

The Diak logo consists of the word "Diak" in a bold, sans-serif font. The letter "i" has a small white crossbar, and the letter "k" has a small white crossbar. The logo is positioned in the upper right corner of the page.

Pauliina Anttila
Ditte Korpi-Kokko
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutus
Sairaanhoitaja (YAMK)
Opinnäytetyö, 2019

”KOTIIN KUN JALAT KANTAA”

**Päihteiden käytön puheeksioton edistäminen Malmin ja
Haartmanin yhteispäivystyksissä**

TIIVISTELMÄ

Anttila Pauliina & Korpi-Kokko Ditte

”Kotiin kun jalat kantaa” – päihteiden käytön puheeksioton edistäminen Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä

76 s., 3 liitettä

Syksy 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutus

Sairaanhoitaja (YAMK)

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päihteiden käytön puheeksioton toteutumista Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä hoitohenkilökunnan kokemana sekä selvittää millä toimenpiteillä puheeksiottoa voitaisiin edistää ja helpottaa kyseisissä työyksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mikä on päihteiden käytön puheeksioton tilanne keväällä 2019 sekä löytää keinoja, joita voidaan hyödyntää yhteispäivystysten päihdehoitotyön kehittämisessä puheeksioton edistämiseksi.

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli sähköinen Webropol-kysely. Kysely toteutettiin 8.-26.5.2019 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistui kahdesta organisaatiosta yhteensä 75 hoitajaa (n= 42 ja n= 33). Tutkimuksen keskeiset tulokset esitettiin taulukoin, kuvioin ja tekstinä.

Tutkimuksen tulokset vahvistivat tutkijoilla jo ennalta ollutta käsitystä puheeksioton haasteista ja toteutumisesta yhteispäivystyksissä. Näitä olivat kiireinen työympäristö, päihdepotilaiden kuormittavuus sekä hoitajien perehdytyksen puute puheeksiottoon ja riittämättömät resurssit sen toteuttamiseen. Nämä asiat korostuivat myös kyselyn vastauksissa. Yleisimmin päihteiden käytön puheeksiotto jäi toteutumatta ajan ja resurssien puutteen vuoksi. Erityisesti varhainen tunnistaminen vaikutti toteutuvan yhteispäivystyksissä huonosti. Puheeksiotto oli todennäköisempää, mikäli päihdeongelma oli selkeästi havaittavissa. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin aiheesta aiemmin tehdyt kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset.

Päivystyksessä työskentelevien tulisi jatkossa nähdä itsensä voimakkaammin terveyden edistäjinä. Tämä vaatii jatkuvaa ja systemaattista henkilöstön koulutusta, jotta puheeksiotosta tulee rutiinia ja päihteitä käyttävien potilaiden kohtaaminen on mahdollisimman yhdenmukaista.

Avainsanat: Audit-testi, puheeksiotto, päihdehoitotyö, päihteiden käyttö, yhteispäivystys

ABSTRACT

Anttila Pauliina & Korpi-Kokko Ditte

"Home when feet carries" – promotion of substance use intervention in Malmi and Haartman joint emergency departments

76 p., 3 appendices

December 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in the Promotion of Social Inclusion and Social Rehabilitation

Registered Nurse

The purpose of this study was to describe how intervention in substance use is put into practise among nursing staff in Malmi and Haartman joint emergency departments, Helsinki, Finland and how to promote and ease intervention in these units. The aim of the study was to produce information about the circumstances of intervention in spring 2019 and to find ways which could be beneficial when developing joint departments' substance abuse nursing to increase intervention.

The data collection method of this quantitative research was a Webropol -questionnaire, which took place between 8th and 26th May, 2019. Altogether there were 75 nurses (n= 42 and n= 33) from these two organisations, who participated. The main results are presented by tables, figures and text.

The results confirmed the researchers' expectations about intervention's challenges and how it is carried out in the joint emergency departments. These were busy work environment, stress caused by substance use patients, nurses' lack of familiarization and inadequate resources to do interventions. These themes highlighted also in the questionnaire. The lack of time and resources were the most common reasons why intervention was not done. Specially early intervention seemed to happen poorly. If substance use was clearly visible, intervention was more likely to happen. The results were similar to national and international studies about the subject.

Personnel working in the joint emergency departments should see themselves stronger as health promoters. This requires ongoing and systematic education in order that intervention becomes routine and facing the patients with substance use is as uniform as possible.

Keywords: Audit-test, intervention, joint emergency department, substance abuse nursing, substance use

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....	7
2.1 Päihdehoitotyötä ohjaavat lait ja suositukset.....	7
2.2 Toimenpiteet päihteiden käytön vähentämiseksi Helsingissä	10
2.3 Päihteiden käyttäjät Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä	12
2.4 Päihdehoitotyö	14
3 PÄIHITEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT HAITAT	16
3.1 Alkoholin ja huumeiden käyttö Suomessa.....	16
3.2 Haitat yksilölle	17
3.3 Haitat lähiympäristölle	21
3.4 Haitat yhteiskunnalle	23
4 PÄIHITEIDEN KÄYTÖN PUHEEKSIOTTO JA LYHYTNEUVONTA	27
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	30
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	31
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu.....	31
6.2 Kyselylomake ja aineiston analysointi	32
7 TULOKSET	35
7.1 Kyselyn toteutus ja tutkimukseen osallistujat	35
7.2 Päihteiden käytön puheeksioton toteutuminen yhteispäivystyksissä ..	36
7.3 Kehittämisehdotukset päihteiden käytön puheeksioton edistämiseksi	43
7.3.1 Hoitohenkilökunnan osaamisen lisääminen	43
7.3.2 Työympäristöön liittyvät tekijät	45
7.3.3 Organisaatioon liittyvät tekijät	46
8 POHDINTA	48
8.1 Tulosten pohdinta	48
8.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	52
8.3 Tutkimuksen hyötykäyttö.....	57
LÄHTEET.....	62

LIITE 1. Audit-testi	77
LIITE 2. Kysely hoitohenkilökunnalle päihdepotilaiden hoitotyöstä päivystyspoliklinikalla	79
LIITE 3. Saatekirje	82

1 JOHDANTO

Suomessa päihteisiin ja erityisesti alkoholiin liittyvät haitat ovat erittäin merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Virallisesti tilastoitu alkoholin kulutus on nelinkertaistunut Suomessa noin 40 vuodessa. Tästä johtuen myös alkoholista aiheutuvat sairaudet ja alkoholikuolleisuus ovat yleistyneet selvästi. Ongelmat painottuvat erityisesti työikäisiin, ja 2000-luvun puolivälissä alkoholista tulikin työikäisten miesten ja naisten yleisin kuolinsyy. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 92–93.) Viime vuosina alkoholikuolleisuus on vähentynyt ennen kaikkea nuoremmissä ikäryhmissä, mutta alkoholiin kuolleista suurin osa on edelleen työikäisiä. Yli 65-vuotiaiden osuus alkoholiin kuolleista on puolestaan kasvanut kymmenessä vuodessa 17 prosentista 37 prosenttiin. (Findikaattori. Terveys. Alkoholisyihin kuolleet.)

Alkoholin lisäksi on huomioitava myös muut päihteet. Vaikka Suomessa laittomien huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö on vähäisempää alkoholin käyttöön verrattuna, on se merkittävä ilmiö, jonka seuraukset näkyvät laajasti yhteiskunnassa (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 10). Huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia esiintyy koko maassa, mutta erityisesti ne ovat keskittyneet pääkaupunkiseudulle ja suurimpiin kaupunkeihin (Kauhanen ym. 2013, 94).

Valtakunnallinen tavoite on ollut jo vuosia vakiinnuttaa alkoholin käytön riskien arviointi osaksi terveydentilan arviointia kaikissa asiakaskontakteissa (Behm 2015, 1, 42). Myös akuuttihoidon yhteydessä tulee arvioida päihtyneen henkilön päihdehuollon tarve (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Mitä varhaisemmin pystytään puuttamaan ja tarjoamaan apua alkoholi- ja huumausaineongelmiin, sitä pienempi on hoidon tarve ja vakavien ongelmien riski (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Kuitenkin valtaosa alkoholia runsaasti käyttävistä jää edelleen tunnistamatta terveydenhuollossa. Sekä kansainvälisten että kansallisten tutkimusten (mm. Heikkilä 2012; Woolard 2011) mukaan alkoholin käytön puheeksiottamattomuutta perustellaan kiireellä tai ajatellaan sen olevan yksilön oma asia, tai sen katsotaan kuuluvan jonkun muun tehtäviin. Usein

puheeksiotto toteutuu vasta, kun ongelmat näkyvät jo päälle päin, jolloin asiaan on pakko puuttua. (Heikkilä & Markkula 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2015 Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman, jonka tavoitteena on, että sosiaali- ja terveystalveissa tunnistetaan alkoholin ja huumausaineiden käyttämiseen liittyvät riskit, ja että asiakasta osataan tukea riittävän varhaisessa vaiheessa. Toimintaohjelman mukaan yhtenä tavoitteena on myös toteuttaa systemaattisesti lyhytneuvontaa alkoholin riskikäytön ja huumausaineiden käytön vähentämiseksi sekä tarjota muita varhaisen avun menetelmiä käyttäjille sekä heidän läheisilleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Päivystysvastaanotoilla päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat yleinen ja ajankohtainen ilmiö. Suuri osa vammapotilaista, somaattisesti oireilevista ja mielenterveyspotilaista on humalassa hakeutuessaan hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kotimaisen tutkimustiedon perusteella joka viidennes asioi päivystyksessä päihtyneenä ja päivystyskäynneistä jopa reilu neljäsosa liittyy päihteiden käyttöön tai päihderiippuvuuteen. Lisäksi on arvioitu, että suurimpana yksittäisenä tulosyynä päivystysvastaanotoilla ovat päihteiden käytön terveysvaikutukset. (Kantonen ym. 2006.) Tästä syystä päivystysyksiköissä tulisi ottaa systemaattisesti päihteiden käyttö puheeksi, jolloin etenkin alkoholin riskikäyttäjät voidaan tunnistaa varhaisessa vaiheessa ennen riippuvuuden ja merkittävien haittojen syntyä (Warpenius, Markkula & Mäkelä 2018, 235). Helsingissä toteutettu Päivystyksestä hoitoon -projekti puuttui osana Terve Helsinki -hanketta Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä juuri tähän ongelmaan (Hellsten, Louhio, Kylmänen & Simoila 2012, 5). Tutkimuksessa selvitämme, kuinka päihteiden käytön puheeksiotto toteutuu lähes 10 vuotta projektin jälkeen näissä yksiköissä.

Päihteiden käytön puheeksiotolla tarkoitamme tässä työssä keskustelun avausta päihteiden käytöstä. Puheeksiottoa voi olla sekä varhainen puheeksiotto että päihteiden käytöstä kysyminen, kun viitteitä päihdeongelmasta on havaittavissa. Tarkoituksena on jatkossa helpottaa puheeksioton toteutumista näissä kiireisissä työympäristöissä. On erittäin tärkeää ymmärtää ja huomioida päivystystyön

luonne. Päivystyksessä hoitokontaktit ovat usein nopeita ja tilanteet vaihtuvia ja äkillisiä. Olisi kuitenkin sekä yksilöiden, yhteisöjen että yhteiskunnan etu, että päihteiden käytön puheeksiotto päivystyksissä toteutuisi. Se on myös potilaan oikeus (L 41/1986) sekä tutkimuksissa esiin tullut potilaiden oma toive, etenkin kun päihtymys tai päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat selvästi havaittavissa (Behm 2015, 139).

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

2.1 Päihdehoitotyötä ohjaavat lait ja suositukset

Päihdepalveluista ja päihteisiin liittyvistä ohjeistuksista säädetään useassa eri laissa ja asetuksessa (esimerkiksi Laki päihtyneiden käsittelystä L 461/1973 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä A 33/2008). Keskeisin laki on Päihdehuoltolaki (L 41/1986). Päihdehuoltolaissa säädetään päihderiippuvaisen palveluista. Sen mukaan kunnat ovat velvoitettuja järjestämään päihdehuollon palvelut laadultaan ja sisällöltään kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja sekä edistää paitsi ongelmakäyttäjän myös hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Laki edellyttää myös yhteistyötä päihdehuollon alalla työskentelevien viranomaisten ja yhteisöjen välillä.

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta. Terveyden edistämisellä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöihin kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen ja sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen. Käytännössä laki edellyttää kuntaa järjestämään päihdetyötä, jonka tarkoituksena on vahvistaa sekä yksilön että yhteisön päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä ja vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Terveydenhuoltolaissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluvat myös päihteistä johtuvien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut.

Sosiaalihuoltolaissa (L 1301/2014) säädetään sosiaalihuollon päihdetyöstä, johon kuuluu neuvonta ja ohjaus, päihteiden ongelmakäyttäjille ja heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut sosiaalihuollon erityispalvelut sekä

muut 14 §:n mukaiset päihteettömyyttä tukevat tai päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut. Lisäksi sosiaalihuoltolain mukaan raskaana oleva henkilö on oikeutettu saamaan välittömästi päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (L 523/2015) säättää tupakan, alkoholin, huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden aiheuttamien haittojen ehkäisystä yhteistyössä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimintaa, jolla vähennetään päihteiden käyttöä ja päihteiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja. Ehkäisevässä päihdetyössä on kiinnitettävä huomiota myös muille kuin päihteiden käyttäjille aiheutuviin haittoihin. Lain mukaan kunnan tulee edistää ehkäisevän päihdetyön toimia kunnan hallinnossa, erityisesti muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lakiin liittyen Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman, joka on työväline kuntien ja alueiden ehkäisevän päihdetyön piirissä työskenteleville sekä työtä kansallisesti tukeville toimijoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) todetaan, että jokaisella potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä ihmisarvoiseen kohteluun. Laadukas, hyvä hoito on sekä ammattilaisen velvollisuus että potilaan oikeus.

