaan huumausaineiksi luetaan myös Psilocybe-sienet (Huumausainelaki 373/2008). Madonlakit ovat sieniä, jotka sisältävät psilosybiiniä eli hallusinogeenista indolialkyyliamiinia. Madonlakit vaikuttavat LSD:n kaltaisesti, mutta kuitenkin vähemmän voimakkaasti. Nämä sienet voivat aiheuttaa myös paniikkikohtauksia tai pelkoa, joten tarvittaessa potilasta voidaan joutua rauhoittamaan. Psilosybiinin määrä vaihtelee todella paljon sienittäin, ja sen määrään vaikuttaa myös, ovatko sienet kuivattuja vai tuoreita. (Pelkonen ym. 2014, 1040.)

Nuoret, jotka etsivät näitä sieniä metsästä, voivat sekoittaa madonlakit samalta näyttäviin myrkyllisempiin sieniin puutteellisten tietojen vuoksi. Mahdollisuus myrkytykseen on suuri, sillä madonlakkien huumaava vaikutus vaatii melko suuren määrän sieniä. Euroopan Unionin viraston julkaisussa kerrotaan, että hallusinogeenisistä sienistä johtuvia kuolemantapauksia on tapahtunut monissa Euroopan maissa. Tapaukset eivät ole liittyneet juurikaan huumeiden käyttöön, vaan itsemurhiin ja onnettomuuksiin. (Pelkonen ym. 2014, 1040.)

Suomessa on tehty sienimyrkytyksestä johtuen viisi munuaissiirtoa ja kolme maksansiirtoa. Suomessa on menehtynyt sienimyrkytyksien vuoksi kahdeksan henkilöä vuosina 1969–2006. (Hoppu 2012, 1.) Vakavimpia sienimyrkytyksiä aiheuttavat seitikit, jotka voivat aiheuttaa munuaisvaurion, sekä valkokärpässienet, jotka voivat aiheuttaa maksavaurion. Sienimyrkytyksissä lääkehiilen nopean antamisen jälkeen tehdään mahantyhjennys. Hoito on muuten oireenmukaista. Esimerkiksi valkokärpässiä aiheuttamissa myrkytyksissä silirubiini saattaa tehotta vasta-aineena. (Kuisma ym. 2013, 579.)

2.4 Lääkeainemyrkytykset

Ensihoitotilaston mukaan tavallisimpia lääkemyrkytyksiä aiheuttavia lääkeryhmiä ovat masennuslääkkeet, bentsodiatsepiinit ja antipsykoottiset lääkkeet. Kaikista lääkkeiden aiheuttamista myrkytyksistä neljä viidesosaa on psyykenlääkkeiden aiheuttamia. Sen jälkeen tavallisimpia myrkytyksiä aiheuttavia lääkkeitä ovat opiaatit, tulehduskipulääkkeet, epilepsialääkkeet ja sydänlääkkeet. Useasti lääkkeiden yliannoksiin näyttää liittyvän potilaan alkoholismi tai mielenterveyshäiriö. (Kuisma ym. 2013, 562.) Kuisman ym. (2013, 563) mukaan yleisimpiä kuolemaan johtavia lääkemyrkytyksiä aiheuttavat opioidit, psykoosi- ja masennuslääkkeet.

Kuisman ym. (2013, 569) mukaan lääkeainemyrkytykset ovat usein sekamyrkytyksiä, jotka johtuvat alkoholin tai ainakin kahden lääkeaineen yliannostuksesta. Sekakäyttö tarkoittaa päihdekäyttöä, jossa käytetään eri kemiallisia aineita yhtäaikaaisesti tai satunnaisesti ja saadaan päihdyttävä yhteisvaikutus. Sekakäyttö on alkoholin jälkeen tavallisin päihteiden käyttötapa. Sekakäytön kokeileminen saattaa alkaa jo nuoruudessa, ja se voi olla lyhytaikaista tai jatkua myös aikuisena. (Partanen ym. 2015, 95.) Sekamyrkytyksissä oireet saattavat olla moninaisia ja aineet voivat korostaa toistensa vaikutuksia. Aineet voivat jopa nostaa tai vähentää toisen myrkyllisen aineen annosta elimistössä. (Kuisma ym. 2013, 569.)

Burghardt ym. (2013, 26) tekemän tutkimuksen mukaan aikuisten lisääntynyt beetasalpaajien, opioidien, oraalisten diabeteslääkkeiden ja kolesterolilääkkeiden käyttö näkyy myös lasten myrkytyksissä. Lääkäreiden tulisi ottaa huomioon lääkkeiden riskit lapsille määrätessään lääkkeitä aikuisille ja antaa vanhemmille ohjeita sen mukaisesti (Burghardt ym. 2013, 25). Kuisman ym. (2013, 563) mukaan markkinoilla olevien lääkkeiden määrä näkyy potilaiden yliannostuksissa löytyvistä lääkeaineista. Murrosikäisillä lääkeainemyrkytykset ovat yleensä tahallisia, ja ne johtuvat vapaa-ajan viihdekäytöstä tai itsetuhoisesta tarkoituksesta. Opioidit nousevat esiin muista lääkkeistä teini-ikäisillä, sillä niihin liittyy väärinkäytön mahdollisuus. (Burghardt ym. 2013, 25.)

Lääkeyliannostuksen oireet riippuvat otetuista lääkeaineista, annoksen määrästä ja siitä, mitä kautta lääkkeitä on otettu. Kun lääkettä on otettu suun kautta, oireet ilmenevät yleensä vasta, kun lääkeaineet ovat imeytyneet suolistosta verenkiertoon. Lääkeaineet

voivat erota keskenään siinä, miten nopeasti ne kulkeutuvat eri puolille elimistöä. Sydänlääke voi aiheuttaa äkillisen tajunnan menettämisen, sillä rasvaliukoiset lääkeaineet saattavat kulkeutua nopeasti aivoihin. Vähemmän rasvaliukoinen masennuslääke voi aiheuttaa vaarallisia sydämen rytmihäiriöitä, jos aine kulkeutuu sydämeen. (Gastrén ym. 2012b, 205.)

Korpin ym. (2012, 23) mukaan ensihoidon tavoitteena on estää myrkytymisen imeytyminen lääkehiilellä. Sairaalassa lääkemyrkytyspotilaan hoitoon kuuluu yleensä myrkytymistä estävien toimenpiteiden tekeminen, kuten lääkehiilen toistuva antaminen, suoliuhutuksen tai harvoin vatsahuutuksen tekeminen (Gastrén ym. 2012b, 209). Gastrénin ym. (2012b, 207) mukaan lääkemyrkytyspotilaan hoito on myös oireenmukaista. Oireilevan lääkeainemyrkytyspotilaan ensihoito aloitetaan turvaamalla hengitys ja verenkierto samalla hoitaen kouristukset ja mahdolliset rytmihäiriöt (Korppi ym. 2012, 22).

Gastrénin ym. (2012b, 210) mukaan joihinkin lääkeainemyrkytyksiin (kuten opioidi-, parasetamoli-, digoksiini-, beetasalpaaja- ja varfariinimyrkytyksiin) on olemassa vasta-aineita eli antidootteja, ja ne ovatkin osana sairaalahoitoa. Kun epäillään, että lääkeaineet ovat jo jakaantuneet elimistössä, voidaan aineiden poistumista tehostaa lääkkeestä riippuen esimerkiksi hemodialyysillä. Myös riittävä virtsan erittyminen turvaa munuaisten kautta kulkeutuvien lääkeaineiden poistumisen elimistöstä. (Gastrén ym. 2012b, 209.)

Seuraavassa taulukossa esitetään Pelkosen ym. (2014, 1016–1017) mukaan yleisimpiä lääkeaineita sekä esimerkkejä näiden lääkeaineiden myrkytysoireista. Myös mahdollinen spesifinen hoito mainitaan taulukossa. Taulukossa on myös mainittu oireiden perusteella, mihin asioihin tulee potilaan seurannassa kiinnittää erityistä huomiota. Taulukossa on jätetty mainitsematta amfetamiinista ja kokaiinista, sillä niistä kerrotaan huumausainemyrkytysten yhteydessä.

TAULUKKO 1. TAVALLISIMMAT MYRKYTYKSIÄ AIHEUTTAVAT LÄÄKEAINEET (Pelkonen ym. 2014, 1016–1026; Kuisma ym. 2013, 570–575; Duodecim lääketietokanta 2016; Alaspää 2013)

<p><u>Antihistamiinit</u></p> <p>Oireet: Antikolinergisiä kuten laajat pupillit, verenpainetason muutokset, nopea pulssi, sekavuus, kiihtyneisyys, tajuttomuus, kuume, virtsaumpi, kouristukset, jotkin antihistamiinit voivat aiheuttaa vakavia rytmihäiriöitä</p> <p>Seuranta: Verenpaine, pulssi, tajunnantaso, lämpö, EKG, psyykinen tila, diureesi (virtsaumpi)</p> <p>Spesifinen hoito: -</p>	<p><u>Antikolinergit</u> (esim. osa parkinsonismilääkkeistä, silmätipoista, virtsankarkailulääkkeistä)</p> <p>Oireet: Antikolinergiset oireet, hengityspysähdys, kooma, hypertermia, harvoin kouristuksia</p> <p>Seuranta: Hengitys, tajunnantaso, lämpö, verenpaine, pulssi, EKG, psyykinen tila, diureesi (virtsaumpi)</p> <p>Spesifinen hoito: Fysostigmiini varmistaa diagnoosin</p>
<p><u>Beetasalpaajat</u></p> <p>Oireet: Vaikea verenpaineen lasku, pulssitason aleneminen, sydämen johtumishäiriöt, hengitysvaikeudet, kouristukset, syvä tajuttomuus, verensokerin lasku</p> <p>Seuranta: Verenpaine, pulssi, EKG, hengitys, tajunnantaso, verensokeri</p> <p>Spesifinen hoito: Atropiini, glukagoni, salbutamoli</p>	<p><u>Bentsodiatsepiinit</u></p> <p>Oireet: Tajuttomuus, hengityslama, alilämpöisyys, verenpaineen lasku</p> <p>Seuranta: Tajunnantaso, hengitys, lämpö, verenpaine</p> <p>Spesifinen hoito: Flumatseniili</p>
<p><u>Buprenorfiini</u></p> <p>Oireet: Hengityslama, pistemäiset pupillit, pahoinvointi, horrostila, kooma, alhainen verenpaine</p> <p>Seuranta: Hengitys, tajunnantaso, verenpaine, pulssi, EKG</p> <p>Spesifinen hoito: Naloksoni suurilla toistetuilla annoksilla</p>	<p><u>Digitalisglykosidit</u></p> <p>Oireet äkillisessä myrkytyksessä: Lähes kaikenlaiset rytmihäiriöt mahdollisia (esim. sinusbradykardia ja eteis-kammioatkokset tavallisia, myös kammiotakykardia ja kammiovärinä mahdollisia), neurologiset ja ruuansulatuskanavan oireet, pahoinvointi, hypokalemia</p> <p>Seuranta: EKG, verenpaine, pulssi, neurologiset oireet</p> <p>Spesifinen hoito: Digoksiinispesifisen vasta-aineen Fab-fragmentti, dialyysi ei ole tehokas</p>

<p><u>Doksepiini</u></p> <p>Oireet: Jännittyneisyys, ataksia, hallusinaatioit, laajentuneet reagoimattomat pupillit, kouristukset, kooma, kardiovaskulaariset oireet (alhainen verenpaine, sinustakykardia, QRS-kompleksin ja PQ-ajan piteneminen, ST-muutokset, kammioperäiset rytmihäiriöt)</p> <p>Seuranta: Verenpaine, pulssi, EKG, tajunnantaso, psyykkinen tila</p> <p>Spesifinen hoito: -</p>	<p><u>Opioidit</u> (morfiini, fentanyyli, tramadoli, kodeiini)</p> <p>Oireet: Hengityslama, pahoinvointi, sekavuus, kouristukset, pistemäiset pupillit, hypotermia, alhainen verenpaine ja pulssi</p> <p>Seuranta: Hengitys, tajunnantaso, verenpaine, pulssi</p> <p>Spesifinen hoito: Naloksoni (tramadolin kanssa voi johtaa kouristeluun)</p>
<p><u>Parasetamoli</u></p> <p>Oireet: Pahoinvointi, oksentelu, myöhemmin maksavaurio, myös munuaisvaurion mahdollisuus</p> <p>Seuranta: Maksavaurion oireet (kipu oikean kylkikaaren alla, keltaisuus, verensokerin lasku, veren hyytymishäiriöt), diureesi (munuaisvaurio)</p> <p>Spesifinen hoito: Asetylikysteini</p>	<p><u>Pregabaliini</u></p> <p>Oireet: Levoton ja kiihtynyt käyttäytyminen, sekavuus, uneliaisuus, harvinaisissa tapauksissa kooma</p> <p>Seuranta: Psyykkinen tila, tajunnantaso, diureesi (lääke poistuu elimistöstä pääasiassa munuaisten kautta)</p> <p>Spesifinen hoito: -</p>
<p><u>Salisylaatit</u></p> <p>Oireet: Tinnitus, pahoinvointi, tiheytynyt hengitys, hengityslama, metabolinen asidoosi, respiratorinen alkaloosi, kouristukset, tajuttomuus, alhainen verensokeri, lämmönousu, sydämen toiminnan kiihtyminen (myöhemmin lamaantuminen), aivo- ja keuhkoödeema</p> <p>Seuranta: Hengitys, tajunnantaso, verensokeri, lämpö, verenpaine, pulssi, EKG, diureesi (munuaisvaurion riski suurissa annoksissa)</p> <p>Spesifinen hoito: Natriumbikarbonaatti suonensisäisesti (metabolisen asidoosin korjaamiseen, lisää salisylaatin eritystä)</p>	<p><u>SSRI-lääkkeet</u></p> <p>Oireet: Hypertermia, hikoilu, levottomuus, kouristukset, pahoinvointi, verenpaineen ja tajunnantason lasku, kooma, rytmihäiriöt (QT-ajan ja QRS-kompleksin pidentyminen)</p> <p>Seuranta: EKG, verenpaine, pulssi, tajunnantaso, serotonergisen oireyhtymän kehittymisestä varoittavat oireet (lämmön nouseminen, lihasnykäykset, kouristelu)</p> <p>Spesifinen hoito: -</p>

