



PÄIHDEPOTILAS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA Hoidon kehittäminen

**Kaisa Kaasalainen
Silja Sulin**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) KAASALAINEN, Kaisa SULIN, Silja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 66	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi PÄIHDEPOTILAS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA Hoidon kehittäminen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KEMPPAINEN, Virpi TtM, Lehtori ma.		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Päihdepotilaan hoitotyön kehittäminen on keskeinen tämän hetken haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. Päihdepotilaat ovat yhä moniongelmaisempia, ja heidän määränsä lisääntyy jatkuvasti. Päihdepotilaan hoito ja kohtaaminen koetaan usein haastavaksi.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalassa. Tavoitteena oli koota yhteen päihdepotilaan hoidon keskeiset kehittämisalueet hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa kuvasimme hoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä, taustalla vaikuttavia asenteita, olemassa olevia resursseja sekä mahdollisuuksia hoitomenetelmien kehittämiseen.</p> <p>Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus, jonka kohdeorganisaatioksi valittiin Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaala. Tutkimukseen osallistuneet hoitotyöntekijät (n = 20) edustivat eri ammattiryhmiä. Aineisto kerättiin laadullisella kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja avoimia kysymyksiä. Osallistujat vastasivat pienin esseevastauksin. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksessa hoitotyöntekijät kuvasivat monipuolisesti käytössä olevia hoitomenetelmiä. Ongelmaksi ei niinkään muodostunut hoitomenetelmien puute, vaan resurssit niiden toteuttamiseen. Päihdepotilaiden hoidon keskittäminen tietylle osastolle on ensimmäinen edellytys, jotta hoidon laatu paranisi hoitohenkilökunnan kokemuksen ja keskitetyn koulutuksen myötä. Myös yhteisten pelisääntöjen luominen sekä tiedon lisääminen jatkohoitomahdollisuuksista nousivat keskeisiksi kehittämistarpeiksi.</p> <p>Tutkimuksen tulokset tuovat hoitotyöntekijöiden äänen kuuluville: saatetaan tietoon päihdepotilaiden hoidon konkreettiset kehittämishaasteet. Tällöin kehittämistyötä voidaan suunnitella ja toteuttaa tarvelähtöisesti. Opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalassa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) päihdeet, päihdehoitotyö, potilas, terveyskeskussairaala, hoidon kehittäminen		
Muut tiedot		

Author(s) KAASALAINEN, Kaisa SULIN, Silja	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 66	Language Finnish
	Confidential Until <input type="checkbox"/> _____	
Title ALCOHOL ABUSERS IN THE HEALTH CENTRE HOSPITAL Development of the Nursing care		
Degree Programme Degree program of nursing		
Tutor(s) KEMPPAINEN, Virpi, MNCS, Lecturer		
Assigned by		
Abstract <p>Developing the care of alcohol abusers is a central and acute challenge to the social and health care system. The number of patients with alcohol dependence is increasing, and the alcohol abusers often suffer from multiple and complex problems. The treatment of such patients is often found challenging by the health care professionals.</p> <p>The purpose of the present study was to find out what kind of wishes and suggestions health care workers have for developing the treatment of alcohol abusers at a health centre hospital. The aim was to identify the central areas for development from the point of view of the health care workers. In addition, the health care workers' experiences from the treatment of alcohol abusers, the underlying attitudes, available resources and the possibilities for developing the nursing methods are also described in the report.</p> <p>The research was qualitative in nature and was conducted at the Health Centre Hospital in the City of Jyväskylä. The twenty participants represented health care workers from different professional groups. A qualitative survey was used for collecting the data: the structured open questions were answered with short, essay-type answers by the participants. The answers were analyzed with content analysis.</p> <p>The participants described a varied range of treatment methods used at the hospital. The essential problem was not the lack of methods, but the shortage of resources needed for implementing them. Centralizing the treatment of alcohol abusers was seen as the key factor when developing the quality of care. In addition, discussing and sharing the experiences from work, effective training, common guidelines and increased information on the possibilities for further treatment were perceived as central areas of development.</p> <p>The importance of the research lies in that it makes the voice of the health care workers heard. When the concrete and essential areas in need of development are identified, the actual developmental work can be planned and implemented using the concrete needs of the workers as a starting point. The obtained results will be made use of at the Health Centre Hospital in question.</p>		
Keywords alcohol, treatment of alcohol abusers, patient, health centre hospital, development of the nursing care		
Miscellaneous:		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	2
2 PÄIHTEET HOITOTYÖN HAASTEENA	3
2.1 KESKEISET KÄSITTEET	5
2.2 PÄIHDERIIPPUVUUDEN SYNTY	7
2.3 PÄIHTEIDEN KÄYTÖSTÄ AIHEUTUVAT HAITAT	9
3 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON ORGANISOINTI JA TOTEUTUS	11
3.1 PÄIHDEONGELMAN TUNNISTAMINEN	13
3.2. PÄIHDEPOTILAAN HOITO.....	16
3.2.1 Psykososiaalinen hoito	17
3.2.2 Kliininen hoito	20
3.3 PÄIHDEPOTILAAN HOITOA EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
5.1 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ	26
5.2 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	27
5.3 AINEISTON KERUU	27
5.4 AINEISTON ANALYYSI.....	28
5.5 TUTKIMUKSEN EETTISET LÄHTÖKOHDAT	29
6 TUTKIMUSTULOKSET	31
6.1 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN TAUSTATIEDOT	32
6.2 KOKEMUKSET PÄIHDEPOTILAIDEN HOIDOSTA.....	32
6.3 PÄIHDEPOTILAAN HOIDOSSA KÄYTETYT MENETELMÄT JA NIIDEN TARKOITUKSENMUKAISUUS	37
6.4 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN TOIVEET PÄIHDEPOTILAIDEN HOIDON KEHITTÄMISEKSI.....	41
7 POHDINTA	43
7.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
7.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI	48
7.3 HOIDON KEHITTÄMISHAASTEET TULEVAISUUDESSA.....	51
LÄHTEET	53
LIITTEET	58
LIITE 1. OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS	58
LIITE 2. SAATEKIRJE.....	62
LIITE 3. KYSELYLOMAKE	63
LIITE 4. SISÄLLÖNANALYYSI: ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ JA LUOKITTELUSTA	65

KUVIOT

KUVIO 1. Päihdepalvelujärjestelmä.....	12
KUVIO 2. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien käyttämät alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen menetelmät ja työvälineet	14
KUVIO 3. Yhteenveto sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien käyttämistä menetelmistä ja työvälineistä alkoholin suurkuluttajan tunnistamisen jälkeen	22
KUVIO 4. Sisällönanalyysin päävaiheet.....	29
KUVIO 5. Hoitotyöntekijöiden kokemukset päihdepotilaan hoidosta	36
KUVIO 6. Hoitotyöntekijöiden kuvaamat menetelmät päihdepotilaan hoidossa	40
KUVIO 7. Hoitotyöntekijöiden toiveet ja ehdotukset päihdepotilaan hoidon parantamiseksi	43

1 JOHDANTO

Minulle alkoholi sopi hyvin. Liian hyvin.

Ja sitten vain liian.

(Seppänen 2006)

Suomalaisten alkoholin kulutus ja siitä aiheutuvat haitat ovat lisääntyneet. Syitä voidaan hakea asenteista alkoholin käyttöä kohtaan ja alkoholin käytön arkipäiväistymisestä. Yhteiskunta on vaurastunut ja samanaikaisesti alkoholin verotusta on vuoroin kevennetty vuoroin tiukennettu. Alkoholi näkyy jatkuvasti katukuvassa ja mediassa. Alkoholista on tullut kaiken ikäisten ja kaikkien yhteiskuntaluokkien kulutustuote – käyttö ei kuitenkaan jakaudu tasaisesti: 20 % väestöstä juo 70 % kulutetusta alkoholista. Erilaisten päihdepalvelujen tarve on kasvanut, mahdollisuudet halutaan nähdä varsinaisen hoidon ohella päihdeongelmien ja -haittojen ennaltaehkäisyssä. (Peltovuoma, Varamäki & Koponen 2006, 7-10; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 41.)

Alkoholin kulutus on suorassa yhteydessä ilmeneviin alkoholihaittoihin. (Käypä hoito -suositus 2005, 788). Alkoholipoliittisten linjausten ja kansallisen alkoholiohjelman (2004 -2007) periaatepäätösten tavoitteena on alkoholihaittojen vähentäminen. Tähän pyritään kehittämällä eri toimijoiden välistä yhteistyötä, päihdetyön laatua ja tuloksellisuutta, keskittämällä resursseja ja selkeyttämällä työnjakoa eri toimijoiden kesken. (Peltovuoma ym. 2006, 10-11; 14.)

Peltovuoman ym. (2006, 17) mukaan Suomessa painopiste on edelleen alkoholihaittojen hoidossa ennaltaehkäisyn sijaan. Vastuullisen alkoholipolitiikan tulee ennaltaehkäisyn ohella kattaa myös jo syntyneiden haittojen hoito osana terveydenedistämistä. Alkoholihaittojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta aiheutuu huomattava kustannuserä kansantaloudellemme. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnin ja kehittämisen myötä päihde- ja mielenterveysongelmien hoito on siirtymässä entistä selkeämmin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon ja avopalveluiden piiriin.

Päihdehuoltolaissa (17.1.1986/41) todetaan, että päihdehuollon alalla toimivien on toimittava keskenään yhteistyössä ja päihdehuolto on järjestettävä sisälöltään ja laajuudeltaan tarvetta vastaavaksi. Avopalveluiden kehittämiseen on suunnattu voimavaroja, mutta terveyskeskussairaaloitten vuodeosastoilla tähän hoitotyön asiantuntijuusalueeseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota.

Päihdeongelmaiset potilaat eivät saa terveyskeskussairaalan vuodeosastolla tarpeenmukaista hoitoa. Hoito keskittyy pääosin lääkitykseen ja somaattisiin oireisiin, jolloin päihdepotilaan psykososiaaliset tarpeet eivät tule riittävästi huomioituksi. Resurssien puuttuessa hoitajien ajankäyttöä ohjaa somaattisesti vaikeahoitoisempien potilaiden tarpeet. Tiedon puute päihdeongelmien hoitomenetelmistä sekä taustalla vaikuttavat asenteet saattavat ohjata hoitohenkilökunnan toimintaa. Hoitohenkilökunnalla ei ole konkreettisia keinoja laadukkaaseen päihdepotilaan hoidon toteutukseen. (vrt. Päihdepalveluiden laatusuosituksen 2002 19, 52-53.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalaissa. Tavoitteena on koota yhteen päihdepotilaan hoidon keskeiset kehittämisalueet hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa kuvaamme hoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä, taustalla vaikuttavia asenteita, olemassa olevia resursseja sekä mahdollisuuksia hoitomenetelmien kehittämiseen.

2 PÄIHTEET HOITOTYÖN HAASTEENA

Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa lähes räjähdysmäisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tästä johtuen myös alkoholin aiheuttamat haitat ja kustannukset ovat kasvusuunnassa. Vuonna 2004 alkoholijuomien kokonaiskulutus kasvoi lähes 10 prosenttia edellisestä vuodesta, ja näin ollen 100 %:sta alkoholia kului 10,3 litraa asukasta kohden. Tämä tekee yhteensä 53,7 miljoonaa litraa 100 prosenttista alkoholia. Alkoholin käytön nopeaa kasvua selittää ennen kaikkea vuonna 2004 voimaan astunut alkoholiveroalennus ja siitä aiheutunut alkoholijuomien hinnan lasku, matkustajien alkoholin tuontia koskevien rajoitusten poistuminen sekä Viron EU-jäsenyys. Arvioiden mukaan

Suomessa on noin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22; Opetusministeriö 2007, 13-14.)

Vuonna 2005 alkoholin kokonaiskulutus oli jo 10.5 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohden. Alkoholin kulutus on myös jakautunut epätasaisesti: 20 % väestöstä juo 70 % kulutetusta alkoholista. Koska raittiiden ihmisten osuus (2004 8 %, 2005 13 % väestöstä) on lisääntynyt, tarkoittaa tämä sitä että, ne jotka alkoholia juovat, ovat lisänneet sekä käyttökertoja että käyttömääriä. Vuonna 2005 täysin raittiita miehiä ja naisia 15-64-vuotiaista ilmoitti olevansa 10 % ja 12 %. Huolenaiheeksi on noussut myös yhä lisääntyvä alkoholin käyttö ikääntyneiden parissa. (Piispa, Kujasalo, Laari, Lindeberg, Opari, Tella & Varamäki 2007, 4; Opetusministeriö. 2007, 13-14.)

Kasvanut alkoholinkulutus lisää haastetta päihdepalveluiden kehittämiseksi, josta kunnilla on järjestämisvastuu. Päihdepalvelujärjestelmä koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä avohoitomuotoisista palveluista kuten työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijahuollon, mielenterveys- ja sosiaalitoimistojen sekä terveyskeskusten antamista palveluista ja laitospalveluista sairaalassa ja asumispalveluissa. Erityispalveluja taas tarjoavat mm. A-klinikat, katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutuslaitokset. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22.)

Vuonna 2004 tehdyn peruspalvelututkimuksen mukaan, päihdepalvelujen määrä ei kuitenkaan ole kasvanut riittävästi avuntarvitsijoiden kasvuun nähden. Alkoholin suurkuluttajat kuormittavat runsaasti myös yleistä terveydenhoitoa. Terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 2004 vuonna yhteensä 26 673 hoitajaksoa, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. Alkoholisairaus pää- tai sivudiagnoosina oli syynä 36 441 hoitajaksoon, joka on 11 % enemmän kuin vuonna 2003. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22.)

Sairaus- ja tapaturmahaittojen lisäksi alkoholi aiheuttaa myös kattavia haittakustannuksia, jotka voidaan jakaa välittömiin (esim. alkoholisairauksien hoidon suorat kulut) ja välillisiin (esim. työkyvyttömyyden johdosta työpanoksen menetys) haittoihin. Stakesin tekemän tutkimuksen mukaan vuonna 2003 alkoholin käyttö aiheutti 933 miljoonan euron välittömät kustannukset. Tuosta sum-

masta 90 miljoonaa kului terveydenhuoltoon, 160 miljoonaa sosiaaliinhuoltoon ja 90 miljoonaa euroa päihdehoitotyöhön. Tämän lisäksi välillisiä kustannuksia oli noin 2.5-4.7 miljardia euroa, joista suurimman osan aiheuttivat maksetut työkyvyttömyys-, työttömyys- ym. rahat ja eläkkeet. (Mellin, Vihmo & Österberg 2006.)

2.1 Keskeiset käsitteet

Päihteet ovat kemiallisia aineita, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttavat päihtymyksen tunteen ja/tai humalatilaa. Päihteisiin lasketaan kuuluviksi alkoholi, lääkkeet ja huumeet, tekniset liuottimet, tupakka ja kofeiini. Psykoaktiivisia aineita (alkoholi, rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet) voidaan käyttää myös yhtäaikaaisesti päihtymystarkoituksessa. Tässä tutkimuksessa rajaamme päihdekäsitteen tarkoittamaan alkoholia. Alkoholin käyttö voidaan jakaa lääketieteellisestä näkökulmasta neljään eri kategoriaan: *kohtuukäyttö*, *riskikäyttö*, *suurkulutus* sekä *alkoholismi*. Hoitotieteellistä näkökulmaa päihteidenkäytöstä ei ole määritelty lainkaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 5; Inkinen, Partanen & Sutinen 2003, 57-83; Käypä hoito –suositus 2005, 788-789; Pirskanen 2007, 27.)

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista ja vähäistä, hallittua alkoholin käyttöä, joka ei aiheuta haittaa yksilölle tai hänen läheisilleen. Kun alkoholin käyttö muuttuu säännöllisesti toistuvaksi ja humalahakuiseksi, puhutaan alkoholin riskikäytöstä. Tällöin alkoholinkäytöstä voi aiheutua yksilölle sekä sosiaalisia että terveydellisiä riskejä ja seuraamuksia. Suomessa alkoholin käytön riskirajoiksi on ehdotettu miehille 40g /vrk (yli 14 annosta/vko tai yli 4 annosta kerralla) ja naisille 20g/ vrk (yli 7 annosta/ vko tai yli 3 annosta kerralla.) Yksi alkoholiannos vastaa 1 pulloa keskiolutta (33cl), 12cl mietoa viiniä tai 4cl väkevää alkoholia. Alkoholin suurkulutuksen rajoina pidetään miehillä joko kertakäyttönä yli 7 annosta tai viikkokulutuksena 24 annosta ja naisilla kertakäyttönä yli 5 annosta tai viikkokulutuksena yli 16 annosta. (Alkoholiohjelma 2004-2007; Juntunen & Keski-Pere 2006, 11-13.)

Oman ryhmänsä muodostavat alkoholistit. Alkoholismi tarkoittaa alkoholiriippuvuusoireyhtymää, jossa henkilöllä on pakottava tarve juoda alkoholia. Sii-

hen liittyy myös vaikeat vieroitusoireet, mikäli henkilö ei saa alkoholia. Alkoholistien käyttämät annosmäärät ovat suuria, alkoholin sietokyky on selvästi lisääntynyt ja terveyshaitat ovat todennäköisiä. Heitä on noin 1-5 % alkoholin käyttäjistä. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2003, 39-40.)

Lisääntynyt alkoholinkulutus lisää haastetta päihdepalveluiden järjestämiselle, josta kunnilla on järjestämisvastuu. *Päihdepalveluilla* tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotka tarjoavat tukea, apua, hoitoa ja kuntoutusta päihteiden ongelmakäyttäjille ja heidän läheisilleen. (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002, 14).

Päihdehuoltolaissa (41/1986) veloitetaan kunta järjestämään päihdeongelmalliselle asiaankuuluva hoito. Päihdeongelmasta kärsiviä hoidetaan Suomessa ensisijaisesti perusterveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimessa. Päihdepalvelujärjestelmä koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä avohoitomuotoisista palveluista kuten työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijahuollon, mielenterveys- ja sosiaalitoimistojen sekä terveyskeskusten antamista palveluista ja laitospuotoisista palveluista sairaalassa ja asumispalveluissa. Erityispalveluja taas tarjoavat esim. A-klinikat, katkaisuhoidoasemat ja kuntoutuslaitokset. (ks. Inkinen ym. 2003, 232; Käypä hoito -suositus 2005, 789; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22; Lappalainen-Lehto 2008, 129-136.)