Lainsäädännön lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut päihdepalvelujen laatusuosituksen. Suosituksissa käydään läpi päihdepalveluiden lähtökohdat. Yksi lähtökohdista on, että päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain ja tarjotaan aktiivisesti apua, tietoa ja tukea. Näin tulee menetellä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa. Näissä yksiköissä työskentelevällä henkilöstöllä tulee olla perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kautta muodostunut riittävä ammattitaito päihdeongelman varhaiseen toteamiseen, puheeksiottoon, hoidon tarpeen arviointiin sekä päihdeasiakkaiden laadukkaaseen ammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa asiakastyötä tekeväälle henkilöstölle on järjestettävä päihdetyön täydennyskoulutusta

vähintään kaksi työpäivää viiden vuoden jaksolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Laatusuosituksen jälkeen on julkaistu Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, joka sisältää ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. Suunnitelman mukaan peruspalveluissa tulisi ottaa kattavasti käyttöön vaikuttavat mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävän työn, ehkäisyn sekä varhaisen tunnistamisen ja hoidon menetelmät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Suunnitelmat noudattavat Maailman terveysjärjestön WHO:n suosituksia (European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020). WHO:n toimintasuunnitelma sisältää kymmenen osa-aluetta, joihin kohdistamalla toimenpiteitä alkoholin haitallista käyttöä voidaan vähentää. Terveystieteiden osalta mainitaan etenkin alkoholin haitallisen käytön varhaisen tunnistamisen ja lyhytneuvonnan tärkeys perusterveydenhuollossa, päihevastaisuuspoliikkilinjalla ja sosiaalihuollossa. (World Health Organisation 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet terveydenhuollon ammattihenkilöille päihtyneen henkilön akuuttihoitosta. Ohjeen mukaan terveydenhuollon päihevastaisuuteen tuodun tai sinne hakeutuneen päihtyneen henkilön hoidon tarve tulee arvioida terveydenhuollossa. Tällöin tulee arvioida myös päihevastaisuuden tarve. Päihtymys ei saa estää arviointia tai hoidon järjestämistä. Se ei myöskään saa olla esteenä asianmukaiselle palvelulle ja kohtelulle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Sama todetaan myös tuoreessa Valtioneuvoston asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päihevastaisuuden erikoisalakohtaisista edellytyksistä (A 583/2017), joka on astunut voimaan 1.1.2018.

Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia ja riippumattomia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä annetaan hoitosuosituksia sekä alkoholi- että huumeriippuvaisen hoidosta. Suositusten mukaan alkoholiongelman yleisyys on tärkeää muistaa terveydenhuollon kaikissa hoitopaikoissa ja ongelmaa tulee myös aktiivisesti etsiä kaikista potilasryhmistä. Tärkeimmäksi alkoholin käyttöhäiriön diagnosointikeinoksi Käypä hoito -suositus nimeää puheeksioton. (Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Huumeiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämisessä ja huumeongelmien

hoidossa korostetaan ennakkoluulotonta, tuomitsematonta ja neutraalia asennetta (Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2018).

Ammattieettiset ohjeet antavat raamit myös päihdehoitotyölle. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen. Sairaanhoidajan tulee hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin riippumatta potilaan terveysongelmasta ja kohdella häntä lähimmäisenä. (Sairaanhoidajat. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet.) Myös lähihoitajan eettiset ohjeet edellyttävät jokaista ihmistä hoidettavan hyvin ja arvokkaasti ja kohdeltavan tasa-arvoisesti. Lähihoitajan tulee edistää terveyttä ja hoitaa sairaita, sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitää huolta apua tarvitsevista. (Superliitto. Työelämässä. Lähihoitajan työ. Etiikka hoitotyössä. Lähihoitajan eettiset ohjeet.)

2.2 Toimenpiteet päihteiden käytön vähentämiseksi Helsingissä

Helsingin kaupunki on viimeisen 10 vuoden aikana panostanut päihteiden käytön varhaiseen tunnistamiseen, puheeksiottoon ja jatkohoitoon ohjaukseen. Vuonna 2010 valmistui Helsinkiin vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma. Perusteena sen laatimiselle oli helsinkiläisten muuta maata runsaampi alkoholin käyttö ja sen aiheuttamat terveydelliset, sosiaaliset, taloudelliset ja yhteiskunnalliset haitat. (Helsingin kaupunki 2017.) Helsinkiläisten terveyserojen kaventamiseen tähdännyt Terve Helsinki -hanke toteutui ajalla 1.3.2009-31.12.2011. Hankkeen yhtenä osana oli Päivystyksestä hoitoon -projekti, jonka tavoitteena oli ennaltaehkäistä terveysriskejä, lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia puuttua haittoja aiheuttavaan päihteiden käyttöön ja edistää päivystyksessä asioivien potilaiden omaa tietoisuutta alkoholin käytöstä. Päivystyksestä hoitoon -projektissa Helsingin kaupungin päivystyssairaaloihin luotiin uusi toimintamalli alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi. Kaikille päivystyksissä asioiville jaettiin Audit-testejä (Alcohol Use Disorders Identification Test), henkilöstöä koulutettiin laajasti ja projektin aikana molempiin päivystyksiin, Malmille ja Haartmaniin, palkattiin päihdetyöntekijät. Projektissa sairaaloihin perustettiin myös päihdeyhdyshenkilöiden verkosto sekä koottiin erilliset

päihdekansiot päivystysten ja osastojen käyttöön. (Hellsten ym. 2012, 4–5, 8, 10, 20.)

Terve Helsinki -hankkeesta saadun aineiston pohjalta toteutettiin tutkimus, jossa selvitettiin, puuttuuko hoitohenkilökunta Helsingin kaupungin Haartmanin ja Malmin sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla sekä Selviämishoitoasemalla potilaiden päihteiden käyttöön ja millaisia keinoja ja valmiuksia hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaan kohtaamiseen. Tutkimuksessa ei eritelty toimipisteitä. Tutkimuksessa ilmeni, että suurin osa hoitohenkilökunnasta puuttui työssään potilaiden päihteiden käyttöön ja he, jotka eivät puuttuneet, perustelivat päätöstään potilaan motivaation puuttumisella ja työn kiireisellä luonteella. (Lahtinen & Lalla 2011, 5–6, 37.) Päinvastaiseen tulokseen on päädytty Vantaalla Peijaksen päivystyspoliklinikalla toteutetussa tutkimuksessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vain alle kymmenen prosenttia päihteitä käyttävistä potilaista sai päivystyspoliklinikalla päihteisiin liittyvää ohjausta tai neuvontaa. (Kantonen ym. 2006.)

Malmin päivystyspoliklinikalla selvitettiin vuonna 2011 hoitajien tekemää päihdehoitotyötä sekä päihdehoitajan roolia osana tätä työtä. Tulosten mukaan potilaan tila sekä päivystyksen olosuhteet, kuten kiire, vaikuttivat päihdehoitotyöhön ja päihteiden käytön puheeksiottoon. Päihdepotilaan hoito kokonaisuudessaan koettiin tutkimuksessa haasteelliseksi ja jatkohoitoapaikan järjestäminen toisinaan työlääksi. Päihdehoitotyön käytännön toteutus todettiin kirjavaksi ja hoitajan oman aktiivisuuden todettiin vaikuttavan päihdehoitopaikkojen yhteystietojen jakamiseen. Päihdetyöntekijältä odotettiin erityisesti neuvoja ja ohjeistuksia päihdepotilaiden sosiaalisiin kysymyksiin sekä apua jatkohoitoapaikkojen järjestämiseen. Kehittämisehdotuksina esitettiin päihdehoitotyön osaamisen kehittymisen tutkimista sekä päihdetyöntekijän hyödyllisyyden tutkimista suhteessa päihdepotilaiden saamaan apuun. (Nyman 2011, 49–51, 59.)

Audit-testin käyttöä on tutkittu Haartmanin päivystyspoliklinikalla 2014. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei Audit-testiä käytetty kovinkaan paljon. Yleisimmin testi tehtiin, kun tulosy viittasi päihteiden käyttöön, potilailla oli taustalla

päihteiden käyttöä tai ulkoiset tunnusmerkit viittasivat päihteiden käyttöön. Yleisimpiä syitä jättää testi tekemättä oli tutkimuksen mukaan kiire ja se, että testi koettiin hoitohenkilökunnan toimesta tarpeettomaksi. (Nylund & Siikanen 2014, 28–29.)

Malmin ja Haartmanin sairaalan työntekijöiden kokemuksia SATU-projektista selvitettiin vuonna 2017. SATU-toiminta on Tukikohta ry:n järjestämää kolmannen sektorin palvelua, ja se tarjoaa päihteitä käyttävien ja psyykkisesti oireilevien sairaalahoidon rinnalle motivoivaa palveluohjaus- ja tukitoimintaa. Tulosten mukaan SATU-projektilla on ollut tärkeä osuus uudenlaisen työmallin kehittäjänä asiakaslähtöisessä päihdetyössä. Asiantuntijoiden kokemukset ja käsitykset monitoimijaisesta yhteistyöstä olivat erittäin myönteisiä. Monitoimijaisen yhteistyön merkittävimmät kehittämisalueet yhdistyivät neljään avaintekijään: tiedottamiseen, asiakkaan näkökulman vahvistamiseen, verkoston dialogin lisäämiseen ja monitoimijaisen rajapintatyöskentelyn todentumiseen asiakkaan jatkohoidossa. Esiin tulleet ristiriidat osoittivat asenteiden ja informaatiokatkosten merkityksen työyhteisössä. Esimerkiksi SATU-projektin käyntikorttia annettiin potilaille, mikäli he vaikuttivat hoitajan mielestä hyötyvän tukipalveluista. Tulkintaa potilaan tarpeesta saatettiin tehdä potilaan puolesta kysymättä ja selvittämättä asiaa potilaalta. Tärkein johtopäätös tutkimuksessa oli monitoimijaisen yhteistyön edellytysten jatkokehittäminen sairaalan sisäisessä kehittämis- ja suunnittelutyössä, jotta päihde- ja mielenterveyspotilaat saavat mahdollisuuden hyötyä asiantuntijapalveluista oikea-aikaisesti ja kokemuksellisesti myönteisellä tavalla. (Puumalainen 2017, 68–70, 76–77.)

2.3 Päihteiden käyttäjät Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä

Tutkimusympäristön muodostavat HUS Akuutin Malmin ja Haartmanin yhteispäivystykset, joissa hoidetaan ensisijaisesti 16 vuotta täyttäneitä akuutisti sairastuneita helsinkiläisiä. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevat kansalaiset hoidetaan asuinpaikasta riippumatta. Malmin ja Haartmanin sairaaloiden yhteispäivystyksissä toimii sekä erikoissairaanhoidon päivystys että terveyskeskuspäivystys. (Hus. Sairaanhoido. Sairaalat. Malmin sairaala.)

Erikoissairaanhoidon alaisuudessa toimii sisätauti- ja psykiatrian päivystys. Terveyskeskuspäivystykseen kuuluu myös perustason kirurgian päivystys eli pientraumapäivystys. Molemmissa päivystyksissä on viime vuosina panostettu moniammatillisuuteen: sekä Malmilla että Haartmanissa on fysioterapeutin, kotiutushoitajan, päihdesairaanhoidajan ja sosiaalityöntekijän palvelut saatavilla.

Yhteispäivystysten potilasmäärät ovat suuria, noin 90 000 potilasta/vuosi/päivystys (Valvira. Ajankohtaista. Uutiset ja tiedotteet. 2017. Terveydenhuolto). Päähteet muodostavat keskeisen haasteen päivystyksille, sillä suuri osa potilaista on päihtynyt hakeutuessaan hoitoon. Päihtyneiden potilaiden määrä on myös koko ajan lisääntymässä. Lisäksi osa päihtyneistä on yhä moniongelmaisempia. (Innanen & Tuominen 2019, 1.) Potilaiden ja asiakkaiden vaatimukset ja häiriökäyttäytyminen ovat yleistyneet. Näistä aiheutuu paitsi henkilöstölle myös potilaille päivittäisiä turvallisuuteen liittyviä riskitilanteita sekä henkilökunnan kuormittumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Malmin ja Haartmanin sairaaloiden yhteispäivystyksissä päihteiden käyttö ilmenee erityisesti akuutteina oireenmukaisina hoitotilanteina. Potilas voi hakeutua hoitoon joko itse, omaisen tuomana tai viranomaisen toimesta. Yleisimpiä tulosityitä ovat myrkytykset, delirium, päihteiden vieroitusoireet, tapaturmat ja erilaiset psyykkiset oireet kuten itsetuhoisuus, ahdistus ja harhat. Potilaan ensimmäinen tilannearvio tehdään joko päivystyspoliklinikan vuorovastaavan tai triagehoitajan toimesta ja tarkempi hoidon tarpeen arvio täsmentyy siinä työpisteessä mihin potilas alkutilanteessa päivystyspoliklinikalla ohjautuu. Päihdepotilaan hoitoprosessi sisältää oireenmukaista hoitoa vallitsevien ohjeiden mukaisesti, voinnin seurantaa ja arviointia sekä tarvittaessa erityistyöntekijöiden kuten päihdesairaanhoidajan, psykiatrisen sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän konsultointia. Audit-testin ja mini-intervention eli lyhytneuvonnan tulisi kuulua osaksi perustyötä, samoin tarvittavan jatkohoidon varmistaminen. (Kylmänen 2014, 1–8.)

Yhteispäivystykset ovat muun terveydenhuollon ohella merkittävässä roolissa terveyden edistämisessä. Päivystyksissä asioivilla on muita potilaita enemmän erilaisia sosiaalisia ja syrjäytymisriskiä lisääviä ongelmia. Lisäksi päivystyksissä

tavoitetaan ihmisiä, joita on muutoin vaikea tavoittaa julkisen terveydenhuollon kautta. (Hellsten ym. 2012, 5.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen (2019a) mukaan esimerkiksi alkoholiin liittyviin syihin kuolleista valtaosa on ollut yhteydessä erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuoltoon 5–10 vuotta ennen kuolemaansa. Alkoholin käytön puheeksiotto olisi ollut lääketieteellisesti perusteltua näiden kontaktien yhteydessä ja jatkossa sairaaloissa tulee tehostaa alkoholin ongelmakäyttöön puuttumista, erityisesti tapaturmien ja tiettyjen reseptilääkkeiden kuten ahdistus- ja masennuslääkkeiden sekä rauhoittavien lääkkeiden käytön yhteydessä. Kaikissa terveystalouksissa tulisi olla asenne, osaaminen ja valmius tunnistaa ja kohdata yleisimpiä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Lisäksi työntekijöiden tulisi kyetä tarvittavaan interventioon ja potilaiden ohjaamiseen oikeaan hoitopaikkaan, mikäli omat keinot tilanteen korjaamiseksi eivät riitä. (Wahlbeck ym. 2018, 27.) Perusterveydenhuolto on terveydenhuoltojärjestelmän selkäranka ja sen tulisi olla sitä myös päihdehoidon suhteen (Seppälä 2017). Tällä hetkellä arviolta vain joka kolmannes hoitoa tarvitsevista päihdeongelmaisista saa hoitoa (Wahlbeck ym. 2018, 90).