<p><u>Trisykliset masennuslääkkeet</u></p> <p>Oireet: Antikolinergisiä (laajat pupillit, sekavuus, virtsaumpi, lihasnykäykset) ja kardiovaskulaarisia (alhainen verenpaine, hitaat tai nopeat rytmihäiriöt, kouristukset, hypertermia)</p> <p>Seuranta: Verenpaine, pulssi, EKG (lääke voi vaikuttaa myös QRS-kompleksiin ja QT-aikaan), lämpö</p> <p>Spesifinen hoito: Glukagoni alhaisen verenpaineen ja pulssin hoitoon, dialyysi ei tehoa</p>	<p><u>Tsopikloni</u></p> <p>Oireet: Sekavuus, uneliaisuus tai horrostila, ataksia, alhainen verenpaine, tajuttomuus, hengityksen lamaantuminen</p> <p>Seuranta: Tajunnantaso, hengitys, verenpaine</p> <p>Spesifinen hoito: Rajallista hyötyä flumatseliinista</p>
---	--

Beetasalpaajamyrkytykseen liittyy vaikeasti hoidettava verenpaineen lasku, sillä beetasalpaajat laskevat syketasoa ja verenpainetta sekä hidastavat johtumista sydämessä (Kuisma ym. 2013, 575). Alaspään (2013) mukaan vaarallisimpia beetasalpaajia ovat rasvaliukoiset, epäselektiiviset valmisteet, kuten propranololi. Kalsiumsalpaajalääkkeistä sydämen sykkeen nopeuteen vaikuttavat lääkeaineet (diltiatseemi, verapamiili) ovat vaarallisimpia, ja oireet muistuttavat osittain beetasalpaajamyrkytystä. (Kuisma ym. 2013, 574.) Laajaan käyttöön verraten muut sydänlääkemyrkytykset ovat harvinaisia. Useat sydänlääkkeet ovat kuitenkin niiden vaarallisuuden vuoksi mukana kuolemaan johtavien lääkeyliannostusten joukossa. Vaarallisimpia myrkytyksiä aiheuttavat lääkkeet, jotka vaikuttavat sydämen sähköisen ärsykkeen leviämiseen tai sydämen supistumiskykyyn. (Kuisma ym. 2013, 575.)

Bentsodiatsepiinit ei vaikuta juuri lainkaan sydäntä lamaavasti. Bentsodiatsepiinit aiheuttavat kuitenkin tajuttomuutta, ja suuressa yliannostuksessa ne voivat myös lamata hengityksen. On huomioitava, että yliannostuksen oireet korostuvat alkoholin tai muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa. Flumatseniinilla voidaan yrittää nostaa potilaan tajunnantaso sellaiseksi, että hän pystyy juomaan lääkehiiltä turvallisesti. (Kuisma ym. 2013, 570.) Kuisman ym. (2013, 571) mukaan flumatseniilin käytössä on kuitenkin muistettava, että se voi johtaa vaikeisiin kouristeluihin, jos potilas on käyttänyt kouristeluja aiheuttavia aineita bentsodiatsepiinien käytön lisäksi.

Pelkosen ym. (2014, 1021) mukaan opioidien aiheuttamat myrkytykset liittyvät huumeikäyttöön, itsemurhayrityksiin ja liian suuriin hoidossa käytettäviin lääkeannoksiin.

Kuolemaan johtavien opiaattimyrkytysten määrä on noussut selvästi, sillä opioideja käytetään enemmän kivunhoidossa ja niitä myös väärinkäytetään paljon. Buprenorfiinimyrkytykset ovat lisääntyneet opioideja korvaushoitojen ja vähentyneen heroiinin saatavuuden myötä, ja se on yleisin myrkytyskuoleman aiheuttaja Suomessa. Buprenorfiinin aiheuttaman myrkytyksen hoitoa vaikeuttaa se, että naloksoni tehoaa siihen huonosti ja myrkytys on pitkään kestävä. Naloksonia käytetään opiaattien aiheuttamissa myrkytyksissä, jos potilaan keskeiset elintoiminnot ovat heikentyneet. Kuitenkaan naloksoni ei tehoa hyvin buprenorfiinimyrkytysten lisäksi myöskään esimerkiksi tramadolimyrkytyksiin. (Kuisma ym. 2013, 576.) Duodecim lääketietokannan (2016) mukaan buprenorfiinin yliannostuksessa potilaan hoitoon kuuluu oleellisesti yleinen elintoimintoja ylläpitävä hoito, johon kuuluu myös hengityksen ja sydämen tilan tarkkailu.

Tulehduskipulääkkeiden myrkytyksiin liittyy maksa- ja munuaisvaurioiden riski. Vaikeissa myrkytystilanteissa potilaan tajunnantaso voi laskea ja hän voi kouristella. Tulehduskipulääkkeiden aiheuttamissa myrkytyksistä vaarallisin myrkytyksen aiheuttaja on asetyylisalisyylihappo. Salisyalaattimyrkytys vaikuttaa hengityskeskukseen ja lisääntyneen hengityksen vuoksi se voi johtaa respiratoriseen alkaloosiin. Myöhemmin se voi aiheuttaa metabolisen asidoosin, kun elimistöön kertyy happamia aineenvaihduntatuotteita. Salisyalaattimyrkytys vaikuttaa myös veren hyytymiseen, ja se voi aiheuttaa erilaisia keskushermosto-oireita sekä verensokerin laskua. (Kuisma ym. 2013, 572.) Myös parasetamolimyrkytykseen liittyy maksavaurion riski, ja se vaikuttaa myös veren hyytymiseen sekä laskee verensokeria. Maksavaurion oireet alkavat yleensä 1–4 vuorokauden kuluttua yliannostuksesta, ja potilas on usein sitä ennen oireeton. (Kuisma ym. 2013, 574.)

Kuisman ym. (2013, 571) mukaan masennuslääkkeet voidaan jakaa kolmeen ryhmään myrkytyksissä ja ensihoidossa;

1. SSRI-lääkkeisiin eli selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin ja niiden omaisiin lääkeaineisiin
2. MAO-estäjiin (monoamiinioksidaasin estäjä mokloperididi)
3. Trisyklisiin masennuslääkkeisiin

Nämä lääkeryhmät eroavat toisistaan huomattavasti vaarallisuudeltaan yliannostuksissa. Esimerkiksi SSRI-lääkkeet (kuten sitalopraami) ovat trisyklisiä masennuslääkkeitä (esimerkiksi doksepiinia) turvallisempia. (Kuisma ym. 2013, 571.) On kuitenkin

huomattava, että SSRI-lääkkeistä esimerkiksi sitalopraami voi aiheuttaa QRS-kompleksin ja QT-ajan pidentymistä, minkä vuoksi rytmihäiriöihin tulee varautua. Suurilla yliannostuksilla SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa myös muita vakavia oireita, kuten kouristelua sekä verenpaineen ja tajunnantason alenemista. MAO-estäjät eivät ole kovin yleisiä lääkkeitä, ja niiden myrkytysoireet ovat SSRI-lääkkeiden kaltaisia. Jos lääkettä on otettu yhdessä muiden serotoniinivaikutusta lisäävien lääkkeiden kanssa, se voi aiheuttaa hengenvaarallisen serotoniinioireyhtymän. Trisyklisten masennuslääkkeiden vaarallimmat vaikutukset ovat sydän- ja verenkiertoelimistön oireet, kuten natriumkanavien salpauksen aiheuttamat johtumishäiriöt ja alfasalpauksen vasodilataatio. Lääkehiilen antaminen saattaa auttaa myöhäänkin, sillä vatsan tyhjeneminen hidastuu antikolinergisen vaikutuksen vuoksi. Vaarallisia oireita saattaa alkaa esiintymään vasta tunnin kuluttua. Ne ilmenevät kuitenkin yleensä vuorokauden sisällä. (Kuisma ym. 2013, 572.)

Tyypilliset myrkytysoireyhtymät

Kuisman ym. (2013, 570) mukaan adrenergiset, antikolinergiset, kolinergiset ja serotonergiset oireyhtymät ovat tyypillisiä myrkytysoireyhtymiä. Adrenergisen oireyhtymän voi aiheuttaa esimerkiksi kokaiini, amfetamiini tai teofylliini. Adrenergisiä oireita ovat kiihtyneisyys, laajat pupillit, suurentunut verenpaine ja syke sekä kylmänhikinen iho. Adrenergisessä oireyhtymässä on riski saada myös rytmihäiriöitä, sydäninfarkti tai aivoverenvuoto. (Kuisma ym. 2013, 570.)

Myös antikolinergisen oireyhtymän oireisiin kuuluu kiihtyneisyys, laajat pupillit sekä suurentunut verenpaine ja syke. Antikolinergisissä oireissa iho on kuitenkin kuuma, kuiva ja punoittava. Antikolinergisiin oireisiin voi kuulua myös sekavuus, psykoosi, tajuttomuus, limakalvojen kuivuminen, kuume ja virtsaumpi. Antikolinergisen oireyhtymän voi aiheuttaa esimerkiksi antihistamiinit, trisyklistet masennuslääkkeet tai neuroleptit. (Kuisma ym. 2013, 570.)

Kolinergisiä oireita aiheuttavat erilaiset myrkkyykaasut sekä organofosfaatit. Kolinergisiin oireisiin kuuluu alhainen verenpaine ja syke, supistuneet pupillit, hikiyys sekä levottomuus, sekavuus tai tajuttomuus. Oireisiin voi kuulua myös virtsankarkailua, kouristelua, lihasheikkoutta, bronkusobstruktio sekä lisääntynyttä liman tai syljen erittymistä. (Kuisma ym. 2013, 570.)

Serotonergisen oireyhtymän oirekuvaan liittyy sekavuus, kiihtyneisyys tai tajuttomuus. Serotonergisiin oireisiin voi kuulua myös ihon kuumoitus, kuume, ripuli, vapina, lihaskäykyys ja lihaskräppäykset. Serotonergisen oireyhtymän voi aiheuttaa esimerkiksi MAO-estäjät, masennuslääkkeet, triptaanit, dekstrometorfaani, tramadoli, amfetamiini tai kokaiini. (Kuisma ym. 2013, 570.)

2.5 Hengitettävien pähteiden käyttö

A-klinikkasäätiön (2015) mukaan imppaajat ovat yleensä nuoria, jotka eivät saa muita pähteitä käsiinsä. Liuottimien, liimojen ja muiden myrkyllisten aineiden imppaaminen on yleistynyt nuorilla vuodesta 1995 lähtien. Myrkyllisten aineiden haistelu päihdekäyttötarkoituksessa jää nuorilla kuitenkin yleensä muutamaan kokeiluun, eikä se jatku yleensä enää aikuisuudessa. (Raitasalo ym. 2012, 22.) Imppaaminen on erilaisten haihtuvien aineiden haistelua ja hengittämistä päihtymistarkoituksena. Yleensä imppauksen kohteena ovat tekniset liuottimet sekä nestekaasut (kuten liimat, butaani, ilokaasu, ponnekaasu ja lakat). (A-klinikkasäätiö 2015.)

Edellä mainittujen kaasujen sekä liuottimien imppaaminen aiheuttaa yleisesti keskushermoston lamaa. Tahallaan hengitetty liotinta sisältävä ilma imeytyy keuhkojen ja limakalvojen kautta verenkiertoon. Imppaus tuhoaa aivosoluja joka käyttökerran jälkeen pysyvästi. Myös lihasten hienosäätö ja muisti heikkenevät. Imppaamisesta johtuva päihtymistila aiheuttaa osaksi hapenpuute. Päihtymistila alkaa muutaman minuutin sisällä ja voi kestää 10–40 minuuttia. Imppaaminen on vaarallista ja aiheuttaa nopeasti fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden. (A-klinikkasäätiö 2015.)

Imppaaminen voi aiheuttaa alkoholin aiheuttaman humalan kaltaisen tilan. Osa imppaajista muuttuu puheliaiksi ja riehakkaiksi. Imppaaja voi olla myös euforisessa tilassa ja raukea. Imppaamisella on myös toivomattomia vaikutuksia, joita ovat pahoinvointi (etenkin kokeilijoilla), sekavuus, aistiharhoja ja oman kontrollin menettäminen. Usein lopuksi voi tulla krapulan kaltainen vaihe, joka voi kestää useita tunteja. Näitä oireita on voimattomuus sekä pahoinvointi. Kylmän nestekaasun imppaus aiheuttaa paleltumia sekä henkeä uhkaavaa turvotusta hengityselimissä. Lisäksi on suuri riski saada rytmihäiriöitä. (A-klinikkasäätiö 2015.)

On vaikeaa arvioida, kuinka paljon potilas on impannut esimerkiksi liuotinta, joten on olemassa suuri yliannostuksen ja äkkikuoleman riski. Liika-annostuksen ottanut potilas voi kouristella ja tajunnantaso voi laskea kuolemaan saakka. Imppaamisen jälkeen muutamana tunnin aikana on sydämenpysähdyksen ja hengitysteiden laman riski. (A-klinikkasäätiö 2015.)

Hengityselimiä ärsyttävät kaasut voivat aiheuttaa henkeä uhkaavan alveolivaurion, jos kaasulle on altistuttu pitkään tai voimakkaasti. Ärsyttävät kaasut voivat aiheuttaa myös keuhkoödeeman, kemiallisen bronkiitin tai toksisen epiglottiitin. (Mäkijärvi ym. 2015, 235.) Keuhkoödeeman hoitona käytetään inhalaatiosteroideja ja tarvittaessa suonensisäistä steroidihoitoa. Potilaalla annetaan lisähappea happeutumisen mukaan ja tarvittaessa uhkaavassa keuhkoödeemassa käytetään CPAP-hoitoa eli positiivisen ilmatiepainkeen käyttöä. Bronkusobstruktion hoitoon voidaan käyttää beeta2-agonistia inhalaatiota tai inhalaatiosteroideja. Toksisen epiglottiitin hoitoon kuuluu adrenaliini-inhalaatiot. (Mäkijärvi ym. 2015, 236.)