Päihdehoitotyö on monitieteistä toimintaa – se on osa päihdetyötä ja sisältää niin terveyttä edistävän, ennaltaehkäisevän kuin korjaavankin päihdehoitotyön. Päihdehoitotyössä perustana ovat potilaan tarpeet, joihin pyritään vastaamaan päihdehoitotyön menetelmin. Päihdehoitotyön menetelmät käsittävät perussairaudeen hoitamisen ohella päihteiden käytöstä aiheutuneiden akuuttien ja pitkäaikaisten fyysisten ja psyykkisten sairauksien hoidon ja lievittämisen, perustarpeiden turvaamisen sekä katkaisuhoidon liittyvien vieroitusoireiden hallinnan (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 9, 126-127.)

Nyky-yhteiskunnassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä. Ilmiöön liittyen myös hoitotyön yhteydessä on alettu puhumaan *asiakkuudesta*. Sairaalaorganisaatioissa käytetään kuitenkin perustellusti termiä *potilas*. Lääketieteen termit

määrittelevät *potilaan* seuraavalla tavalla: sairas, varsinkin lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa oleva; sairauden vuoksi terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö. *Terveyskeskus* määritellään kansanterveystieteen edellyttämästä perusterveydenhuollosta vastaavaksi, kunnan tai kuntainliiton ylläpitämää yksiköksi, jossa hoidetaan potilaita. Työmme kohdentuu perusterveydenhuoltoon terveystieteiden vuodeosastoilla tehtävään päihdehoitotyöhön. Tässä tapauksessa kehittämistyön kohteena on Jyväskylän kaupungin terveystieteiden sairaala, sekä siellä hoidossa olevat päihdepotilaat. (vrt. Lääketieteentermit 2007.)

2.2 Päihderiippuvuuden synty

Riippuvuus eli addiktio voi syntyä lähes mihin vain toistettavissa olevaan asiaan, näitä voivat olla esimerkiksi päihteet/kemialliset aineet, syöminen, liikuminen, uhkapelaaminen tai työ. Yleensä addiktion kohde antaa käyttäjälleen ainakin hetimitäisen hyvän olon tunteen, tai se voi olla itsensä kontrolloinnin väline. Kansainvälisen tautiluokituksen (ICD10 2003) mukaan päihderiippuvuuteen liittyy seuraavanlaisia ominaisuuksia:

- voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää päihteitä
- vaikeus kontrolloida päihteenkäytön aloittamista ja lopettamista sekä käytettyjä määriä
- voimakkaat vieroitusoireet
- toleranssin eli sietokyvyn kasvu käytön jälkeen
- päihteen muodostuminen elämän keskipisteeksi, käyttö jatkuu tiedostetuista haitoista huolimatta.

(Juntunen & Keski-Pere 2006, 14; Lappalainen-Lehto 2008, 20; Poikolainen 2003, 76-77.)

Päihderiippuvuutta ja sen kehittymistä on yritetty selvittää monin eri teorioin. Siitä on esitetty lääketieteellisiä, biologisia, geneettisiä, sosiologisia, sekä monia muita eri tieteenalojen teorioita. On myös esitetty että perimä, vanhempien malli tai kaveripiiri voivat altistaa päihderiippuvuuteen. Olennaista kuitenkin on, että jokaisella ihmisellä on omat syynsä, jokainen heistä on joskus ollut raitis tai kohtuukäyttäjä, ja jokaisen oma toiminta on ajanut tilanteen siihen mikä se

on. Päihderiippuvuus on ihmiselle erittäin ristiriitainen tilanne. Toisaalta se tuottaa mielihyvää, mutta samalla se aiheuttaa ihmiselle paljon haittoja sekä häpeää. (Väilä & Välimaa 2006, 31-32; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 15-16; Tamminen 2000, 28-29.)

Riippuvuudella on erilaisia ilmenemismuotoja, jotka voidaan jakaa *fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen* riippuvuuden ilmenemismuotoon. Fyysinen riippuvuus tarkoittaa toleranssin eli sietokyvyn kasvua alkoholia kohtaan. Ihminen tarvitsee yhä enemmän alkoholia saavuttaakseen hyvänolon tunteen ja elimistö tottuu alkoholiin lopulta niin, että ihminen tuntee olonsa normaaliksi ollessaan alkoholin vaikutuksen alaisena. Toisaalta fyysistä riippuvuutta kuvaa ehkä paremmin alkoholiin liittyvät vieroitusoireet, joista ihminen kärsii, mikäli ei saa alkoholia. (Juntunen & Keski-Pere 2006, 15-17; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 15-16.)

Psyykinen riippuvuus ilmenee pakottavana haluna saada alkoholia sekä kyvyttömyytenä pitäytyä sen käytöstä. Psyykkisen riippuvuuden kohteena ei ole itse alkoholi, vaan siitä seuraava psyykinen tila, jota alkoholin käytöllä tavoitellaan. Psyykkistä riippuvuutta ylläpitävät erilaiset motiivit joita ovat mm. aineen vaikutuksia koskevat, mielihyvään liittyvät odotukset, heikko turhautumisen sietokyky sekä tarve paeta todellisuutta. Henkinen riippuvuus taas voi vahvistaa psyykkistä riippuvuutta siten, että ihmisen arvomaailma muuttuu riippuvuutta tukevaksi ja vahvistavaksi. Tällaiset arvomuutokset tukevat pikatyötyönsä tavoittelua sekä vaikeiden asioiden pakenemistä. (Juntunen & Keski-Pere 2006, 17; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 15-16.)

Edellisten lisäksi ihminen voi olla myös sosiaalisesti riippuvainen. Tämä riippuvuusmuoto ilmenee vaikeutena olla ilman alkoholia tilanteissa, joissa kaverit käyttävät sitä, mutta toisaalta myös haluttomuutena luopua alkoholin käyttäjäryhmästä, jossa ihminen kokee kuuluvuuden tunnetta. Ihmisen elämä alkaa pyöriä yhä vahvemmin alkoholin ympärillä, jolloin päihteiden käyttöä tukevat suhteet, päihteiden hankkiminen sekä käyttäminen muodostuvat elämän keskipisteeksi. Ihmiselle syntyy porukassa myös oma käyttäjäidentiteetti, joka vahvistaa sosiaalista riippuvuutta. (Hännikäinen-Uutela 2004, 56-58.)

Keskeistä päihderiippuvuudesta kärsivälle ihmiselle on ongelman kieltäminen ja peittely viimeiseen saakka. Samalla kun ihminen vakuuttaa toisille, ettei ongelmaa ole, hän tekee sitä myös itselleen. Alkoholiriippuvuudesta, kuten kaikista muistakin riippuvuuksista, parantumisen edellytys on, että ihminen itse myöntää itselleen olemassa olevan ongelman. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2003, 28.)

Elämässäni on vastoinkäymisiä. Juon. Juomiseni helpottaa noiden vastoinkäymisten kohtaamisia. Kaikilla on vastoinkäymisiä, mutta kaikki eivät juo.

Olen siis syyllinen.

(Seppänen 2006, 180-181.)

2.3 Päihteiden käytöstä aiheutuvat haitat

Suomalaisten hyvinvointi, elintaso sekä terveys ovat parantuneet jatkuvasti. Tämä on osittain seurausta elinolojen jatkuvasta paranemisesta sekä terveydenhuoltopalvelujen kehittymisestä. Vaikka monet elintapojen muutokset ovat olleet ihmisten terveydelle edullisia, muutoksia on tapahtunut myös haitalliseen suuntaan. Alkoholien käytöstä on tullut yksi merkittävimmistä kansanterveysriskeistä Suomessa. Vuonna 2005 alkoholi oli yleisin kuolinsyy työikäisten miesten keskuudessa ja toiseksi yleisin kuolinsyy työikäisten naisten keskuudessa. (Opetusministeriö 2007, 10-15.)

Päihdebarometrin (2007) mukaan kunnat arvioivat suurimmiksi päihteiden käytöstä aiheutuviksi haitoiksi syrjäytymisen ja sairastuvuuden. He myös arvioivat että ko. ongelmat ovat kasvaneet kuluneen vuoden aikana ja että nämä ongelmat tulevat kasvamaan lähitulevaisuudessa. (Piispa ym. 2007, 7.)

Alkoholi on osallisena 60 eri sairauden synnyssä. Vuonna 2004 terveydenhuollossa kirjattiin yhteensä 36 441 hoitajaksoa, jossa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Eniten alkoholisairauksista lisääntyi vuoteen 2003 nähden aivo-oireyhtymät (16 %), maksasairaudet (15,8 %) ja päihtymistilat (12,1 %). Lisäksi alkoholin väärinkäyttö aiheuttaa alkoholimyrkytyksiä ja alkoholikuolemia. Suomessa kuoli vuonna 2004 2 844 henkeä alkoholin käytön seurauksena. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22.)

Sairastuvuuden lisäksi alkoholin käytöstä aiheutuu myös paljon muita ongelmia. Näitä ovat tapaturmat, rattijuopumukset, säilöönotot, syrjäytyminen, työkyvyttömyys, ym. Liiallisesta alkoholin käytöstä aiheutuvat haitat voidaan niin ikään jakaa kolmeen ryhmään: humalatilaa aiheuttamiin kertaluonteisiin haittoihin (esim. tapaturmat), pitkäaikaisen käytön aiheuttamiin haittoihin (somaattiset sairaudet, mielenterveysongelmat & riippuvuus) ja sosiaalsiin haittoihin (ihmissuhdeongelmat, syrjäytyminen, taloudelliset vaikeudet). (Käypä hoito -suositus 2005, 789.)

Päihteiden käytöstä aiheutuu mittavia haittoja paitsi päihteiden käyttäjälle itselleen, hänen perheelleen ja läheisilleen sekä yhteiskunnalle. Haitat eivät näy pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille, vaan myös poliisien, nuorisotyöntekijöiden, seurakunnan työntekijöiden, opettajien ja lastentarhanopettajien työssä. Työntekijät eivät kuitenkaan aina hahmota omaa osuutta päihderiippuvaisen tai hänen läheistensä tukemisessa, vaan vastuu siirretään helposti päihdehuollon erityispalveluiden työntekijöille. Päihteisiin ja riippuvuuteen liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisy ja havaitseminen kuuluu kuitenkin kaikkien eri ammateissa työskentelevien perusosaamiseen. (Opetusministeriö 2007, 10; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22.)

Terveydellisten ja sosiaalisten haittojen lisäksi yhteiskunnalle aiheutuu huomattavat taloudelliset menetykset päihteiden käytöstä johtuen. Haittakustannukset voidaan jakaa välittömiin (esim. alkoholisairauksien hoidon suorat kulut) ja välillisiin (esim. työkyvyttömyyden johdosta työpanoksen menetys) haittoihin. Alkoholin aiheuttamat välittömät kustannukset maksoivat valtiolle, kunnille ja eläke- sekä vakuutusyhtiöille vuonna 2003 0.6-0.8 miljardia euroa.

Välillisiin kustannuksiin (esim. menetetyn työ- ja tuotantopanoksen menetys, työkyvyttömyys, ym.) kului samana vuonna 2.5-4.7 miljardia euroa. Terveydenhuollon osuus välittömistä kustannuksista oli neljäsosa ja sosiaalihuollon osuus viidesosa välittömistä kustannuksista. Kaiken kaikkiaan rahaa kului yhteensä 3,75 miljardia euroa alkoholin aiheuttamiin haittoihin. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18-22; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 8.) Näihin kustannuksiin sekä sosiaalsiin ja terveydellisiin haittoihin voitaisiin vaikuttaa riittä-

villä päihdepalveluilla sekä ennaltaehkäisevällä työllä. Päihdehuoltolaki (41/1986) asettaa päihdehuollon tavoitteeksi ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä.

Suomen päihdepolitiikan lisäksi Maailman Terveysjärjestön ja Euroopan unionin suositukset, julistukset ja ohjelmat ovat linjaamassa suomalaista alkoholi-politiikkaa. Yksi näistä ohjelmista on Terveys 2015 -ohjelma, jonka taustana on WHO:n terveyttä kaikille -ohjelma. Sen yhtenä tavoitteena on alkoholi-juomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen ja kokonaiskulutuksen vähentäminen. Lisäksi päihdepalvelujen järjestämistä ja hoidosta tulee päihdepalveluiden laatusuositusten mukaan vastata kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa työskentelevien. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 9-10.)

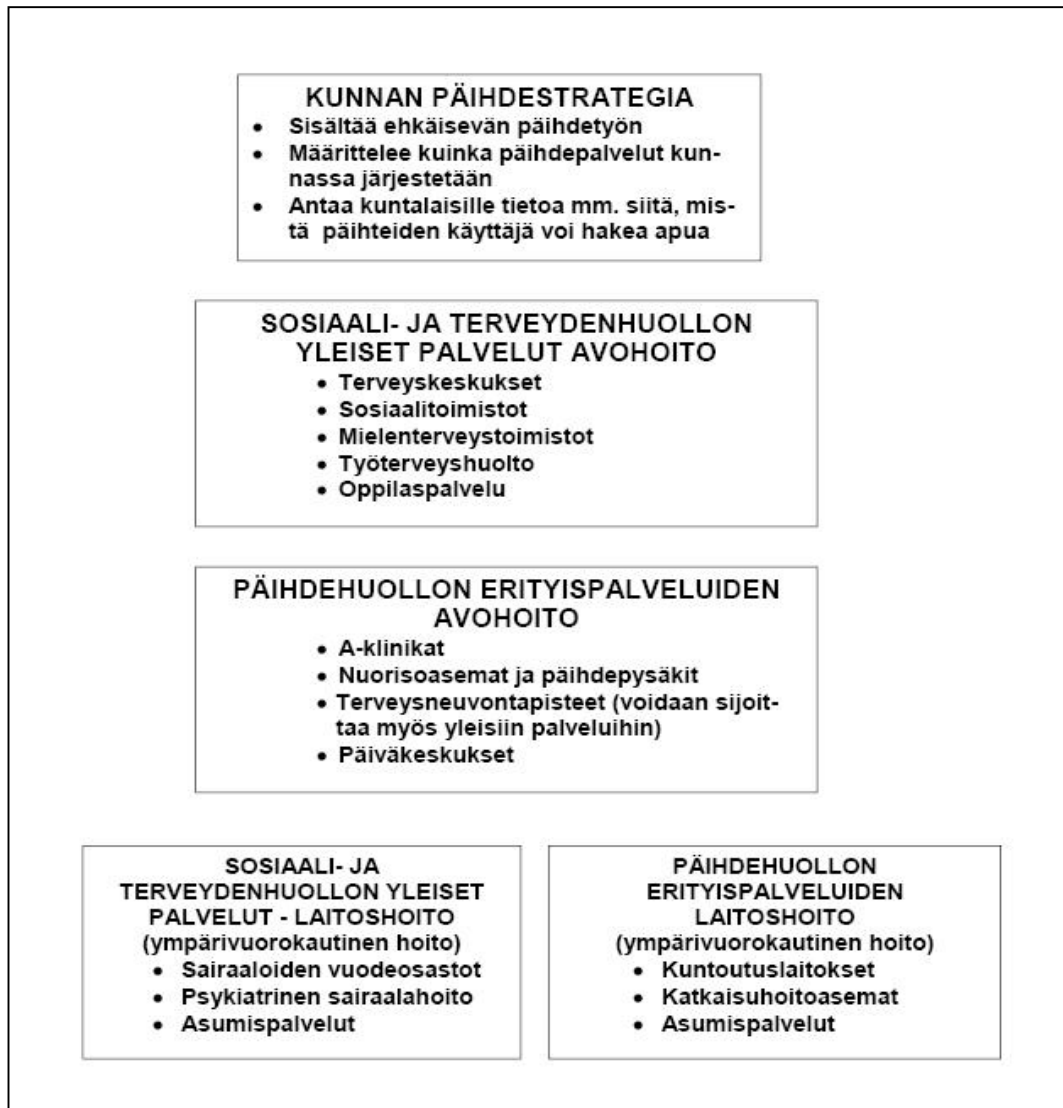
3 PÄIHDEPOTILAAN HOIDON ORGANISOINTI JA TOTEUTUS

Päihdehuollon palveluista säädetään päihdehuoltolaissa (41/1986). Lain mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihdeiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Päihdehuollon palveluja järjestetään yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä ja tarjoamalla erityisiä päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Yleispalveluiden puitteissa tarjolla on laitoshoidtoa terveyskeskusten vuodeosastoilla, yleis- sekä psykiatrisissa sairaaloissa. Laitosmuotoisia erityispalveluja ovat päihdehuollon kuntoutuslaitokset, katkaisuhuoitolaitokset, ensisuoja- ja laitosmuotoiset asumispalvelut. (ks. Mäkelä 2003, 192-193.)

Päihteidenkäyttäjille tarkoitettuja erityispalveluja, joissa annetaan avohoitoa, ovat A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset, ja muut avomuotoiset palvelut

kuten tuettu asuminen. Päihdehuollon palvelujen kehittäminen ja järjestäminen on sosiaali- ja terveystoimelle yleisesti osoitettu tehtävä. (Juntunen & Keski-Pere 2006, 19-20; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129-136.)



KUVIO 1. Päihdepalvelujärjestelmä

(Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 29.)

Terveydenhuollon peruspalveluissa päihdepalveluita toteutetaan esimerkiksi terveyskeskuksissa, joiden vastuuta päihdepalveluiden tarpeisiin vastaamisesta ollaan lisäämässä. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon peruspalveluissa työskentelevillä on keskeinen aseman päihteiden riski- ja ongelmakäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja auttamisessa sekä asiakkaan ohjaamisessa muiden tarvittavien palveluiden piiriin. Terveydenhuollon peruspalveluiden keskeinen rooli on myös päihdepalveluiden laatusuositusten mu-

kaan varhaisvaiheen päihdeongelmien tunnistaminen, avun tarjoaminen ja hoitaminen. Perusterveydenhuollossa tulee olla valmiudet hoidon tarpeen sekä oikean hoitopaikan arviointiin. (Opetusministeriö 2007, 20-23.)

Terveyskeskussairaaloiden rakenteellisissa ratkaisuissa ei kuitenkaan Rutanen & Tenosalmi-Vänskän (2002, 3) mukaan ole riittävästi otettu huomioon päihdepotilaiden hoidon erityispiirteitä. Päihdepalvelujen organisaatio on hajainen ja hoitoketjujen moninaisuus aiheuttaa päällekkäisyyttä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä eri yhteistyötahojen yhteistyötä on lisättävä, sillä monet päihdeongelmaiset käyttävät samanaikaisesti eri palveluja. Vastuunjakoa selvittämällä välttäisiin osin päällekkäisten tai ristikkäisten hoitoratkaisujen tekemiseltä sekä turvattaisiin hoidon jatkuvuus. (ks. Inkinen ym. 2003, 232; Käypä hoito -suositus 2005, 789.)