2.4 Päihdehoitotyö

Päihdehoitotyö on hoitotyön ammattilaisten tekemää työtä, jossa tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa päihteistä aiheutuvia haittoja sekä lievittää päihteistä aiheutuvia kärsimyksiä (Kurki 2015, 29). Päihdeongelmia tulisi lähestyä samalla vakavuudella kuin muitakin terveysongelmia. Hyvä ammatillinen osaaminen on laadukkaan päihdehoitotyön edellytys. (Kurki, Salo-Chydenius, Partanen, Holmberg & Inkinen 2015, 494–495.) Päihdehoitotyötä voidaan toteuttaa joko itsenäisenä asiantuntijatyönä tai osana muuta hoitotyötä terveydenhuollon eri toimipisteissä (Sairaanhoitajat. Artikkelin Päihdehoitotyön asiantuntijaryhmä).

Yhteispäivystyksissä hoitajat kohtaavat eri ikäisiä potilaita, joilla on eriasteisia päihteiden käyttöön liittyviä haittoja ja ongelmia. Potilaana voi olla esimerkiksi ensimmäistä kertaa päihteitä käyttänyt nuori, työelämässä oleva alkoholin riskikäyttäjä tai jo vaikeasti päihderiippuvainen henkilö. (Kurki 2015, 30.) Päihdehoitotyössä hoitaja toimii terveyden edistäjänä ottamalla päihteiden

käytön puheeksi ja antamalla tietoa päihteiden käyttöön liittyvistä terveysvaikutuksista ja riskeistä. Haittojen varhainen tunnistaminen ehkäisee niiden pahenemista ja riippuvuuden kehittymistä. Päihteiden käyttäjää autetaan tarkastelemaan kokonaistilannettaan ja häntä motivoidaan ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Hoitaja tukee ja kannustaa muutokseen, antaa tietoa hoitovaihtoehtoista ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon. (Partanen 2015, 482.)

Päihdehoitotyössä päihteiden käyttäjään tulisi kyetä suhtautumaan kunnioittavasti, hyväksyvästi ja empaattisesti. Luottamukselliseen hoitosuhteeseen sisältyy potilaan tunne siitä, että hoitajalla on aito halu ja pyrkimys auttaa ja ymmärtää potilaan tilannetta. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 24–25.) Hoitajan väittelevän työtavan ja pessimistisen suhtautumisen puolestaan tiedetään kytkeytyvän tuloksettomiin hoitosuhteisiin (Ehrling 2009, 145). Potilaan kohtelun tulisi olla asiallista, tasa-arvoista ja leimaamatonta. Hyvän kohtaamisen perustana on myönteinen ja kannustava suhtautuminen potilaan hoitoon hakeutumista kohtaan ja tämä tulisikin nähdä onnistumisena, josta potilaalle voidaan antaa positiivista palautetta. Päivystyspisteissä tämä tosin saattaa vaatia asennemuutosta. (Wahlbeck ym. 2018, 119–120.)

3 PÄIHTEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT HAITAT

3.1 Alkoholin ja huumeiden käyttö Suomessa

Tässä työssä käsitämme päihteiksi alkoholin, päihtymistarkoituksessa käytetyt lääkkeet sekä huumausaineiksi luokiteltavat aineet.

Suomessa alkoholin kulutus kasvoi voimakkaasti kieltolain päätyttyä aina 2000-luvulle saakka, 1990-luvun lama-aikaa lukuunottamatta. Huippu saavutettiin vuosina 2005–2007, jonka jälkeen kulutus on vähentynyt lähes viidenneksellä vuoteen 2017 mennessä. Tällä hetkellä suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus on eurooppalaista keskitasoa, hieman yli 10 litraa puhdasta alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä kohti. Kaikesta juodusta alkoholista noin puolet kuluttaa eniten juova 10 prosenttia väestöstä. Suomessa suurkuluttajia on arviolta 300 000–500 000, suurin osa näistä on miehiä. Tähän ryhmään kohdistuu usein myös kaikkein vakavimmat alkoholin aiheuttamat terveyshaitat. Useat haitat kasvavat suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen, mutta haittoihin vaikuttavat myös juomatavat. Alkoholikuolleisuus selittää noin viidenneksen naisten ja miesten välisistä elinajan odotteen eroista. (Huttunen 2013; Terveyskirjasto. Alkoholi ja terveys.)

Huumeekokeilut ja huumeiden käyttö ovat yleistyneet Suomessa 1990-luvulta lähtien. Yleisimmin kokeiltu ja käytetty huume on kannabis. Sitä oli vuoteen 2018 mennessä kokeillut noin neljäsosa 15–69-vuotiaista suomalaisista jossain elämänsä vaiheessa, kun vuonna 1992 vastaava luku oli alle yksi kymmenestä. Kannabiksen jälkeen yleisintä on lääkkeiden käyttö ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin. Muiden huumeiden käyttö on vähäisempää, vaikkakin stimulanttien kokeilut vaikuttaisivat lisääntyneen viime vuosina. Erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa huumeekokeilut ja -käyttö ovat lisääntyneet. Vuonna 2018 toteutetun Päihdekyselyn mukaan tämän ikäluokan vastaajista jopa 45 prosenttia raportoi käyttäneensä jotakin laitonta huumetta joskus elämässään. Huumeiden käytön trendin ollessa nousujohteinen voidaankin olettaa myös erilaisten haittojen ja huumeiden käyttäjien palvelutarpeiden olevan kasvussa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Päihteiden väärinkäytölle on ominaista aineen toistuva käyttö, josta on seurauksena erilaisia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. Ne eivät ole vain yksilön vastuun ja valinnanvapauden asioita, vaan haitat heijastuvat myös läheisiin, sivullisiin sekä laajemmin koko yhteiskuntaan. (Aalto 2010, 8.)

3.2 Haitat yksilölle

Yksilötasolla alkoholin käytön rajoista todetaan Käypä hoito -suosituksissa seuraavaa: alkoholin kohtalaisen riskin taso on miehillä 14 ja naisilla 7 annosta viikossa. Korkean riskin taso puolestaan on miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 annosta viikossa. Tämä on hälytysraja, jonka ylittyessä päihdeongelmaan pitää terveydenhuollossa puuttua, sillä näillä annosmäärillä sairastavuus lisääntyy ja kuolleisuusriski suurentuu merkittävästi. (Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

Runsaan alkoholin käytön on todettu aiheuttavan erilaisia syöpiä ja sydänsairauksia, neurologisia sairauksia, verisairauksia sekä kohottavan verenpainetta. Erikseen ovat varsinaiset alkoholisairaudet, joilla tarkoitetaan sairauksia, joiden ainoa tai tärkein aiheuttaja on runsas alkoholin käyttö. Näitä ovat alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys, haimatulehdus, alkoholimaksasairaudet ja alkoholipsykoosit. Paljon alkoholia käyttävillä sekä alkoholiriippuvaisilla esiintyy runsaasti myös psykiatrisia sairauksia; erityisesti masennusta ja ahdistushäiriöitä on muuta väestöä enemmän. Lisäksi alkoholi on osasy monissa tapaturmissa, väkivaltaan liittyvissä tapahtumissa sekä itsemurhissa. Huomioitavaa on myös se, että tapaturmaisista ja väkivaltaisista kuolemista merkittävä osa tapahtuu päihtyneille. (Huttunen 2013, 13, 15.) Suomessa tapaturmakuolleisuus on selvästi korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa ja EU:n keskiarvoon verrattuna lähes kaksinkertainen (Thl. Aiheet. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Turvallisuuden edistäminen. Tapaturmien ehkäisy. Tapaturmat Suomessa).

Huumeiden käyttäjien somaattisista haitoista verrattuna alkoholin ongelmakäyttöön tiedetään vielä vähän, vaikka tiedossa on, että käyttö lyhentää

merkittävästi elinikää ja lisää sairastuvuutta (Kivelä 2018, 212). Vaikutukset perustuvat päihteiden keskushermostovaikutuksiin, jotka ovat ainekohtaisia. Osa päihteistä lamaannuttaa ja rauhoittaa (esim. bentsodiatsepiinit ja opiaatit) ja osa puolestaan stimuloi (esim. amfetamiini ja kokaiini) keskushermostoa. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110.) Haittojen ilmaantumiseen vaikuttaa osaltaan myös aineen käyttötapa. Keskeisimpiä somaattisia haittoja ovat erilaiset virus- ja bakteeriperäiset infektiot, jotka liittyvät suonensisäisten huumeiden käyttöön ja huumeiden käyttäjän elintapoihin. (Kivelä 2018, 212.) Virushepatiitit, erityisesti hepatiitti C-viruksen (HCV) aiheuttama infektio on varsin yleinen suonensisäisiä huumeita käyttävillä. Tällä on merkittäviä pitkän aikavälin vaikutuksia, sillä krooninen HCV-infektio johtaa lisääntyneisiin kuolemantapauksiin sekä vakaviin maksasairauksiin. Myös HI-viruksen esiintyvyys on suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa yleisempi kuin väestöllä yleensä. Hiv-infektioiden pitkän aikavälin seuraukset liittyvät myöhäiseen diagnosointiin ja hoidon aloitukseen. Viiveellä todetussa tartunnassa virus on jo alkanut vahingoittamaan immuunijärjestelmää, jolloin sairastavuus ja kuolleisuus nousee. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2019.)

Pistettäviin huumeisiin liittyvät bakteeri-infektiot ovat usein vaikeahoitaisia ja pahimmillaan hengenvaarallisia. Bakteeri- ja sieni-infektioita voi esiintyä paikallisesti pistoskohdassa tai ne voivat levitä veren mukana muihin kudoksiin. Esimerkiksi sydämen sisäkalvon ja läppien infektio eli endokardiitti tuhoaa hoitamattomana sydämen läpät ja sitä kautta sydämen pumppaustoiminnan, joka johtaa kuolemaan. Endokardiitti on huumeiden käyttäjillä huomattavasti yleisempi kuin muulla väestöllä. Myös verenmyrkytys eli sepsis on yleinen. Hoidosta huolimatta sepsiksen kuolleisuus on 10–20 %. Huumeiden käyttöön liittyy myös laaja kirjo kroonisia terveyshaittoja. Aineesta riippuen haitat vaihtelevat niin hampaiston vaurioitumisesta lihastuhoon, kardiomyopatiaan kuin aivojen rakenteellisiin muutoksiin. (Kivelä 2018, 210–213.)

Huumeiden käyttö altistaa myös erilaisille psykiatrisille oireille ja häiriöille. Osa oireista häviää muutaman viikon kuluessa päihteiden käytön lopettamisesta, mutta osa oireista on vakavia ja välitöntä hoitoa vaativia. Näistä tavallisimmin todettuja ovat stimulanttien ja kannabiksen aiheuttamat psykoosit. Kannabiksen

käyttö näyttäisi tutkimusten mukaan lisäävän myös skitsofreniaan sairastumisen riskiä ja jopa puolet kannabiskyösoin sairastaneista saa myöhemmin skitsofreniadiagnoosin. Huumeiden käyttö voi aiheuttaa myös ADHD-piirteitä muistuttavia oireita. Esimerkiksi amfetamiinin käyttöön saattaa liittyä heikentynyttä impulssikontrollia vielä kuukausia käytön lopettamisen jälkeen. (Aalto 2018, 200–203.)

Pitkään jatkuneeseen päihteiden käyttöön liittyy eriasteisia vieroitusoireita, jotka ilmenevät, kun krooninen käyttö päättyy ja päihde poistuu elimistöstä. Oireet koostuvat sekä somaattisista että psyykkisistä oireista ja ne ovat päihdekohtaisia. Esimerkiksi voimakkaasti addiktoiva ekstaasi ei juurikaan aiheuta vieroitusoireita, mutta alkoholiin liittyvät vieroitusoireet voivat pahimmillaan olla hengenvaarallisia. Vieroitusoireiden voimakkuus riippuu käytetyn päihteen määrästä sekä altistusjakson pituudesta. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117.)

Päihteiden yksilötason haittoja tarkasteltaessa on otettava päihteiden lisäksi huomioon myös muita haittoihin vaikuttavia tekijöitä. Naisilla monet elinvauriot kehittyvät merkittävästi alhaisemmalla alkoholin kulutustasolla verrattuna miehiin. Esimerkiksi naisen aivot vaurioituvat herkemmin kuin miehen runsaan ja pitkäaikaisen alkoholin käytön seurauksena, alkoholimaksavaurio kehittyy alhaisemmalla kulutustasolla ja lyhyemmässä ajassa naisille ja jo kehittyneen alkoholimaksavaurion eteneminen vaikuttaisi naisilla olevan nopeampaa ja ennuste huonompi miehiin verrattuna. (Sarkola & Eriksson 2003, 96–97.) On myös huomioitava, että alkoholi ja jotkut huumeet ovat teratogeenia. Äidin raskaudenaikainen alkoholin käyttö on yhteydessä lapsuusajan oppimisvaikeuksiin, käytöshäiriöihin sekä kielelliseen ja psyykkiseen kehitykseen. Pahimmillaan raskaudenaikainen alkoholin käyttö aiheuttaa vakavan sikiöalkoholivaurion (FAS). Huumeille sikiöaikana altistuneilla lapsilla on todettu moninaisia ongelmia, kuten sydänvikoja, pienipäisyyttä, henkistä jälkeenjääneisyyttä ja aivojen kehitysanomalioita. (Halmesmäki 2003, 405–406, 526–528.) Heillä on todettu olevan muita enemmän myös puheen, kielen, tarkkaavaisuuden, sosiaalisen kanssakäymisen ja keskittymiskyvyn ongelmia (Holmila, Raitasalo, Autti-Rämö & Notkola 2013, 37–38).