Pitkäaikaisen imppauksen haittoja ovat kalpeus, janoisuus, painon putoaminen, nenäverenvuodot, verestävät silmät, haavaumien ilmaantuminen suussa ja nenässä, näön heikkeneminen, munuaisten ja maksan vajaatoiminta sekä keuhkokudosten vauriot. Myös luuytimen verisolutuotanto heikkenee. Aivojen rappeuma on yleinen pitkäaikaisen imppauksen seurauksesta ja kognitiiviset toiminnat ja henkinen taso heikentyy. Voi myös esiintyä puheen tuoton vaikeuksia ja muistiongelmia. Imppaajan persoonakin voi muuttua, ja se altistaa paranoidisen psykoosin kehittymiseen. (A-klinikkasäätiö 2015.)

3 NUORTEN HOITOTYÖ

Pediatristen myrkytyspotilaiden ajatellaan yleisesti olevan 0–18-vuotiaita ja nuorten 12–18-vuotiaita (Kivistö 2009, 20; Kaislavuo ym. 2012, 11). Nuoren saapuessa sairaalaan hoitajan tulee arvioida tilanne nopeasti ja kirjata rakenteellisesti. Lastenlääkäri käy arvioimassa nuoren potilaan tilanteen ja antaa määräykset hoitoon liittyen. Hoitajan tulee luoda luottamussuhde mahdollisuuksien mukaan sekä nuoreen että perheeseen. (Kaislavuo ym. 2012, 99.) Lasten sekä nuorten hoitaminen vaatii hoitajalta erikoisosaaamista. Oleellista nuoren hoidossa on perheen huomioiminen ja mukaan ottaminen. (Kaislavuo ym. 2012, 98.)

3.1 Nuoren kehitystaso

Lapset ja nuoret jaotellaan eri ikäryhmien perusteella. Vastasyntyneellä tarkoitetaan 0–28 vuorokauden ikäistä lasta, imeväisikäisellä 0–1-vuotiasta, varhaisleikki-ikäisellä 1–3-vuotiasta, myöhäisleikki-ikäisellä 3–6-vuotiasta ja kouluikäisellä tarkoitetaan 7–12-vuotiasta. Nuoren ikävuodet ovat 12–18 vuotta. (Kaislavuo ym. 2012, 11.) Kaislavuo ym. (2012, 104) mukaan lasten ja nuorten hoidossa huomioon tulee ottaa lapsen ja nuoren oma kehitystaso.

Varhaisnuoruuteen kuuluu ikäluokat 12–15. Nuoren tunne-elämä on kuohunutta, ja nuori voi olla vähäsanainen, pahantuulinen ja työkeä. Nuori alkaa irrottautumaan vanhemmistaan. Fyysisesti vartalo muuttuu paljon ja lyhyessä ajassa. Näitä muutoksia ovat esimerkiksi häpykarvoitus, kivisten laskeutuminen sekä kuukautisten alkaminen. Seksuaalisuuden herääminen on normaalia tässä iässä. Ajattelutaidot kehittyvät, mutta ajattelu voi olla mustavalkoista. Kaverisuhteet ja hyväksyntä ovat erityisen tärkeitä kasvavalle nuorelle. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015b.)

Keskinuoruuden iäksi lasketaan 15–18-vuotiaat. Tässä iässä tunnemyrskyt alkavat laantua ja nuori alkaa itsenäistymään. Nuori ei välttämättä ajattele enää niin mustavalkoisesti ja hakee itseään. Kaverit ovat erittäin tärkeitä, ja he kokeilevat kaveriporukassaan rajojaan. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015c.) Nuoruudesta kasvaminen varhaisaikuisuuteen on päihteiden käytön aloittamisen kannalta riskialtista aikaa. Silloin päihteiden kokeilusta saatetaan siirtyä säännölliseen käyttöön ja jopa ongelmakäyttöön. (Partanen ym. 2015, 363.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2. luvun 7. §:n mukaan alle 18-vuotiaan mielipide hoitoon liittyen on selvitettävä, jos se on mahdollista huomioiden lapsen ikä sekä kehitystaso. Huomioitava on, että jos alle 18-vuotias ei kykene päättämään hoidosta, on häntä hoidettava huoltajansa tai muun edustajansa kanssa yhteistyössä. Kun potilaan ikä sekä kehitystaso on arvioitu ja hän kykenee päättämään hoidostaan, niin hänellä on oikeus kieltää hoitoansa sekä terveydentilaansa koskevien tietojen luovuttamisen huoltajalleen tai muulle edustajalleen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.2 Nuorten intoksikaatiot

Ensimmäiset alkoholikokeilut murrosikäisillä johtavat usein myrkytystilaan. Usein nuorten myrkytystaustaiset kuolemantapaukset ovat johtuneet huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäytöstä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Myrkytykset ovat tavanomaisia vapaa-aikana tapahtuvia tapaturmia nuorilla henkilöillä. Nuorten intoksikaatiot poikkeavat pienten lasten myrkytystapaturmista, koska niissä alkaa näkyä tahallisuus, mikä tarkoittaa päihteiden käytöstä aiheuttamaa myrkytystä. Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiavun käyntejä tutkittaessa vuosina 2002–2006 huomattiin murrosikäisten intoksikaatioihin liittyvän enemmän tahallisuutta ja oireita sairaalaan tullessa. Ensiapuun johtaneista 10–15-vuotiaiden myrkytyksistä 64 % johtui alkoholista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Lasten ja nuorten alkoholimyrytysten osuus Suomessa on suurempi verrattuna muihin Eurooppaan tai Yhdysvaltoihin. Tyypillistä vanhemmille nuorille on huumausaineiden ja lääkkeiden käyttö sekä sekakäytön myrkytykset, jotka voivat johtaa kuolemaan. Nuorten myrkytysten sairaalahoitoon joutumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten viikoittaiset stressioireet, humalanhakuinen toistuva juomatyö, huono koulumenestys sekä vain toisen vanhemman kanssa asuminen murrosiässä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Liisanantin (2012, 44) tekemän tutkimuksen mukaan noin 40 %:lla nuorista myrkytyspotilaista löytyi mahdollinen tai selvä riskitekijä itseaiheutetuissa myrkytyksissä. Yleisimpiä riskitekijöitä näyttivät olevan ongelmat vanhempien kanssa ja psykiatriset kriisitilanteet. Noin 12 % potilaista oli masentuneita ja noin 6 % itsetuhoisia. Masentuneet nuoret myrkytyspotilaat ovat usein naisia, jotka ottavat tahallisesti myrkyllistä ainetta, eivätkä myrkytykset johtuneet niinkään alkoholista. (Liisananti 2012, 44.) Liisanantin (2012, 45) tutkimusraportissa ilmeni myös, että päihdemyrkytykset olivat 21 %:lla potilaista toistuvia tutkimuksen seuranta-aikana. Noin 7 % nuorista myrkytyspotilaista joutui sairaalahoitoon useamman kuin yhden kerran vuoden aikana (Liisananti 2012, 44).

Myrkytysten määrää arvioidaan Suomessa sairaalassa hoidettujen myrkytyspotilaiden määrän, myrkytyskuolemien ja Myrkytystietokeskukseen soitettujen puheluiden perus-

teella. Myrkytystietokeskukseen tulee vuosittain noin 30 000 puhelua ihmisten myrkytyksistä. (Vuori 2009.) Myrkytystietokeskus antaa neuvontaa terveydenhuollon ammattilaisille ja maallikoille sekä se toimii tiedon lähteenä tiedotusvälineille sekä viranomaisille. Myrkytystietokeskus vastaa puheluihin ympäri vuorokauden ja se on tarkoitettu akuuttien myrkytysten ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon liittyviin kysymyksiin. Puhelinnumero Myrkytystietokeskukseen on 09 471 977 tai 09 4711 (vaihde). (HUS 2015.)

3.3 Päihdehoitotyö

Partasen ym. (2015, 363) mukaan 5–10 %:lla nuorista on diagnosoitu päihdehäiriö, ja niihin liittyy usein myös samanaikainen mielenterveyden häiriö. Päihdehäiriöt voidaan jakaa yleisesti haitalliseen käyttöön ja riippuvuuteen, joiden välistä rajaa voi olla vaikea asettaa. Riippuvuus on haitallista käyttöä vaikea-asteisempaa. Riippuvuuteen kuuluu usein erittäin runsas aineen käyttö, pakonomaisuus käyttää päihdettä sekä toleranssin nouseminen ja vieroitusoireet. Päihteiden aiheuttamiin häiriöihin liittyy myös intokikaatio (päihtymys), mieliala-, ahdistuneisuus- ja muistihäiriöt, psykoottinen häiriö, uni-ongelmat, sukupuolinen toimintahäiriö, delirium sekä dementia. Eniten päihteiden käyttöön liittyviä häiriöitä aiheuttaa Suomessa alkoholi. (Lönngqvist ym. 2011, 52.) Myös päihtymystarkoituksessa käytetyt lääkkeet, amfetamiini ja opioidit näkyvät päihdepsykiatriassa (Lönngqvist ym. 2011, 52–53).

Päihderiippuvainen nuori voi päihteiden käytöllään ilmaista toivottomuuden tunnetta ja masennusta. Tällaisissa tapauksissa nuorella on riski syrjäytyä yhteiskunnasta. Hoitotyön tärkeänä tehtävänä on tuolloin nuoren elämänhalun ylläpitäminen. Nuorten päihdehäiriöt liittyvät usein sekakäyttöön ja sitä ennen oleviin mieliala- ja käytöshäiriöihin. Päihdehäiriöisten nuorten itsetuhoiset ajatukset ja yritykset ovat yleisempiä kuin muilla saman ikäisillä nuorilla. (Partanen ym. 2015, 367.) Partasen ym. (2015, 362) mukaan on kuitenkin hyvä ottaa huomioon, ettei suurimmalle osalle päihteitä kokeileville tai käyttäville nuorille synny päihdehäiriöitä tai -ongelmia.

Nuoren päihdekäytölle altistavia tekijöitä ovat muun muassa perinnöllisyys, perheen sisäiset ongelmat, vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelmat, heikko sosiaalinen asema ja epäjohdonmukainen kasvatustyyli. Lisäksi lapsuuden ongelmat, kuten vakavat käytöshäiriöt, hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus voivat lisätä riskiä päihteiden käytölle.

Nämä altistavat tekijät voivat olla merkittäviä nuoren päihteiden käyttämisen jatkuvuuden ja riippuvuuden kannalta. (Partanen ym. 2015, 363.) Partanen ym. (2015, 364) mukaan päihteiden käytöltä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien huolenpito, kasvua tukeva kasvatustyyli, nuoren älykkyys, hyvä itseluottamus ja positiivinen asenne.

Nuorten päihdekokeilut ja -käytöt ovat riski heidän terveydelleen. Ne voivat johtaa myös siihen, että nuori tarvitsee akuuttihoitoa. Yleensä päihteiden käytöstä johtuvan akuuttihoidon syynä on sekavuus, myrkytystila tai päihteen vaikutuksen alaisena tapahtunut tapaturma. Joskus nuorten akuuttihoidon syynä ovat epäselvät tapaukset, jotka liittyvät mielenterveysongelmiin. Mielenterveysongelmat voivat näkyä masennuksena, ahdistuneisuutena, uniongelmina tai psykoottisena käytöksenä. Esimerkiksi kannabiksen käyttö voi liittyä näihin epäselviin tapauksiin. (Partanen ym. 2015, 299.)

Sairaalaan tulo saattaa olla nuorelle pelottava asia, ja hän voi kokea turvattomuutta. Nuoren hoidossa onkin tärkeää välittää turvallisuuden tunnetta. Hoidossa on tärkeää, ettei nuorta aleta syyttelemään ja hänelle luodaan kokemus hyvästä hoidosta ja huolenpidosta. Nuorten päihdehoitotyön erityispiirteitä ovat perhekeskeinen työote (yhteys kotiin, perheen tukeminen), lastensuojelulain mukainen ilmoittamisvelvollisuus sekä saattaen tapahtuva suunnittelu jatkohoidolle. Muuten akuuttivaihe päihdehoitotyössä toteutetaan samoin periaattein kuin aikuisilla. (Partanen ym. 2015, 299.)

Potilaan elintoimintojen seurannan sekä oireiden ja intoksikaation hoidon lisäksi potilaalle tehdään perusteellinen tilannearvio. Tietoja voidaan saada haastatteleamalla potilasta, ensihoitoyksikköä ja mukana olleita saattajia. Haastattelun avulla yritetään saada tietoa potilaan käyttämästä päihteestä tai päihteistä sekä mitä kautta potilas on päihdettä ottanut ja kuinka paljon. Lisäksi on tärkeää saada tietoa päihteiden käytön ajankohdasta (kellonaika) ja kestosta (montako päivää) sekä tietoa potilaan aiemmasta päihteiden käytöstä (toleranssin ja vieroitusoireiden mahdollisuus) ja onko potilas tehnyt itsemurhayrityksen päihdeillä. (Partanen ym. 2015, 288.)

Vaulan (2015) mukaan kaikki päihdepotilaan vammat on tutkittava ja kirjattava tarkasti. Pahoinpitelyissä vammat tulisi myös valokuvata potilaan suostumuksella (Vaula 2015). Piispan ym. (2015) mukaan olisi tärkeää, että hoitoalan ammattilaisilla olisi tietoa tun-

nistaa ja rohkeutta puuttua väkivaltaan. Harva väkivaltaa kohdannut ottaa itse asian puheeksi, joten epäillessä pahoinpitelyä puheeksi ottaminen ja tuen tarjoaminen on tärkeää (Piispa ym. 2015).