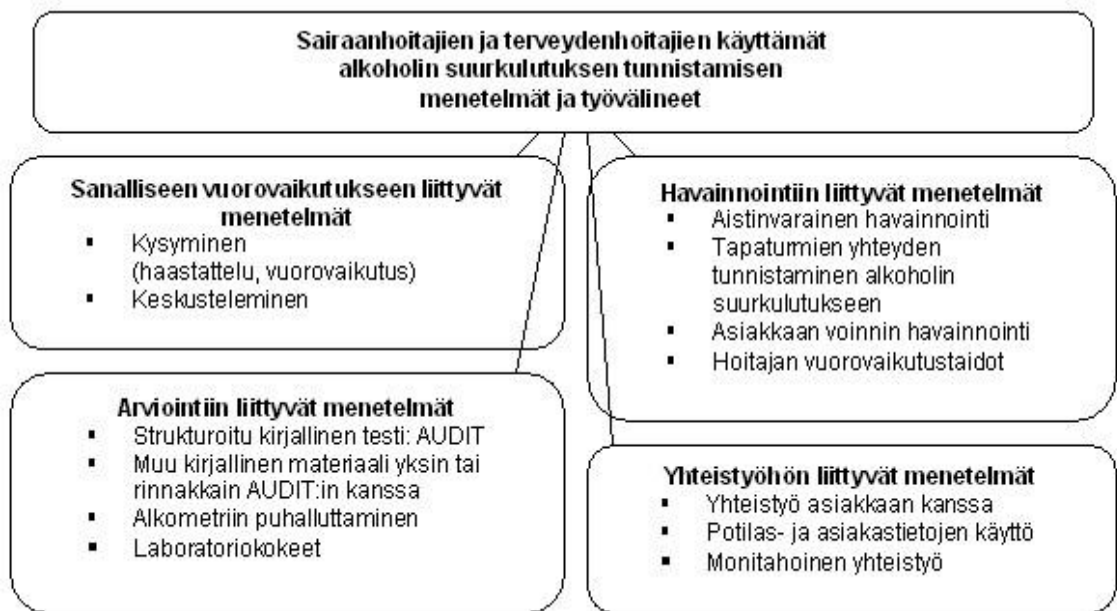
3.1 Päihdeongelman tunnistaminen

Päihdeongelman tunnistaminen ja puheeksi otto on muodostunut entistä haastavammaksi. Ongelmakäyttö ei välttämättä näy päällepäin – päihteet eivät tänä päivänä enää ole vain syrjäytyneiden ongelma. Alkoholiongelmien yleistymisen myötä terveydenhuollossa alkoholiongelmaa tulisikin etsiä ja havainnoida eri potilasryhmistä. (Käypä hoito -suositus 2005, 788). Suomalaisen humalahakuinen juominen on puhuttanut mediassa. Perusteluja alkoholin käytölle arkipäivän eri yhteyksissä löydetään alati lisää. (ks. Lappalainen-Lehto ym. 2008, 41). Mitä yhteiskunnan muutoksesta kertoo tarve korostaa tai vaimentaa tunnetiloja päihteiden avulla? Miksi arki ilman alkoholia ei suju? Miten päihdehoitotyössä voidaan vastata tähän haasteeseen hoitoa kehittämällä?

Varhaisvaiheen päihdehuollolla tarkoitetaan pääasiassa terveysneuvontaa ja muutokseen itsehoidon tukemista. Tällä on hyvin merkittävä rooli päihdeongelmaisten varhaisvaiheen hoidossa ja tunnistamisessa, sillä työikäisistä terveyskeskuksessa käyvistä potilaista joka viides mies ja joka 14. nainen on alkoholin suurkuluttaja. (Aalto 2001; Behm, Pietilä & Kankkunen 2007, 1.)

Päihdeongelman toteamiseksi on käytössä useita eri menetelmiä. Alkoholiongelman ensisijainen diagnosointikeino on keskustelu potilaan kanssa – puheeksi otto. Keskustelun herättäjinä voidaan hyödyntää haastattelua ja strukturoituja kyselylomakkeita ja diagnostiikkaa tukea kliinisin tutkimuksin ja laboratoriokokein. Tavoitteena on havaita alkoholin ongelmakäyttö varhaisessa vaiheessa, ennen kuin siitä on aiheutunut fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia haittoja potilaalle (ks. Lappalainen-Lehto ym. 2008, 152.)

Behm ym. (2007) ovat tutkineet perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä alkoholin suurkuluttajien tunnistamisessa ja toiminnassa tunnistamisen jälkeen. Tutkimuksen mukaan hoitajien käyttämät menetelmät olivat sanallinen vuorovaikutus sekä havainnoinnin, arvioinnin ja yhteistyön menetelmät ja työvälineet.



KUVIO 2. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käyttämät alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen menetelmät ja työvälineet

(Behm ym. 2007, 2.)

Tutkimuksessa hoitajat myös kuvasivat tunnistamista vaikeuttavia ja helpottavia tekijöitä. Tunnistamista vaikeutti mm. se, jos asiakas vältteli suurkulutuksesta puhumista. Muita vaikeuttavia tekijöitä olivat lyhyet tapaamiset, kohtaanmistilanteiden luonne, ilmiön vaikeus, osaamisen ja työvälineiden puute sekä

oman roolin epäselvyys. Tunnistamista taas helpottivat asiakkaaseen, hoita- jaan ja palvelujärjestelmään liittyvät tekijät. (Behm ym. 2007.)

Lyhytneuvonnalla (*mini-interventio*) pyritään tuomaan esille alkoholin suurkulutus tai ongelmakäyttö. Suurkuluttajat sekä riskiryhmään kuuluvat käyttäjät muodostavat keskeisen mini-intervention kohderyhmän. He eivät useinkaan tunnista kuuluvansa näihin ryhmiin, mutta tarvitsevat tietoa ymmärtääkseen alkoholinkäytöstään mahdollisesti aiheutuvat riskit ja ongelmat. Varhaistoteamisen ohella potilaalle kerrotaan alkoholihaitoista, häntä motivoidaan muuttamaan kulutustottumuksiaan ja määritellään henkilökohtainen juomistavoite. Ohjeet annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Yhdessä sovitaan kontrollikäynneistä. Lyhytneuvonnan sisältöä on luonnehdittu lyhenteellä RAAMIT (¹FRAMES). (Käypä hoito -suositus 2005, 788-789, 793-794; Alkoholiohjelma 2004-2007 Seppä 2003, 65-67; Pirskanen 2007, 45.)

TAULUKKO 1. Lyhytneuvonnan sisältö; RAAMIT (FRAMES). (Käypä hoito -suositus 2005, 788-789, 793-794; Alkoholiohjelma 2004-2007; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 157; Seppä 2003, 65-67.)

Lyhytneuvonnan sisältö; RAAMIT (FRAMES).	
Lyhytneuvonnan sisältö	
Rohkeus	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen
Alkoholitietous	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin
Apu	Avustetaan päätöksessä vähentää tai lopettaa juominen
Myötätunto	Lämmin, refleктоiva, empaattinen ja ymmärtävä suhtautuminen
Itsemääräämismvastuu	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomista
Toimintaohjeet	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

¹ FRAMES: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy (Seppä 2003, 65).

Varhaisvaiheen päihdehuollolla tarkoitetaan pääasiassa juuri tällaista mini-interventio -mallista terveysneuvontaa ja muutokseen itsehoidon tukemista. Tällä on hyvin merkittävä rooli päihdeongelmaisten varhaisvaiheen hoidossa ja tunnistamisessa, sillä työikäisistä terveyskeskuksessa käyvistä potilaista joka viides mies ja joka 14. nainen on alkoholin suurkuluttaja. Mini-intervention käyttö on kehitetty perusterveydenhuollon työmenetelmäksi alkoholin suurkuluttajien havahduttamiseen ja hoitoon. Haasteita kuitenkin vielä riittää mini-intervention kattavassa käyttöönotossa. (Aalto 2001; Seppä 2003, 65-67; Pirskanen 2007, 45.)

3.2. Päihdepotilaan hoito

Päihdeongelma ulottaa vaikutuksensa potilaan elämän kaikille alueille, näin ollen myös hoidon on oltava kokonaisvaltaista ja moniammatillista. (Käypä hoito -suositus 2005, 788.) Päihdepotilaan hoidossa olennaisinta on päihteen aiheuttamien haittojen lievittäminen, sairauksien hoitaminen ja ennaltaehkäiseminen, fyysisen tilan seuranta, lääkehoito, perustarpeiden turvaaminen sekä vuorovaikutus ja kohtaaminen. (ks. Rutanen & Tenosalmi-Vänskä 2002, 4).

Päihdepotilaan hoitoonohjaus terveyskeskussairaalaan on perusteltua silloin, kun avohoidon palveluilla ei kyetä vastaamaan potilaan avuntarpeeseen. Terveyskeskus-sairaalassa hoidetaan päihdeongelman ohella siihen suoraan tai välillisesti liittyviä seurauksia, kuten myrkytystiloja ja somaattisia sairauksia. Terveyskeskussairaala vastaa osaltaan myös katkaisu- ja vieroitushoitojen toteuttamisesta. Erikoissairaanhoidon vastuualueeseen kuuluu päihdepsykiatrinen hoito, mutta yleistä on, että potilas saapuu terveyskeskuksen vuodeosastolle kaksoisdiagnoosilla. (Käypähoito -suositus 2005, 789; ks. Rutanen & Tenosalmi-Vänskä 2002,3.)

Päihderiippuvuus on moniulotteinen ongelma. Näin ollen päihdeistä luopuminen edellyttää psyykkistä prosessointia. Päihdeiden käytön ja mielenterveysongelmien syy-seuraussuhteita on vaikea erottaa: päihdeidenkäyttö saattaa aiheuttaa psyykkisiä oireita; toisaalta psyykinen sairaus voi johtaa päihdeongelmaan. Päihdeistä luopuminen tukee erotusdiagnoosiikkaa: onko kyse päihdeiden aiheuttamasta ohimenevästä mielenterveyden ongelmasta vai psyykki-

sestä sairaudesta. (Dahl & Hirschovits 2002, 179.) Hoitavilla tahoilla tulee olla asiantuntemus päihde- ja mielenterveysongelmien yhteydestä, jotta hoitoa voidaan turvallisesti toteuttaa.

Vuodeosastoilla annettava vieroitusoireiden ja mielenterveysongelmien hoidon yhteydessä ilmenee myös monenlaisia psykososiaalista työtä vaativia haasteita, kuten asunnottomuutta, työttömyyttä, yksinäisyyttä ja arjen taitamattomuutta. Terveystieteiden sairaanhoitajat soveltavat päihdetyössä hoitotyön ja -tieteen periaatteita ja pyrkivät hyvään ja laadukkaaseen hoitotyöhön. Moniammatillisessa yhteistyössä sovelletaan lääketieteen keinoja päihdelääketieteen ja Käypä hoito -suosituksiin perustuen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 238.)

Kukin potilas kokee päihdeongelmansa omalla tavallaan, joten hoidon tavoitteet ja auttamismenetelmät tulee valita yhteistyösuhteessa potilasta kuunnellen ja arvostaen. Tasavertainen vuorovaikutus on edellytys osallistumiselle ja yksilöllisyydelle. Asiantuntevan ja luotettavan ilmapiirin välittäminen sekä turvallisen ympäristön luominen ovat auttamismenetelminä yhtä tärkeässä asemassa kuin varsinainen kliininen hoito. Yhteistyösuhteessa etsitään vaihtoehtoja arkeen – pyritään jakamiseen ilman valtasuhteita. Kantavana voimana elää usko muutoksen mahdollisuuteen. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 21.)

Voimavarakeskeisyys voidaan määritellä toimintana, joka edistää osallistumista tavoitteena oman elämän hallintaa. Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde, joka perustuu yhteistyöhön ja hoitotyön tekijän ammatilliseen erityisosaamiseen. (Kettunen, Poskiparta, Karhila 2002.)

3.2.1 Psykososiaalinen hoito

Van Ryn ja Heaneyn (1997) mukaan hoitajan vuorovaikutuksessa voimavarojen vahvistumisen kannalta oleellista on empatian osoittaminen – myös non-verbaalisen viestinnän keinoin – aktiivinen kuuntelu, kritisoinnin ja psykolo-

gisoinnin välttäminen, avoin tiedon tarjoaminen ja samankaltaisuuden sekä tasa-arvoisuuden välittäminen (Kettunen ym. 2002).

Päihdepotilaan hoitotyössä psykososiaalinen hoito koostuu eri teorioihin perustuvien menetelmien ja työtapojen yhdistelemästä. Inkinen (2004, 3) on tutkinut sairaanhoitajien tekemää päihdehoitotyötä selvittämällä hoidollisten keskustelujen ja päihdehoitotyön menetelmien osuutta ja ilmenemistä osana työnkuvaa. Hoito- ja kuntoutusmuotojen keskeinen elementti on keskustelu ja yhdessä tekeminen. Tavoitteena on tuottaa positiivista vaikutusta hoitotulokseen ja potilaan toimintakykyyn. (Käypä hoito -suositus 2005, 795; Havio ym. 2008, 127.)

Potilaan sisäiset vahvuudet pyritään tuomaan näkyväksi osaksi selviytymistä, jotta autonomian palautuminen ja haavoitetun itsekunnioituksen eheytyminen mahdollistuisi hoitosuhteen myötävaikutuksella. Sairaanhoitaja auttaa potilasta näkemään muutoksen mahdollisuudet, tunnistamaan itsessään epäjohdonmukaisuutta vahvistaen näin potilaan muutosmotivaatiota.

Amerikkalaiset tutkijat Prochaska & DiClemente kehittivät 1980-luvulla trans-teoreettisen muutosvaihemallin. He tarkastelivat itsehallinnan lisäämistä ja addiktiivisen käyttäytymisen lopettamista vaiheittain (Holmberg 2003, 213-214). Nämä vaiheet ovat: esiharkinta-, harkinta-, valmistelu- (päättöksenteko), toiminta- ja ylläpitovaihe sekä mahdollinen retkahdus ja uudelleen orientoituminen. (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992.)

Sairaanhoitajalta edellytetään kykyä tunnistaa päihdepotilaan tarpeita muutos- ja hoitoprosessin eri vaiheissa. Esiharkintavaiheessa ongelma on todennettu – etenkin ympäristö havaitsee sen olemassaolon – mutta yksilö itse ei ole valmis muuttamaan käyttäytymistään. Huoli omasta terveydestä herää harkintavaiheessa. Yksilö alkaa punnita päihteiden käytön hyöty- ja haittapuolia sekä tiedostaa ongelmatilanteita. Harkintavaiheesta päätöksentekoon siirtymistä edeltää usein pitkäkestoinenkin jakso, johon sisältyy pohdintoja ja voimakkaita tunnekokemuksia. Päätökseen sitoutumisessa läheisten ja hoitohenkilökunnan tuella on tärkeä merkitys. Toimintavaiheessa yksilö etsii aktiivisesti ratkaisuja ongelmaansa. Tässä vaiheessa ympäristöltä saatu myönteinen palaute

auttaa yksilöä jaksamaan siirtymisen haasteelliseen ylläpitovaiheeseen ja ymmärtämään mahdollisen repсахduksen syyt. (Havio ym. 2008, 48-49, 129.)

Hoitotyöntekijän rooli muutosprosessissa on auttaa yksilöä tunnistamaan ja ennakoimaan retkahdukseen johtavia tunnetiloja ja tilanteita. Tällaista voimavaroja vahvistavaa toimintamallia kutsutaan *psykoedukaatioksi*. Psykoedukaatiivinen työskentelytapa tarkoittaa potilaan tukemista, neuvontaa ja tiedollista ohjausta. Tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan ongelman-sa/sairautensa varomerkkejä ja oireita ja sitä kautta oppia hyödyntämään voimavarojaan oman elämänsä subjektina. Psykoedukaatiota voidaan hyödyntää myös yhteistyösuhteessa päihdepotilaan kanssa. (ks. Rissanen 2007, 65-66.)

Terveyskeskussairaalassa päihdehoitotyötä tekevillä ei useinkaan ole terapeutista pätevyyttä, mutta vuorovaikutuksellinen tukeminen on oleellinen osa jokaisen hoitotyön tekijän ammattitaitoa – sekä päihdehoitotyötä. Kettunen ym. (2002) mukaan tunnusteleva puhe toimii välineenä mm. tilanteissa, joissa vaikeita asioita lähestytään potilaan vastaanottokyky huomioon ottaen. Hienovaraisuus ja yksityisyyden kunnioittaminen näkyy tällöin siinä, että potilaalle annetaan mahdollisuus valita keskustelun taso. Tunnusteleva puhe jättää valinnan mahdollisuuden siitä, mitä itsestään haluaa kertoa ja paljonko sisimmästään avata.

Tasavertainen vuorovaikutusprosessi mahdollistaa potilaan aktiivisuuden ja autonomian. Neuvontakeskusteluissa hoitajan vastuulla on oikean tiedon tarjoaminen ja potilaan ymmärryksen varmistaminen päätösten seurauksista. Luottamusta herättävä ilmapiiri takaa autonomian. Antamalla tilaa ilman valmiita vastauksia tarjoutuu mahdollisuus itsearviointiin ja vastausten etsimiseen laajemmalti omasta kokemuspiiristä. (Kettunen ym. 2002; Mikkola 2006, 52.) Riittävän monipuolisen, selkeän ja oikein ajoitetun tiedon välittämisen onkin todettu olevan edellytys potilaan hoitoon sitoutumiselle ja osallistumiselle (Laapotti-Salo & Routasalo 2004).

Päihdepotilaan psykososiaalisessa hoidossa tulee huomioida myös perhekeskeisyys ja sosiaaliset verkostot (verkostoterapia, vertaisryhmät). Yhteistoiminnallinen hoitotyö on potilaslähtöistä. Potilas nähdään vastuullisena osallistujaj-

na oman hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa. Potilaan kuuleminen ja näkemysten selkeyttäminen dialogin avulla ovat keskeisiä auttamiskeinoja yhteistoiminnallisessa hoitotyössä. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 40-41.)

Oleellista hoidon onnistumisen kannalta on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde, joka määrää pitkälti hoidon onnistumista sekä potilaan sitoutumista hoitoon. Sairaanhoidajan myönteinen, neutraali sekä ammatillinen suhtautuminen päihteenkäyttäjää kohtaan edistävät luottamuksen syntyä sekä kykyä arvioida potilaan tarpeita, suunnitella ja toteuttaa hoitoa. (Manninen & Ovaska 2004; Mikkola 2006, 159, 219-221.)

3.2.2 Kliininen hoito

Psykososiaalisten menetelmien lisäksi potilaan hoidossa huomioidaan kliininen hoito. Tähän kuuluu potilaan yleistilan ja perussairauksien hoito sekä mahdollinen lääkehoito vieroitusilojen helpottamiseksi ja deliriumin ehkäisemiseksi. (Laitinen & Mäkelä 2003, 204-206.)