Sukupuolen lisäksi myös ikä vaikuttaa haittojen määrään. Ikääntynyt elimistö ei kestä alkoholin vaikutuksia samalla tavoin kuin nuori. Ikääntyneen henkilön mahdollisesti heikentynyt toimintakyky yhdistettynä päihtymykseen lisää akuuttien haittojen riskiä. Mahdolliset yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa voivat tuottaa epätoivottuja vaikutuksia. Edellä mainitun lisäksi myös sosioekonomisella asemalla on vaikutusta haittojen määrään. Huonompiosaiset kokevat enemmän haittoja kuin hyväosaiset suhteessa sekä kulutettuun alkoholimäärään että humalakulutukseen. (Karlsson, Kotovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 27–28.)

Huumeiden käyttöön liittyy vahvasti lisääntynyt kuolleisuus ja rikollisuus. Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen mukaan huumekuolemia raportoidaan keskimääräistä enemmän Euroopan pohjoisissa osissa. Väkilukuun suhteutettuna Suomesta ilmoitetaan seitsemänneksi eniten huumekuolemia EU:ssa, ja huumeyliannostukset ovat alle 40-vuotiaiden miesten toiseksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2019b.) Lisäksi Suomessa huumeiden käyttö, ostaminen, välittäminen sekä hallussapito ovat rikoksia. Tästä syystä käyttäjä ajautuu usein vaikeuksiin sekä poliisin että oikeuslaitoksen kanssa, ja sitä kautta myös arkielämä hankaloituu. Pitkä käyttöhistoria aiheuttaa kytkeytymistä rikollisiin piireihin sekä sosiaalista syrjäytymistä. (Hakkarainen & Jääskeläinen 2013, 100.)

Päihteiden käytön haitat lisääntyvät sekakäytön yhteydessä. Verrattuna yksittäisiin päihderiippuvuuksiin, sekakäyttöön liittyy enemmän terveydellisiä, sosiaalisia ja käyttäytymisen ongelmia. Erityisesti infektioiden, tapaturmien, yliannostusten ja kuoleman riski lisääntyy. Samalla myös hoito vaikeutuu verrattuna yksittäiseen päihteeseen liittyvän ongelman hoitoon. Sekakäyttö tarkoittaa usein merkittävää päihdeongelmaa. (Vorma 2018, 86–87.)

Terveyshaittojen lisäksi päihteiden käyttö vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Käyttö vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin, talouteen ja työelämään, ja näihin liittyvät haitat voidaan jaotella akuutteihin ja kroonisiin haittoihin. Akuutit haitat liittyvät yleensä yksittäisiin päihteiden käyttökertoihin, esimerkiksi impulsiivinen käytös johtaa perheväkivaltaan. Pitkään jatkuneeseen päihteiden käyttöön liittyy epäsosiaalisuutta, työkyvyttömyyttä ja muita ongelmia, jotka

sairastuttavat koko perheen. Pahimmillaan päihteiden käyttö johtaa syrjäytymisprosessiin, jossa elämän eri alueilla ilmenevät ongelmat kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Usein ongelmat siirtyvät sukupolvilta toisille. (Kotovirta & Österberg 2013; Terve Helsinki -hanke 2012.)

3.3 Haitat lähiympäristölle

Päihteiden käyttö vaikuttaa myös käyttäjän lähipiiriin ja ympäristöön monella tavalla. Alkoholin ja huumeiden käyttö heikentää ihmisen kykyä tulkita toisen ihmisen käyttäytymistä ja puhetta. Se hämärtää todellisuuden tajua ja kykyä tehdä päätöksiä. Kun perheessä on päihteiden käyttäjä, vastuu perheen taloudesta, kotitöistä, lasten hoidosta ja sosiaalisista suhteista siirtyy usein raittiille puolisolle. Vähitellen jaksaminen saattaa hiipua, kun lupaukset ja perheen yhteiset suunnitelmat jäävät toistuvasti toteutumatta toisen päihteiden käytön vuoksi. Tällöin on vaarana, että päihdeongelmaisen puoliso tai joku muu läheinen sairastuu. Vaikka päihdeongelmia olisi vain yhdellä perheenjäsenellä, se vaikuttaa aina koko perheeseen. Lasten altistuminen aikuisten alkoholin ja huumeiden käytön haitoille mahdollistuu vain aikuisten valintojen myötä. Aikuisten alkoholin käytöstä kärsiviä lapsia on arvioitu olevan Suomessa kymmeniä tuhansia. Lapsi voi kokea aikuisen päihteiden käytön haittaavaksi, vaikka se aikuisen itsensä mielestä olisi vielä varsin kohtuullista. (Holmberg, Salo-Chydenius, Kurki & Hämäläinen 2015, 358, 391–392, 396–397.)

Päihteillä on yhteys myös parisuhde- ja perheväkivallan esiintyvyyteen ja vakavuuteen. Jatkuva ja runsas alkoholin käyttö tai humalajuominen parisuhteissa ja perheissä lisäävät väkivallan riskiä, samoin väkivallan jatkumisen ja pahenemisen todennäköisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Vuonna 2014 julkaistu Euroopan Unionin laajuinen tutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta osoittaa, että Suomi on yksi EU:n väkivaltaisimmista maista naisille. Tutkimuksen mukaan 30 % yli 15-vuotiaista naisista on kokenut fyysistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa nykyisen tai entisen kumppanin taholta ja jopa 47 % on kokenut fyysistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa ylipäätään. (FRA 2014.) Vuonna 2017 viranomaisten tietoon tulleista pari- ja

lähisuhdeväkivaltarikoksien uhreista 68,1 % oli naisia ja syyllisiksi epäillyistä 77,8 % miehiä (Tilastokeskus. Tilastot. Oikeus. Rikos- ja pakkokeinotilasto).

Väkivalta voi ilmentyä monella eri tavalla. Fyysinen väkivalta sisältää aina myös psyykkistä väkivaltaa, koska se loukkaa ja alistaa. Henkinen väkivalta on uhkaamista, pelottelua, mitätöintiä. Parisuhteessa tilanne voi olla jatkuvaa väkivallan ja anteeksi antamisen vuorottelua. Toista ihmistä voidaan uhata suoraan liiallisella päihteiden käytöllä tai itsemurhalla. Seksuaalista väkivaltaa on toisen kehoon koskeminen ilman hänen lupaansa. Sosiaalinen väkivalta on muista eristämistä, liikkumisen rajoittamista tai uhrin mustamaalaamista. Taloudellista väkivaltaa on rahan käytön kontrollointi, kiristäminen ja varastaminen. Toisen tahallista vahingoittamista on myös hoidon ja avun laiminlyönti. Tämä korostuu erityisesti lasten ja ikääntyneiden kohdalla esimerkiksi ravitsemuksen ja hygienian laiminlyöntinä, kun toisesta huolehtimisen kyky tulee aliarvioiduksi päihtyneenä. (Holmberg ym. 2015, 396–397.) Tiedetään myös, että vanhempien välinen väkivalta lisää lapsiin kohdistuvan väkivallan todennäköisyyttä. Lapsuudessa koetulla väkivallalla on yhteys aikuisena koettuun parisuhdeväkivaltaan ja väkivallan todistaminen voi vaikuttaa siihen, miten lapsi itse suhtautuu väkivallan käyttöön ongelmien ratkaisukeinona. (Piispa 2006, 77–78.)

Äitien päihdeongelmalla vaikuttaisi olevan yhteys pienten lasten somaattiseen sairastavuuteen, tapaturmariskiin sekä käyttäytymisen ja psyykkisen kehityksen häiriöihin. Äidin päihdeongelmalla on myös tilastollisesti merkittävä, vaikkakin pieni, yhteys alle 7-vuotiaiden lasten kuolemiin. Lisäksi päihdeongelmaisen äidin lapsi joutuu sijoitetuksi kodin ulkopuolelle huomattavasti yleisemmin kuin äidin, jolla päihdeongelmaa ei ole. (Holmila ym. 2013, 42.) 12–18-vuotiaista nuorista 26 % on tutkimuksen mukaan kokenut haittoja kodin alkoholin käytöstä usein tai joskus. Yleisimmät haitat ovat psykososiaalisia, kuten häpeä ja pelko vanhempaa kohtaan. (Takala & Roine 2013, 28, 32.) Puutteet perustarpeissa ovat myös yleisiä. Kun kyseessä on vanhempien huumeongelma, korostuu lasten kohdalla myös huumeiden aiheuttamat vaarat kuten lasten myrkytysriski ja erilaiset rikollisuuden uhat. (Itäpuisto & Selin 2013, 139.)

Päihteiden väärinkäyttö aiheuttaa myös työturvallisuusriskin. Työntekijä saattaa olla päihtyneenä töissä, tai vapaa-ajalla tapahtuva käyttö heijastuu työn laatuun esimerkiksi väsymyksen ja keskittymiskyvyn alenemisen muodossa. Päihteiden väärinkäytöstä aiheutuvat terveyshaitat vähentävät työntekijän hyvinvointia työssään. Lisäksi päihteiden käytöllä voi olla vaikutuksia koko työyhteisön hyvinvointiin. Päihteiden väärinkäyttö lisää myös työnantajan kustannuksia, sillä kulutettu alkoholimäärä on suoraan verrannollinen sairauslomapäivien määrään. (Työturvallisuuskeskus. Työturvallisuus ja työsuojelu. Työsuojelu työpaikalla. Vastuut ja velvoitteet. Päihdetyö työpaikalla. Päihteiden aiheuttamat haitat työelämässä.)

3.4 Haitat yhteiskunnalle

Päihteiden käytön haittojen ehkäisy ja hoito rasittavat julkista sektoria monella tapaa. Alkoholin ja huumeiden käyttö aiheuttaa vuosittain mittavat haittakustannukset julkiselle sektorille. Julkisilla haittakustannuksilla tarkoitetaan sellaisia kustannuksia, joita ei ilman alkoholin ja huumeiden käyttöä olisi aiheutunut, mukaan lukien myös esimerkiksi järjestyksen ylläpitoon liittyvät kulut. Kustannukset muodostuvat pääosin haittojen korjaamisesta ja hoitamisesta. Vuonna 2013 alkoholin käytöstä aiheutuneet julkiset haittakustannukset olivat arviolta noin 0,9–1,1 miljardia euroa. Näistä valtaosa aiheutui sosiaalihuollon (25 %), sairauspäivärahojen ja eläkkeiden (23 %) sekä turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidon (24 %) kustannuksista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen alkoholihaittakustannusten osuus oli noin 11 %, samoin oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannukset. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017a.)

Huumeiden aiheuttamat haittakustannukset ovat huomattavasti pienemmät, vuonna 2013 kustannukset olivat arviolta 256–330 miljoonaa euroa. Ne ovat kuitenkin nousussa; vuoteen 2012 verrattuna huumehaittakustannukset kasvoivat 3,2 % vuonna 2013. Valtaosa huumeiden aiheuttamista haittakustannuksista muodostuu sosiaalihuollon (29 %) ja huume-ehtoisten järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon (27 %) kustannuksista. Oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannukset olivat noin 20 % ja

terveydenhuollon kustannukset noin 17 % julkisista huumehaittakustannuksista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a.) Joka tapauksessa yhteiskunnalle on halvempaa hoitaa huumeiden käytöstä aiheutuvia ongelmia kuin jättää ne hoitamatta (Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2018).

Suomalaiselle juhlimiskulttuurille on tyypillistä humalahakuinen juominen sekä juhliminen aamuyöhön saakka. Humalajuominen kytkeytyy aggressiiviseen käyttäytymiseen. Pääntymistilansa vuoksi ihmiset ajautuvat tavallista herkemmin konflikteihin, ja tästä voi aiheutua sekä välitöntä että tilannesidonnaista haittaa niin päihteiden käyttäjälle itselleen kuin lähiympäristölle. Erityisen riskialtis sosiaalinen tilanne on ravintoloiden sulkemisaika. Tuolloin samalla alueella liikkuu paljon päihteiden vaikutuksen alaisena olevia ihmisiä. Päihteiden käyttöön liittyvästä häiriökäyttäytymisestä ja väkivaltatapauksista voivat kärsiä anniskelupaikkojen työntekijät, julkisen liikenteen ammattilaiset ja käyttäjät, kaupungin keskustan asukkaat sekä sivulliset kaupungilla kulkijat. Keskusta-alueilla myös varkausrikosten uhriksi joutuminen on tyypillistä. (Warpenius, Kotovirta, Karlsson & Österberg 2013, 110, 113.) Vuonna 2016 toteutetusta Juomatapatutkimuksesta käy ilmi, että joka kolmas suomalainen oli kuluneen vuoden aikana pelännyt päihtyneitä ihmisiä julkisilla paikoilla ja lähes joka viides kertoi joutuneensa päihtyneen henkilön kiusaamisen tai ahdistelun kohteeksi. Eniten haittoja muiden ihmisten juomisesta kokivat naiset ja nuoret. Miehet joutuivat kuitenkin naisia useammin päihtyneiden fyysisen käsiksi käymisen kohteeksi. (Tigerstedt, Mäkelä & Warpenius 2018, 59–61.) Tilanteiden jälkiselvittely vaatii yhteiskunnalta resursseja hoidon ja järjestyksenpidon osalta, kuten sairaalapäivystysten henkilökuntaa ja virkavaltaa (Warpenius ym. 2013, 110).

Päihteillä on suora yhteys väkivalta- ja henkirikosten esiintyvyyteen Suomessa. Pahoinpitelyistä suurin osa tehdään päihtyneenä ja päihtymys lisää riskiä joutua itse pahoinpidellyksi. Vuosina 2010–2015 noin 70 %:ssa kaikista henkirikoksista tapausten kaikki osapuolet olivat päihtyneitä. (Rikoksentorjunta. Rikosten ehkäisy. Väkivalta. Alkoholi ja väkivalta.) Suurin osa henkirikoksista liittyy keski-ikäisten työelämästä ulkopuolella olevien miesten keskinäisiin alkoholinkäyttötilanteisiin. Yleisin henkirikoksen uhri on ystävän tai tuttavan

surmaama mies (44 % uhreista) ja toiseksi yleisin parisuhdekumppanin surmaama nainen (16 %). Suomessa henkirikollisuustaso on keskimääräistä korkeampi kaikkien kehittyneiden teollisuusmaiden ryhmässä, joka selittyy suurelta osin juuri keski-ikäisten työttömien miesalkoholistien suurella rikollisuustasolla. (Lehti 2018, 48.)