3.4 Psykiatrinen hoitotyö

Partasen ym. (2015, 366) mukaan mielenterveydenhäiriöitä esiintyy nuorilla noin 20 %:lla. Päihdemyrkytyksen saaneen potilaan kokonaisarviointiin kuuluu myös arviointi psyykkisestä voinnista (Partanen ym. 2015, 289). Väestötutkimusten mukaan päihdeongelmaisista nuorista jopa 60–80 prosentilla on myös psyykinen häiriö. On huomiotava, että myös nuorelta potilaalta tulisi selvittää hänen psyykinen vointinsa sekä mahdolliset itsetuhoiset ajatukset. (Partanen ym. 2015, 299.) Psyykkisen voinnin arvioiminen on erityisen tärkeää muistaa esimerkiksi muuntohuumeiden käyttäjillä tai kokeilijoilla, koska he voivat kokea voimakkaita psyykkisiä oireita jopa viikon ajan käytön jälkeen. Tilanteeseen liittyy myös suurentunut riski tehdä itsemurha. (Partanen ym. 2015, 289.)

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa käyttäydytään tai pyritään käyttäytymään itseä vahingoittavasti tai otetaan hengenvaarallisia riskejä. Epäsuoralla itsetuhoisuudella tarkoitetaan, että ihminen ottaa henkeä uhkaavia riskejä, mutta hänellä ei ole kuitenkaan tietoista tavoitetta satuttaa tai tappaa itseään. (Lönngqvist ym. 2011, 501.) Lönngqvistin ym. (2011, 502) mukaan suoralla itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsemurhasta puhumista, itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä tai itsemurhia. Itsemurhakuolemat, itsemurhayritykset ja itsemurha-ajatukset ovat harvinaisia alle murrosikäisellä lapsella. Itsemurhat ja niiden yritykset sekä itsemurha-ajatukset yleistyvät kuitenkin nuoruudessa. Yli 15-vuotiaiden itsemurhat ovat vähentyneet reilusti 1990-luvun jälkeen, mutta lukemat ovat kuitenkin suuria verraten kansainvälisiin tilastoihin. (Lönngqvist ym. 2011, 583.)

Nurmi-Lüthjeen ym. (2011, 1907) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että itseaiheutettu myrkytys on itsensä vahingoittamisen yleisin tekotapa kaikenikäisillä henkilöillä. Noin tuhat suomalaista tekee itsemurhan vuoden aikana. Kuitenkaan itsensä vahingoittaminen ei tarkoita läheskään aina itsemurhan yrittämistä. Tuolloin henkilön tarkoituksena ei ole kuolla ja vahingoittaminen on useimmissa tapauksissa tapahtunut hetken mieli-

johteessa. Nuorten itsensä vahingoittamiseen voi liittyä esimerkiksi masennus tai ahdistuneisuus. Nuori saattaa ilmaista avun tarvettaan itsetuhoisella käyttäytymisellä. Arviolta vain 13 % itseään vahingoittavista nuorista päätyy sairaalahoitoon. (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1905.)

Myrkytyksistä 74 % johtui lääkeainemyrkytyksistä. Sairaalahoitoon saapuneista itseään vahingoittaneista potilaista kaksi kolmasosaa oli päihtyneitä. (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1907.) Psykiatrinen arvio on tärkeää tehdä kaikille itseään vahingoittaneille potilaille muun ensihoidon jälkeen. Tutkimuksessa ilmeni, että psykiatrinen konsultaatio tehtiin usein, kun potilas päätyi jatkohoitoon osastolle. Kuitenkin suoraan päivystyspoliklinikalta kotiutuneet jäivät usein ilman psykiatrista konsultaatiota tai tieto siitä oli jäänyt epäselväksi. (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1909.)

Arvioitaessa nuoren psyykkistä hyvinvointia on tärkeää keskustella nuoren kanssa kahdenkeskisesti, sillä vain siten saadaan tietoa nuoren omista kokemuksista ja vaikeuksista. Vanhemmat ja muut aikuiset voivat olla tietämättömiä nuoren kokemasta masentuneisuudesta tai jopa yrityksistä tehdä itsemurha. Kun arvioidaan nuoren mielenterveysongelmia, tulee nuoren tilanteesta saada tietoa nuoren lisäksi myös vanhemmilta, koulusta ja mahdollisesti myös hänen kavereiltaan. Myös perhetilanteen selvitys sekä perheen voimavarojen ja vanhempien mahdollisten mielenterveysongelmien kartoitus on tarpeellista. (Lönnqvist ym. 2011, 572.)

Itsemurhaa yrittäneen potilaan psykososiaalinen tila arvioidaan vasta, kun potilaan tajunnantaso on normaali hoitotoimenpiteiden jälkeen. Itsemurhayritykseen käytetty menetelmä ja tarkka tapahtumankulku on tärkeää selvittää. Arvioinnissa selvitetään muun muassa, missä itsemurhayritys tapahtui, oliko muita henkilöitä tapahtumapaikalla ja oliko heille jätetty mahdollisuus pelastaa hänet sekä oliko avun saannin viivästyminen varmistettu. Potilaalta kannattaa kysyä suoraan, oliko hänellä tarkoitus tehdä itsemurha sekä onko hän tyytyväinen, kun hänet pelastettiin vai haluaako hän edelleenkin kuolla. (Lönnqvist ym. 2011, 513.) Kuitenkaan osa potilaista ei myönnä yrittäneensä itsemurhaa (Kuisma ym. 2013, 284.) Lönnqvistin ym. (2011, 513) mukaan jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle henkilölle tulee tarjota välitöntä ammattiapua, jotta hänen elämäntilanteensa voidaan selvittää ja tarjota hänelle sopivin jatkohoito.

3.5 Lastensuojelu

Lastensuojelulain mukaan lasten ja nuorten hyvinvointia edistävillä toiminnoilla voidaan jopa välttää lastensuojelun tarvetta. Ehkäisevällä lastensuojelulla voidaan apua ja tukea tarjoamalla puuttua ongelmiin jo ennen niiden syntymistä tai pahenemista. Neuvola, päivähoido ja koulu ovat keskeisissä asemissa lastensuojelun ehkäisevässä toiminnassa. Vastuu lastensuojelun toteuttamisella lapsien oikeuksia koskien on viranomaisilla, lainsäädännöllä ja koko yhteiskunnalla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Lastensuojelun tehtävät

Useilla yhteiskunnallisilla toimilla pyritään edistämään lasten ja nuorten hyvinvointia sekä ehkäisemään erilaisia ongelmia. Hyvinvointiin vaikuttavat arjen ympäristön turvallisuus, mahdollisuudet leikkeihin ja virikkeelliseen toimintaan. Lapsen kehitykseen vaikuttavat päivähoido- ja varhaiskasvatuspalvelut, koulu, harrastustoiminnat ja lähiyhteisöt vanhempien ohella. Lasten elämään vaikuttavat monet yhteiskunnalliset päätökset. Alkoholipolitiikan toteuttaminen, liikenneratkaisut tai vanhempien tekemät ratkaisut esimerkiksi työelämässä voivat joko tukea tai kaventaa lasten mahdollisuuksia hyvään elämään. Lastensuojelun kolme perustehtävää ovat varsinainen lastensuojelutehtävä, vaikuttaminen lasten yleisiin kasvuoloihin sekä kasvatustehtävissä vanhempien tukeminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen ja tarpeen arviointi

Lapsi tai nuori voi tarvita lastensuojelun apua useasta eri syystä, kuten esimerkiksi siksi, että kotona tapahtuu hoidon laiminlyöntiä tai terveyden vaarantamista. Syitä voivat olla muun muassa vanhempien psyykkiset ongelmat, vanhempien runsas päihteiden käyttö, perheväkivalta, nuori käyttää runsaasti päihteitä, on rikollinen tai hänellä on psyykkisiä ongelmia. (Lastensuojelu 2015.) Korpin ym. (2012, 33) mukaan alle 18-vuotiaasta lapsesta tai nuoresta on aina tehtävä lastensuojeluilmoitus, jos hän on tullut hoitoon päihevystyspoliklinikalle myrkytyksen vuoksi. Ilmoituksen tekemisestä on tärkeää kertoa myös nuorelle itselle (Korppi ym. 2012, 33).

Lastensuojeluasia lähtee hakemuksen tai ilmoituksen jälkeen käsittelyyn kunnan sosiaalitoimessa. Lastensuojeluilmoituksen voi tehdä kuka tahansa ja ilmoituksen voi tehdä nimettömänä. Lastensuojelun tarve käsitellään sosiaalityöntekijän toimesta seitsemän

arkipäivän kuluessa, mutta kiireellisissä tapauksissa lastensuojelun tarve arvioidaan välittömästi. Lastensuojelun asiakkuus alkaa, kun kunnan sosiaalitoimi on tehnyt lastensuojelutarpeen selvityksen tai on ryhdytty kiireellisiin lastensuojelutoimenpiteisiin. Asiakkuuden alettua saa lastensuojelun tarpeessa oleva lapsi tai nuori oman sosiaalityöntekijän. On kunnan velvollisuus järjestää lapselle ja hänen läheisilleen ne sosiaalihuollon palvelut, jotka sosiaalityöntekijä on arvioinut asiakassuunnitelmassa tarpeelliseksi lapsen ja nuoren kehityksen ja terveyden kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Sosiaalityöntekijän tekemät asiakassuunnitelmat ovat avohuollon, sijaishuollon, jälkihuollon ja vanhemmalle tehtävä asiakassuunnitelma (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2015c).

3.6 Jatkohoidon järjestäminen

Myrkytyspotilaan jatkohoitoon kuuluu päihderiippuvuuden tunnistaminen ja päihdehoidon tarpeen arvioiminen. Potilaan kanssa tulisi käydä keskustelua päihdehoidon tarpeesta ja jatkohoitoon motivoitumisesta. Psykiatria voidaan konsultoida potilaan jatkohoidosta. (Hirschocits-Gerz 2015.) Partasen ym. (2015, 299) mukaan nuorten päihdepotilaan jatkohoito järjestyy yleensä nuorisoasemilla tai yksiköissä, jotka ovat nuorten päihdehoitoon erikoistuneita. Joissakin yksiköissä, joissa tarjotaan nuorille pysäytys- ja vieroitushoitoa ja kuntouttavaa laitospai- tai yhteisöhoitoa, voidaan hoitaa myös nuoria, joilla on sekä päihdehäiriö että mielenterveyshäiriö (Partanen 2015, 369).

Partasen ym. (2015, 299) mukaan nuorella, jolla päihteiden käyttö on vakiintunutta, on useasti jokin mielenterveyshäiriö. Psykiatrisesti sairastuneiden potilaiden hoidon tulisi olla suunnitelmallista. Tavoitteena on myös mahdollisimman aikainen hoitoon ohjaaminen. Psykiatrisesti sairastuneen potilaan hoito alkaa usein vasta, kun hänen ongelmansa ovat vaikeutuneet liikaa. Hoito alkaa usein päivystyksellisesti ja pahimmillaan jopa potilaan tahdosta riippumatta. (Lönnqvist ym. 2011, 641.)

B1-lähete on vapaaehtoislähete, joka tehdään, kun potilas on suostuvainen hoidon tarpeen arviointiin (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). M1-lähete on tarkkailulähete, ja sitä käytetään, kun psykiatrinen arvio tapahtuu tahdosta riippumatta. M1-lähete katsotaan tarpeelliseksi, kun hoitavalla taholla on epäily, että potilaalla on taustalla psykoottistasoinen sairaus eikä hän ole suostuvainen psykiatriseen arvioon. (Hietala ym. 2015, 1766.)

Mielenterveylain (2. luvun 8 §:n) mukaan aikuinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos kolme seuraavaa kriteeriä täyttyy samanaikaisesti:

1. Henkilöllä todetaan mielisairaus.
2. Henkilö tarvitsee mielisairauden vuoksi psykiatrista sairaalahoitoa, ja hoitamatta jättäminen selvästi pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi selvästi joko omaa tai muiden turvallisuutta tai terveyttä.
3. Muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä potilaan hoitoon tai ne eivät ole potilaan hoitoon soveltuvia.

Huttusen (2015) mukaan alaikäinen psykoottinen henkilö voidaan määrätä tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon samoin perustein kuin täysi-ikäiset henkilöt. Alaikäisen nuoren kohdalla psykiatriseen arvioon lähettämisen perusteena on myös epäily vakavasta mielenterveyden häiriöstä, eikä lähetteen edellytyksenä ole mielisairauden tasoinen mielenterveyshäiriö (Hietala ym. 2015, 1766; Valvira 2016). Vakavia mielenterveyshäiriöitä voivat olla esimerkiksi vakava itsetuhoinen käyttäytyminen, mielenterveyshäiriöön liittyvä itsetuhoinen päihteiden käyttö, vakavat käytöshäiriöt sekä vaikea-asteiset syömishäiriöt (Valvira 2016; Huttunen 2015).

Lönnqvistin ym. (2011, 642) mukaan potilasta tulisi hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Partasen ym. (2015, 299) mukaan nuoren jatkohoito voidaan kuitenkin joutua toteuttamaan vasten tahtoisesti, jos nuoren päihteiden käytöllä on suuri riski vahingoittaa hänen kasvuaan ja kehitystään. Psykiatrisen hoidon perusrakenteeseen kuuluvat aikainen hoitoon hakeutuminen, asianmukainen ohjaaminen avohoitoon sekä hyvässä hoitosuhteessa kehittyvä hoitomyöntyvyys (Lönnqvist ym. 2011, 643).

Hoitoon ohjautuneen päihdeongelmaisen nuoren hoidon tärkeänä osana on nuoren elämäntilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen ja erilaisten hoitovaihtoehtojen arviointi. Hoitoa tarvitsevalla päihdehäiriöisellä nuorella on yleensä ongelmia monilla eri elämän osa-alueilla. (Partanen ym. 2015, 367.) Nuoren potilaan hyvä hoito edellyttää usein yhteistyötä ja tilannekatsauksia nuorisopsykiatrian, päihdehuollon, lastensuojelun ja koulun oppilashuoltoryhmän välillä. Näissä selvityksissä tulisi kertoa nuoren psyykkisestä ja fyysisestä terveydentilasta, sosiaalisista suhteista, vapaa-ajan viettotavoista,

perhe-, koulu- tai työtilanteesta, päihteiden käytöstä, rikollisuudesta, terveysriskeistä ja voimavaroista. (Partanen ym. 2015, 368.)