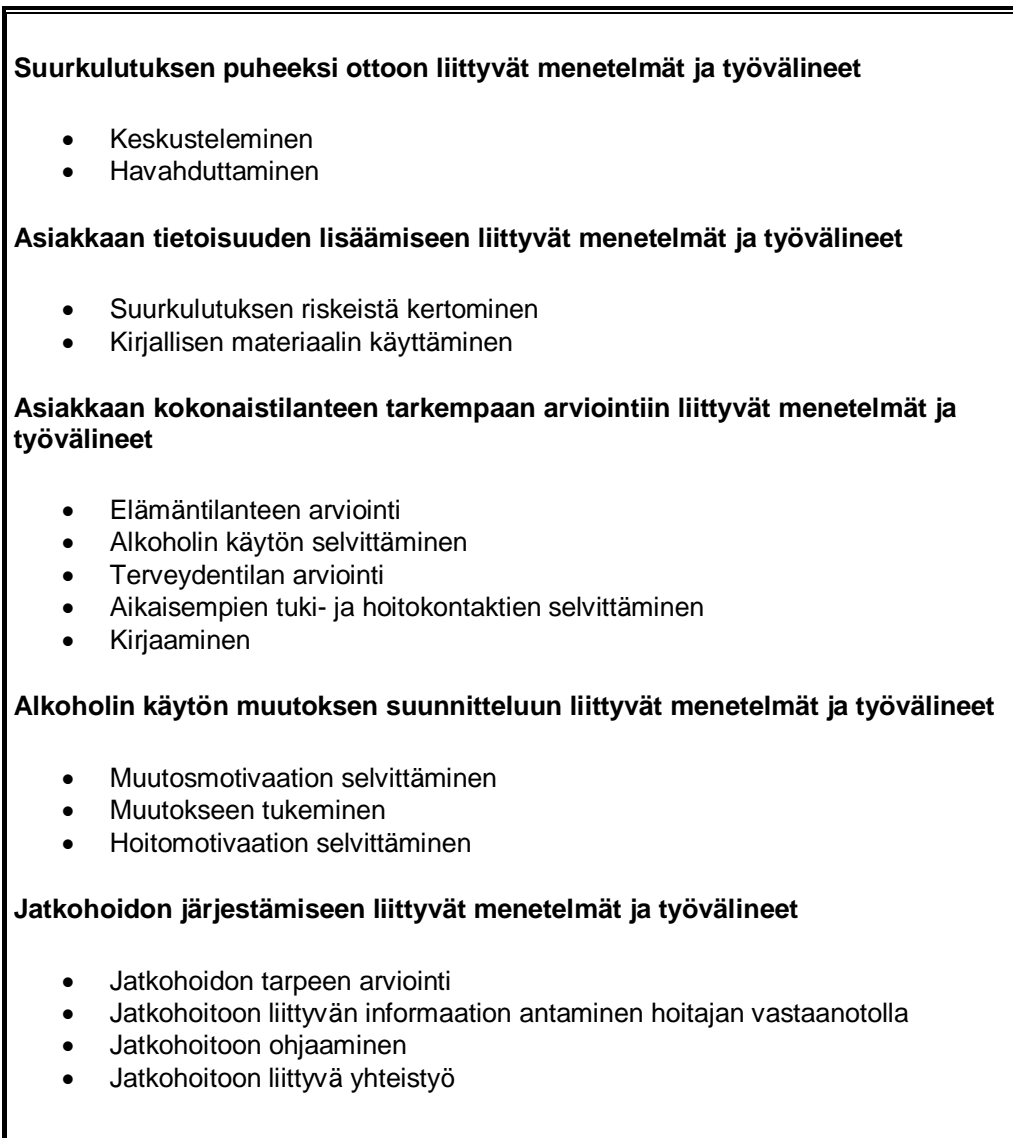
Päihteiden suurkuluttajat hakeutuvat hoitoon yleensä jonkin somaattisen syyn vuoksi. Tämä sairaus/oire voi olla aiheutunut alkoholin käytöstä, vaikka potilaat eivät näiden yhteyksiä aina ymmärräkään. Hoitajien sekä lääkäreiden tehtävä on paitsi hoitaa tätä somaattista oiretta, myös tuoda potilaan tietoon syyseuraus -suhteet. (Laitinen & Mäkelä 2003, 204-206.)

Potilaan somaattisten oireiden hoidon lisäksi, tulee myös potilaan vieroitusoireet hoitaa asianmukaisesti. Vieroitusoireiden hoidossa käytetään yleisesti rauhoittavia lääkkeitä. Tässä tulee kuitenkin olla tarkkana, jotta lääkepiitoisuudet eivät nouse sellaisiksi, että ne aiheuttavat potilaalle ns. hyvänolon tunteen. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista, vaan lääkehoidon tulee ainoastaan helpottaa potilaan oloa. Vieroitusoireiden hoidolla saavutetaan kaksi tärkeää seikkaa: potilas on paremmin vastaanottava, hänen kaikki energiansa eivät kulu vieroitusoireiden kestämiseen, ja näin hän pystyy ottamaan vastaan

tietoa alkoholista ja sen haitoista. Vieroitusoireiden hoidolla pystytään ehkäisemään alkoholideliriumia. (Huttunen. 2007.)

Alkoholidelirium tarkoittaa tilaa, joka saattaa syntyä lopetettaessa alkoholin käyttö (äkillisesti) pitkäaikaisen käytön jälkeen. Tila syntyy usein 2-4 päivää alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen, eli alkoholin varsinaiset vieroitusoireet (krapula) ovat jo yleensä loppuneet. Oireina tilassa ovat usein harhat ja varsinkin näköhallusinaatioita muiden oireiden ohella. Potilaalla saattaa myös esiintyä tärinä- ja tajunmenetyiskohtauksia. Potilaan on oltava jatkuvan tarkkailun alaisena. Usein hänet joudutaan myös eristämään, jotta hän ei vahingoitaisi muita potilaita tai itseään. (Huttunen. 2007; Laitinen & Mäkelä 2003, 204-206.)

Alkoholidelirium on hengenvaarallinen tila, jossa tilassa henkilö ei yleensä itse ymmärrä tilaansa eikä kykene vastaamaan itsestään. Vaikka tila onkin hoitamattomana hengenvaarallinen, se menee asianmukaisella hoidolla muutamassa vuorokaudessa ohi. Hoito perustuu olennaisin osin riittävään lääkitykseen. Lääkityksessä käytetään ensi sijassa suuria annoksia diatsepaamia tai muita bentsodiatsepiineja, joskus myös antipsykoottisia lääkkeitä. Hoitajien tulee tunnistaa alkavan deliriumin oireet. (Huttunen. 2007.)



KUVIO 3. Yhteenveto sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käyttämistä menetelmistä ja työvälineistä alkoholin suurkuluttajan tunnistamisen jälkeen

(Behm ym. 2007.)

3.3 Päihdepotilaan hoitoa edistävät ja estävät tekijät

Lääketieteellisessä etiikassa voidaan katsoa olevan kuusi keskeistä käsitettä tai periaatetta: elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemäärääminen eli autonomia, hoitaminen, oikeudenmukaisuus ja hyödyn maksimointi. Tavoitteena on edistää elämän laatua. Jokaisella ihmisellä katsotaan olevan yhtäläinen moraalinen arvo, jota hoitotyössä tulee kunnioittaa. Itsemääräämisen pe-

riaatteen mukaan yksilö on oikeutettu päättämään itseään koskevista asioista, toimimaan vapaasti harkitsemallaan tavalla ja saamaan muilta apua päätöksen toteuttamiseen. (vrt. Lääketieteen etiikka 2007.) Oikeudenmukaisuus lääketieteen etiikassa tarkoittaa sitä, että kaikille tulee taata tasa-arvoinen mahdollisuus saada hoitoa.

Hoitajan eettisiä näkemyksiä voidaan määritellä hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten, terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan kautta. Käytännön hoitotyössä vaikuttavat voimakkaasti myös hoitajan ja potilaan eettiset käsitykset. (Lahtinen 2006, 6; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 241.)

Päihdehoitotyötä ohjaavat lakien ja asetusten lisäksi myös organisaatiokohtaiset arvot, strategiat ja käytännön toimintaohjeet. Hoitoyhteisössä vallitseva organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri sekä tukevat että rajaavat hoitotyöntekijän mahdollisuuksia tehdä työtään ja toteuttaa henkilökohtaista hoitotyön eettistä näkemystä haluamallaan tavalla. Työyhteisössä vallitsevat asenteet voivat ohjata yksilöä toimimaan henkilökohtaisten arvojensa vastaisesti – lopullinen vastuu eettisistä valinnoista on kuitenkin hoitotyöntekijällä itsellään. (Lahtinen 2006, 6-8.)

Ennakkoluuloisuus päihdepotilaita kohtaan on usein yhteydessä henkilökohtaisiin tai hoidollisiin konflikteihin. Helanderin & Kuuselan (2006, 9) mukaan hoitajat tuovat työyhteisössä esille sellaisia asenteita, jotka ovat vertaisryhmässä hyväksytyjä. Asenteiden funktio (välineellinen, minää puolustava, arvoja ilmaiseva, tiedollinen) ohjaa hoitotyön tekijän suhtautumista potilaaseen. Terveyskeskussairaalassa stereotypia päihdepotilaasta saattaa haitata potilaan saamaa kokonaisvaltaista hoitoa (Mts. 2006, 10).

Terveyskeskussairaalan vuodeosastolle katkaisuhoidon tulevilla päihteenkäyttäjillä on usein taustalla pitkä päihdehistoria. Toistuvasti hoitoon hakeutuvat päihdeongelmaiset herättävät hoitohenkilökunnassa ristiriitaisia tunteita. Moniongelmaisilla päihdepotilailla on kuitenkin oikeus kärsimystä lievittävään inhimilliseen hoitoon. Hoidollista kohtaamista on mahdollista helpottaa toimivilla yhteistyökäytännöillä, yhteisillä hoitolinjoilla ja konkreettisilla tavoitteilla. (vrt. Havio ym. 2008, 143.)

Kuokkasen (2007) mukaan ristiriita eettisten ohjeiden ja käytännön työn välillä vaikuttaa hoitajien työssä jaksamiseen (Lahti 2007). Jotta hoitaja ei olisi oman eettisen kontekstinsa pohdinnassa yksin, olisi Lahtisen (2006, 8) mukaan tärkeää, että jokaisessa hoitoyksikössä pohdittaisiin oman yksikön toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet. Hoitajan omat käsitykset eivät yksin riitä, vaan eettiselle toiminnalle tarvitaan tueksi sekä laillinen, terveydenhuollon yhteinen että ammatillinen perusta. Nämä tekijät yhdessä tekevät hoitotyöstä oikeutettua ja perusteltua. (ks. Lappalainen-Lehto ym. 2008, 241-242.)

Päihdepalveluiden laatusuosituksessa (2002, 19) todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation on varmistettava, että päihdehoitotyötä tekevillä on riittävä ammattitaito päihdepotilaan korkeatasoiseen hoitoon. Tämä periaate ei tällä hetkellä toteudu. Päihdetyön täydennyskoulutuksessa on puutteita, mikä näkyy myös perusterveydenhuollon hoitajien työssä jaksamisessa. Inkisen (2004, 1) mukaan perusterveydenhuollon sairaanhoitajilla ei ole riittävästi tietämystä päihdehoitotyöstä. Samoin päihdeongelmien hoitoon liittyvä tutkimus on ollut vaatimatonta aina 1990-luvulle saakka.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalas-
sa. Tavoitteena on koota yhteen päihdepotilaan hoidon keskeiset kehittämis-
alueet hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Kuvaamme hoitajien kokemuksia
päihdehoitotyöstä, taustalla vaikuttavia asenteita, olemassa olevia resursseja
sekä mahdollisuuksia hoitomenetelmien kehittämiseen.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on päihdepotilaan hoidosta?
2. Mitä hoitomenetelmiä he käyttävät työskennellessään päihdepotilaan kanssa ja miten käytössä olevien hoitomenetelmien tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan?
3. Millaisia toiveita ja ehdotuksia hoitotyöntekijöillä on päihdepotilaan hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalassa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Ennen aiheen virallistamista, kävimme kohdeorganisaatiossa keskustelemassa yhteistyön mahdollisuudesta sekä halukkuudesta yhteistyöhön. Paikalla olivat opinnäytetyön tekijöiden lisäksi organisaation ylihoitaja sekä mielenterveys- ja päihdevastaavia hoitajia kohdeosastoilta. Näin varmistettiin opinnäytetyön tarve sekä kohdeorganisaation sitoutuneisuus kehitystyöhön. Kohdeorganisaatiolla oli myös mahdollisuus vaikuttaa opinnäytetyön aiheeseen, jotta se parhaiten hyödyttäisi terveyskeskussairaala. Päihdepotilaiden hoidon kehittäminen on ajankohtainen aihe, koska sen merkitys kasvaa jatkuvasti päihdeongelmien lisääntyessä.

Kun opinnäytetyön aihe oli varmistunut, esittelimme sen Jyväskylän ammattikorkeakoulun aiheseminaarissa. Kohdeorganisaation edustajalta pyydettiin kirjallinen lupa tutkimukseen sekä allekirjoitettiin yhteistyösopimus (liite 1).

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohdeorganisaatioksi valittiin Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaala, koska päihdehoitotyön kehittämisen tarve perusterveydenhuollossa oli tullut ajankohtaiseksi erikoissairaanhoidon ja avohoidon palveluiden uudelleen organisoidessa toimintaansa. Laadullisen tutkimuksen periaatteen mukaan kohderyhmä valittiin tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160).

Kohdeosastot, joissa tutkimus suoritettiin, sovittiin yhteisesti organisaation kanssa. Tavoitteenamme oli saada osallistujia eri ammattiryhmistä moniammatillisen näkemyksen takaamiseksi. Kohderyhmän muodostavat terveyskeskussairaalassa hoitotyötä tekevät henkilöt (lähi/perus- ja sairaanhoitajat, osastonlääkärit, fysioterapeutit, sosiaalihoitajat ja toimintaterapeutit). Tutkimukseen osallistui hoitohenkilökuntaa neljältä (4) eri osastolta kustakin eri ammattiryhmästä. Taustamuuttujilla, kuten osallistujien iällä, työkokemuksella ja sukupuolella ei ollut merkitystä osallistujien valintaan.

5.2 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kuvata hoitotyön organisaatiossa työskentelevien toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaan hoidon kehittämiseksi. Tutkimuksen kohteena ovat tutkimukseen osallistujien kokemukset ja heidän esittämänsä kehitysehdotukset päihdepotilaan hoidosta, joita kuvaamme mahdollisimman kokonaisvaltaisesti.

Kvalitatiivinen tutkimus voi olla tarkoitukseltaan kartoittavaa, selittävää, kuvailevaa tai ennustavaa. Yksittäiseen tutkimukseen voi myös sisältyä useampi tarkoitus. (Hirsjärvi ym. 2007, 134-135). Tässä opinnäytetyössä tutkimus on luonteeltaan kartoittavaa ja kuvailevaa.

5.3 Aineiston keruu

Laadullisessa analyysissä tutkimusaineisto kerätään mahdollisimman avoimin menetelmin, jolloin tutkimukseen osallistujien näkökulmat pääsevät esille. Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruun menetelmäksi valittiin laadullinen kysely, joka käsitti avoimia kysymyksiä (liite 3). Vastajille esitettiin samassa järjestyksessä ja muodossa neljä kysymystä, joihin he vastasivat pienimuotoisin esseevastauksin. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 27; Hirsjärvi ym. 2007, 160, 214.)

Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi lähetimme kyselylomakkeen kohdeorganisaation ylihoitajalle sekä opinnäytetyön ohjaajalle esitarkastusta varten. Näin heillä oli mahdollisuus esittää lomakkeeseen kehittämissuhteita ennen kyselyn toteuttamista. Tämän jälkeen kyselylomake hyväksyttiin tutkimuskäyttöön.

Neljän osaston hoitohenkilökunnalle toimitettiin saatekirje (liite 2) tutkimuksen toteuttamisesta. Kultakin neljältä osastolta tutkimukseen kutsuttiin mukana moniammatillinen osallistujajoukko, jossa oli edustettuina kunkin osaston lähi/perus- ja sairaanhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit, sosiaalihoitajat ja toimintaterapeutit. Osallistujat edustivat eri ammattiryhmiä, jotta vastaajajoukko olisi

mahdollisimman heterogeeninen. Osallistujille korostettiin, että vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

Esittelimme saatekirjeessä tutkimukseen osallistujille tutkimustehtävät ja kerroimme vastausohjeet vapaamuotoisten esseevastausten kirjoittamiseen. Vastausaika rajattiin kahteen viikkoon. Vastaukset palautettiin osastonhoitajille nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa. Noudimme vastauskuoret sovitun määräjän umpeuduttua ylihoitajalta.

5.4 Aineiston analyysi

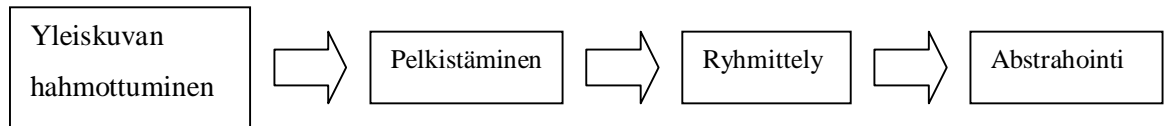
Kerätty aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Kyseessä on analyysitapa, joka tarkoittaa kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällön analyysi sopii hyvin laadullisen informaation analysoimiseen, mistä tutkimuksessamme on kyse. Se on perustyöväline, minkä avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi tuottaa tutkittavasta ilmiöstä tietoa ja ymmärrystä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23. Hirsjärvi, Liikkanen, Remes & Sajavaara 1995, 53-55; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi (induktiivinen aineisto) on nelivaiheinen prosessi, joka alkaa kerättyyn aineistoon perehtymällä. Aineistoa luetaan useasti yleiskuvan hahmottamiseksi. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään (reduointi). Pelkistämisestä voidaan käyttää myös termiä tiivistäminen, jolla tarkoitetaan tekstin tiivistämistä niin, että sen olennainen sisältö säilyy, mutta aineiston kannalta merkitykselliset asiat nousevat esiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-119; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-111.)

Pelkistämistä seuraa aineiston ryhmittely (klusterointi). Siinä merkitykselliseksi noussut informaatio kootaan erilaisiin luokkiin, jotka nimetään niin, että ne kattavat luokkien alle tulevat pelkistykset. Analyysin neljäs vaihe, teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi), on jo mukana aineiston pelkistämisen ja

ryhmittelyvaiheessa. Näin ollen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla luotu synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Sisällönanalyysi perustuu induktioon, jossa edetään yhden aineiston tarjoamasta käsityksestä kokonaiskuvaukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-119; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112-115.)