Suomessa päihdehuolto kuuluu kunnan tehtäviin ja päihdepalveluita tulee tarjota niin päihdeongelmaiselle itselleen kuin hänen läheisilleen (Itäpuisto & Selin 2013, 138). Päihteiden käytön vuoksi terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä päihdehuollon erityispalveluissa hoidetaan vuosittain kymmeniä tuhansia suomalaisia. Päihdepotilaiden hoito vie aikaa ja vaatii erilaisia tiedollisia, taidollisia ja sosiaalisia resursseja. Erityisesti päiivystyksiin hakeutuvat päihdepotilaat ovat usein huonossa kunnossa ja moniongelmaisia. (Kuussaari, Partanen & Stenius 2013, 149, 152, 157.) Päihdeongelmaisten omaiset kärsivät enemmän sekä somaattisista että psyykkisistä terveysongelmista verrattuna kroonisista sairauksista kärsivien henkilöiden omaisiin ja näin ollen myös terveydenhoitokustannukset ovat korkeammat heidän kohdallaan (Itäpuisto & Selin 2013, 139–140). Päihdeongelmat aiheuttavat usein myös lastensuojelun tarvetta. Joka toisen huostaan otetun lapsen ja joka kolmannen lastensuojelun avohuollon asiakkaaksi tulevan lapsen vanhempi käyttää päihteitä väärin. Nuorten kiireellisten sijoitusten taustalla on usein kysymys nuorten päihteiden käytöstä, ja niiden määrä on lisääntynyt. (Heino 2013, 60.)

Päihteiden vaikutuksen alaisena ajaminen vaikuttaa sekä liikenneturvallisuuteen että kansanterveyteen. Useimmiten rattijuopon aiheuttamassa onnettomuudessa loukkaantuu tai kuolee rattijuoppo itse. Rattijuopumuksen uusiminen on kuitenkin varsin yleistä, joten toistuvasti päihtyneenä ajavan kuljettajan riski aiheuttaa vakava vahinko myös muille tielläliikkuville kasvaa. (Karjalainen, Impinen & Lillsunde 2013, 125, 130.) Vuonna 2017 päihteiden käyttö oli taustalla noin 10 %:ssa henkilövahinkoon johtaneissa tieliikenneonnettomuuksissa (Tilastokeskus. Tilastot. Liikenne ja matkailu. Tieliikenneonnettomuustilasto. 2017).

Runsas alkoholin käyttö vaikuttaa työkyvyn alenemiseen ja aiheuttaa sairauspoissaoloja. Pahimmillaan tilanne voi johtaa työkyvyttömyyseläkkeeseen, mikä aiheuttaa merkittäviä kuluja yhteiskunnalle. Koska suuri osa alkoholin ongelmakäyttäjistä on työelämässä, käytön vähentämisellä voidaan edistää työssä pysymistä ja työurien pidentämistä. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 168.)

perustuva näyttö. Lisäksi useat meta-analyysit ja katsaukset ovat todenneet sen vaikuttavuuden. Esimerkiksi riskikäyttäjistä vähintään 10 % siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa käytön kokonaan lyhytneuvonnan ansiosta. Viitteitä on lisäksi kuolleisuuden vähenemisestä. (Behm 2015, 45–46.) Myös laittomien huumeiden kohdalla on tutkittu lyhytneuvonnan vaikuttavuutta, ja tulosten mukaan se näyttäisi olevan vaikuttava hoitokeino huumeiden käyttäjille (Woolard, Cherpitel & Thompson 2011).

Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää motivoivia haastattelumenetelmiä eri muodoissaan lisäämään hoidon tuloksellisuutta (Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2018). Kun tavoitteena on muuttaa terveyskäyttäytymistä, motivoiva haastattelu on kiistatta todettu vaikuttavaksi ohjausmenetelmäksi. Se perustuu asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen ja sen lisäksi se on myös tavoitteellinen ja ohjaava työtapo. Haastattelussa potilas on yhteistyökumppani, jota tuetaan muutoksessa. Huomio kiinnitetään vahvuuksiin puutteiden sijaan. Vuorovaikutuksessa keskeistä ovat hyväksyminen, kannustaminen ja myötätunto. (Parviainen 2018, 8–9.)

Erilaisista strukturoiduista kyselyistä Audit-testi (Liite 1) on suositeltava menetelmä alkoholin riskikäytön seulonnassa. Se on Maailman terveysjärjestön kehittämä kyselytesti ja varsin laajasti saatavissa. (Aalto 2010, 33.) Audit-testi voidaan tehdä joko suullisesti haastatteleamalla tai kirjallisesti, jolloin potilas itse täyttää testin. Kyselyssä on kymmenen kysymystä, joista voi saada yhteensä maksimissaan 40 pistettä. Kysymykset 1–3 kuvaavat alkoholin käyttötavan riskejä eli juomisen tiheyttä ja käyttömääriä. Kysymykset 4–6 kuvaavat riippuvuuden oireita eli heikentynyttä juomisen hallintaa, juomisen merkityksen kasvua ja krapulajuomista. Kysymykset 7–10 kuvaavat alkoholin käytön haittoja eli syyllisyyttä juomisesta, muistin menetystä, alkoholin käyttöön liittyviä tapaturmia sekä lähipiirin huolestumista juomisesta. (Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö. Aineistopankki. Audit-testi ja ohjeistus.) Riskikäytön rajana on usein pidetty kahdeksaa pistettä. Tänä päivänä kyseinen pisteraja koskee lähinnä miehiä, ja naisilla sekä ikääntyneillä se on alhaisempi; naisilla 6 ja yli 65-vuotiailla 5 pistettä. (Mielenterveystalo. Aikuiset. Itsearviointi.

Alkoholinkäytön riski.) Audit-testin on todettu toimivan työikäisessä väestössä erittäin hyvin. Se tunnistaa pisterajalla kahdeksan noin 80 % alkoholin ongelmakäyttäjistä. Alkoholiriippuvaisten ohella se tunnistaa erittäin hyvin myös muut alkoholia liiallisesti käyttävät. (Aalto 2010, 35.)

Suomessa lyhytneuvontaa on toteutettu yli 20 vuotta, mutta vieläkin se ei ole muuttunut pysyväksi rutiiniksi terveydenhuollon arkeen. (Behm 2015, 46). Terveydenhuollossa puheeksioton käyttöönotto on ollut haasteellista. Erilaiset työntekijään ja organisaatioon liittyvät tekijät on nimetty keskeisiksi esteiksi. Päivystysvastaanotoilla merkittävin este on ajan puute ja sen käytön mahdollisuuksien rajoitukset samoin kuin ylikuormitus, työtaakka ja hallinnon puutteellinen tuki. (Alho 2017; Behm 2015.) Henkilökunnasta merkittävä osa on sitä mieltä, että potilaiden heikko sitoutuminen alkoholiongelman hoitoon tekee neuvonnan toteuttamisesta turhauttavaa ja vaikeaa. He myös kokevat, että päihdeongelmaiset kasvattavat merkittävästi jo muutoinkin raskasta työtaakkaa. (Koivunen, Hakala & Peltomaa 2017.) Behm (2015) on tutkimuksessaan selvittänyt päivystysvastaanottojen työntekijöiden kokemuksia ja tunteita puheeksiottotilanteista. Valtaosa tutkituista koki tilanteet kielteisiä tunteita herättäviksi ja negatiivisiksi. Puheeksiottotilanteet koettiin kiusallisina, haasteellisina, vaikeina ja hankalina. Ne herättivät vihan, ärtymyksen, turhautumisen ja narkästymisen tunteita mutta myös toivottomuuden, säälin ja surullisuuden tunteita. Työntekijät kokivat avuttomuutta, epäonnistumista, voimattomuutta ja osaamattomuutta. Tilanteet herättivät myös pelkoa. Osa työntekijöistä koki puheeksiottotilanteet neutraaleina, vähiten kuvattiin myönteisiä tuntemuksia. (Behm 2015, 68–71.)

Potilaista valtaosa suhtautuu neutraalisti tai myönteisesti alkoholin käytön puheeksiottoon. (Behm 2015; Aalto 2010; Seppä ym. 2001.) Puheeksiotto hyväksytään osana terveydentilan ja elämäntapojen arviointia. Suurin osa neuvontaa saaneista kokee sen hyödyllisenä ja tarpeellisenä. Hoitajan aloitteellisuus puheeksiotossa nähdään hyvänä potilaiden taholta. Tässä valossa alkoholin käytön varhaista puheeksiottoa olisi hyödyllistä tehostaa, sillä se on selkeästi hyväksytty ja hyödylliseksi koettu nimenomaan potilaiden puolelta. (Alho 2017; Koivunen, Harju, Hakala, Hänti & Välimäki 2014.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päihteiden käytön puheeksioton toteutumista Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä hoitohenkilökunnan kokemana sekä selvittää millä toimenpiteillä puheeksiottoa voitaisiin edistää ja helpottaa kyseisissä työyksiköissä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mikä on päihteiden käytön puheeksioton tilanne keväällä 2019 sekä löytää keinoja, joita voidaan hyödyntää yhteispäivystysten päihdehoitotyön kehittämisessä puheeksioton edistämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

Miten päihteiden käytön puheeksiotto toteutuu Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä hoitohenkilökunnan kokemana?

Miten päihteiden käytön puheeksiottoa voidaan edistää ja helpottaa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kiinnostavia ja keskeisiä piirteitä tietyistä tilanteista, ilmiöistä tai tapahtumista. Kuvailevassa tutkimuksessa keskeistä on tiedon lisääminen ja pyrkimys vastata kysymyksiin millainen, miten, mitä ja milloin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012; Heikkilä 2008; Vilkka 2007.) Kuvailevassa tutkimuksessa tietoa voidaan kuvata määrällisesti tai laadullisesti ja tiedon tuottamiseen voidaan käyttää esimerkiksi kyselytutkimusta (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 21). Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Menetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista, ja tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tämä edellyttää riittävän laajaa ja edustavaa otosta. Kun tutkittavien joukko on suuri, kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on tehokas tapa kerätä tietoa. Mitä suurempi otos, sitä luotettavammin toteutunut otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä asennetta, kokemusta tai mielipidettä tutkittavasta asiasta. Kvantitatiiviseen tutkimukseen tarvittavat tiedot voidaan hankkia valmiista tilastoista, tietokannoista tai rekistereistä tai tiedot voidaan kerätä itse. Aineiston keruussa käytetään tavallisesti standardoituja kyselylomakkeita, ja saatuja tuloksia pyritään yleistämään. (Heikkilä 2008; Vilkka 2007.)

Tutkimuksen kohdejoukkona oli Malmin ja Haartmanin yhteispäivystysten hoitohenkilökunta, $n = 215$. Kyseessä oli kokonaistutkimus, jossa erillisiä otantamenetelmiä ei käytetty (Vilkka 2005, 78). Aineistonkeruu toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselyllä (Liite 2). Kyselylomakkeen käyttöä puolsi se, että sen tiedettiin olevan työyhteisössämme käytetty ja tunnettu metodi. Kaikilla työyhteisön jäsenillä oli yhtäläinen pääsy sähköpostiin, jossa kysely toteutettiin. Webropol on kyselytyökalu, jota käytetään myös saadun tiedon raportointiin ja analysointiin. Tiedot ja tulokset ovat helposti siirrettävissä muun muassa moniin tilasto-ohjelmiin. Webropol on ISO27001- sekä Katakri III -tietoturvastandardoitu. (Webropol. Tuotteemme.)

Kysely testattiin satunnaisesti valitulla joukolla (n= 10) kysymysten ymmärrettävyyden ja vastaamiseen kuluvan ajan mittaamiseksi. Kysely todettiin helppolukuiseksi ja nopeasti vastattavaksi. Kyselyssä kysymysten muoto oli vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysyttiin samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Vilka 2007, 28.)

Tutkimuksen tekijät esittelivät aiheen Haartmanin yhteispäivystyksen osastokokouksessa 7.5.2019 ja Malmilla 8.5.2019. Yhteispäivystysten osastonhoitajat jakoivat 8.5.2019 saatekirjeen (Liite 3) ja linkin Webropol-kyselyyn hoitohenkilökunnalle työsähköpostin välityksellä. Molempien päivystysten hoitohenkilökuntaa muistutettiin vastaamisesta kyselyn aikana. Kyselyyn oli mahdollista vastata 8.–26.5.2019.

6.2 Kyselylomake ja aineiston analysointi

Kyselylomake laadittiin tätä opinnäytetyötä varten perustuen aiheesta jo tehtyihin tutkimuksiin (Taulukko 1) sekä yhteispäivystysten henkilökunnan näkemyksiin aiheesta. Kyselylomake koostui 22 kysymyksestä. Kysely sisälsi sekä strukturoituja, avoimia että sekamuotoisia kysymyksiä, ja kysymykset oli jaettu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa kartoitettiin hoitohenkilökunnan taustatietoja kysymyksillä 1–6. Taustamuuttujilla tarkoitetaan tilastollisessa päättelyssä kaikkia sellaisia muuttujia, jotka liittyvät havaintoyksiköiden taustaominaisuuksien kuvaamiseen (Isotalo 2013, 11). Tämän aineiston taustamuuttujia olivat sukupuoli, ikä, ammattinimike, työkokemus, työpaikka sekä työpiste, jossa henkilö pääsääntöisesti työskentelee. Toisessa osassa kartoitettiin hoitohenkilökunnan mielipiteitä ja kokemuksia päihteiden käytön puheeksioton toteutumisesta yhteispäivystyksissä tällä hetkellä sekä kysyttiin toiveita ja kehittämissuhteita puheeksioton lisäämiseksi ja helpottamiseksi jatkossa.