Nuoren intoksikaatiopotilaan jatkohoito Mikkelissä

Alaikäisen intoksikaatiopotilaan jatkohoitopaikasta päättää lastentautien lääkäri (pediatri) tai täysi-ikäisyyden kynnyksellä sisätautilääkäri. Sisätautilääkäri vastaa hoidosta, jos pediatri siirtää hoitovastuun hänelle. Esimerkiksi ennakoilmoituksella tulevan alaikäisen potilaan voi myös sisätautipäivystäjä hoitaa, jos on ensin ilmoittanut potilaasta myös pediatriille, joka tekee hoitavan lääkärin ratkaisun. Jos alle 13-vuotiaan lapsen intoksikaation taustalla on mielenterveysongelma (esimerkiksi itsetuhoisuus) ja lääkäri tekee M1-lähetteen, tapahtuu jatkohoito Kuopiossa. Potilas ohjautuu Mikkelin keskussairaalan lastenosastolle (osasto 21), jos ei M1-lähetteen tarvetta ole. Kuopioon voidaan myös lähettää yli 13-vuotiaat (Julkulan sairaala) tarpeen mukaan. (Päivystyspoliklinikka 2015.)

Moision nuoriso-osasto hoitaa 13–17-vuotiaita nuoria. Nuoriso-osastolle voidaan lähettää B1- ja M1-lähetteillä paikkatilanteen mukaan. Mikkelissä toimii myös erikseen lasten (alle 13-vuotiaiden) psykiatrian poliklinikka sekä nuorisopsykiatrian poliklinikka (13–17-vuotiaat). Molempiin potilas tarvitsee lääkärin lähetteen. Alaikäisen intoksikaatiopotilaan hoitoon voi tarvita psykiatrista konsultaatiota (yli 13-vuotiaat), jolloin lääkäri kirjoittaa PSYKIA-lehdelle konsultaatiopyynnön. Psykiatrisen konsultaation tekee psykiatrinen sairaanhoitaja akuuttityöryhmästä. Potilaan jatkohoitopaikasta päättää aina hoitava lääkäri. (Päivystyspoliklinikka 2015.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Etelä-Savon sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikka Mikkelin keskussairaalassa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää osastotunti nuorten intoksikaatiopotilaiden hoitotyöstä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle. Kokosimme myös tietopaketin opinnäytetyön teoriataustasta, joka tallennettiin päivystyspoliklinikan tietokonejärjestelmään hoitajien nähtäväksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että osastotunti ja tietopaketti tukevat hoitajien työskentelyä nuorten intoksikaatiopotilaiden hoitotyössä.

Aihe sai alkunsa, kun otimme yhteyttä Mikkelin keskussairaalan osastonhoitajaan. Tiedustelimme häneltä alustavasti, olisiko päivystyspoliklinikalla tarvetta opinnäytetyön toiminnalliselle toteutukselle. Keväällä 2015 meille ehdotettiin aiheeksi myrkytyspotilaan toimintaohjeen tekemistä. Olimme myöhemmin yhteydessä toimeksiantajaan ja ehdotimme rajausta alaikäisiin myrkytyspotilaisiin, sillä he olivatkin jo ehtineet teemmään toimintaohjekortin myrkytysten hoidosta. Teimme alustavan toimintaohjekortin nuorten tahallisia intoksikaatioista. Kuitenkaan se ei eronnut tarpeeksi jo aiemmin tehdystä aikuisen intoksikaatiopotilaan toimintaohjekortista. Toiminnallinen toteutus muuttui toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan ehdotuksesta osastotunnin pitämiseen ja tietopaketin kokoamiseen hoitohenkilökunnalle.

Käsitlemme opinnäytetyössä nuorten hoitotyötä muun muassa päihde- ja psykiatrisen hoitotyön sekä jatkohoidon näkökulmista. Sairaalassa tapahtuvan yleisen myrkytyspotilaan ensihoidon lisäksi käsitlemme erikseen alkoholimyrkytyksiä, lääkemyrkytyksiä, huumemyrkytyksiä sekä päihtymystarkoituksessa hengitettäviä myrkkyyä. Raajasimme opinnäytetyöstä pois muun muassa pienille lapsille tyypilliset myrkytykset (esimerkiksi pesuaineet ja muut suun kautta otettavat syövyttävät kodinkemikaalit), hääk- ja ruokamyrkytykset sekä kyyn puremat, jotka eivät liity yleensä tahallisesti itselle aiheutettuihin myrkytyksiin. Tarkoituksenamme oli käsitellä opinnäytetyössä vain sellaisia myrkytyksiä aiheuttavia aineita, jotka voivat vaatia hoitoa sairaalassa eli tässä tapauksessa päivystyspoliklinikalla.

5 OSASTOTUNTI NUORTEN INTOKSIKAATIOISTA

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toteutukseltaan toiminnallinen, koska järjestimme päivystyspoliklinikan henkilökunnalle osastotunnin nuorten intoksikaatioiden hoidosta. Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa työelämän kehittämistyötä, jonka tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Opinnäytetyön toteutustapa voi olla kohderyhmän mukainen esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjeistus tai opastus, projekti, kirja tai kehittämissuunnitelma. Lisäksi toiminnallisen opinnäytetyöhön voi kuulua tapahtuman tai tilaisuuden järjestäminen. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015a; Airaksinen & Vilka 2003, 9.) Tuotimme

opinnäytetyössämme sekä tilaisuuden (osastotunti) että tuotteen (tietopaketti). Toiminnallisten osuuksien tavoitteena oli tuoda lisätietoa nuorten intoksikaatioista ja tukea siten käytännön toimintaa.

Airaksisen ja Vilkan (2003, 10) sekä Virtuaali ammattikorkeakoulun (2015a) mukaan keskeisenä ajatuksena on, että opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen sekä tutkimuksellisella että kehittäväällä asenteella toteutettu. Tutkimus näkyy lähinnä selvityksen tekemisessä, ja selvitystä voidaan käyttää tiedonhankinnan apuvälineenä. Puolestaan tutkiva ote näkyy teoreettisena lähestymistapana, joka on perusteltua sekä pohtivaa liittyen ratkaisuihin sekä se ohjaa tietoperustaa työlle. Lisäksi se on kaksiosainen. Ensimmäinen osa koostuu toiminnallisesta osuudesta. Toinen osa on opinnäytetyöraportti eli opinnäytetyöprosessin dokumentointi sekä arviointi tutkimusviestinnän avulla. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015a).

Opinnäytetyömme aihe oli työelämälähtöinen, koska saimme aiheen toimeksiantajalta. Opinnäytetyömme toiminnallinen osuus ja aiheen rajautuminen muuttuivat opinnäytetyön prosessin edetessä. Toteutusta muokattiin kuitenkin toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. Tutkimuksellista asennetta on huomioitu opinnäytetyössämme etsimällä ja lukemalla monipuolisesti aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä valikoimalla teoriataustaan ajankohtaisimmat ja eniten aiheeseen liittyvimät tutkimustulokset. Myös muun lähteaineiston hankintaan olemme käyttäneet tutkimuksellista otetta. Kerromme opinnäytetyössä myös sen prosessista ja toiminnallisen osuuden arvioinnista.

5.2 Tiedonhakuprosessi

Keräsimme teoretietoa osastotunnin materiaaliin ja tietopakettiin käyttämällä kirjallisuutta, tutkimuksia ja ajankohtaisia Internet-lähteitä. Olemme käyttäneet kirjallisuuden hakemiseen ammattikorkeakoulun kirjastotietokantaa Kaakkuria. Opinnäytetyön kannalta hyödyllisiä kirjoja löytyi myös kirjastossa paikan päällä etsien eri aihealueittain (esimerkiksi akuuttihoitotyö, pediatriinen hoitotyö, psykiatrinen hoitotyö ja päihdehoitotyö). Valitsimme opinnäytetyöhön kirjoja, joissa käsitellään myrkytys- ja päihtymystilojen hoitoa yleisesti tai nuorten potilaiden kohdalla. Käytimme myös kirjoja, joissa kerrotaan yleisesti nuorten hoitotyöstä.

Olemme hakeneet lähteitä opinnäytetyön teoriataustaan kirjastontietokannan lisäksi muun muassa Medic-, Google-, Google Scholar- ja Cinahl-tietokannoista. Käytimme erilaisia hakusanoja tiedon etsimiseen sekä lyhensimme ja yhdistelimme hakusanoja keskenään hakukoneiden ohjeiden mukaisesti. Käytetyimpiä hakusanoja olivat esimerkiksi nuoret, myrkytys, intoksikaatio, päihteet, alkoholimyrkytys, huumemyrkytys, lääkeainemyrkytys ja hengitettävät myrkyt/imppaaminen. Tarvittaessa jätimme sanan myrkytys pois, lisäsimme sen hakukoneeseen erikseen tai käytimme toista sanaa, kuten yliannostus. Rajasimme hakuja tarvittaessa myös määrittelemällä julkaisuvuodet ja kielen.

Haimme lähteitä myös englannin kielellä etsiessämme kansainvälisiä tutkimuksia sekä silloin, kun suomenkieliset hakusanat eivät tuottaneet tulosta. Käytimme esimerkiksi seuraavia hakusanoja ja yhdistelimme niitä: poisoning, children, young, alcoholpoisoning, drugpoisoning. Löysimme Terveysportista monia hyödyllisiä artikkeleita myrkytysten hoidosta. Etsimme artikkeleita Terveysportista aiemmin mainituilla suomenkielisillä hakusanoilla, ja selasimme läpi aineistoa. Google-tietokannasta löysimme muun muassa THL:n ja Terveyskirjaston julkaisemia artikkeleita sekä lakitekstejä.

Olemme käyttäneet ajankohtaista tutkimustietoa täydentämään opinnäytetyön teoriataustaa. Tutkimuksia etsimme muun muassa Medic-, Google Scholar- ja Cinahl-tietokannoista erilaisin aiemmin mainituin hakusanoin. Tutkimuskatsauksessa (liite 1) kerromme tarkemmin tutkimusten tiedoista ja sisällöstä. Tutkimusten tiedonhaku -liitteessä (liite 2) näkyy, miten valikoidut tutkimukset löytyivät.

Valitsimme kriteereitä, jotka auttoivat tutkimusten valikoinnissa ja poissulkemisessa:

- Tutkimus on julkaistu vuosina 2010–2016 aikana.
- Tutkimus oli ulkoasultaan asianmukainen, ja siinä oli esitetty selkeästi tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja tulokset.
- Tutkimus vaikutti luotettavalta aineiston keruumenetelmän, aineiston koon ja sen käsittelyn perusteella.
- Tutkimus liittyi vahvasti aihealueeseemme.
- Tutkimus oli luettavissa Internetistä tai lähikirjastossa.

5.3 Opetuksen keskeiset periaatteet

Itä-Suomen yliopiston (2016) mukaan opetuksen suunnittelussa kuuluu ottaa huomioon seuraavat ainakin seuraavat elementit: koulutustarpeen arviointi, opetustavoitteiden määrittäminen, oppija-analyysin tekeminen, opetussisällön, -menetelmien ja työtapojen valitseminen sekä opetuksen ja oppimisen arviointimenetelmät. Opetuksen tavoitteet määrittyvät oppilaiden ominaisuuksien, koulutustarpeen ja resurssien mukaan. Koulutustarve voi tulla esiin esimerkiksi yksilön tai organisaatiossa tarpeellisten taitojen pohjalta. Organisaatiossa esimerkiksi uudet hoitomenetelmät voivat edellyttää koulutusta. (Itä-Suomen yliopisto 2016.)

Opetuksen tavoitteet tulee määrittää muun muassa oppilaiden lähtötasoon ja tavoiteltavaan oppimisen tasoon, ja ne tulisi suhteuttaa opittavaan asiakokonaisuuteen. Tavoitteiden tulisi olla selkeitä, jotta ne antaisivat pohjan opetussuunnitteluun ja oppimisarviointiin. Opetuksen suunnitteluun kuuluu keskeisesti oppija-analyysin tekeminen. (Itä-Suomen yliopisto 2016.)

Opetussisällön valinnassa tulee ottaa huomioon muun muassa virheettömyys, mielekkyys tavoitteisiin verraten, vaikeustaso ja sisällön sopiva määrä. Opetuksen jäsentämisessä on monia erilaisia etenemistapoja, joista tutusta tai yksinkertaisesta asiasisällöstä eteneminen monimutkaisempaan ja uuteen kuvastaa parhaiten omaa jäsentämisperiaatetta osastotunnilla käsiteltävien asioiden opetukseen. Arvioinnin tarkoituksena on motivoida, todeta, ohjata ja ennustaa oppimista. Oppimistulosten lisäksi arvioinnin tarkoituksena on myös opetus- ja oppimiskokonaisuuksien arviointi. Näiden prosessien arviointi toimivat palautteena, ja ne orientoivat opettamista ja oppimista jatkossa. (Itä-Suomen yliopisto 2016.)

5.4 Osastotunnin suunnittelu

Sosiaali- ja terveysalan ammatillinen viestintä on parhaimmillaan avointa viestintää, jossa pyritään tekemään ratkaisuja sekä välitetään kiinnostuneisuutta, ymmärtävyyttä, kiinnostuneisuutta, välittömyyttä, tasa-arvoa ja tutkivaa otetta (Roivas & Karjalainen 2013, 9). Ammatillisella puhe-esityksellä on aina tarkoitus, joka voi olla esimerkiksi vaikuttaminen, keskustelun herättäminen tai tiedon välittäminen. Esityksellä tulisi olla myös tavoite. (Roivas & Karjalainen 2013, 16.) Osastotunnin pitämisen tarkoituksena

oli tiedon välittäminen myrkytys- ja päihtymystiloista nuoren potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli esityksen hyödyllisyys kohderyhmälle. Lähdimme suunnittelemaan osastotuntia opinnäytetyöhön kootun teorian pohjalta.

Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 16) mukaan puhe-esityksen valmistelussa olisi hyvä selvittää etukäteen, ketä kohderyhmään kuuluu, mitä he tietävät entuudestaan aiheesta ja mitä he odottavat esitykseltä. Olemme ottaneet kohderyhmän huomioon jo teorian tietoa kootessamme; olemme kirjoittaneet tekstiä hoitajille tarkoitettuna ja suunnanneet tekstin päivystyspotilaiden hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopiston (2016) mainitsemissa keskeisiä oppijoiden ominaisuuksia ovat opinnäytetyömme kohderyhmän kannalta aiemmat tiedot, taidot ja kokemukset sekä ammatin erityispiirteet.

Teimme oppija-analyysia pohtimalla, mitä kohderyhmämme eli päivystyspoliklinikan hoitajat tietävät entuudestaan nuorten intoksikaatioiden hoitotyöstä, mitä taitoja ja kokemuksia heillä voi olla aiheeseen liittyen sekä miten ammatin erityispiirteitä kannattaa ottaa huomioon osastotunnin sisällössä. Oletamme, että kohderyhmällämme eli hoitohenkilökunnalla on jo tietoa, taitoa ja kokemusta opetuksen aihealueesta. Otimme huomioon sen myös osastotunnin sisältöä suunnitellessa siten, ettemme käsittele heille oletettavasti tuttuja perusasioita niin tarkasti.

Ylösen (2015) kertomasta päivystyspoliklinikan henkilökuntarakenteesta ilmenee, että valtaosa hoitohenkilökunnasta koostuu sairaanhoitajista. Sen vuoksi oletimme, että osastotunnin kohderyhmä koostuu pääasiassa sairaanhoitajista. Kokosimme esityksen sellaiseksi, että käsittelemme hoitajille oletettavasti tuttuja asioita vain keskeisin käsittein ja yritimme tuoda uutta tietoa aihealueesta esimerkiksi tutkimustietoa käyttäen. Emme tiedä kohderyhmän henkilökohtaisia tietoja, taitoja ja kokemuksia aihealueesta, mutta yritimme tehdä osastotunnista kaikille kuulijoille hyödyllisiä joko kertauksen tai uuden tiedon avulla. Oletamme kohderyhmällä olevan kokemuksia nuorten intoksikaatiopotilaiden hoitotyöstä, sillä pähteiden käytöstä johtuvat yliannostus- ja myrkytystilat ovat yleisiä hoitotilanteita päivystyspoliklinikoilla (ks. Partanen ym. 2015, 287).

Puhe-esityksen esivalmisteluihin kuuluu esitysajan, -tilan, -laitteiden ja muiden havainnollistusvälineiden järjestäminen. Ennen esitystä olisi hyvä myös miettiä, minkä verran esitys kaippaa valmistelujen lisäksi myös spontaaniutta. Esityksen pitämiseen on tärkeää

varautua etukäteen perehtymällä aihealueeseen laajasti, sillä asiantuntemus tuo varmuutta esitykseen. Lisäksi materiaalia on hyvä hankkia etukäteen runsaasti, vaikkei kaikkea sitä käyttäisikään esityksessä. (Roivas & Karjalainen 2013, 16.)

Mielestämme sopivin vaihtoehto osastotunnin pitämiseen oli PowerPoint-esitys ja sitä täydentävä suullinen esitys. Ajattelimme PowerPoint-esityksen havainnollistavan osastotunnilla käsiteltävää teoriatietaa, ja siten käsiteltävät asiat jäisivät paremmin kuulijoiden mieleen. PowerPoint-esitys voi mielestämme auttaa myös esiintyjää pysymään puheessa paremmin aihealueen sisällä ja loogisessa asioiden käsittelyjärjestyksessä. Järjestimme esitysjan ja -tilan kuukautta ennen esitystä. Suunnitteluun jäi riittävästi aikaa, sillä teoriatausta osastotunnille oli jo kerätty. Varmistimme myös, että tilassa oli käytössä tarvittavat laitteet PowerPoint-esityksen pitämiseen. Valmistauduimme esitykseen lukemalla opinnäytetyön teoriataustan huolellisesti uudelleen läpi ennen esitystä. Tulostimme teoriataustan esitykseen myös varmuuden vuoksi. Sairaanhoidajakoulutus on tuonut meille tietoa aihealueeseen liittyen muun muassa pediatrian hoitotyön, intoksikaatioiden hoidon sekä psykiatrisen ja päihdehoitotyön osalta. Myös esitysten pitämiseen olemme saaneet opintojen aikana harjoitusta.

Kirjallisen toteutuksen suunnitteluprosessiin kuuluu huolellinen suunnittelu, luonnostelu, testaus ja tuotoksen kehittäminen (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015b). Aloimme suunnittelemaan osastotunnilla esitettävää PowerPoint-esitystä suoraan sen pohjalta. Tätä ennen olimme saaneet toimeksiantajalta ja ohjaavalta opettajalta palautetta opinnäytetyön teoriarakenteesta. Toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan ehdotuksesta teoriataustaan tehtiin muutamia pieniä lisäyksiä.

Kirjalliseen toteutukseen voidaan tarvita rakennesuunnitelma, jossa suunnitellaan esimerkiksi työn yleistä rakennetta ja tekstin yhtenäisyyttä. Tämän jälkeen suunnitelmaprosessissa tulee miettiä haluttua vaikutelmaa lukijalle, ulkoasua, kuvitusta sekä muita yleisiä visuaalisia periaatteita. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015b.) Diaesityksessä voidaan käyttää pelkkiä avainsanoja ja kuvat voivat tehostaa esitystä. Aiheet olisi hyvä otsikoida ja tekstin tulisi olla tarpeeksi suurikokoista. Diaesitystä tehdessä on otettava huomioon, että liian monimutkainen visuaalinen ilme voi viedä kohderyhmän huomion asian sisällöstä. (Roivas & Karjalainen 2013, 18.) Viimeisessä suunnitteluprosessin vaiheessa tehdään alustava versio. Alustavaa versiota tulee testata ja pyytää siitä palautetta, jotta saadaan aikaan toimiva tuotos. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015b.)

Käytännössä meidän tuli PowerPoint-esitystä suunnitellessa löytää tekstistä ne asiat, joista ajattelimme olevan eniten hyötyä kohderyhmälle. Meidän tuli myös koota ja tiivistää asioita yhteen. Olemme ottaneet PowerPoint-esitystä tehdessämme huomioon ulkoasua, tekstin rakennetta ja helppolukuisuutta. Lopuksi kävimme PowerPoint-esityksen yhdessä läpi ja suunnittelimme, mitä asioita kannattaa suullisesti täydentää tarkemmin osastotunnilla.

Puhe-esityksessä tulee ottaa huomioon, että asioita käsitellään ytimekkäästi eikä asioita voida käsitellä liian laajasti yhdessä esityksessä. Tämä takaa sen, että ydinasiat jäävät kuulijoiden mieleen. (Roivas & Karjalainen 2013, 16.) Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 17) mukaan esityksessä voidaan käyttää erilaisia jäsentelyperiaatteita, mutta tärkeintä kuitenkin on miettiä asioiden etenemislogiikka aiheen kannalta järkeväksi. Ryhmätoissa esiintymisen roolijako on tärkeää suunnitella etukäteen niin, että esitys etenee luontevasti (Roivas & Karjalainen 2013, 17). Tekstin asiantuntijatyyli vaatii oikeakielisyyttä, tiiviyyttä ja havainnollisuutta. Myös ammattisanastoa voidaan käyttää, jos kohderyhmän oletetaan ymmärtävän sanojen tarkoitus. (Roivas & Karjalainen 2013, 35.) Kokoamamme tietopaketti opinnäytetyön teoriataustasta täydensi suullista esittämistä, sillä kaikkia asioita emme voineet yhteen esitykseen sisällyttää. Pyrimme kokoamaan PowerPoint-esityksen niin, että se etenee johdonmukaisesti. Sovimme esityksen roolijaon etukäteen jäsenten kesken. Käytimme esityksessä kohderyhmälle tuttua ammattisanastoa.

Esitykseen on tärkeää jäsentää selkeä alku, keskikohta (käsittelyosuus) ja loppu (Roivas & Karjalainen 2013, 16). Esityksen alku koostuu yleensä tervehtimisestä ja asiaan johdattelusta. Kohderyhmälle voidaan myös kertoa, mihin oma esitys perustuu. Oleellinen osa esityksen aloitusta on mielenkiinnon herättäminen aihealueeseen esimerkiksi esittämällä aiheen hyödyllisyyttä, uutuutta tai tuttuutta. (Roivas & Karjalainen 2013, 17.) Päätimme, että aloitamme osastotunnin pitämisen esittelemällä itsemme ja osastotunnin taustan. Suunnittelimme selkeän alun diaesitykseen, joka johdatteli aihealueeseen yleisesti.

Esityksen käsittelyosassa asioiden selkeä eteneminen ja jäsentäminen sekä yhteenvedon ja pohjustuksen tekeminen helpottavat kuulijaa. Kuulijan on helppo seurata esitystä,

kun se muistuttaa vapaata puhetyyliä ja asioiden kertomista. Puhetta voidaan havainnollistaa vertauksilla, esimerkeillä, rinnastuksilla ja vieraiden käsitteiden tarkennuksilla. Esitystä voidaan havainnollistaa esimerkiksi videotykin avulla näytetyllä esityksillä, piirroksilla tai jaettavilla materiaaleilla. Loputon diaesitys voi pitkästyttyä kuulijan, ja sen vuoksi kaikenlainen toiminnan muutos voi herättää kuulijan mielenkiinnon uudelleen. (Roivas & Karjalainen 2013, 18.) Esityksen käsittelyosassa tarkoituksenamme oli avata asiakokonaisuuksia ja tuoda esityksen ydinasiat ilmi. Tarkoituksenamme oli käsitellä tärkeät avainsanat diaesityksessä ja täydentää esitystä omin sanoin.

Vakuuttavaa esiintymistä voidaan viestittää esimerkiksi käyttämällä innostavaa, vaihtelevaa ja jopa juttelevaa puhetapaa sekä hymyilevää katsekontaktia ja avointa vartalon asentoa (Roivas & Karjalainen 2013, 19). Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulee viestiä ristiriidattomasti, millä tarkoitetaan, että sanaton viestintä tukee sanallista esitystä. Sanallinen ja sanoton viestintä eivät saa olla ristiriidassa toisistaan. (Roivas & Karjalainen 2013, 21.) Olimme etukäteen pohtineet, miten voimme omaa esiintymistä parantaa.

Lopetuksen suunnittelu on tärkeää, jotta esitys pysyy ehjänä kokonaisuutena. Esitystä ei kannata päättää töksäytykseen tai vähättelyyn, vaan sen voi lopettaa esimerkiksi lyhyeen yhteenvedoon, esityksen ydinasian korostamiseen tai johtopäätökseen. Lopuksi voi toivottaa kuulijoiden kysymykset tervetulleiksi. (Roivas & Karjalainen 2013, 19.) Esityksen loppuun suunnittelimme intoksikaatiopotilaiden jatkohoitoon liittyvien asioiden käsittelyä, loppuyhteenvedoa ja mahdollisiin kysymyksiin vastaamista. Suunnittelimme osastotunnin loppuun palautteen keräämisen.

5.5 Osastotunnin toteutus

Pidimme osastotunnin 8.3.2016 Mikkelin keskussairaalan kokoustilassa. Osastotunnille osallistui 14 päivystyspoliklinikan hoitajaa. Pidimme osastotunnin PowerPoint-esityksen mukaisessa järjestyksessä ja täydensimme esitystä omin sanoin. Esittelimme aluksi itsemme ja kerroimme, mitä asioita käsittelemme osastotunnilla. Kerroimme myös, että osastotunti kuuluu opinnäytetyömme toiminnalliseen osuuteen, ja että kokosimme kohderyhmälle myös tietopaketin teoriataustasta. Aloitimme aiheen käsittelyn kertomalla yleistä tietoa intoksikaatioista sekä intoksikaatiopotilaan tarkkailusta ja ensihoidosta. Tämän jälkeen kävimme aihealueittain läpi alkoholi-, huume- ja lääkeainemyrkytyksiä

sekä hengittävien päihteiden käyttöä. Lopuksi kerroimme nuorten intoksikaatioista sekä nuorten hoitotyöstä psykiatrisen, päihdehoitotyöhön ja jatkohoidon osalta.

Tietopaketin toteutus

Päivystyspoliklinikalla on tietokoneella oleva palvelukartta, josta hoitajat voivat katsoa potilaiden kliniseen hoitoon ja jatkohoidon järjestämiseen liittyviä asioita. Opinnäytetyön teoriataustasta koottiin osastotunnin lisäksi myös tietopaketti, joka on hoitajien nähtävissä palvelukartassa. Tätä kautta myös ne päivystyksen työntekijät voivat tutustua aiheeseen, jotka eivät päässeet osallistumaan osastotunnille.

Tietopaketti koottiin opinnäytetyön pohjalle. Siihen liitettiin kaikki opinnäytetyöme teoriatieto liittyen intoksikaatioihin ja nuorten hoitotyöhön. Jätimme siis tietopaketista pois esimerkiksi toiminnalliseen osuuteen liittyvät teoriatiedot ja omat pohdinnat opinnäytetyön prosessista. Tietopaketissa oli teoriataustan lisäksi kansilehti, sisällysluettelo ja lähdeluettelo. Teoriatausta oli opinnäytetyön mukaisessa järjestyksessä. Osastotunnin jälkeen annoimme PowerPoint–diaesityksen ja tietopaketin osastonhoitajalle, joka lisäsi ne palvelukarttaan hoitajien nähtäväksi ja käytettäväksi.

5.6 Osastotunnin arviointi

Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 160) mukaan palautteen antaminen on tärkeää viestinnän onnistumisen sekä työyhteisön kehittymisen ja oppimisen kannalta. Osastotunnin jälkeen keräsimme kirjallisen palautteen. Palautteen antaminen oli vapaaehtoista ja anonyymia. Palaute liittyi vain osastotunnilla käsiteltävään materiaaliin ja sen esittämiseen, sillä teoriataustasta koottu tietopaketti meni hoitajien nähtäväksi vasta osastotunnin jälkeen. Kysyimme palautteessa yleistä mielipidettä osastotunnista sekä siitä, käsiteltiinkö osastotunnilla hyödyllisiä asioita ja mistä asioista palautteen antaja olisi toivonut lisätietoa. Palautteen käsitelimme seuraavana vuorokautena esityksestä. Jokainen osastotunnille osallistunut vastasi palautteeseen.