KUVIO 4. Sisällönanalyysin päävaiheet

(Kylmä & Juvakka 2007, 116.)

Tässä opinnäytetyössä analysoimme ensin aineistoa kumpikin tutkija tahollaan. Kävimme aineiston läpi useaan kertaan pohtien vastauksia tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin. Valitsimme analyysiyksiköksi alkuperäisen lausuman (sanan, lauseen tai lauseen osan). Molemmat esittivät luokitteluehdoksensa lausumista kysymyskohtaisesti. Aineiston pelkistämässä alkuperäiset ilmaisut esitettiin aineiston termein ja koottiin luetteloon. Seuraavaksi kokosimme alkuperäisistä ilmauksista induktiivisen sisällönanalyysin mukaiset alaluokat. Kun olimme kirjanneet pelkistetyt ilmaukset kumpikin erikseen, muodostimme yhteistyössä lopulliset alaluokat. Nämä ryhmittelimme edelleen yläluokiksi ja lopulta pääluokiksi, joiden tarkoituksena oli edistää vastausten etsimistä tutkimuskysymyksiin. (Ks. liite 4.) Luotettavuuden takaamiseksi työpari tarkasti toistensa tekemät luokittelut.

5.5 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Tutkimuksen eettisyys ja sen pohdinta tulee olla mukana tutkimuksen kaikissa vaiheissa aiheen valinnasta tutkimuksen raportointiin. Eettisten periaatteiden mukaan tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavia, tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla haittaa suurempi sekä tutkittavien osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 25-28.) Nämä periaatteet ovat ohjanneet työtämme koko tutkimusprosessin ajan.

Ensimmäinen merkittävä eettinen kysymys tutkimuksen alussa on aiheenvaihtaminen (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Aiheen valinnan lisäksi eettisen pohdinnan tulee sisältää myös tutkimustehtävien sekä tutkimuksella saavutettavan tiedon merkityksen pohdinnan. Tässä opinnäytetyössä tarve tutkimukselle heräsi tutkijoiden oman kokemuksen kautta hoitotyötä tehdessä. Opinnäytetyömme perustuu hoitotyön teoriaan ja aikaisempaan tutkimustietoon ja sen eettisenä periaatteena on edistää hoidon laatua. Tutkimusongelmat eivät saa loukata tutkittavia tai olla eettisesti arveluttavia. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen määrittelyssä on tuotu esille tavoiteltava yhteiskunnallinen hyöty hoitotyön kehittämisessä, mikä tukee hyödyn maksimoinnin eettistä periaatetta. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 138.)

Burnsin & Groven (1997) mukaan tutkimusluvan hakeminen, yhteistyösopimuksen allekirjoittaminen, tutkimushenkilöiden valinta vapaaehtoisuuden perusteella sekä heidän anonymiteettinsä takaaminen ovat tärkeitä eettisiä toimenpiteitä tutkimusprosessin edetessä (Hautala 2002, 48). Kun kohdeorganisaation kanssa oli sovittu yhteistyöstä sekä opinnäytetyön aiheesta, haimme organisaatiolta tutkimuslupaa sekä kirjoitimme yhteistyösopimuksen.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, mikä mahdollistaa vastanneiden anonymiteetin: kohdeorganisaation jäsenet eivät tiedä toistensa vastauksia, eivätkä sitä, ketkä kyselyyn ovat osallistuneet. Lomakkeet palautettiin nimettöminä, suljetuissa kirjekuorissa, kohdeorganisaation ylihoitajalle, jolta tutkijat hakivat vastauskuoret. Näin ollen myöskään tutkijoille ei selvinnyt vastanneiden henkilöllisyys.

Kyselylomakkeiden mukana toimitettavissa saatekirjeessä painotettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta sekä luottamuksellisuutta. Lomakemuotoinen kysely mahdollisti sen, että vastaajat voivat itse päättää ajankohdan, jolloin vastaavat kyselyyn. Tutkimukseen osallistui yksinomaan hoitotyön ammattilaisia (ks. luku 5.1) – tarkoituksena oli taata potilaiden yksityisyyden suoja. Saatekirjeessä oli kuvattu myös itse tutkimus, sen kulku ja julkaisu, vastausohjeet sekä opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot. Näin mahdollistimme osallistujien tietoon perustuvan suostumuksen, jota tutkimusetiikkakirjallisuus painottaa.

Tutkimus oli mahdollista olosuhteiden vaatiessa keskeyttää. (ks.Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Aiheen tullessa tutkijoita lähelle on varottava tutkijoiden omien oletusten ja asenteiden vaikutusta tutkimuksen objektiivisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuutta ei voi saavuttaa perinteisessä mielessä: tutkijan tietämys ja kokemus sekä se, mitä tutkitaan kietoutuvat yhteen ilmiöiden etsinnässä (Hirsjärvi ym.2000, 152). Tutkimuksen tekijöillä on laadullisessa tutkimuksessa aktiivinen rooli. Tutkimuksessa korostuu luonnollisten olosuhteiden painottuminen ja tiedon kontekstuaalisuus. Todellisuus näyttäytyy eri ihmisille erilaisena, mikä edellyttää tutkijoilta tutkimukseen osallistujien todellisuuden kuvaamista, jotta johtopäätöksiä voidaan tehdä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27-28.)

Yksi eettisistä periaatteista on oikeudenmukaisuus, joka toteutuu siten, että tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. Tämä merkitsee avoimuutta, tarkkuutta sekä rehellisyyttä tutkimuksen jokaisen vaiheen raportoinnissa. Tulemme raportoimaan tutkimuksen kulun ja saadut tulokset kriittisesti, rehellisesti ja tarkasti, jotta lukijan on helppo seurata tutkimuksemme kulkua, ja näin ollen arvioida sen onnistumista, eettisyyttä sekä luotettavuutta. Tutkimustulokset julkaistaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä sekä esitetään Jyväskylän kaupungin terveystieteiden keskuksessa, jolloin myös tutkimukseen osallistujilla on mahdollisuus arvioida tutkimusta.

Tutkimuksen vastauslomakkeita on säilytetty asianmukaisesti niin, ettei osallistujien henkilöllisyys tai vastausten sisältö paljastu ulkopuolisille. Kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusprosessissa korostetaan tutkijoiden vaitiolovelvollisuutta.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön raportissa tutkimustehtävät ohjaavat sisällön analyysiä. Tulosten tarkastelussa lähdetään liikkeelle hoitohenkilökunnan kokemusten kartoittamisesta päihdepotilaan hoidossa. Seuraavaksi selvitetään käytössä olevia

hoitomenetelmiä ja niiden tarkoituksenmukaisuutta. Tarkastelussa edetään kartoittamaan hoitotyöntekijöiden toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaan hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalassa. Lopuksi tuloksia tarkastellaan rinnakkain etsien yhtymäkohtia kokonaisuuteen sekä tekemällä synteesiä ja johdtopäätöksiä tuloksista. Tarkastellaan, minkälaiseksi kokonaisuudeksi päihdepotilaan hoidon kehittämistä kuvaavat vastaukset kiteytyvät hoitohenkilökunnan kuvaamana.

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kysely toteutettiin lomakkeella ja siihen osallistui hoitotyöntekijöitä neljältä Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalan vuodeosastolta. Osallistujat ja kaantuivat niin, että vastaajista neljätoista oli sairaanhoitajia tai perus/lähihoitajia (n = 14), kolme fysioterapeuttia (n = 3) ja yksi toimintaterapeutti (n = 1), sosiaalityöntekijä (n = 1) ja osastonhoitaja (n = 1). Tutkimukseen kutsuilta osastonlääkäreiltä emme saaneet vastauksia. Vastaajista lähes kaikilla oli yli 10 vuoden työkokemus. Lyhyin työkokemus oli viisi vuotta ja pisin 30 vuotta. Keskimäärin vastanneet olivat työskennelleet noin 17,8 vuotta.

Kysyttäessä kokemusta päihdepotilaiden hoidosta, vastaajat ympyröivät parhaiten kuvaavan vastauksen viidestä eri vaihtoehdosta, jotka olivat: ei lainkaan, vähän, jonkin verran, paljon ja erittäin paljon. Eniten vastauksia tuli kohtaan jonkun verran (n = 11). Kuusi vastaajista ilmoitti omaavansa paljon kokemusta ja kolme vähän.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 34 kappaletta, joista 20 palautui täytettynä. Vastausprosentti oli 59. Hoitajien, joiden vastauksien painoarvo oli suurin, vastausprosentti oli 70.

6.2 Kokemukset päihdepotilaiden hoidosta

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli saada tietoa hoitotyöntekijöiden kokemuksista yhteistyöstä päihdepotilaan kanssa. Vastaajat käsitelivät aihetta sekä *käytännön näkökulmasta* että *tunnetasolla*. Enemmistö vastaajista kertoi niistä henkilökohtaisista ajatuksista ja tunteista, mitä päihdepotilaat heissä herätti-

vät. Osa keskittyi kartoittamaan konkreettisia syitä, minkä takia päihdepotilas ohjautuu hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle.

Päihdepotilaan hoidon indikaatiot terveyskeskussairaalassa

Suurin osa päihdepotilaista tulee terveyskeskussairaalan hoidon piiriin jonkin alkoholin aiheuttaman tai siitä välillisesti johtuvan syyn tai somaattisen sairauden vuoksi. Tällaisia hoidon indikaatioita ovat vastaajien mukaan esimerkiksi traumat, neurologiset oireet ja ruuansulatuselimistön sairaudet. ” - - *Suurella osalla pitkäaikainen päihteiden käyttö on aiheuttanut muutoksia elimistössä (esim. pankreatiitti, maksakirroosi, alkoholimentia, vaikeat psyykkiset ongelmat → syy vai seuraus?) - -*”. Hoitoonohjauksen taustalla on usein myös mielenterveysongelmia ja sosiaalisia ongelmia – potilaiden ongelmat olivat moniulotteisia.

Pitkään jatkuneen ”ryyppyputken” jälkeen potilaita tulee osastolle yleistilan laskun – ”jalattomuuden” – vuoksi. Varsinaisten päihdepalveluiden riittämättömyyden vuoksi potilaita tulee jonkin verran terveyskeskussairaalan vuodeosastolle myös lyhyelle katkaisuhuotojaksolle. ”*Potilaita on ollut hoidettavana katkolla tai muiden syiden vuoksi, jolloin päihdetaustalla on ollut myös merkitystä - - .*”

Päihdepotilaaseen liittyvät tekijät

Päihdepotilaan olemuksessa, käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa vastaajat toivat esiin haasteellisia ja negatiivisia tekijöitä, mutta myös myönteisiä kohtaamisia. Päihdepotilaan hoito on vastaajien mukaan vaikeasti ennakoitavaa ja vaativaa.

”Päihdepotilaiden hoitaminen on haasteellista. Heidän käyttäytymisensä on vaihtelevaa. Toisinaan kaikki sujuu hyvin, mutta välillä saattavat aiheuttaa todellisia pulmia ja uhkatilanteita - - .”

Hoitajat kohtaavat työssään paitsi alkoholin käyttäjiä myös sekakäyttäjiä ja huumeiden käyttäjiä. Kokemukset olivat vaihtelevia: enemmistö vastaajista

kuvasi yhteistyötä vaativaksi ja potilaita arvaamattomiksi, aggressiivisiksi, sekaviksi ja heikosti motivoituneiksi sitoutumaan hoitoonsa.

”Muutamat olleet aggressiivisia ja äänekkäitä, levottomia. Tupakoivat krapulapäissään huoneissa, jos ei ole keritty takavarikoida tupakoita. Virtsaavat pitkin huonetta, ovat kovasti huomiontarpeessa. Omat kokemukset olleet aika rankkoja, koska olemme joutuneet soittamaan muutaman kerran vartijat/poliisin paikalle rauhoittamaan tilannetta.”

Hoitokunnalla oli myös myönteisiä kokemuksia hoitosuhteesta ja vuorovaikutuksesta päihdepotilaiden kanssa. Toisaalta päihdepotilaat ovat nöyriä ja kiitollisia hoitoon. Alkoholista johtuvan sekavuustilan lauettua ja potilaan rauhoituttua yhteistyökykyä ja -halua joidenkin vastaajien mukaan löytyi.

” - - Sekakäyttäjät vaikeimpia, ns. ”vanhat juopot” helppoja ja kiitollisia hoidettavia - - .”

Hoitotyöntekijään liittyvät tekijät

Hoitotyöntekijöiden kokemusten päihdepotilaiden hoidosta vastaajat kuvasivat olevan yhteydessä henkilökohtaisiin asenteisiin ja tiedollisiin valmiuksiin. Turhautuminen päihdepotilaiden heikkoihin hoitotuloksiin näkyi vastauksissa. Onnistumisen kokemukset hoitosuhteessa olivat harvassa.

”Suurimmalla osalla halu saada hieman vitamiiniä, paljon rauhoittavaa. Ruokapuoli kuntoon ja ”siivota itsensä”. Kun vähänkin jalat kantavat takaisin ”baanalle” ja sama meininki jatkuu, vaikka puhe oli ”etten enää ikinä juo”.”

Toistuvat tuloksettomat hoitajaksot - ”pyöröovi-ilmiö hotelli Kyllössä” – vaikuttivat hoitotyöntekijöiden motivaatioon ja työssä jaksamiseen. ”Joskus onnistuu saamaan potilaan ns. kuiville ja elämä lähtee rullaamaan ihan eri raiteille. Joskus/useimmiten käy niin että ne samat potilaat tulevat aina uudelleen ja tilanne on taas samassa pisteessä kuin edellisellä kerralla.”

Vastaajat eivät olleet kovinkaan toiveikkaita voimavaralähtöisen muutoksen aikaansaamisessa päihdepotilaan kohdalla. Eräs vastaaja kuvaa kokemuksiinsa pitkäaikaisten päihdepotilaiden hoidon realiteeteista seuraavasti: *”Täällä hoidettavat potilaat ovat suurimmaksi osaksi jo pahasti alkoholisoituneet. Moni osastollamme hoidossa ollut potilas on kuollut alkoholin aiheuttamiin komplikaatioihin tai vastaaviin sairauksiin.”*

Hoitotyöntekijöiden itsensä kuvaamina päihdepotilaan hoito ja kohtaaminen vaatii kärsivällisyyttä, pettymyksensietokykyä ja vahvaa luottamusta parempaan sekä tietoa hoitokäytännöistä. Osa hoitohenkilökunnasta kokee tietonsa ja taitonsa päihdepotilaan hoitotyöstä riittämättömäksi. Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen luontevuus ja varmuus on sidoksissa kokemukseen oman työn hallinnasta.

Organisointiin ja resursseihin liittyvät tekijät

Vastaajat toivat esille huolensa siitä, miten potilaiden hyvä hoito ja turvallisuus voidaan taata, kun resurssit ovat riittämättömät ja hoidon organisointi sekä tilajärjestelyt sopimattomat hyvin eri taustaisten potilaiden hoitoon. *”Potilaiden hoitoon käytetään runsaasti resursseja. Tarkoituksenmukaisuus on joskus kyseenalaista - - .”*

Hoidon suunnittelua ja toteuttamista vaikeuttaa myös se, ettei hoitoonohjausläheteissä oltu kiinnitetty riittävästi huomiota lääkehoitoon. *”Yleensä tulevat osastolle promilleissa, jolloin ei voi aloittaa kyllästyshoitoja vaan odotettava, että promillet laskee alle 0.5. - - Muutamilla ei ole minkäänlaisia ohjeita, miten lääkitään - - .”*

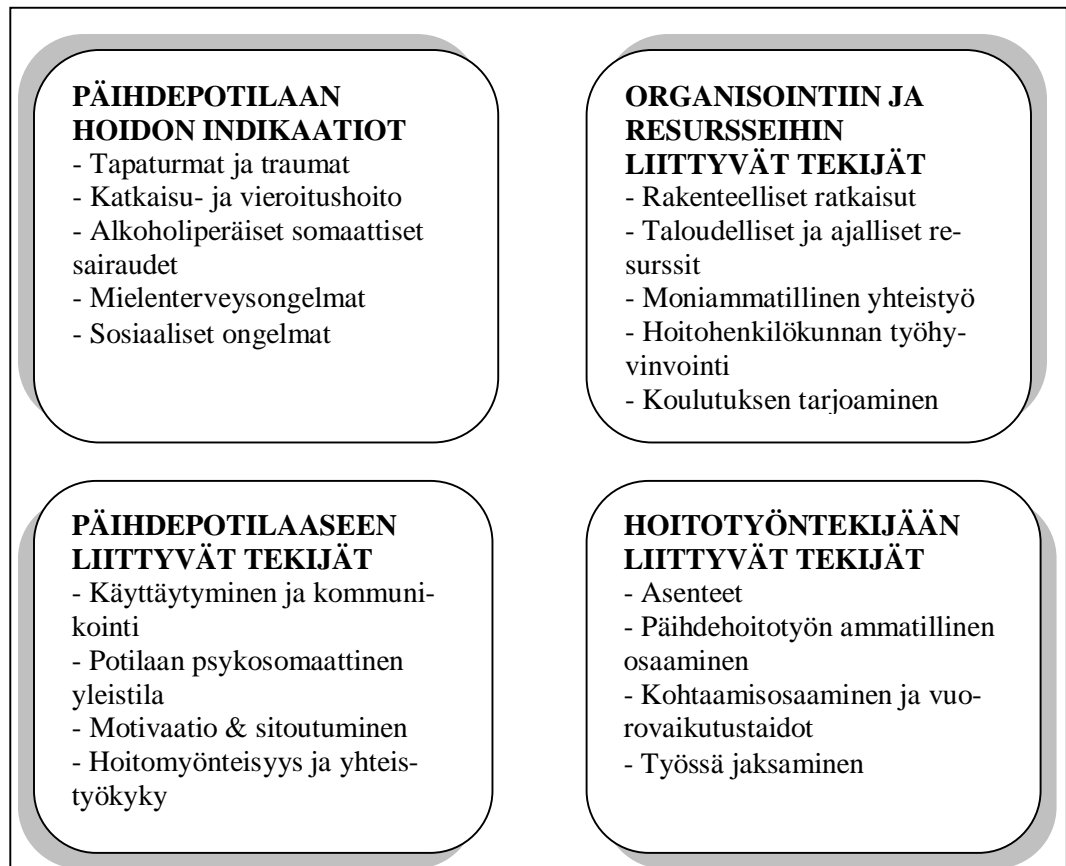
Päihdepotilaan tarkoituksenmukaisen ja riittävän lääkehoidon merkitys korostui vastauksissa. Kysymyksessä ei vastaajien mukaan ole pelkästään päihdepotilaan hoitoa koskeva yksityiskohta, vaan myös merkittävä osa yleistä turvallisuutta.