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen kysymykset tutkimuskysymyksittäin

Tutkimuskysymys	Kysymykset kyselylomakkeessa	Kysymysten lähteet
Miten päihteiden käytön puheeksiotto toteutuu Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksessä hoitohenkilökunnan kokemana?	7–10 8 9–10 12 13 14 15 19	Asiantuntijat Alho 2017, Koivunen ym. 2017 Kylmänen 2014, Nylund ja Siikanen 2014, Hellsten ym. 2012, Forsythe ja Lee 2012 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Ammattieettiset ohjeet Koivunen ym. 2017, Behm 2015 THL 2019, Käypä hoito -suositus 2018, Wahlbeck ym. 2017, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006 & 2002 Alho 2017, Behm 2015 Käypä hoito -suositus 2018, Aalto 2010, Kantonen ym. 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006
Miten päihteiden käytön puheeksiottoa voidaan edistää ja helpottaa?	11, 16–18, 20–22	Alho 2017, asiantuntijat
Vastaajien taustatiedot	1–6	

Kysymyksellä 7 selvitettiin työpisteen mahdollista vaikutusta päihteiden käytön puheeksioton toteutumiseen. Kysymyksellä 8 kartoitettiin ammatillisen täydennyskoulutuksen toteutumista viimeisen vuoden aikana ja kysymyksellä 17 lisäkoulutustarvetta. Kysymyksillä 9 ja 10 selvitettiin, onko Terve Helsinki -hankkeen aikana päivytyksiin luotu toimintamalli juurtunut käytäntöön. Kysymykset 11 ja 20–21 olivat avoimia kysymyksiä, joissa selvitettiin hoitohenkilökunnan mielipiteitä ja kehittämissuhteita päihteiden käytön puheeksioton helpottamiseksi. Kysymys 12 sisälsi viisi viisiportaista Likert-asteikollista väittämää päihteiden käytön puheeksiotosta ja hoitohenkilökunnan suhtautumisesta päihdepotilaisiin. Kysymyksellä 13 selvitettiin, minkälaisena hoitohenkilökunta kokee päihteiden käytöstä kysymisen. Kysymyksellä 14 selvitettiin, miten Malmin ja Haartmanin yhteispäivytyksissä toteutuu asetusten ja Käypä hoito -suositusten mukainen ohjeistus päihdepotilaan hoidosta. Kysymyksellä 15 etsittiin syitä puheeksioton mahdolliseen toteutumattomuuteen. Kysymys 16 kartoitti mitkä eri tekijät lisääisivät puheeksiottoa päivytyksissä. Kysymyksellä 18 selvitettiin minkälaista materiaalia henkilökunta toivoisi puheeksioton tueksi. Kysymys 19 sisälsi neljä erilaista väittämää, joiden avulla kartoitettiin hoitohenkilökunnan käsityksiä päihdeongelmien yleisyydestä päivytyksissä, siihen liittyvästä lainsäädännöstä sekä Audit-testin ja mini-intervention hyödyllisyydestä. Viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jossa aihetta sai kommentoida vapaasti. Tällä tavoin oli mahdollista saada myös tietoa, jota ei välttämättä oltu osattu ottaa huomioon.

Tutkimuksessa kuvataan päihteiden käytön puheeksioton toteutumista tutkimusajankohtana. Tulokset esitetään suorina jakaumina (prosentteina ja frekvensseinä). Tulososassa aineistoa kuvaillaan taulukoin ja kuvioin. Tekstiä elävöitetään asiaan liittyvillä suorilla lainauksilla avoimien kysymysten vastauksista. Koska tutkimukseen osallistui kahdesta organisaatiosta 75 henkilöä ($n = 42$ ja $n = 33$), aineisto ei anna mahdollisuutta tilastollisten analyysien tekemiseen. Tulokset perustuvat siis prosentti- ja frekvenssijakaumiin ja niitä voidaan pitää suuntaa antavina, ei yleistettävänä. (Heikkilä 2008; Vilka 2007.) Tulosten kuvaamisessa hyödynnettiin Webropol-verkkokyselyn tulosten esittämiseen tarkoitettua työkalua ja Excel-taulukointia.

7 TULOKSET

7.1 Kyselyn toteutus ja tutkimukseen osallistujat

Kysely lähetettiin 215 hoitajalle. Se toteutettiin 8.-26.5.2019 ja siihen vastasi yhteensä 75 hoitajaa. Vastausprosentiksi tuli 35 %. Tulokset esitetään kyselylomakkeen rakenteen mukaisesti: vastaajien taustatiedot, vastaajien kokemukset päihteiden käytön puheeksioton toteutumisesta yhteispäivystyksissä tällä hetkellä sekä vastaajien näkemykset ja kehittämissuhteudet päihteiden käytön puheeksioton edistämiseksi ja helpottamiseksi jatkossa.

Vastaajista oli naisia 77 % (n= 58) ja miehiä 19 % (n= 14). Sukupuoltaan ei halunnut ilmoittaa 4 % (n= 3) vastaajista. Suurimmat ikäryhmät vastaajista olivat 25–34-vuotiaat (36 %, n= 27) ja 35–44-vuotiaat (35 %, n= 26). Seuraavaksi eniten vastanneita oli ikäluokassa 45–54-vuotiaat (19 %, n= 14). Valtaosa vastanneista oli koulutustaustaltaan joko sairaanhoitajia, ensihoitajia tai terveydenhoitajia (84 %, n= 63) ja loput vastanneista olivat lähihoitajia, mielenterveyshoitajia tai lääkintävahtimestareita (16 %, n= 12).

Vastaajista 56 % (n= 42) työskenteli Malmin yhteispäivystyksessä ja 44 % (n= 33) Haartmanin yhteispäivystyksessä. Lähes puolella vastanneista (41 %, n= 31) oli työkokemusta yli 15 vuotta. Neljäsosalla vastanneista (25 %, n= 19) oli työkokemusta 5–10-vuotta. Suurin osa vastaajista (77 %, n= 58) ilmoitti työskentelevänsä useimmiten sisätaudeilla. Toiseksi eniten vastaajia (13 %, n= 10) työskenteli pääsääntöisesti psykiatrialla, vähiten pientraumoissa (7 %, n= 5) ja terveyskeskuspäivystyksessä (3 %, n= 2) (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Hoitohenkilökunnan taustatiedot (% , n)

Taustatiedot		%	n
Toimipaikka	Malmi	56	42
	Haartman	44	33
Sukupuoli	nainen	77	58
	mies	19	14
	ei halunnut sanoa	4	3
Ammatti	sairaanhoitaja/ ensihoitaja/ terveydenhoitaja	84	63
	lähihoitaja/ mielenterveyshoitaja/ lääkintävahtimestari	16	12
Ikä	18–24 vuotta	6	5
	25–34	36	27
	35–44	35	26
	45–54	19	14
	>55	4	3
Työkokemus	0–3 vuotta	18	13
	>3–5	8	6
	>5–10	25	19
	>10–15	8	6
	>15	41	31
Työpiste	sisätaudit	77	58
	pientrauma	7	5
	tk-päivystys	3	2
	psykiatria	13	10

7.2 Päihteiden käytön puheeksioton toteutuminen yhteispäivystyksissä

Kaikista vastaajista yhteensä 75 % (n= 56) tiesi, että Audit-testiä tulisi toimintamallin mukaan jakaa systemaattisesti yhteispäivystyksissä (Taulukko 3). Tarkasteltaessa tietämystä työkokemusvuosittain päivystyksessä, hajontaa

syntyi enemmän (Taulukko 4). Vähiten toimintamallista tietoisia oli kolmesta viiteen vuotta päivityksessä työskennelleiden joukossa. Sen sijaan yli 10 vuotta työskennelleistä kaikki vastaajat tiesivät, että Auditia tulisi käyttää ja yli 15 vuotta työskennelleistäkin lähes kaikki. Vähiten työkokemusta sekä kohtalaisesti työkokemusta omaavien ryhmissä yli puolet tiesivät, että Audit-testiä tulisi jakaa.

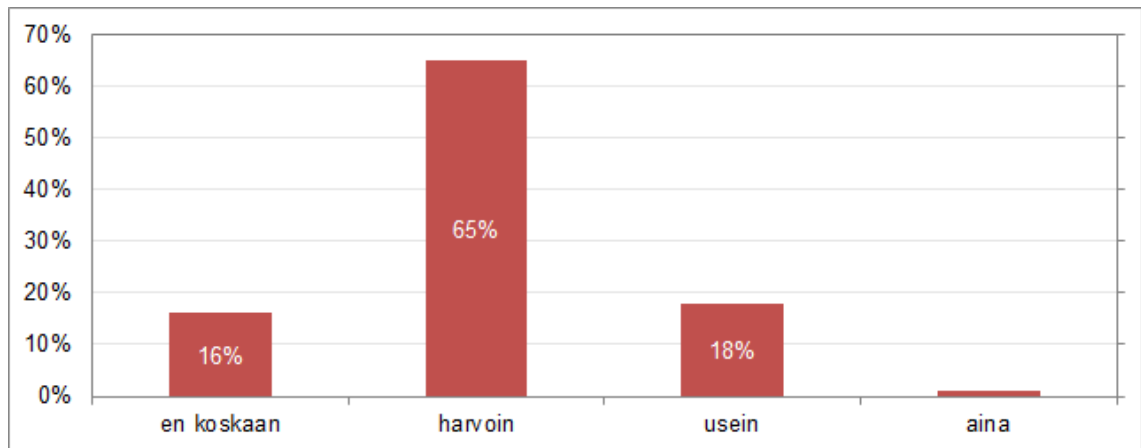
TAULUKKO 3. Hoitajien tietämys Audit-testin käytöstä päivityksissä

	Malmi		Haartman		Yhteensä (n)
	n	%	n	%	
Tiedän, että Audit- testiä tulisi jakaa päivityksissä					
kyllä	30	71%	26	79%	56
en	12	29%	7	21%	19
Yhteensä	42		33		75

TAULUKKO 4. Hoitohenkilökunnan tietämys Audit-testin toimintamallista työkokemuksen mukaan

Työ- kokemus vuosina	0–3	>3–5	>5–10	>10–15	>15
Tietämys toiminta- mallista					
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kyllä	54 (7)	33 (2)	58 (11)	100 (6)	97 (30)
Ei	46 (6)	67 (4)	42 (8)	0 (0)	3 (1)
Yhteensä	(13)	(6)	(19)	(6)	(31)

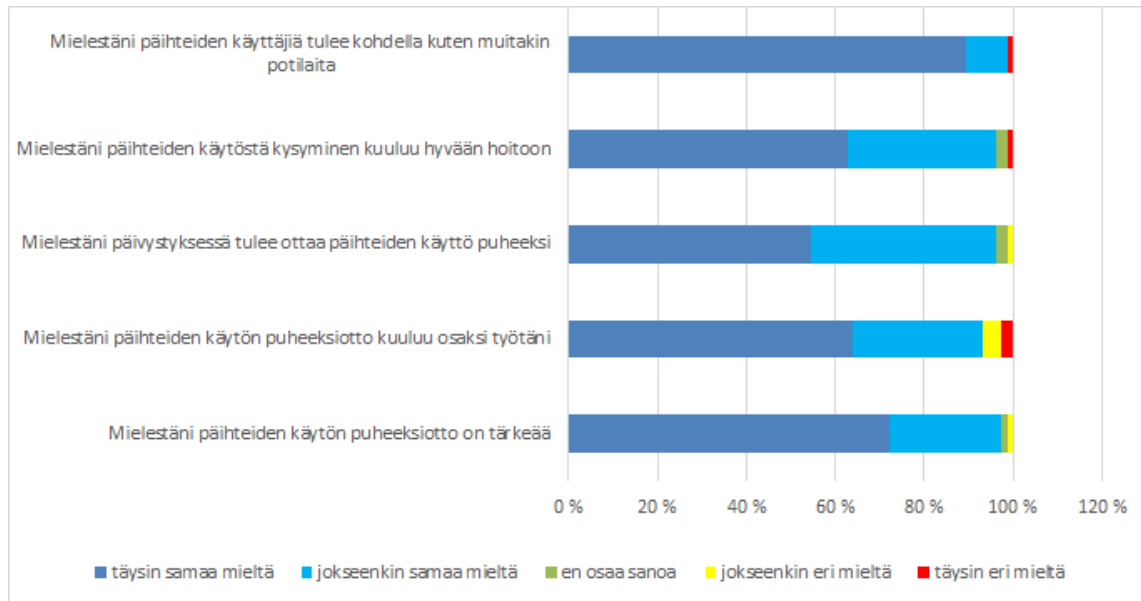
Huolimatta siitä, että toimintamalli on hyvin tai kohtalaisen hyvin tiedossa hoitajien keskuudessa, sen käyttö on vähäistä (Kuvio 2). Valtaosa vastaajista ilmoitti käyttävänsä Audit-testiä vain harvoin (65 %, n= 49) tai ei koskaan (16 %, n= 12). Työkokemuksella ei ollut vaikutusta, sillä eri ryhmien Audit-testin käyttö mukailee koko ryhmän tuloksia. Myöskään sairaaloiden tai ammattiryhmien välillä ei juurikaan ollut eroa.



KUVIO 2. Audit-testin käyttö

Suurin osa vastaajista (63 %, n= 47) ei kokenut työpisteellä (sisätaudit, pientrauma, terveyskeskuspäivystys, psykiatria) olevan merkitystä päihteiden käytöstä kysymiseen. Osalla työpiste vaikutti siten, että kiireisissä työpisteissä, kuten pientraumoilla, puheeksiotto helpoiten jää, kun taas psykiatrialla sen koettiin olevan olennainen osa psykiatrista haastattelua ja potilaan voinnin arviointia.

Lähes kaikki vastaajat pitivät päihteiden käytön puheeksiottoa tärkeänä (Kuvio 3): täysin samaa mieltä oli 72 % (n= 54) ja jokseenkin samaa mieltä oli 25 % (n= 19). Samoin valtaosa vastaajista koki päihteiden käytöstä kysymisen kuuluvan hyvään hoitoon: 63 % (n= 47) oli täysin samaa mieltä ja 33 % (n= 25) jokseenkin samaa mieltä. Lähes kaikki vastaajat (99 %, n= 74) olivat yhtä mieltä siitä, että päihdepotilaita tulee kohdella kuten muitakin potilaita. Vastaajista noin puolet (55 %, n= 41) oli täysin samaa mieltä siitä, että päihteiden käyttö tulee ottaa päivystyksessä puheeksi, 41 % vastaajista (n= 31) oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Puheeksioton kokivat kuuluvan osaksi työtä 64 % (n= 48) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 29 % (n= 22). Huomionarvoista on, että 7 % (n= 5) vastaajista oli asiasta jokseenkin tai täysin eri mieltä. Muutaman vastaajan mielestä päihdepotilaita ei tule kohdella kuten muita potilaita eikä päihteiden käytöstä kysyminen kuulu hyvään hoitoon.