Osastotunnilla ollut henkilökunta koki osastotunnin aiheen tarpeelliseksi kertauksen vuoksi ja osa mainitsi, että esitys toi myös uutta tietoa esimerkiksi imppaamiseen liittyen. Palautteet olivat positiivisia, ja usea työntekijä kehui esitystä selkeäksi ja hyväksi.

Esitystä kehitettiin myös työelämälähtöiseksi ja aina ajankohtaiseksi. Erityisesti lääkeainemyrkytyksistä koottu taulukko oli mieleinen, ja sen työntekijät halusivat hoitajan huoneeseen sekä traumahuoneeseen esille. Meille annettiin lyhyesti myös suullista palautetta, joka oli positiivista. Muutama työntekijä toi kirjallisessa palautteessa esille kehittämideoita. Eräässä palautelapussa toivottiin lisätietoa muuntohuumeista. Itse tietopaketissa on kuitenkin enemmän tietoa aiheesta verrattuna osastotunnin sisältöön. Kolmesta palautelapusta ilmeni kehittämiskohdassa, että kohderyhmää olisi voinut huomioida enemmän. Otimme tämän huomioon jo esityksen alussa ja pyysimme henkilökuntaa mainitsemaan, jos jotkin asiat ovat itsestäänselvyyksiä tai turhia. Tarkoituksena oli, että ohittaisimme ne esityksen aikana. Kukaan ei esityksen aikana maininnut turhasta kertauksesta. Tietopaketti meni luettavaksi niille, jotka eivät osastotunnilla olleet. Tietopaketti on vapaasti luettavissa päivystyksen työntekijöille palvelukartassa, joita aihe kiinnostaa.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 48) mukaan yleisiä tieteellisyyden kriteerejä ovat muun muassa lähteiden huolellinen merkitseminen, plagioinnin välttäminen, asioiden perustelu, kriittisyys, puolueettomuus ja huolellisuus. Plagiointi tarkoittaa toisen kirjoitelman kopiointia ilman lupaa. Tekstin omin sanoin kertomisen ja toisen teokseen viittaamisen yhteydessä on tärkeää muistaa lähdeviitteiden merkitseminen sekä lähdeluettelon laatiminen. (Roivas & Karjalainen 2013, 48.)

Eettisyyden huomioiminen näkyy opinnäytetyössämme esimerkiksi lähteiden huolellisella käyttämisellä. Olemme käyttäneet monipuolisesti lähteitä ja merkinneet lähdeviitteet sekä laatineet lähdeluettelon. Olemme myös pyrkineet siihen, ettei lähteessä olevan tiedon merkitys muutu, kun kerromme asian omin sanoin. Käytimme lähteitä asiallisesti, emmekä esimerkiksi vähätelleet toisten tekstiä. Eettisyys näkyi opinnäytetyössämme myös tutkimusluvan hankkimisessa. Saimme tutkimusluvan osastotunnilla hoitohenkilökunnalta kerättävää palautetta varten; lupaa haimme lomakkeella hallintoylihoitajalta. Palautteen antaminen oli vapaaehtoista, ja se toteutettiin nimettömänä. Palautepaperit tuhottiin heti analysoimisen jälkeen.

Tiedon luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa pohtimalla julkaisijan tunnettavuutta, luotettavuutta ja julkaisun ajankohtaa. On tärkeää myös pohtia, onko kirjoittaja voinut jättää julkaisussa jotain sanomatta joko tahattomasti tai tahallisesti. Lähteiden käytössä on syytä ottaa huomioon, että alkuperäistä lähdettä olisi hyvä käyttää mieluummin kuin toisen kautta julkaistua tietoa. (Tampereen yliopisto 2011.)

Olemme kiinnittäneet huomioita opinnäytetyötä tehdessä aineiston luotettavuuteen. Käytimme lähteinä pääasiassa alle viisi vuotta vanhoja teoksia ja tutkimuksia. Myös joitain vanhempia lähteitä olemme käyttäneet, mikäli olemme arvioineet lähteet luotettaviksi. Pyrimme olemaan käyttämättä vanhoja lähteitä silloin, kun samasta aiheesta löytyi uudempia lähteitä ja jos lähteessä oleva tieto ei ollut välttämätöntä opinnäytetyömme teoriataustan kannalta. Olemme arvioineet luotettavuutta muun muassa vertaamalla lähteen teoriatietoa kriittisesti muihin luotettaviksi todettuihin lähteisiin sekä arvioimalla, onko lähteen julkaisija tai kustantaja tunnettu. Olemme hakeneet lähteitä monipuolisesti myös Internetistä ja valikoineet sieltä luotettavimmat lähteet. Olemme pyrkineet käyttämään tiedon alkuperäislähdettä, jos se on selkeästi julkaisuun merkitty.

6.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön prosessi alkoi keväällä 2015, kun kysyimme päivystyspoliklinikan osastonhoitajalta, onko heillä tarvetta opinnäytetyön toiminnalliselle toteutukselle. Hän ehdotti meille intoksikaatiopotilaan toimintaohjekortin tekemistä hoitajille. Emme ehtineet kesän aikana aloittamaan opinnäytetyön tekemistä, ja päivystyspoliklinikka oli ehtinyt jo tehdä kyseisen toimintaohjeen. Ehdotuksestamme aihe muutettiin toimintaohjekortiksi alaikäisten myrkytysten hoitoon, jonka tarkoituksena oli toimia muistilistana, mitä hoitajan tulee tarkkailla, tehdä ja huomioida pediatriksen myrkytyspotilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi suunnitelman luomisella syyskuussa 2015. Tapasimme yhdessä usein koululla ja suunnittelimme opinnäytetyötä. Teimme aluksi miellekartan opinnäytetyön teoriataustasta myrkytyksiin liittyen ja jaoimme jokaiselle oman aihealueen, josta etsiä tietoa. Myöhemmin kokosimme teoritiedot yhteiselle suunnitelmapohjalle. Kun olimme perehtyneet myrkytysten hoidon teoriatietoon, aloimme miettimään

tarkemmin suunnitelman rakennetta sekä pohtimaan ja kirjoittamaan muita suunnitelmaan tarvittavia asioita, kuten opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Tapasimme myös ohjaavan opettajan kanssa, jonka ehdotuksesta täydensimme työtämme muun muassa pediatriksen hoitotyön ja toteutukseen liittyvien teorianäytösten osalta. Esitimme suunnitelman joulukuussa 2015.

Tapasimme tämän jälkeen toimeksiantajan kanssa, jonka ehdotuksesta aihe rajautui tarkemmin nuoren intoksikaatiopotilaan toimintaohjekortin tekemiseen. Toimintaohjeen tarkoitus oli liittyä myrkytys- ja päihtymystiloihin, jotka ovat itseaiheutettuja joko päihtymys- tai itsetuhoisessa tarkoituksessa. Olimme koonneet ennen tapaamista suunnitelmaan liittyvät tiedot varsinaiselle opinnäytetyön pohjalle. Muokkasimme opinnäytetyötä nuorten intoksikaatioiden mukaiseksi. Vuoden vaihteessa kokosimme lähes kaiken teoriataustan opinnäytetyöhön ja teimme toimintaohjekortin. Toimintaohjekortti ei kuitenkaan eronnut tarpeeksi edellisestä intoksikaatiopotilaan toimintaohjeesta, joten päätimme toimeksiantajan kanssa luopua sen tekemisestä.

Toimeksiantaja ehdotti, että voisimme tehdä tietopakettin opinnäytetyön teoriataustasta, joka menee päivystyspoliklinikan tietokonejärjestelmään hoitajien luettavaksi. Kokosimme tietopakettin opinnäytetyön valmiiksi kerätystä teoriataustasta, joka liittyi intoksikaatioiden hoitoon ja nuorten hoitotyöhön. Ohjaavan opettajan ehdotuksesta tämän toiminnallisen opinnäytetyön pääpaino oli kuitenkin osastotunnin pitäminen, josta olimme sopineet toimeksiantajan kanssa jo prosessin alkuvaiheessa. Opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa suunnittelimme osastotuntia ja lisäsimme teoriatietoa siihen liittyen. Teimme myös muita pieniä muutoksia ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan ehdotuksesta. Järjestimme osastotunnin maaliskuun alkuun ja opinnäytetyön esityksen maaliskuun loppuun.

Opinnäytetyöprosessi sujui aikataulun mukaisesti, vaikka aiheemme muuttui muutaman kerran. Opinnäytetyön tekeminen olisi kannattanut aloittaa aiemmin, jottei loppuvaiheessa olisi tarvinnut kiirehtiä. Aikaa jäi kuitenkin tarpeeksi opinnäytetyön viimeistelyyn. Opinnäytetyömme oli prosessina monimutkainen aiheen ja toteutuksen vaihtumisten vuoksi. Olemme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen. Meille oli pääasia, että toimeksiantaja oli tyytyväinen lopputulokseen ja että opimme itsekin aihealueesta. Prosessi olisi voinut sujua yksinkertaisemmin, jos olisimme suunnitelleet huolellisesti suunnitelman aloitusvaiheessa yhdessä toimeksiantajan kanssa, mistä toteutuksesta on

eniten hyötyä kohderyhmälle ja mitä toteutukselta odotetaan. Opinnäytetyö oli prosessina opettavainen kokemus. Yhteistyö sujui tekijöiden kesken hyvin, ja jokainen teki osansa tasapuolisesti. Tapasimme yleensä koululla, ja teimme yhdessä opinnäytetyötä. Harjoittelun aikana teimme tehtävänjakoa ja yhdistimme tuotoksemme.

Mielestämme onnistuimme osastotunnin pitämisessä hyvin, koska saimme koottua keskeisimmät asiat esitykseen ja suullinen esiintyminen oli sujuvaa. Pystyimme diaesityksen aikana täydentämään esitystämme suullisesti. Olimme valmistautuneet osastotunnin pitämiseen ennakkoon käymällä aiheen kertaalleen läpi ja tapasimme yhdessä ennen esitystä. Olemme myös tyytyväisiä saamaamme palautteeseen, joka oli pääasiassa positiivista.

6.3 Ammatillinen kasvu ja opinnäytetyön hyödynnettävyys

Aiheemme on mielestämme ammatillisesti merkittävä, koska intoksikaatiopotilaita voi kohdata muuallakin hoitotyössä (kuten psykiatrisessa hoitotyössä) päivystyspoliklinikan lisäksi. Aihealue oli meille juuri sopiva, sillä kaksi meistä suuntautuu akuuttihoitotyöhön ja yksi psykiatriseen hoitotyöhön. Koemme kasvaneemme ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana, sillä saimme uutta tietoa muun muassa intoksikaatiopotilaan ensihoidosta, jatkohoidosta ja nuorten hoitotyöstä sekä kokemusta osastotunnin pitämisestä. Opinnäytetyön prosessi opetti meille muun muassa suunnittelun tärkeyttä, tiedonhakuja ja monipuolista lähteiden käyttöä. Uskomme, että kaikki kolme hyödyimme opinnäytetyön tuomasta tiedosta ja kokemuksesta työelämässämme.

Tätä opinnäytetyön teoriataustaa voivat hyödyntää hoitotyön opiskelijat ja ammattilaiset sekä muut aiheesta kiinnostuneet. Jatkotutkimusaiheeksi voimme ehdottaa esimerkiksi, miten nuoren intoksikaatioiden hoito toteutuu somaattisissa jatkohoitopaikoissa ja kuinka nuoren psykiatrinen hoito jatkuu. Aiheesta olisi helppo lähteä jatkamaan suuntaan jos toiseen. Jatkoaiheena voisi olla myös kysely nuorten päihteiden käytön taustoista. Nuorille voitaisiin pitää myös tietoisuuksia päihteiden riskeistä. Aihetta voidaan jatkaa sekä ennaltaehkäisevästi että jälkihoitoon liittyen. Toimeksiantajalle koottua tietopakettia voidaan kehittää jatkossa esimerkiksi pyytämällä palautetta tietopaketin toimivuudesta hoitohenkilökunnalta.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiö 2015. Imppaus. WWW-dokumentti.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/imppaus>. Ei päivitystietoa. Luettu 17.12.2015.

Airaksinen, Tiina & Vilka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Alaspää, Ari 2013. Lääkemyrkytykset. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00408&p_haku=lääkemyrkytys. Päivitetty 20.6.2013. Luettu 14.2.2016.

Burghardt, Lindsey, Ayers, John, Brownstein, John, Bronstein, Alvin, Burns Ewald, Michele & Bourgeois, Florence 2013. Adult Prescription Drug Use and Pediatric Medication Exposures and Poisonings. *Pediatrics* 132, 18–27. PDF-tiedosto. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/132/1/18.full.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.12.2015.

Duodecim lääketietokanta 2016. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/terveysportti/dlr_laake.koti. Ei päivitystietoa. Luettu 12.2.2016.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015. Mikkelin keskussairaalan päivystyspoliklinikka. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=62. Päivitetty 25.8.2015. Luettu 29.10.2015

Gastrén, Maaret, Korte, Henna & Myllyrinne, Kristiina 2012a. Myrkytykset. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00013. Ei päivitystietoa. Luettu 29.10.2015.

Gastrén, Maaret, Helveranta, Kai, Kinnunen, Ari, Korte, Henna, Laurila, Kimmo, Paakkonen, Heikki, Pousi, Jouni & Väisänen, Olli 2012b. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hietala, Elina, Lindholm, Lars, Heino, Jarkko, Salonen, Kaija & Kampman, Olli 2015. M1-lähetteen kirjoittaminen vaatii tarkkoja perusteluja. *Suomen lääkäri* 24, 1766–1767. PDF-dokumentti. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto24_3.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 7.1.2016.

Hirschovits-Gerz, Tanja 2015. Myrkytyspotilaan hoito. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=&p_haku=hengitettävät_päihteet. Ei päivitystietoa. Luettu 21.12.2015.