Monet vastaajista kokivat ongelmallisiksi hoitosuhteiden lyhytaikaisuuden. Kun potilaat tulevat osastolle katkaisuhoidon, kontaktit jäävät lyhyiksi. Aikaa on

liian vähän perehtyä potilaan yksilölliseen tilanteeseen ja paneutua moniammatilliseen yhteistyöhön, jatkohoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun.

”Alkuvaiheessa hoitoa keskitytään enempi lääketieteelliseen puoleen, fyysisiin oireisiin. Hoidon edetessä aletaan keskustella mahdollisista sosiaalisista ongelmista enemmän. - - Näiden selvittely saattaa monesti kestää ja paineita saada potilas pois osastolta tulee usein.”

Hoitotyöntekijöiden kokemukset päihdepotilaiden hoidosta ryhmittivät sisällön analyysin tuottamiin ala-, ylä- ja pääluokkiin. Luokittelun avulla muodostettiin kokonaiskuva hoitotyöntekijöiden keskeisimmistä kokemuksista päihdepotilaan hoitotyössä.



KUVIO 5. Hoitotyöntekijöiden kokemukset päihdepotilaan hoidosta

6.3 Päihdepotilaan hoidossa käytetyt menetelmät ja niiden tarkoituksenmukaisuus

Toisen tutkimustehtävän tavoitteena oli selvittää päihdepotilaan hoidossa käytettäviä menetelmiä. Vastauksissa toivottiin osallistujilta myös kannanottoa ja arviota hoitomenetelmien soveltuvuudesta päihdepotilaiden hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla. Osa vastauksista oli hyvinkin niukkoja ja osa laajoja kokonaiskuvan antavia.

Tulosten perusteella käytössä olevien hoitomenetelmien valikoima ja laatu sekä käytön yleisyys ja intensiteetti on hyvin vaihtelevaa. Yhteisiä käytäntöjä ei vastausten perusteella voi kuvata. Vastauksissa hoitomenetelmät jakaantuvat kliinisiin - somaattisen tilan korjaamiseen tähtääviin - sekä psykososiaaliin hoitomuotoihin. Näitä olivat yhteistyösuhde ja tiedon keruu, perustarpeiden turvaaminen, lääkehoito, terveystottumuksiin vaikuttaminen ja ohjaus sekä moniammatillinen yhteistyö. Nämä menetelmät ovat osin päällekkäisiä, eivätkä näin ollen sulje toisiaan pois.

Yhteistyösuhde ja tiedonkeruu

Hoidon suunnittelua ja toteutusta helpottaa vastaajien mukaan se, että useimmiten potilaan päihdetausta on etukäteen tiedossa. Mikäli näin ei ole, osa hoitajista kertoi ottavansa päihteiden käytön puheeksi tulohaastattelussa. *”Otan esille melko rohkeasti ko. ongelman. kysyn paljonko käytät ja haluatko edelleen käyttää?”* Myös potilaan havainnointia kuvattiin. Tarvittaessa on mahdollista kirjoittaa hoitosopimus, jossa potilas antaa sitoumuksensa tullessaan hoitoon osastolle. Kuten eräs vastaaja kirjoittaa: *”Kirjalliseen sopimukseen voimme vedota, jos tulee epäselvyyksiä.”*

Vaihtelevasti interventiossa on käytössä myös Audit-kysely. *”Alkoholin käyttäjille (tulohaastattelu) annan Audit-kyselyn, jonka he halutessaan saavat täyttää. Tulokset tarkistan aina potilaan kanssa yhdessä ja keskustelemme niistä. Mielestäni on tärkeintä, että asia otetaan puheeksi.”* Haastavaksi kuvattiin tilanteet, joissa potilas ei myönnä alkoholin käyttöä.

Vastauksissa korostui yhtenäisten linjausten merkitys: hoitosuunnitelmien ja -sopimusten järjestelmällinen noudattaminen, mikä ei hoitajien mukaan aina toteudu. Vastaajat nostivat esille myös hoitotyöntekijöiden olemukseen ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, jotka voivat edistää tai estää hoitosuhteyöskentelyä. Hoitotyöntekijän rauhallisuus ja johdonmukaisuus sekä rohkeus asettaa rajoja luovat turvallisen ilmapiirin toteuttaa hoitotyötä. Tämä on osa päihdepotilaan kannustamista ottamaan itse vastuu edistymisestään.

Yhteistyösuhteen edellytykseksi osa vastaajista painotti luottamuksen syntyä sekä avoimuutta hoitosuhteessa. *”Pyrin saamaan potilaan luottamuksen. Haastattelen ja kuuntelen.”*

Perustarpeiden turvaaminen ja lääkehoito

Vastauksista nousi selvästi esiin perushoidon ja lääkityksen merkitys. Tämä on tärkeää, koska oireiden lievitys ja fyysisen tilan kohentuminen on edellytys psykososiaalisten hoitomenetelmien tuloksellisuudelle. Somaattisen tilan kohentamisen kannalta lääkehoito ja sen oikea ja turvallinen toteuttaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Perushoidosta esille tuotuja asioita olivat unen turvaaminen, ravitseminen ja hygienia. Lääkehoidon merkitystä perusteltiin esimerkiksi deliriumin eston kannalta sekä vierotusoireiden helpottamiseksi. Myös hoidon onnistumisen kannalta lääkehoidolla koettiin olevan suuri merkitys: *”Jos lääkäri määrännyt oikeat lääkkeet useimmiten ei potilaan kanssa suurempia ongelmia”*. Osa vastaajista tyytyi toteamaan: *”Toteutetaan lääkärin määräämää lääkehoitoa ja perushoitoa”*.

Terveystottumuksiin vaikuttaminen ja ohjaus

Suurin osa vastaajista kertoi käyttävänsä keskustelua ja ohjausta päämenetelmänä päihdepotilaiden hoidossa. Psykososiaalisena hoitomuotona keskustelulla ja kuuntelulla on vastaajien mukaan tärkeä merkitys luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntymiselle ja päihdepotilaan hoitoon motivoitumiselle ja sitoutumiselle. Vuorovaikutuksellista tukemista ja tunnustelevaa puhetta käy-

tännön hoitotyössä on eräs vastaaja kuvannut seuraavasti: *”Keskustelen, kyselen sekä annan potilaan kertoa avoimesti asioistaan, mielestäni sillä pääsee parhaiten lähelle potilasta. Potilas kertoo oma-aloitteisesti usein sen mitä haluaa tuoda esiin - - ”.*

Päihdepotilailla on usein takanaan useita epäonnistuneita hoitjaksoja. Hoitotyöntekijältä vaaditaan pitkäjänteisyyttä ja epävarmuuden sietokykyä. Kuten eräs vastaaja toteaa: *”Tarkoituksenmukaisuus: vaatii lujaa uskomusta, mutta usein tulee pettymys, koska samat asiakkaat tulevat aina uudestaan.”.*

Vastaajien mukaan potilaat useimmiten tiedostavat ja tunnustavat ongelman-
sa, mutta eivät näe henkilökohtaisen aktiivisuuden, sitoutumisen ja vastuun-
kannon merkitystä paranemisprosessissa. ” - - *Potilaat ovat yhteistyöhaluisia
ja hakevat apua ongelmiinsa ja ratkaisua niihin ulkopuolelta. Oman toiminnan
merkitystä ja tärkeyttä/vastuun ottamista itsestä ei ymmärretä - - ”* Jotta päih-
depotilaan hoito olisi tarkoituksenmukaista, psykoedukaation merkitystä tulisi
päihdepotilaan hoitotyössä korostaa. Vastuuttamisen lisäksi motivointia koros-
tettiin. Vastausten mukaan potilaan on kuitenkin itse oltava aktiivinen ja kiin-
nostunut saadakseen ohjausta.

Moniammatillinen yhteistyö

Kuten eräs vastaaja toteaa: *”Moniongelmaisuuuden vuoksi hoito on moniam-
matillista yhteistyötä.”* Päihdepotilaan terapeutin hoito keskittyy terveyskes-
kussairaalan vuodeosastolla fysio- ja toimintaterapiaan. Vastauksista käy ilmi,
että päihdepotilaan fysioterapeuttista hoitoa ei ole suunniteltu erikseen kohde-
ryhmän tarpeisiin.

Fysioterapiaa toteutetaan erilaisin kuntosaliharjoittein (esim. tasapainoharjoi-
tukset). Kuten fysioterapiassa, toimintaterapiaakaan ei suunnitella erityisesti
päihdepotilaiden lähtökohdista. Terapiassa keskitytään päivittäisen toiminta-
kyvyn arviointiin ja palautumiseen. Sosiaalihoitajan työssä päihdepotilaan hoi-
tomenetelmät käsittävät suunnittelua, organisointia ja vuorovaikutusta. Yhteis-
työtä tehdään potilaan ja omaisten kanssa, pidetään yhteyttä eri viranomais-

tahoihin. Keskeistä hoitosuhteessa on sosiaalinen muutostyö, arjen hallinnan parantaminen ja palveluohjaus.

” - Tässä vaiheessa yleensä pyydetään sosiaalityöntekijän konsultaatiota - - Monesti asumisen tilanne on huono, asuntoa ei välttämättä edes ole. Raha-asiat on sekaisin. Yleensä yhteyttä otetaan sosiaali- ja asuntoviranomaisiin 3-sektorin toimijoihin (mm. katulähetys) - - .”

Kysyttäessä hoitomenetelmien tarkoituksenmukaisuutta vastaajat toivat esille potilaiden hoitoon käytettävät resurssit: *” - - Kiireinen akuuttiosasto huono paikka hoitaa: aikapula, toiset potilaat pelkää.”* Hoitajien on priorisoitava toimintaansa: somaattiselta tilaltaan akuutimmat tapaukset on hoidettava ensin. *”Teen minkä ehdin muitten erilaisten potilaiden hoitojen yhteydessä.”*



KUVIO 6. Hoitotyöntekijöiden kuvaamat menetelmät päihdepotilaan hoidossa

6.4 Hoitotyöntekijöiden toiveet päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi

Kolmas tutkimustehtävä käsitteli hoitotyöntekijöiden toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi. Kyselyyn osallistuneiden vastaukset olivat hyvin yhtenäisiä: 12 hoitotyöntekijöistä toivoi päihdepotilaiden keskittämistä yhdelle osastolle. Toivetta perusteltiin niin potilaiden, hoitohenkilökunnan kuin hoidon resursoinnin ja laadun kannalta. Vastauksista nousi esiin myös muita kehittämisideoita. Näitä olivat koulutustarve päihdepotilaiden kohtaamiseen, ”yhteiset pelisäännöt” potilaiden hoitoon, yhteistyön parantaminen jatkohoitopaikkoihin sekä jatkohoitopaikkojen selvittäminen ja selkeyttäminen.

Päihdepotilaiden keskittäminen

Suurin osa vastaajista perusteli päihdepotilaiden keskittämistä yhdelle osastolle sillä, että hoidon laatu sekä hoitohenkilökunnan motivaatio paransi. *”Olisi keskitetympää, hoitajien tietämys ja sitoutuneisuus kasvaisi - - ”Keskittämällä hoito määrätylle osastolle hoitolinjat selkiintyisivät ja hoidon taso nousisi - - ”.* Tarve potilaiden keskittämiseen tuli esille kommentteissa resurssien sekä kokemuksen puutteesta.

Hoidon laadun sekä henkilökunnan osaamisen lisäksi keskittämistä perusteltiin myös muiden potilaiden turvallisuudentunteen kannalta. Vastaajat kertoivat muiden potilaiden pelkäävän sekavassa tilassa olevia päihdepotilaita. *”Ei saisi sekoittaa vanhuspotilaiden kanssa, koska useimmat pelkäävät äänekkästä vaativaa alkopotilasta!”* Eri potilasryhmien sekoittamista ei koettu tarkoituksenmukaiseksi minkään potilasryhmän kannalta. *”Ei ole kysymys siitä etteikö myös päihdepotilas tarvitsisi asianmukaista hoitoa, mutta sotkemalla kaikki potilaat sekaisin tämä ei hyödytä ketään.”*

Koulutuksen tarve ja resurssit

Osa hoitotyöntekijöistä kertoi pelkäävänsä päihdepotilaiden hoitoa, koska he eivät kokeneet omaavansa tarpeeksi ammattitaitoa päihdepotilaan kohtaamiseen. *”Pidän heidän hoitamistaan hieman pelottavana, sillä tietoni ja taitoni*

heidän kohtaamiseensa ovat puutteellisia.”Vastauksista nousi esiin koulutus-
tarve päihdepotilaan kohtaamiseen sekä aggressiivisen potilaan kohtaami-
seen, joka myös koettiin pelottavaksi.

Osa vastaajista taas kuvasi päihdehoitotyön kiinnostavan, mutta resurssien
puuttuvan: *”Päihdepotilaan hoitotyö voi olla kiinnostavaa, jos sille suodaan
aikaa, paikka ja mahdollisuus kehittää työtä.”* Resurssien suhteen vastauksis-
ta kävi ilmi paitsi henkilökunta resurssit, myös fyysiset resurssit. Hoitotyönteki-
jät kokivat, ettei osastoilla ole paikkaa, jossa potilaita voisi ohjata. *”Tarvitaan
tilaa, jossa voidaan käydä kahdenkeskeisiä keskusteluja. Isot potilashuoneet
eivät mielestäni sovi tällaiseen.”*

Yhteisten pelisääntöjen luominen

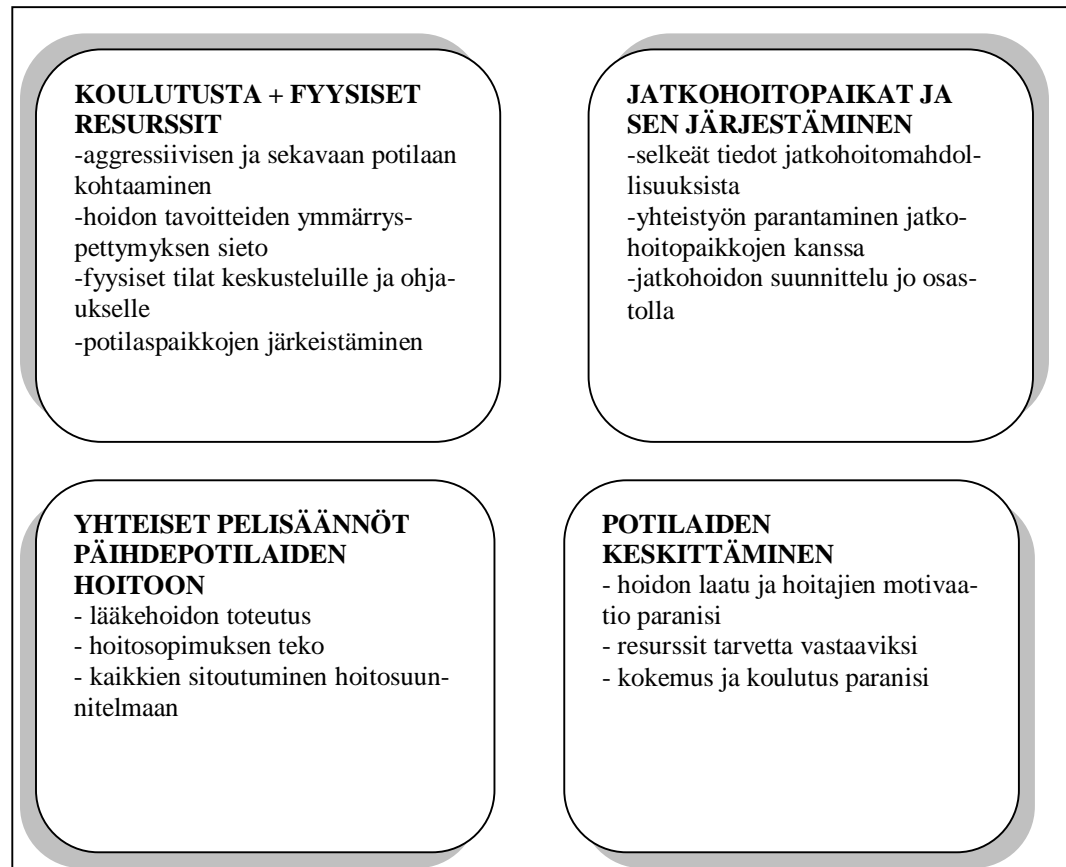
Vastaajista toivoivat hoitolinjojen selkiyttämistä sekä yhteisen pelisääntöjen
luomista. Hoitosopimuksen tai -suunnitelman toteuttamista pidettiin tärkeänä
hoidon onnistumisen kannalta. Omahoitajuuden ja suunnitelmallisuuden mer-
kitys korostui. Vastaajat kokivat, että näiden avulla mahdollisilta ristiriidoilta
potilaiden kanssa voitaisiin välttyä. *”Kaikkien tulee noudattaa omahoitajan
kanssa tehtyjä sopimuksia. Näin voidaan ehkä paremmin välttää ristiriitoja
potilaiden kanssa.”*

Audit-kyselyn tehokkaampaa käyttöä sekä tulosten hyödyntämistä toivottiin.
Lisäksi vastaajat pohtivat lääkehoidon kirjavia käytäntöjä. He myös kokivat,
että hoitohenkilökunnan asenteellisuus voi olla esteenä hyvän hoidon toteu-
tumiselle.

Jatkohoitoapaikat ja hoitoonohjaus

Monet toivoivat apua jatkohoidon ohjaukseen, jatkohoitoapaikoista ei ole tar-
peeksi tietoa. *”Päihdepotilaan hoitopaikat/ jatkopaikat ovat hyvin kirjavia ja
kokonaisuutta ei hahmota edes työntekijät. Selkeämmät ohjeet olisivat tästä
tarpeen.”*Näin myös jatkohoitoon ohjaus olisi helpompaa. Todellisuus on se,
että resurssit päihdepotilaiden jatkohoitoapaikoissa ovat pienet, paikkoja on
vähän ja jonotus hoitoon voi kestää viikkoja. Tästä syystä olisikin hyvä, että

hoitajilla olisi tietoa myös muista hoitomuodoista sekä vertaistukiryhmistä, joihin potilaita voi ohjata.