KUVIO 3. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen päihdepotilaisiin ja päihteiden käytön puheeksiottoon

Päihteiden käytön puheeksioton vastaajat (yhteensä 97 vastausta) kokivat ensisijaisesti neutraalina (46) ja helppona (24). Osa koki sen haastavana (11), kiusallisena (4) ja turhana (4). Sen kuvattiin myös olevan:

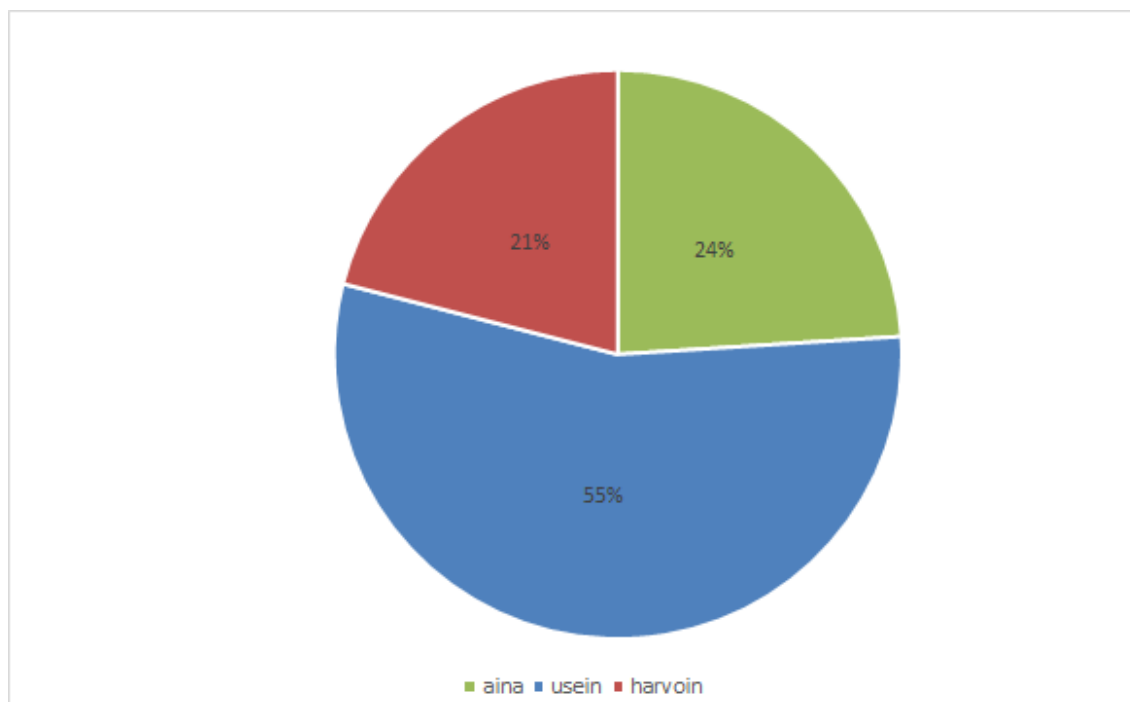
Normaali osa potilaan kokonaistilanteen selvittelyä.

Ajoittain hankalaa ja ylimääräistä.

Minä esitän välittäväni potilaan elintavoista ja potilas esittää ottavansa päihteiden käyttönsä vakavasti.

Minusta tuntuu, että 9/10 potilaista suuttuvat siitä, että kysellään päihteistä, eikä minusta tunnu, että voisin vaikuttaa asiaan muuta kuin sanomalla soo soo noin ei kannata juoda. Mikä nostaa rimaa edes kysyä asiasta.

Vastaajista suurin osa 55 % (n= 41) otti päihteiden käytön usein puheeksi potilaan kanssa, mikäli havaitsi potilaalla viitteitä päihdeongelmasta. Aina näissä tilanteissa sen otti puheeksi 24 % (n= 18) ja harvoin 21 % (n= 16) (Kuvio 4.).



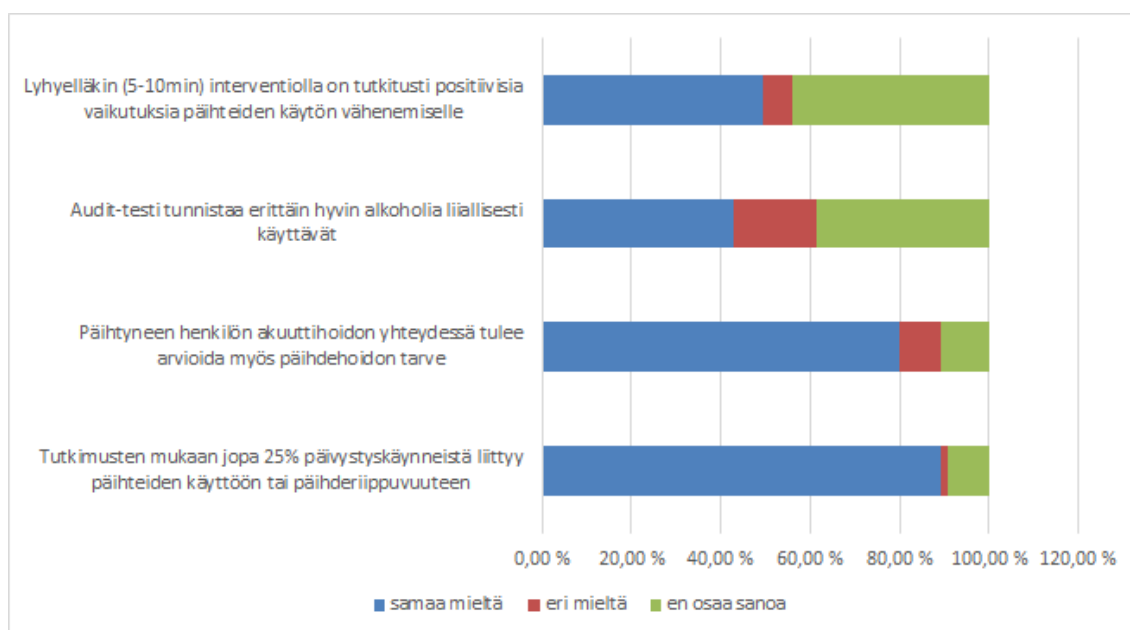
KUVIO 4. Päihteiden käytön puheeksiotto mikäli mahdollinen päihdeongelma on havaittavissa

Päihteiden käytön puheeksiotto jää yhteispäivystyksissä vastaajien (yhteensä 155 vastausta) mielestä toteutumatta lähinnä siksi, että potilas on joko liian päihtynyt (61) tai on liian kiire (54). Osa vastaajista ei kokenut päihteiden käytön puheeksiottoa lainkaan tarpeellisenä (8). Muutaman vastaajan mielestä päihteiden käytöstä kysyminen ei kuulu päivystykseen (3) tai se on jonkun muun kuten päihdesairaanhoidajan tai lääkärin tehtävä (5). Muita syitä miksi puheeksiotto jää toteutumatta oli pelko potilaan käytöksestä tai ettei potilas itse ole kiinnostunut aiheesta keskustelemaan. Osa vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole tarvittavaa osaamista puheeksiottoon eikä se ole rutiinia päivystyksessä. Puheeksiotto jäi osalla toteutumatta myös siinä tapauksessa, jos päivystyskäynnin syy ei suoraan liittynyt päihteisiin.

Jos potilas tulee tietyn vaivan vuoksi, habitus siisti, ei päihtynyt -> kiusallista kysyä päihteiden käytöstä, koska päivystykseen tulon syy ei liity millään tavalla esim alkun käyttöön.

Oletan, ettei potilaalla ole merkittävää päihdeongelmaa, iäkkäät potilaat sekä tavalliset työssäkäyvät henkilöt. Ja mikäli päihteiden käyttö ei liity päivystyskäyntiin esim. flunssa arvio.

Suurin osa (89 %, n= 67) kyselyyn vastanneista hoitajista oli samaa mieltä siitä, että jopa neljännes päivystyskäynneistä liittyy päihteiden käyttöön. Samoin suurin osa (80 %, n= 60) vastaajista oli yhtä mieltä siitä, että päihtyneen henkilön akuuttihoiton yhteydessä tulee arvioida päihdehoidon tarve. Eri mieltä tästä oli 9 % (n= 7) ja 11 % (n= 8) ei osannut sanoa. Huomattavasti enemmän hajontaa tuli Audit-testiin ja mini-interventioon liittyvissä väittämissä: vain 43 % (n= 32) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että Audit-testi tunnistaa erittäin hyvin alkoholia liiallisesti käyttävät, lähes viidennes (18 %, n= 14) oli tästä eri mieltä. Mini-intervention hyödyllisyydestä samaa mieltä oli noin puolet (49 %, n= 37) vastaajista (Kuvio 5).



KUVIO 5. Hoitajien näkemykset päihdepotilaiden hoidosta

Valtaosa vastaajista (89 %, n= 67) ei ollut käynyt päihdekoulutuksessa viimeisen vuoden aikana. Yleisin syy tähän oli vastaajien mukaan se, ettei koulutukseen oltu edes tarjottu mahdollisuutta. Työpaikalla tai työkokemuksella ei ollut merkitystä koulutuksessa käyntiin (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Päihdekoulutuksessa viimeisen vuoden sisällä käyneet.

Päihdekoulutus	Ei		Kyllä	
	%	(n)	%	(n)
Malmi	90	(38)	10	(4)
Haartman	88	(29)	12	(4)
Yhteensä		(67)		(8)

7.3 Kehittämisehdotukset päihteiden käytön puheeksioton edistämiseksi

Vastaajat antoivat paljon erilaisia ratkaisuehdotuksia puheeksioton edistämiseksi ja Audit-testin käytön helpottamiseksi. Vastaukset on jaoteltu aiheiden mukaan kolmeen pääteemaan: hoitohenkilökunnan osaamisen lisääminen sekä työympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät.

7.3.1 Hoitohenkilökunnan osaamisen lisääminen

Puheeksiottoon ja Audit-testin käyttöön toivottiin selkeää ohjeistusta ja perehdytystä. Osa vastaajista ei ollut tietoisia, että Audit-testejä edes käytetään päivystyksissä. Osa vastaajista ei puolestaan tiennyt miten toimitaan, mikäli testin tulos antaa aiheita huoleen. Valtaosa vastaajista ei ollut käynyt viimeisen vuoden aikana päihdekoulutuksessa. Useassa vastauksessa korostettiin säännöllisen koulutuksen merkitystä. Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa päihteiden käytön haitoista ja päihderiippuvuuksista, päihdepotilaiden tukemisesta, uusimmista huumausainetrendeistä sekä riskikulutuksen tunnistamisesta. Pieni osa vastaajista ei kokenut lisäkoulutusta lainkaan tarpeelliseksi.

En tiennyt että päivystyksessä ylipäätään saisi/pitäisi käyttää Auditia, asiasta pitäisi tiedottaa ja puhua laajemmin.

Olen ollut noin tusinassa koulutuksessa, missä on sanottu, että mini-interventio toimii. Yhdessäkään ei ole harjoiteltu mini-intervention käytännön toteutusta.

Koen puheeksioton haastavana enkä ole saanut siihen mitään koulutusta.

Koulutuksen lisäksi vastaajat toivoivat puheeksioton tueksi selkeää ja yksinkertaista kirjallista materiaalia, joka olisi helppo antaa potilaalle ja josta löytyisi tarvittavat tiedot. Materiaalin toivottiin sisältävän tietoa päihteiden käytön haitoista, päihdehoitopaikoista ja niiden aukioloajoista sekä päivystyksen päihdesairaanhoidajan puhelinnumeron.

Tieto työn vaikuttavuudesta koettiin merkityksellisenä. Vastaajat kokivat työn tulosten näkemisen tärkeänä, sillä päivystyksiä kuormittavat etenkin samojen päihdepotilaiden toistuvat käynnit ja tällöin hoidon hyötyä on vaikea hahmottaa. Potilaan oma muutoshalu vaikutti puheeksiottoa lisäävästi, sillä se antoi osaltaan työlle merkitystä. Useampi vastaaja toivoi tietoa myös siitä, mikä potilaissa on saanut aikaan muutoksen päihteettömyyteen.

Kokemusasiantuntijan olisi hyvä tulla luomaan toivoa päivystykseen siitä, että jokaisella kohtaamisella on merkitys.

Se, että näkisi kaikella vaivalla olevan jotain merkitystä

Ennemmin kysyisin aktiivisilta entisiltä päihteenkäyttäjiltä, että mikä rooli heidän mielestään on sillä että sairaalassa/päivystyksessä päihteenkäyttöön tartuttiin ja siitä keskusteltiin.

Omilla ja kollegoiden asenteilla ja tavoilla koettiin olevan merkitystä motivaatioon. Yleinen negatiivinen suhtautuminen päihdepotilaisiin heikensi myös omaa motivaatiota hoitaa päihdepotilaita. Vastaajien mielestä oma aktiivisuus ja kollegoiden kannustaminen puheeksiottoon ovat merkityksellisiä tekijöitä.

Ehkä jos itse jakaisi auditeja aktiivisesti ja kirjaisi selkeästi päihteistä keskustelun niin toimintatapa tarttuisi työtovereihinkin

Tätä kyselyä vastatessa huomasin juuri sen oleellisen asian että hieman häpeillen humalakompuroinnista kertovaa potilasta ei halua nolata lisää, vaikka siitähän ei ollenkaan ole kyse. Ylipainoiselle

painosta puhuminen on yhtä hankalaa. Kuitenkin pitkittyneestä yskästä ja hengenahdistuksesta kärsivälle on helppo puhua tupakan lopettamisen hyödyistä. Miettimisen arvoista.

7.3.2 Työympäristöön liittyvät tekijät

Päihteiden käytön puheeksiottoa edistäisi vastaajien mielestä eniten aika ja rauhallinen työympäristö. Potilaiden tutkimiseen, haastatteluun ja tilanteen selvittelyyn tarvitaan aikaa. Vastaajat toivat esiin, että kaikki potilaat eivät kykene tekemään Audit-testiä omatoimisesti, joten jo pelkkä kaavakkeen täyttäminen vaatii hoitajan resursseja. Myös testistä keskustelu ja tulosten tulkinta vie aikaa. Vastaajien mielestä useimmiten on niin kiire, että aikaa riittää vain kaikkein akuutimpien asioiden hoitamiseen. Työympäristö yhteispäivystyksissä koetaan melko levottomaksi ja päihdeasioista keskusteluun toivotaan rauhallista tilaa, jossa asioista ei tarvitse puhua muiden potilaiden kuullen.