Hoppu, Kalle 2012. Sienimyrkytykset ja niiden hoito. Suomen Lääkärilehti 64, 27–31. PDF-dokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/myrkytystietokeskus/Julkaisuja/Sienimyrkytykset%20ja%20niiden%20hoito.pdf>. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 29.10.2015.

HUS 2015. Myrkytystietokeskus. WWW-dokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/myrkytystietokeskus/Sivut/default.aspx>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Huttunen, Matti 2015. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512. Ei päivitystietoa. Luettu 20.2.2016.

Huumausainelaki 373/2008. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>. Ei päivitystietoa. Luettu 29.12.2015.

Itä-Suomen yliopisto 2016. Opetuksen suunnittelu. WWW-dokumentti. <http://www2.uef.fi/fi/aducate/opetuksen-suunnittelu>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.2.2016.

Kaislavuo, Terhi, Storvik-Sydänmaa, Stiina, Talvensaari, Helena & Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivistö, Juho 2009. Poisonings in Finnish Children. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66423/978-951-44-7565-8.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.11.2015.

Korppi, Matti, Kröger, Liisa & Rantala, Heikki (toim.) 2012. Lastentautien päivystyskirja. Helsinki: Duodecim Oy.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensiohoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Käypä hoito 2015. Alkoholiongelman hoito. Duodecim Oy. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=856277BB51B6636BF12C7FC3C988A2C3?id=hoi50028#NaN>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.1.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a20.3.2015-271>. Päivitetty 1.4.2015. Luettu 18.11.2015.

Lastensuojelu 2015. Miten lastensuojelua alkaa? WWW-dokumentti. <http://www.lastensuojelu.info/sf/palvelut.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 17.12.2015.

Liisanantti, Janne 2012. Acute drug poisoning: Outcome and factors affecting outcome. Oulun yliopisto. Kliinisen lääketieteenlaitos. Anestesiologia. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298080.pdf>. Ei päivitystietoa. 17.1.2016.

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015a. 9–12-vuotias. WWW-dokumentti. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/9_12-vuotias/. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015b. 12–15-vuotias. WWW-dokumentti. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/12_15-vuotias/. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015c. 15–18-vuotias. WWW-dokumentti. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/15_18-vuotias/. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Mielenterveyslaki 1116/1990. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.2.2016.

Mäkijärvi, Markku, Harjola, Veli-Pekka, Päivä, Hannu, Valli, Juha & Vaula, Eija (toim.) 2015. Akuuttihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nurmi-Lüthje, Ilona, Hinkkurinen, Jari, Salmio, Kimmo, Lundell, Lasse, Lüthje, Peter & Karjalainen, Kirsi-Maria 2011. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen

konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 23, 1905–1910. PDF-dokumentti. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL232011-1905.pdf>. Ei päivytystietoa. Luettu 17.1.2016.

Partanen, Airi, Holmberg, Jan, Inkinen, Maria, Kurki, Marjo & Salo-Chydenius, Sisko 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pelkonen, Olavi, Ruskoaho, Heikki, Hakkola, Jukka, Huupponen, Risto, MacDonald, Ewen, Moilanen, Eeva, Pasanen, Markku, Scheinin, Mika & Vähäkangas Kirsi (toim.) 2014. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Piispa, Minna, Henttonen, Pia, Serpola-Kaivo-oja & Haapala, Susanna 2015. Väkivallan tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vakivalta-ja-vammaisuus/vakivallan-tunnistaminen-ja-siihen-puuttuminen>. Päivitetty 24.7.2015. Luettu 6.2.2016.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Akuuttipsykiatrian läheteohjeet ja konsultaatiot. WWW-dokumentti. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Akuuttipsykiatrian_laheteohjeet_ja_konsu\(44345\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Akuuttipsykiatrian_laheteohjeet_ja_konsu(44345)). Päivitetty 12.10.2015. Luettu 7.1.2016.

Poliisi 2015. Huumausaineet. WWW-dokumentti. <https://www.poliisi.fi/rikokset/huumausaineet>. Ei päivytystietoa. Luettu 19.10.2015.

Päivystyspoliklinikka 2015. Alaikäinen mielenterveyspotilas päivystyspoliklinikalla. Työskentelyohje. Päivitetty 7.4.2015. Luettu 7.1.2016.

Raitasalo, Kirsimarja, Huhtanen, Petri, Miekkala, Mari & Ahlström, Salme 2012. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2011. ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimusraportti. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90828/URN_ISBN_978-952-245-735-6.pdf?sequence=1. Ei päivytystietoa. Luettu 12.1.2016.

Roivas, Marianne & Karjalainen Anna Liisa 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita.

Sairaanhoitajaliitto 2014. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelmien avulla. WWW-dokumentti.

<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.2.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Lastensuojelu. WWW-dokumentti. <http://stm.fi/lastensuojelu>. Ei päivitystietoja. Luettu 17.12.2015.

Tampereen yliopisto 2011. Tiedonlähteiden arviointi eli lähdekritiikki. WWW-dokumentti. <http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaoppaat/tertio/arviointi/lahdekritiikki.html>. Päivitetty 15.11.2011. Luettu 21.2.2016.

Terveyskirjasto 2015. Lääketieteellinen sanasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01378. Ei päivitystietoa. Luettu 5.12.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Myrkytykset. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/lapset-ja-nuoret/nuoret/myrkytykset>. Päivitetty 23.1.2015. Luettu 29.10.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Mitä on lastensuojelu? WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/mita-on-lastensuojelu>. Päivitetty 4.11.2015. Luettu 17.12.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Asiakassuunnitelma. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/asiakassuunnitelma>. Päivitetty 24.9.2015. Luettu 17.12.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Myrkytystapaukset. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lasten-ja-nuorten-tapaturmien-ehkaisyn-ohjelma/tapaturmaiset-ja-vakivaltaiset-terveyden-menetykset/myrkytystapaukset>. Päivitetty 1.4.2014. Luettu 29.10.2015.

Valvira 2016. Tahdosta riippumaton hoito. WWW-dokumentti. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.2.2016.

Vaula, Eija 2015. Päähtynyt potilas päivystyksessä. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01845&p_haku=päähtynyt_päivystyksessä. Ei päivitystietoa. Luettu 6.2.2016.

Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015a. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Virtuaali ammattikorkeakoulu 2015b. Suunnitteluprosessi. WWW-dokumentti. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1112335869302/1112336502793/1112336830412/1112337478538.html>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015

Vuori, Erkki 2009. Myrkytykset. Duodecim Oy. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=myrkytys. Ei päivitystietoa. Luettu 14.10.2015.

Ylönen, Päivi 2015. Henkilökohtainen tiedonanto. 17.12.2015. Osastonhoitaja. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Tutkimuskatsaus

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressisi opinnäytetyösi kannalta
Burghardt, Lindsey, Ayers, John, Brownstein, John, Bronstein, Alvin, Burns Ewald, Michele & Bourgeois, Florence 2013. Adult Prescription Drug Use and Pediatric Medication Exposures and Poisonings. Pediatrics 132, 18-27.	Tutkimuksessa selvitettiin näkykö aikuisten lisääntynyt reseptilääkkeiden käyttö lasten lääkeainemyrkytyksissä.	Lasten myrkytyksiä ja aikuisten vastuunottamista mitattiin kansainvälisen myrkytystilaston (National Poison Data System) avulla kuu-kausittain. Yleisimmät reseptilääkkeet selvitettiin National Ambulatory Medical Care Surveys -tilastojen perusteella vuosilta 2000–2009 ja ne jaettiin lääkeaineryhmittäin.	Aikuisten lisääntynyt reseptilääkkeiden käyttö näkyy vahvasti erityisesti pienten lasten myrkytyksissä ja opioidien käyttö kaikenikäisillä lapsilla.	Tutkimus antoi tietoa, miten aikuisten lääkkeiden käyttö liittyy alaikäisten potilaiden lääkemyrkytyksiin. Tutkimus kertoi myös, miten lääkemyrkytykset näkyvät nuorilla.
Liisanantti, Janne 2012. Acute drug poisoning: Outcome and factors affecting outcome. Oulun yliopisto. Kliinisen lääketieteenlaitos. Anestesiologia. Väitöskirja.	Tutkimuksessa selvitettiin lääkemyrkytyspotilaan ennustetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Toisessa tutkimuksen osiossa selvitettiin aspiraatiokeuhkokuumeen yleisyyttä tehohoidossa olleilta lääkemyrkytyspotilailta. Kolmannessa osiossa tutkittiin riskitekijöitä pitkittyneeseen tehohoitoon. Neljännessä osiossa selvitettiin myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennustetta ja kuolinsyitä.	Tutkimusasetelma on ollut retrospektiivinen ja havainnoiva tarkastelu. Tiedot ovat kerätty potilastiedoista ja rekistereistä. Osa lausunnoista on saatu THL:ltä ja tietosuojavaltuutelta. Osio 1: 276 nuorta 1218-vuotiaasta myrkytyspotilasta vuodelta 1991-2006. Osio 2: 257 tehohoidossa ollutta lääkemyrkytyspotilasta vuosilta 1989-2000. Osio 3: 2755 OYS:ssa tehohoidossa ollutta myrkytyspotilasta. Osio 4: vuosina 1985-2000 Oulun yliopistollisessa sairaalassa hoidetut myrkytyspotilaat, joita seurattu	Potilaiden ennuste on hyvä myrkytyksen akuuttivaiheessa, mutta pitkäaikaisennuste on huono. Aspiraatiokeuhkokuume on yleinen komplikaatio. Nuorten impulsiivinen käyttäytyminen voi näkyä uusinta-myrkytyksinä.	Tutkimus kertoi riskitekijöitä nuorten tahallisille myrkytyksille. Tutkimuksesta ilmeni myös, miten yleisiä toistuvat myrkytykset ovat nuorilla.

Tutkimuskatsaus

		vuoteen 2009 saakka.		
Nurmi-Lüthje, Ilona, Hinkkurinen, Jari, Salmio, Kimmo, Lundell, Lasse, Lüthje, Peter & Karjalainen, Kirsi-Maria 2011. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Alkuperäistutkimus. Suomen lääkärilehti 23, 1905-1910.	Tutkimuksessa on tutkittu itseään vahingoittaneita potilaita Kuusankosken aluesairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut saada tietoa itseään vahingoittaneiden epidemiologiasta sekä psykiatrisen konsultaation toteutumisesta.	Kuusankosken aluesairaalan päivystyspoliklinikalla kerättiin prospektiivisesti ensikäyntien tietoja itseään vahingoittaneilta potilailta lähes kahden vuoden ajan. Tapauksia oli 272. Aineisto analysoitiin Stata tilasto-ohjelmaa käyttäen.	Miehistä 71% ja naisista 61% oli päähtynyt hoitoon tullessa. Potilaista, joilla oli itseaiheutettu lääkemyrkytys, puolet sai psykiatrista konsultaatiota.	Myrkytys oli yleisin itsensä vahingoittamisen keino kaikissa ikäryhmissä. Tutkimus antoi tietoa myös nuorten itsetuhoisesta käyttäytymisestä.
Raitasalo, Kirsimarja, Huhtanen, Petri, Miekkala, Mari & Ahlström, Salme 2012. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2011. ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimusraportti.	Tutkimuksen kohteena ovat 9-luokkalaiset 16 vuotta täyttävät nuoret. Tutkimusraportissa käsitellään tutkimustuloksia suomalaisten nuorten osalta. Tutkimus kuuluu Euroopan koululaistutkimukseen nuorten päihteiden käytöstä.	Aineiston on kerätty osittaisella ryväotantana anonymina luokkakyselynä neljän vuoden välein 1995 alkaen 23-36 Euroopan maassa. Aineiston koko on 2000-5000 oppilasta eri vuosina.	Suomalaisten nuorten raittius on lisääntynyt, mutta humalajuomisen on kuitenkin suhteellisen yleistä. Nuorten tupakoinnin yleisyys on vaihdellut eri tutkimus vuosina. Kannabiksen käyttäminen on yleistynyt uudelleen nuorten keskuudessa. Muiden huumeaineiden käyttö on 9-luokkalaisilla harvinaista.	Tutkimuksesta ilmeni alkoholin, huumeaineiden ja myrkyllisten aineiden imppaamisen yleisyys suomalaisilla nuorilla.

LIITE 2.
Tutkimusten tiedonhaku

Tutkimukset	Tietokanta	Hakusanat ja hakutulos
Burghardt, Lindsey, Ayers, John, Brownstein, John, Bronstein, Alvin, Burns Ewald, Michele & Bourgeois, Florence 2015. Adult Prescription Drug Use and Pediatric Medication Exposures and Poisonings. Pediatrics.	Cinahl	Children AND poisoning AND medication. 2010-2015. English Hakutulos 3/49
Liisanantti, Janne 2012. Acute drug poisoning: Outcome and factors affecting outcome. Oulun yliopisto. Kliinisen lääketieteenlaitos. Anestesiologia.	Medic	Acute AND poisoning. 2010-2016. Hakutulos 4/9
Nurmi-Lüthje, Ilona, Hinkkurinen, Jari, Salmio, Kimmo, Lundell, Lasse, Lüthje, Peter & Karjalainen, Kirsi-Maria 2011. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Suomen lääkärilehti 23/2011.	Medic	Nuoret AND alkoholi*. 2010-2016. Hakutulos 20/31
Raitasalo, Kirsimarja, Huhtanen, Petri, Miekkala, Mari & Ahlström, Salme 2012. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2011. ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.	Google Scholar	Nuoret AND päihteet. 2010-2016. Hakutulos 1

PALAUTE OSASTOTUNNISTA 8.3.16

(Nuorten intoksikaatio potilaiden hoito)

Palautteen anto on vapaaehtoista ja anonyymia. Palautteet hävitetään asianmukaisesti niiden käsittelyn jälkeen. Kiitos!

Oliko aihe tarpeellinen? Hyödyllinen? Jäikö jotain puuttumaan?

Kehittämideoita?

Muita kommentteja? Esim. Materiaaliin, esitykseen liittyen.