KUVIO 7. Hoitotyöntekijöiden toiveet ja ehdotukset päihdepotilaan hoidon parantamiseksi

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Samaan aikaan, kun terveyskeskusten vastuuta päihdepalveluiden tarpeisiin vastaamisessa ollaan lisäämässä (Opetusministeriö 2007, 20-23) tässä tutkimuksessa vastaajat tuovat esille huolensa päihdepotilaiden hoidon toteuttamisesta ja laadusta. Terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla työskentelevät hoitotyöntekijät kuormittuvat heikosti organisoidun ja resurssoidun työn äärellä. Kuten Rutanen ja Tenosalmi-Vänskä (2002, 3) toteavat, terveyskeskussairaala-

laiden rakenteellisissa ratkaisuissa ei ole riittävästi huomioitu erilaisten potilasryhmien hoidon erityispiirteitä.

Eskolan (2003, 200) mukaan päihdepotilaita hoidetaan Suomessa hyvin erityyppisissä ja -tasoisissa hoitopaikoissa. Hoitopaikan valintaan vaikuttaa potilaan perussairaus, sosiaalinen tilanne ja asumisolot. Toisinaan hoitoonohjauspäätökset perustuvat puhtaasti sattumaan – potilas sijoitetaan sinne, missä tilaa sattuu olemaan. Myös tämän tutkimuksen vastauksista käy ilmi, että hoidon organisointi ja laatu on vaihtelevaa. Hoitopaikkojen varustetaso, henkilökunnan riittävyys sekä päihdehoitotyön osaaminen vaihtelevat. Päihdeongelmat ja alkoholismi sairautena ovat haastavia hoidettavia. Ongelmiin liittyy taloudellisia kysymyksiä, mitkä osaltaan vaikuttavat hoidon saatavuuteen ja laatuun.

Karppisen (2006) mukaan päihdekulttuurin toimintamallit ovat ristiriidassa sairaalaorganisaation sääntöjen ja toimintatapojen kanssa – sopeutumisen vaikeus saattaa näkyä potilaan psyykkisenä oireiluna. Päihdepotilaan levoton ja aggressiivinen käyttäytyminen puolestaan kuormittaa hoitotyöntekijöitä. Leväsen (2006, 15) mukaan mielenterveys- ja päihdetyössä kuormittavaksi koettiin juuri hoidettavien moniongelmaisuus ja väkivaltaisuus. Päihteidenkäyttäjien haastatteluissa on kuitenkin tullut esille muutosvalmius – lähes kaikki toivovat muutosta elämään. Yhteisen kielen löytäminen päihdepotilaan hoitohenkilökunnan välillä on haasteellista. (Karppinen 2006). Nämä kriteerit puoltavat tässä tutkimuksessa esiin tullutta hoitotyöntekijöiden koulutuksen tarvetta.

Lahden kaupungin päihdepalvelustrategiaansa (2003, 42) varten tekemässä selvityksessä päihdepalveluiden riittämättömyys koettiin pahimmaksi ongelmaksi. Henkilökunnalla ei ollut riittävästi tietoa päihdeasioista: vastauksista kävi ilmi, että kaupungilta puuttuu päihdeasiantuntijoita niin terveydenhuollosta kuin sosiaalitoimesta. Eräs tutkimukseen vastanneista kommentoi ongelmaa seuraavasti: *”Päihdeasiakkaat jäävät palvelutta, koska ei ole luotu toimivaa tapaa heidän hoitamisekseen terveysasemalla.”* (Mts. 42.)

Päihdepalveluiden kehittämissä tulisi vastaajien mukaan kiinnittää enemmän huomiota myös ennaltaehkäisevään päihdehoitotyöhön panostamalla enem-

män terveysneuvontaan ja itsehoidon tukemiseen. Tällä on hyvin merkittävä rooli päihdeongelmaisten varhaisvaiheen hoidossa ja tunnistamisessa. Behmin ym. (2007) mukaan hoitotyöntekijöiden käyttämät menetelmät päihdeongelman tunnistamisessa ja hoidossa keskittyivät sanalliseen vuorovaikutukseen, havainnointiin ja arviointiin sekä yhteistyöhön liittyviin seikkoihin. (Aalto 2001; Behm ym. 2007, 1.)

Vastaajien mukaan perusterveydenhuollossa hoidetaan myös pitkälle edenneitä alkoholiongelmaisia. Tällöin vuorovaikutuksellisten hoitomenetelmien lisäksi korostuvat myös muut hoitokeinot. Havion ym. (2008, 236) mukaan näitä menetelmiä ovat perussairauksien hoidon ohella päihteidenkäytöstä aiheutuneiden akuuttien ja pitkäaikaisten fyysisten haittojen hoito ja lievitys sekä perustarpeiden turvaaminen ja vieroitusoireiden lievittäminen.

Tässä tutkimuksessa vastaajat kuvasivat laajasti päihdepotilaan hoidossa käyttämiään menetelmiä. Tulosten perusteella ongelma ei siis olisi niinkään hoitomenetelmien määrässä. Päihdepotilaan laadukkaan hoidon esteeksi muodostuu ennen kaikkea resurssipula.

Myös Karppisen (2006) mukaan terveyskeskussairaalassa päihdepotilaan laadukkaan hoidon toteuttaminen kaatuu monasti resurssien puutteellisuuteen. Toimintamalleja ei ole luotu; akuuttihoitoa koskevat käytännöt vaihtelevat ja ohjeistukset ovat vanhentuneita. Tässä tutkimuksessa vain yksi vastaaja toi esille päihdepotilaan hoidon ohjeistukset: *"Katkolla olleilla ollut selkeät, hyvät ohjeet – Kyllössä hyvät ohjeet"*.

Eskola (2003, 200-202) on koonnut laatukriteerit päihdeongelmaisia hoitavien organisaatioiden käyttöön. (Ks. taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Päihdeongelmaisen hoitopaikan laatuksiteerit (Eskola 2003, 200-202.)

1) Päihdeongelman ehkäisy ja seulonta hoitokohtaamisten yhteydessä	- varhainen puuttuminen
2) Päihdeongelman aktiivinen esilletuonti ja etsintä	- luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentuminen
3) Hyvä somaattinen ja psyykinen ensihoito	- varautuminen pähteiden aiheuttamiin myrkytystiloihin ja muihin akuutteihin vaaratilanteisiin
4) Asianmukaiset mittarit (esim. alkomittari) ja testit saatavilla	- huumeiden ja alkoholin vaikutus erotusdiagnostiikassa helpommin huomioitavissa
5) Hoitopaikalla ympärivuorokautinen kattausuhoito mahdollisuus	- potilaan tilan tarkkailu, tarkoituksenmukainen lääkehoito ja seuranta turvattu
6) Hoitopaikan johto koulutettu ja motivoitunut päihdeongelmaisen potilaan hoitoon	- asennoituminen päihdepotilaaseen, kokonaisvaltainen, moralisoimaton hoito-ote
7) Päihdepsykiatrian konsultointimahdollisuus	- yhteistyön joustavuus ja viiveettömyys
8) Tuntemus päihdehuollon erityishoitoa tarjoavista tahoista	- saumaton yhteistyö erityisasiantuntemusalueiden välillä jatkohoidon suunnittelussa – hoitovastuu potilaasta kannetaan yhdessä
9) Jatkohoidon järjestäminen yhteistyössä perusterveydenhuollon ja päihdehuollon erityishoidon välillä	- seuranta ja jatkuva tuki – uhkana hoitoketjun katkeaminen laitoksesta kotiutuessa
10) Yhteistyöverkostot päihdetyötä tekeviin järjestöihin kunnossa	- toimintaperiaatteiden tunteminen ja tunnistaminen
11) Pitkälle alkoholisoituneiden potilaiden sosiaaliturva	- syrjäytymisen estäminen, työkyvyn objektiivinen arviointi, laitoshoidon mahdollisuus

Kuten Eskolakin (2003, 202) toteaa, harva päihdehoitotyön yksikkö ylittää kaikilla sektoreilla edellä kuvattuihin laatuksiteereihin. Laaja ja ennakkoluuloton yhteistyö on avain sille, että kukin potilas tulee kohdatuksi yksilöllisesti ja että hoitoa toteutetaan tarkoituksenmukaisesti niin taloudellisista kuin inhimillisistä lähtökohdista.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen yhteisen kuntaliiton suosituksena on, että kuntien tulee laatia oma päihdestrategia osaksi kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Päihdestrategian julkaisemista puoltaa päihdehaittojen

ehkäisemisen, vähentämisen ja korjaamisen merkityksen tunnustaminen ja avoimen keskustelun herättäminen eri yhteistyötahojen välillä. Avoimella tiedonkululla on myös taloudellinen hyötynäkökulma. Kuntalaisten saadessa tietoa ja tukea päihdeasioissa, he voivat toimia aloitteellisesti ja vastuullisesti yhteisen hyvinvoinnin edistämiseksi.

Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomuksessa Sosiaali- ja terveystoimen strategiset tavoitteet keskittyvät yksilön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Ehkäistään syrjäytymiskehitystä ja huolehditaan heikommassa asemassa olevista. Tuetaan yhteistoiminnallisuutta ja turvataan työskentely riittävällä resurssoinilla ja rekrytoinnilla. (Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2005, 42.)

Terveyskeskussairaalan perustehtäväksi määritellään hyvinvoinnin tuottaminen kaupunkilaisille. Sairaalan todetaan kehittävän jatkuvasti toimintaansa muuttuvissa olosuhteissa. Hyvinvointiselonteossa ongelmaksi myönnetään terveyskeskussairaalan jatkuva yli 100 %:n kuormitus. (Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2005, 71.) Näissä olosuhteissa strategisten tavoitteiden saavuttaminen ei ole realistista. Terveyskeskussairaalaan tarvitaan lisää sekä taloudellisia että henkilöstöresursseja ennen kuin kehittämistyötä voidaan tuoksellisesti toteuttaa.

Hyvinvointiselonteossa tuodaan esille päihdepalveluiden tarpeen kasvu. Samalla myönnetään, että alkoholin käyttäjien palveluntarpeeseen vastaaminen on vaikeutunut. Selonteossa kerrotaan lisääntyneeseen palveluntarpeeseen vastattavan porrastamalla palveluita perus- ja erityispalveluiden välillä. (Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2005, 77.) Käytännössä jonot kasvavat, jatkohoitoon ohjaaminen takkuu ja hoitoalan henkilöstö väsy työtaakan alla.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ja selvityksessä oli törmätty samoihin ongelmiin kuin tämän opinnäytetyön kyselyssä: toimintaa hankaloittavat resurssipula, yhteistyön riittämättömyys eri toimipisteiden välillä sekä raha. Riittävän pitkiin hoitajaksoihin ei ole ollut mahdollisuutta. Kuten myös tässä opinnäytetyössä ilmeni, terveyskeskussairaalassa hoidon tarkoituksenmukaista toteuttamista

hankaloittaa myös paine lyhyisiin hoitajaksoihin ja nopeaan vaihtuvuuteen. Tämän tutkimuksen perusteella suositamme päihdepotilaan hoitotyön ohjeistuksen laatimista sekä koulutustarjonnan lisäämistä Jyväskylän kaupungin terveystieteidenkeskussairaalaan. Opinnäytetyömme tulosten pohjalta suunnitellamme ja toteutamme käytännön ”työvälineen” päihdepotilaan hoidon tueksi sekä suosittelemme päihdehoitajan toimen perustamista terveystieteidenkeskussairaalaan.

7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Jotta tutkimustuloksilla olisi käyttöarvoa, on tutkimuksen luotettavuutta arvioitava. Arvioinnin avulla saadaan selville tutkimuksen ja tulosten totuudenmukaisuus. Käytämme tämän opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteerejä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129). Nämä kriteerit ovat ohjanneet tutkimuseettisiä valintoja sekä luotettavuuden takuusta kautta opinnäytetyömme suunnittelun ja toteutuksen.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden avainasemassa ovat tutkijat itse ja luotettavuuden arvioijana toimii lukija. Tästä syystä tutkimuksen selkeä raportointi on tärkeää luotettavuuden osoittamiseksi. Arviointi koskee koko työprosessia aiheen syntymisestä raportointiin. (Hirsjärvi ym. 2000, 213-215; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaan, mikä mahdollistaa tutkimusprosessin joustavan etenemisen olosuhteiden mukaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 160).

Ensimmäisenä kriteerinä käsittelemme *uskottavuutta (credibility)*, jonka arviointi toteutetaan raporttia tarkastelemalla. Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus on laaja, koska halusimme antaa kattavan kokonaiskuvan aiheesta. Lähdemateriaalia oli saatavilla erittäin paljon, minkä vuoksi kriittisyys teoreettisen kirjallisuuden valinnassa korostui. Lähdeaineistosta muodostui edustava: lähteet ovat tuoreita ja tieteellisen tiedon kriteerit täyttäviä.

Ennen opinnäytetyön aloitusta kävimme haastattelemassa kahta eri ammattihenkilöä, jotka työskentelevät päihdepotilaiden kanssa. Toinen haastateltavis-

ta työskenteli Päihdesäätiöllä sairaanhoitajana, ja toinen Kangasvuoren sairaalassa mielenterveyshoitajana. Näitä haastatteluaineistoja ei käytetty lähteenä tässä työssä, vaan kyse oli omasta perehtymisestämme päihdepotilaiden hoitoon.

Laatimamme kyselylomake osoitti tarkoituksenmukaisuutensa saadessamme lomakkeet täytettyinä takaisin. Kyselylomakkeiden esitestauksesta jouduttiin aikataulullisista syistä luopumaan, mikä on saattanut vaikuttaa heikentävästi kyselyn luotettavuuteen. Ylihoitaja halusi itse toimittaa kyselylomakkeet osastoille, jolloin emme itse olleet ohjeistamassa vastaajia lomakkeen täytön suhteen. Vastaajat olivat kuitenkin ymmärtäneet kysymykset hyvin ja myös vastanneet siihen mitä kysyttiin. Kyselylomake oli hyväksytty opinnäytetyön ohjaajalla sekä organisaation ylihoitajalla, joilta saimme myönteistä palautetta kysymysten asettelusta ja selkeydestä. Kyselylomakkeen toimivuudesta kertoo myös hyvä vastausprosentti.

Teoriatiedosta ja aikaisemmista tutkimuksista ilmi tulleet aihealueet ohjasivat kyselylomakkeen suunnittelua ja laadintaa. Kysymysten asettelulla oli tarkoitus kartoittaa kokonaiskuvaa aiheesta: mitä kokemuksia (lähtökohdat) ja menetelmiä (nykytilanne) hoitotyöntekijöillä on tällä hetkellä käytössä ja mitä toiveita he esittävät päihdehoitotyön kehittämiseksi (tulevaisuus).

Vastaajat osallistuivat vapaaehtoisesti kyselyyn, ja näin ollen heidän vastauksiaan voidaan pitää luotettavina; heitä ei pakotettu osallistumaan, jolloin motivaatio vastauksiin syntyy omasta halusta.

Luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistujat vastasivat kyselyyn itsenäisesti. Näin anonymiteetti säilyi ja jokainen pystyi rehellisesti kertomaan omista ajatuksistaan päihdepotilaiden hoidosta. Valitsemalla kyselylomakkeen, varmistimme myös sen, että jokainen joka haluaa, saa äänensä kuuluviin niin, ettei tarvitse pelätä toisten mielipiteitä. Luotettavuutta lisää myös vastaajien pitkä työkokemus, joka oli keskimäärin yli 17 vuotta. Toisaalta voidaan pohtia, kuinka paljon kokemuksen myötä tulleet asenteet, ovat vaikuttaneet vastauksiin. Vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, jos osallistujilla olisi ollut lyhyt työkokemus. Koska aihe oli meille tuttu, pystyimme myös itse arvioimaan

vastausten todenmukaisuutta heijastamalla niitä omiin kokemuksiimme. Samaistuminen vastauksiin oli helppoa, joten näin ollen vastauksen ovat mielestämme totuudenmukaisia. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007)

Yksi sisällönanalyysin haaste ja arvioitava kohde on se, kuinka pystyimme pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti aineistoamme. Tärkeää luotettavuuden kannalta on, että pystymme selvästi osoittamaan tehtyjen tulosten sekä aineiston välisen yhteyden. Vastasimme tähän haasteeseen käyttämällä runsaasti lainauksia aineistosta. Näin lukija pystyy seuraamaan mistä päätelmämme ovat syntyneet sekä toteamaan aineiston ja tulosten yhtenäisyyden. Luotettavuutta lisää myös se, että käsitelimme aineiston ensin kumpikin tutkija tahollaan. Vasta tämän jälkeen kokosimme havainnot yhteen. Näin analyysiin tuli kaksi eri näkökulmaa, jotka vahvistivat toisiaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 37-38; Hirsjärvi ym. 2000, 213-215.)

Olimme varanneet tutkimusprosessille aikaa syyskuusta 2007 toukokuuhun 2008. Käytimme runsaasti aikaa teoreettisen taustan rakentamiseen ja tutkimusprosessin suunnitteluun, minkä vuoksi jouduimme tutkimuksen loppuvaiheessa tiivistämään aikataulua. Tämä saattaa vaikuttaa heikentävästi tutkimustulosten analyysin ja synteessin syvyyteen. Koemme, että oivalsimme tärkeät asiat aineistosta ja saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin, mikä tukee tutkimuksen kokonaisluotettavuutta.

Vahvistettavuus (dependability) käy ilmi tutkimusraportista. Olemme raportoineet tutkimuksen tarkoituksen ja motiivin sekä aineistonkeruuprosessin, jotta lukijalla on mahdollisuus ymmärtää tutkimuksen kulkua sekä tekemiämme valintoja. Olemme myös esittäneet esimerkin tutkimustulosten analysoinnista, joka lisää lukijan ymmärrystä siitä kuinka tutkimustuloksiin on päädytty. Vahvistettavuus on osittain ongelmallinen kriteeri laadullisessa tutkimuksessa, koska ulkopuolinen tutkija ei välttämättä päädy samankaltaisiin tulkintoihin vaikka aineisto olisi sama. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessa vahvistettavuus kävi selvästi ilmi, koska tutkijoita oli kaksi, ja kumpikin päätyivät samantyyppisiin johtopäätöksiin aineistosta.

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkijat ovat tietoisia omista lähtökohdistaan tutkijoina. Näiden lähtökohtien vaikutuksen ymmärtäminen tutkimusvaiheissa on otettava huomioon. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessa kummallakin tutkijalla oli jo aiempaa kokemusta päihdepotilaiden hoidosta sekä omat käsityksensä sen toteutumisesta/toteutumatta jäämisestä. Tästähän tutkimus lähti liikkeelle. Janhosen & Nikosen (2001) mukaan tutkijan ja tiedon antajan yhteinen kieli varmentavat tutkimuksen luotettavuutta. Näin ollen myös tutkimuksessa käytetyt käsitteet ovat sekä tutkijoiden ja tutkittavien osalta yhteisesti ymmärrettäviä.

Viimeisenä luotettavuuden kriteerinä toimii *siirrettävyys (transferability)*, joka arvioi tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimustulokset kuvaavat tämän tietyn organisaation käsitystä siitä, kuinka päihdepotilaiden hoitoa tulisi kehittää. Tutkimustuloksista voi saada ideoita sekä ajatuksia vastaavanlaiseen työhön, mutta ne eivät ole suoraan siirrettävissä.

Olemme kuvanneet tutkimusprosessin sekä tuoneet ilmi luotettavuuteen vaikuttavat tekijät. Olemme myös rehellisesti raportoineet luotettavuutta heikentävät tekijät, jotta lukija pystyy tekemään päätelmänsä tämän tutkimuksen luotettavuudesta.

7.3 Hoidon kehittämishaasteet tulevaisuudessa

Päihteiden käytön - joista alkoholi on edelleen hallitsevassa asemassa - edelleen lisääntyessä, haasteet päihdepalvelujen kehittämiseksi tulevat kasvamaan ja perusterveydenhuollon merkitys päihdeongelmaisten hoidossa korostuu. Erityispalvelujärjestelmää ei voida loputtomasti laajentaa - vaikka siihen tarvetta olisikin. Tämä merkitsee sekä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen tarvetta, jotta perusterveydenhuolto pystyisi tähän haasteeseen vastaamaan. Päihdeongelmien lisääntyessä myös muut niistä aiheutuvat somaattiset sairaudet, tulevat lisääntymään. Myös tämä vaatii resursseja, jotta nopea hoitoon pääsy hoitotakuun mukaisesti olisi mahdollista.

Moniammatilliseen ja pitkäjänteiseen verkostotyöhön tulisi panostaa yhä enemmän. Lisäksi työntekijöiden riittävydestä ja jaksamisesta huolehtiminen on hyvin olennaista. Perusterveydenhoidon sekä muiden päihdepalveluihin liittyvien työntekijöiden koulutus päihdeongelmaisten hoitoon on edellytys hoidon laadukkaalle toteutumiselle.

Kehittämishaasteita päihdepalveluissa ovat myös ehkäisevä päihdetyö, päihdehoitopalvelujen saatavuuden varmistaminen ja päihdehoitotyön laadun kehittäminen. Kehittämistyön edellytyksenä on hoitojärjestelmän organisoinnin tehostaminen. Päihdeongelman dynamiikkaa ei tunneta tarpeeksi, jolloin valitsevat asenteet ja päihdehoitotyön resurssointi muodostuvat hoidon laadun kehittämisen esteiksi. (Inkinen ym. 2003, 230; Havio ym. 2008, 233.)

Tulee miettiä mahdollisia muutoksia ja kehityssuuntia, joilla palveluja sekä niiden saantia voitaisiin parantaa. Kuntien tulisikin huomioida tämä päihdestrategioissaan. Lisäksi tullaan tarvitsemaan seudullista yhteistyötä päihdepalvelujen riittävyyden takaamiseksi.

Päihdepalveluiden tehostetun tarjonnan on todettu selvästi alentaneen terveydenhuollon kustannuksia, lisänneen hyvinvointia sekä vähentäneen hoidon tarvetta. Asianmukaisilla päihdepalveluilla ja oikein kohdistetulla hoidolla on onnistuttu vaikuttamaan alkoholin kulutukseen, terveydentilaan ja potilaiden sosiaalisiin ongelmiin. Tutkimus on osoittanut päihdeongelmien hoidon tuloksellisuuden. Hoitosuhteen laadullisten ominaisuuksien on todettu olevan yhteydessä potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja selviytymiseen – jopa hoidollista viitekehystä korostetummin. (Päihdepalveluiden laatusuositus 2004, 52-53.) Nämä argumentit tarjoavat perustelut päihdeongelmien hoitomenetelmien jatkuvalla kehittämistarpeelle ja tukevat päihdeongelmien hoidon mielekkyyttä.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2001. Prevalence and brief of heavy drinkers in primary health care: Lahti project study. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, lääketieteen laitos.
- Alkoholiohjelma 2004-2007. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. Valtakunnallinen Mini-interventio Projekti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Behm, M., Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 2007. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa – alkoholin suurkulutus hoitotyön haasteena. Sairaanhoidaja Vol. 80, no 6-7/07, 27-30.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Eskola, K. 2003. Päihdeongelmaisen hoitopaikan laatuksiteerit. Teoksessa Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa, K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 200-202.
- Halonen, P. & Paakeli-Kurronen, P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhuolto-osastolla – asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Hautala, L. 2002. Kuvaileva survey-tutkimus strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Teoksessa Hoitotieteellisen tutkimuksen metodisia pohdintoja. Toim. S. Salanterä & T. Tuominen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, sarja A40, 27-52.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helander, K. & Kuusela, A. 2006. Psykiatrisen hoitotyön mystiikka on kadonnut. Ei se niin kummallista olekaan. Tutkimus opiskelijoiden asenteista psykiatrista hoitotyötä kohtaa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.
- Hirsjärvi, S., Liikkanen, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 1995. Tutkimus ja sen raportointi. 4.-6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Hurme, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu laitos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Holmberg, N. 2003. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 212-219.

- Huttunen, M. 2007. Juoppohulluus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 21.4.2007. Viitattu 9.3.2008.
[Http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Sekavuustila%20\(delirium\)&p_artikkeli=dlk00376&p_teos=dlk](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Sekavuustila%20(delirium)&p_artikkeli=dlk00376&p_teos=dlk), Terveysportti.
- Hännikäinen-Uutela, A-L. 2004. Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies on education, psychology and social research 252.
- Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen T. 2003. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Juntunen, M. & Keski-Pere, P. 2006. Putkasta päihdehoitoon. Asiakkaiden kokemuksia sairaanhoitajan läsnäolosta, hoitointerventiosta ja hoitoonohjauksesta Jyväskylän poliisivankilassa. Opinnäytetyö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.
- Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2005. Hyvinvoinnin kuva ja suunta. Julkaistu 21.8.2006. Viitattu 13.5.2008.
[Http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/6768_hyvinvointikertomus_2005.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/6768_hyvinvointikertomus_2005.pdf), Jyväskylän kaupunki.
- Karppinen, A. 2006. Päihdesairaanhoitajan rooli sairaalassa. Päihdepäivät 13.-14.10.2006, Jyväskylä. Julkaistu 15.10.2006. Viitattu 13.5.2008.
[Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/asiantuntijatyoryhmat/paihdehoitoty/toimintamallit_kaytannoiksi/?x51387=16320](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/asiantuntijatyoryhmat/paihdehoitoty/toimintamallit_kaytannoiksi/?x51387=16320), Toimintamallit käytännöiksi, Sairaanhoitajaliitto.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede Vol. 14, no 5/02.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen kuntaliitto. Stakes. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito-suositus 2005. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Duodecim 2005; 121: 788-803. Viitattu 18.2.2008. [Http://www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/).

Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö Vol. 2, no 1.

Lahti, H. 2007. Kiire syö hoidon eettisyyttä. Sairaanhoidaja no 5/07.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja No 4/2006, 6-8. Viitattu 1.2.2008.

[Http://www.ppshp.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988](http://www.ppshp.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988).

Lahden kaupungin päihdestrategia. Viitattu 16.5.2008.

[Http://www.lahdentietotekniikka.fi/www/images.nsf/files/766717A6BD58DD73C2256F2C001DADC2/\\$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia.pdf](http://www.lahdentietotekniikka.fi/www/images.nsf/files/766717A6BD58DD73C2256F2C001DADC2/$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia.pdf).

Laitinen & Mäkelä 2003. Katkaisuhuolto. Teoksessa Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 203-211.

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

Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Lääketieteen etiikka. 2007. Viitattu 1.3.2008.

[Http://fi.wikipedia.org/wiki/L%C3%A4%C3%A4ketieteen_etiikka](http://fi.wikipedia.org/wiki/L%C3%A4%C3%A4ketieteen_etiikka), Wikipedia.

Lääketieteentermit. 2007. Duodecim Oy. Viitattu 25.2.2008.

[Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), Kirjasto, Terveysportti.

Manninen, A-M. & Ovaska, M. 2004. Sairaanhoidajien kokemuksia alkoholiperäisten haimatulehduspotilaiden ohjauksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Mellin, N., Vihmo, J. & Österberg, E. 2006. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Raportti 10/2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä Studies in Humanities 66. Jyväskylä University Printing House.

Mäkelä, R. 2003. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 192-199.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

- Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Koulutus ja tiedepolitiikan osasto. Yliopistopaino.
- Peltovuoma, S., Varamäki, R., Koponen, J. 2006. Suomalaisten alkoholi-asianteet. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 8/2006.
- Piispa, M., Kujasalo, A., Laari, L., Lindeberg, M., Opari, P., Tella, S. & Varamäki R. Päihdebarometri 2007: Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveydenedistämisen keskuksen julkaisu 5/07.
- Pirskanen, M. Nuorten päihdeettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisu- ja E. Yhteiskuntatieteet 140. Kuopio: Kopijyvä.
- Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Päihdeläketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 76-82.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In Search How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist Vol. 47, no 9, 1102-1114. Viitattu 16.5.2008.
[Http://www.unm.edu/~werder/pages/552readings/Reading8.pdf](http://www.unm.edu/~werder/pages/552readings/Reading8.pdf).
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 1.3.2008.
[Http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki), Lainsäädäntö, Finlex.
- Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 2002:3. Helsinki.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: Alkoholi ja huumeet. Stakes. Vaajakoski: Gummeruksen kirjapaino.
- Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Rutanen, S. & Tenosalmi-Vänskä, M. 2002. Katkaisu ei ole ratkaisu mutta se on alku – päihdeidenkäyttäjän motivoimisesta ja hoitoon sitoutumisesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, terveysalan koulutusohjelma.
- Seppä, K. 2003. Mini-interventio. Teoksessa Päihdeläketiede. 2. uudistettu painos. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 65-67.
- Seppänen, J. 2006. Selvästi juovuksissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Tamminen, M. 2000. Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihdeidenkäytön lopettamisesta. Stakes. Raportteja 247. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Välilä, M. & Välimaa, S. 2006. Kirkkain silmin tulevaisuuteen: ikääntyvien ihmisten alkoholiongelman havaitseminen ja ongelmaan puuttumisen mahdollisuudet työntekijöiden kuvaamana. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Liite 1.

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

PÄIHDEPOTILAS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA (työnimi)

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalassa. Kuvaamme hoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä aikaisempaan tutkimustietoon perustuen. Kartoitamme taustalla vaikuttavia asenteita, olemassa olevia resursseja sekä mahdollisuuksia hoitomenetelmien kehittämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda terveyskeskussairaalaan uusi konkreettinen työväline päihdepotilaiden hoitotyön tueksi.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Tutkimuksen ajallinen eteneminen:

Syys-lokakuukuu 2007

- Aiheanalyysi, työsuunnitelma ja opinnäytetyöseminaari
- Tutkimustietoon perehtyminen
- Aihe-suunnitelman esitys
- Yhteistyöpalaveri

Lokakuu 2007 – Helmikuu 2008

- Esiselvitykset, asiantuntijahaastattelut
- Tutkimussuunnitelman kirjoittaminen
- Menetelmän valinta

Maalis-huhtikuu 2008

- Yhteistyösopimuksen allekirjoittaminen
- Saatekirjeen laadinta
- Laadullisen avoimen itseohjatun kyselyn valmistelu ja esitestaus
- Toteutuksen organisointi ja alustustilaisuudet kohdeorganisaatiossa
- Tutkimuksen toteutus
- Aineiston analyysi
- Teoriatekstin syventäminen
- Työvälineen ideointi ja kehittäminen (koko prosessin ajan)



Toukokuu

- Tekstin viimeistely ja tutkimuksen pohdintaosuus
- Kypsyysnäyte
- Opinnäytetyön luovutus 19.5.2008
- Opinnäytetyön ja tutkimuksen tulosten esittely (presentaatio)
- Käytännön kehittämissuunnitelman sekä työvälineen esittely ja käyttöönotto osastoilla

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Opinnäytetyöntekijöinä sitoudumme tekemään opinnäytetyön valmiiksi sovittuun ajankohtaan mennessä sekä raportoimaan sen tuloksista kohdeyksikössä.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

10.3.2008 Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.

Ohjaava opettaja

Virpi Kemppainen



JYVÄSKYLÄN

AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Opinnäytetyöryhmä

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Jyväskylän terveyskeskussairaala.

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

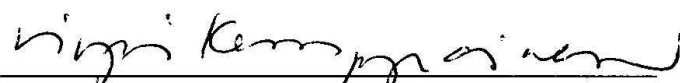
- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

Paikka ja aika 27.3.2008

27.3.2008





Yhteistyötaho

Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 27.3.2008





Opinnäytetyön tekijä

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot

KAISA KAASALAINEN

Tavinte 11B 25

40400 JKL

kaisa.kaasalainen^{ph}@jamk.fi
p. 040-7573189

Yhteystiedot

SILJA SULIN

Letkatie 7 B 34, 40700 JKL

Silja.Sulin.shein@jamk.fi

puh. 050 5536 756



Suorittaessani/suorittaessamme tutkimusta/selvitystä

Oppilaitos Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Oppiaine Hoitotyö

Tutkimuksen ohjaaja Virpi Kemppainen

Tutkimuksen/selvityksen nimi Päihdepotilaiden terveystalvelkeskuksessa - hoito- ja kehittämisen

Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimuspaikka Jyväskylän kaupunki - g:n terveystalvelkeskuksessa

sitoudun siihen, että en käytä sen yhteydessä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta saamiani tietoja muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksen/selvityksen tekemiseen enkä anna salassapidettäviä tietoja muille henkilöille.

Tutkimuksen/selvityksen tekijä/tekijät:

Silja Salin
Nimi

Kaisa Kaasalainen
Nimi

opiskelija
Ammatti

opiskelija
Ammatti

Lehtokatu 7B, 34
Osoite

Tammi 11 B 25
Osoite

40700 Jyväskylä
Puhelinnumero

40700 UKK
Puhelinnumero

050 5936 756
Allekirjoitus

040 757 31 80
Allekirjoitus

Silja Salin
Allekirjoitus

KAISA KAASALAINEN
Allekirjoitus

Todistavat:

Paula Pyhälä - Liigesjärven puolesta
Nimi

Paula Pyhälä - Liigesjärven puolesta
Nimi

Osoite

Osoite

Jyväskylässä 28.13.2008

Hyväksynyt

Liite 2.

PÄIHDEPOTILAS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA Hoidon Kehittäminen

Hyvä vastaaja,

Päihdehoitotyön kehittämisen tarve perusterveydenhuollossa oli tullut ajankohtaiseksi erikoissairaanhoidon ja avohoidon palveluiden uudelleen organisoidessa toimintaansa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten myötä päihde- ja mielenterveysongelmien hoito nähdään entistä selkeämmin myös osana perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden ammattiosaamista. Tämä asettaa uudenlaisia haasteita päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi.

Olemme hoitotyön opiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta *Päihdepotilas terveyskeskussairaala – hoidon kehittäminen*. Oheisen kyselyn avulla selvitetään hoitohenkilökunnan toiveita ja ehdotuksia päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi terveyskeskussairaalaan. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda terveyskeskussairaalaan uusi konkreettinen työväline päihdepotilaiden hoitotyön tueksi. Vastaamalla lomakkeen kyselyyn olet mukana kehittämässä päihdepotilaiden hoitoa terveyskeskussairaalaan.

Kysely toteutetaan Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalaan neljällä (4) eri osastolla ja siihen osallistuu hoitotyöntekijöitä moniammatillisesti eri ammattiryhmistä (lähi/perus- ja sairaanhoitajat, osastonlääkärit, fysioterapeutit, sosiaalihoitajat ja toimintaterapeutit).

Kyselylomake käsittää avoimia kysymyksiä, joihin vastataan pienimuotoisin esseevastauksin. Vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, mutta on toivottavaa. Antamasi vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Vastausaika on kaksi (2) viikkoa. Vastaukset palautetaan kullakin osastolla nimettöminä suljettuun vastauslaatikkoon 18.4.2008 mennessä.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä ja esitellään keskustelutilaisuudessa yhteistyötahoille toukokuussa 2008.

Yhteistyöterveisin

Jyväskylässä 1.4.2008

Kaisa Kaasalainen

Opinnäytetyön tekijä
Kaisa Kaasalainen

Silja Sulin

Opinnäytetyön tekijä
Silja Sulin

Yhteystiedot
puh. 040 757 3189
kaisa.kaasalainen.sho@jamk.fi
Tavintie 11 B 25
40400 Jyväskylä

Yhteystiedot
puh. 050 593 6756
silja.sulin.sho@jamk.fi
Letkutie 7 B 34
40700 Jyväskylä

Liite 4. Sisällönanalyysi: Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

2. Mitä hoitomenetelmiä käytät työskennellessäsi päihdepotilaan kanssa ja miten arvioit niiden tarkoituksenmukaisuutta?			
Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Alkoholin käyttäjille (tulohaastattelu) annan Audit-kyselyn, jonka he halutessaan voivat täyttää. Tulokset tarkistan aina potilaan kanssa yhdessä ja keskustelemme niistä. Mielestäni on tärkeintä että asia otetaan aina puheeksi.	Audit-kysely Puheeksi otto	Erilaiset testit ja mittarit	TIEDON KERÄÄMINEN
Pyrimme tekemään tulohaastattelun potilaan tullessa osastolle ja siinä on myös kohta, johon merkitsemme hänen vastauksensa päihteiden ja tupakan käytöstä.	Tulohaastattelu	Vuorovaikutus	
Otan esille melko rohkeasti ko. ongelman. Kysyn paljonko käyttää? Haluaako edelleen käyttää? Usein kysyn miksi käyttää?	Tunnusteleva puhe		
Haastattelun ja kuuntelen.	Keskustelu		

2. Mitä hoitomenetelmiä käytät työskennellessäsi päihdepotilaan kanssa ja miten arvioit niiden tarkoituksenmukaisuutta?

Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Keskustelen, kyselen sekä annan potilaan itse kertoa avoimesti asioistaan, mielestäni sillä pääsee parhaiten lähelle potilasta. Potilas kertoo oma-aloitteisesti usein sen mitä haluaa tuoda esiin.</p>	<p>Avoimuus Tasavertaisuus</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>HOITOSUHTEEN RAKENTAMINEN</p>
<p>Pyrin kannustamaan, jos nään asiakkaan haluavan itse päästä kuiville.</p>	<p>Kannustaminen</p>	<p>Yhteistyö</p>	
<p>Pyrin saamaan potilaan luottamuksen. Kerron potilaalle että sinä vastaat omista asioistasi ja otat vastuun itsestäsi, minä kerron vaihtoehdot</p>	<p>Luottamuksen syntyminen Vastuunjako</p>		