Enempi aikaa potilaille. Vaikka kyselyyn menee vain hetki, kirjaamiseen menee vain hetki, mahdolliseen ohjaamiseen hieman pidempi hetki. Mutta kun potilaita tulee todella paljon, ppkl yhteensä n. 100/vrk, siihen menee aika monta hetkeä.

Jos työ ei olisi jo muutenkin kuormittavaa ja raskasta, voisi ehkä keskittyä tekemään muitakin kuin välttämättömän.

Audit-testien tulisi olla helposti saatavilla, joko potilastietojärjestelmässä tai paperisina versioina työpisteillä. Osa vastaajista ehdotti, että Audit-testejä voisi olla myös odotusaulassa potilaiden vapaasti täytettävissä. Päihdeasiat voisivat ylipäättään olla enemmän esillä: vastaajat ehdottivat näkyvyyden lisäämiseksi julisteita yhteispäivystysten seinille ja materiaalia, jota potilaat ja saattajat voisivat ottaa mukaansa. Myös erilaisia päihdeaiheisia kampanjoita ehdotettiin toteutettavaksi. Vastaajat kokivat, että puheeksiottoa helpottaisi myös, mikäli työyhteisön yleinen ilmapiiri ja suhtautuminen päihdeasioihin olisi myönteisempää.

Motivaatiota lisääisi, jos muu henkilökunta ei puhuisi nisteistä ja olisi epämotivoitunutta hoitamaan päihdepotilaita.

7.3.3 Organisaatioon liittyvät tekijät

Organisaation näkökulmasta tärkein asia on riittävien resurssien varmistaminen. Potilaan kokonaisvaltainen hoito vie aikaa, ja nykyisellään vastaajat kokivat, että hoitajamitoitus suhteessa potilasmäärään on liian niukka, jotta päihteiden käytön puheeksiotto olisi mahdollista. Puheeksioton edistäminen nähtiin kuitenkin tärkeäksi ottaen huomioon päihdepotilaiden suuren määrän päivystyksissä.

Lisäresurssit. Todella harvoin oikeasti muistaa Audit-testin olemassaolon. Niin paljon muutakin muistettavaa ja tehtävää, ettei audit ole prioriteeteissa kauhean korkealla. Kun mummoille ei kerkeä vaihtaa vuorossa edes vaippoja, tuntuu hullulta että pitäisi puuttua jonkun alkoholinkäyttöön.

Päivystys ei ole pitänyt itseään ennaltaehkäisevän terveydenhoidon toteuttajana. Tämä käsitys pitäisi murtaa ja panostaa ennaltaehkäisy osaksi päivystystyötä.

Suuri osa vastaajista kaipasi yhtenäistä ohjeistusta puheeksiottoon. Vastaajien mukaan Audit-testin käytöstä tulisi olla selkeät ohjeet ja pelisäännöt, joihin koko hoitohenkilökunnan tulee sitoutua. Testin toivottiin sisältyvän osaksi hoitoprotokollaa, jolloin sen jakaminen olisi systemaattista ja testin tekemisestä tulisi rutiinia. Nyt osa vastaajista koki Audit-testin vieraaksi, koska sen käyttö päivystyksessä ei ole vakiintunut tapa. Potilastietojärjestelmään toivottiin selkeää kohtaa, mihin pisteet merkitään.

Audit kysely jaettaisiin potilaille automaattisesti, siis aivan kaikille jotka sen pystyvät täyttämään.

Päihdesairaanhoitajan läsnäolo nähtiin tärkeänä ja yhteistyötä hänen kanssaan haluttiin kehittää. Suuri osa toivoi päihdesairaanhoitajan työajan laajentamista myös virka-ajan ulkopuolelle sekä näkyvyyttä päivystyksessä nykyistä enemmän. Osa vastaajista koki, että päihteiden käytön puheeksiotto toteutuisi parhaiten, mikäli se olisi kokonaan päihdesairaanhoitajan tai jonkun muun tehtävä. Nykyisellään puheeksiotto koettiin "lisätyönä", jolle ei riitä aikaa muun perustyön ohessa.

Päihdehoitajan rooli pitäisi mielestäni olla aktiivisempi, että hän tulisi tapaamaan potilasta ilman, että huonehoitajan täytyy tehdä kaikki kupongit valmiiksi.

Itse koen omien voimavarojen olevan äärimmillään ilman tätä lisätyötä. Päihteiden käytön puheeksiotto olisi päihdehoitajan tai jonkun "lisäresurssin" systemaattista toimintaa.

Helsingin päihdepalvelut ja hoitoketjut koettiin nykyisellään toimimattomiksi. Lisäksi jatkuvat muutokset palveluissa aiheuttivat turhautuneisuutta ja epäselvyyttä hoitoon ohjauksessa. Etenkin virka-ajan ulkopuolella, jolloin päihdesairaanhoidaja ei ole tavoitettavissa, hoitoonohjaus koettiin haastavaksi. Useampi vastaaja toikin ilmi, että hoitoketjujen selkeys ja helppo hoitoon pääsy motivoisi ottamaan päihteet puheeksi.

Helsingin päihdepalvelut vaatisi kokonaisvaltaista uudistusta. Huumevieroitusosastolle pitkät jonot ja Laakson vieroitushoito os. Ei mielellään ota potilasta jos on sekä huume että alkokatkaisun tarve. Kyllähän se motivoisi potilaan hoitamisessa, jos mielenterveys -ja päihdepalvelujärjestelmä toimisi paremmin eikä olisi ns. Mätä. Päihdepotilaat väliinputoajia palvelujärjestelmäviidakossa. Joskus potilaalla on tarjolla vain ns. "ei oota", joka hoitajanakin tuntuu kurjalta ja motivaatio päihdepotilaan hoidossa laskee.

Selkeät ohjeistukset siitä, että mihin ohjata riskipotilaita. Tuntuu, että tällä hetkellä ohjeet muuttuvat sen verran usein että on hankala pysyä mukana.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Kumpi tuli ensin muna vai kana, se usein päivystysolosuhteissa jää arvoitukseksi. Potilaan pompottaminen paikasta toiseen esim. ta, päihdepoli, ppkl tuntuu kurjalta. Päihdepoli hoitaa potilasta tiettyyn pisteeseen asti, psyk.poli ei ota hoidettavaksi koska päihdeongelma on ajankohtainen. Potilas on pyöröovisyndroomassa. Päivystyskierre on valmis. Vastuu siirretään päivystykseen, päivystyksessä keinot auttaa ovat varsin rajalliset.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tulokset vahvistivat tutkijoilla jo ennalta ollutta käsitystä puheeksioton haasteista ja toteutumisesta yhteispäivystyksissä. Näitä olivat kiireinen työympäristö ja päihdepotilaiden kuormittavuus sekä hoitajien perehdytyksen puute puheeksiottoon ja riittämättömät resurssit sen toteuttamiseen. Nämä asiat korostuivat myös kyselyn vastauksissa. Yleisimmin ajan ja resurssien puute vaikutti siihen, että puheeksiotto jää toteutumatta. Tulokset mukailivat sekä kotimaisia että kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta (mm. Alho 2017; Behm 2015; Heikkilä 2012; Woolard 2011).

Alkoholin ongelmakäytön varhaisen puuttumisen edellytyksenä on, että ongelmakäyttäjät tunnistetaan riittävän ajoissa, jolloin heidän alkoholin käyttöönsä voidaan puuttua tehokkaasti (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Päivystyksestä hoitoon -projekti pureutui Helsingissä tähän ongelmaan jalkauttamalla Audit-testin käytön päivystyksiin. Projektin aikana Audit-testien käyttö kohdentuikin kaikille potilaille. Haasteena nähtiin hyvien tulosten jalkauttaminen pysyvästi kliiniseen hoitotyöhön. (Hellsten ym. 2012, 79.) Kyselyn perusteella voidaankin todeta, ettei toimintamalli ole juurtunut kumpaankaan yhteispäivystykseen. Suurin osa vastaajista ilmoitti käyttävänsä testiä vain harvoin tai ei koskaan, tai käyttämällä sitä vain päihdeongelman ollessa havaittavissa, jolloin se ei palvele varhaisen puuttumisen tavoitetta. Samaan aikaan vastaajat kuitenkin toivoivat koulutusta riskikäyttäjien tunnistamiseen, johon Audit-testi olisi vastaus. Testin hyödyllisyys näyttäisi siis olevan huonosti tunnettu vastaajien keskuudessa. Tätä havaintoa tukee myös se, että vastaajista yli puolet olivat eri mieltä tai eivät osanneet ottaa kantaa väittämään Audit-testin hyödyllisyydestä. On siis perusteltua olettaa, että riskikuluttajat jäävät Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä pääsääntöisesti tunnistamatta. Vastaava ongelma on hyvin tunnistettu niin suomalaisessa terveydenhuollossa (mm. Alho 2017; Behm 2015) kuin pohjoismaisessa tutkimuksessakin (Von Wright, Stenius & Nesvåg 2016). Vastaajista suurimmalla osalla oli usean vuoden työkokemus,

ja lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista, yli kymmenen vuotta päivystyksessä työskennelleistä, olivat tietoisia toimintamallista, joten kokemattomuus ei selitä puheeksioton vähäisyyttä. Mielenkiintoista oli myös se, että kysyttäessä minkälaisena puheeksiotto koetaan, suurin osa vastaajista piti sitä kuitenkin helppona ja neutraalina. Vaikuttaakin enemmän siltä, ettei piilossa olevien päihdeongelmien laajuutta tiedosteta hoitohenkilökunnan keskuudessa. Puheeksiottamattomuutta perusteltiin muun muassa sillä, ettei tulosy liity päihteisiin ja ”tavallisilta” työssä käyviltä ei koeta tarvetta kysyä päihteiden käytöstä. Kuitenkin juuri nämä tavalliset työssä käyvät muodostavat alkoholin riskikäyttäjien suurimman ryhmän (Kaarne & Juntunen 2010, 87). Päivystyksissä tarvittaisiin selkeästi ymmärrystä siitä, kuinka otollinen mahdollisuus hoitohenkilökunnalla voisi olla alkoholin käytön varhaiseen puuttumiseen. Puheeksiottoa edistämällä voitaisiin merkittävästi vaikuttaa potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin. (Innanen & Tuominen 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

Päihteiden käytön puheeksiotto vaikuttaisi toteutuvan yhteispäivystyksissä paremmin, mikäli päihdeongelma on selkeästi nähtävissä. Neljä viidestä vastaajasta otti tässä tapauksessa päihteet puheeksi aina tai usein. Kuitenkin viidennes vastaajista oli eri mieltä väittämästä, että päihtyneen potilaan kohdalla tulee selvittää myös päihdehuollon tarve. Reilu viidennes ei osannut ottaa kantaa lainkaan. Tämä herättää huolen siitä, miten Sosiaali- ja terveysministeriön ohje päihtyneen potilaan akuuttihoitosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) yhteispäivystyksissä toteutuu. Toki on myös huomioitava, että hoitava lääkärikin on voinut selvittää potilaan hoitomotivaation ja päihdehoidon tarpeen, mikä ei tässä kyselyssä tullut esiin.

Pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että päihdepotilaita ei tule kohdella kuten muita potilaita eikä päihteiden käytön puheeksiotto kuulu hyvään hoitoon. Useat lait ja ammattieettiset ohjeet (esim. laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992, sairaanhoitajan eettiset ohjeet) kuitenkin edellyttävät potilaiden tasavertaista ja ihmisarvoista kohtelua. Hoitotyössä päihteiden käytön puheeksioton voidaan nimenomaan ajatella olevan terveyden edistämistä (L

1326/2010) ja hyvää hoitoa, johon jokaisella potilaalla on oikeus ja hoitajalla velvollisuus (L 785/1992).

Hoitotyön perustana on inhimillisyys ja ihmisläheisyys sekä toisen kunnioittaminen läheisenä (Sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet). Kuitenkin päihtyneet potilaat herättävät monessa hoitajassa kielteisiä tunteita, kuten vastenmielisyyttä ja turhautuneisuutta, sekä usein myös pelkoa ajoittaisen aggressiivisen käytöksensä vuoksi (mm. Koivunen ym. 2017; Heikkilä 2012). Usein hoitohenkilökunta näkee päihdepotilaat stigmatisoivasti, eivätkä ajattele heidän kuuluvan päivystyksellisen hoidon piiriin. Pettymys hoitoon ja tyly kohtelu näyttäisivät kuitenkin lisäävän päihdepotilaiden päivystyskäyntejä. (Wahlbeck ym. 2018, 113.)

Vastaajien mukaan potilaan hoitomyöntyvyys lisäisi hoitajien motivaatiota päihteiden käytön puheeksiottoon ja päihdepotilaan hoitoon. Tässä yhteydessä on tärkeää muistaa, että päihdepotilaan käytös saattaa olla vastareaktio hänen kokemaansa kohteluun (Salaspuro 2009, 903). Kohtaamisen merkitys voi olla kauaskantoinen ja vaikuttaa paitsi hoitomyöntyvyyteen myös paranemisprosessiin (Lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Mielenterveys- ja päihdepotilaat. Potilaan päihdeongelma). Jos hoitaja omalla asenteellaan vähentää potilaan hoitomyöntyvyyttä, ei kohtaamisen ja omien asenteiden merkitystä täysin ymmärretä. Asenteet vaikuttavat muuttuvan sitä negatiivisemmiksi mitä enemmän kontakteja hoitohenkilökunnalla on päihtyneisiin potilaisiin. Tämä saattaa vaikuttaa aktiivisuuteen ottaa potilaiden päihteiden käyttö puheeksi. (Heikkilä 2012, 49.) Hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet voivat kummuta myös osaamattomuudesta; taidot puheeksiottoon koetaan riittämättömiksi, joten sitä vierastetaan (Koivunen ym. 2017). Myös tässä kyselyssä tuli ilmi, että moni vastaajista koki esimerkiksi Audit-testin vieraana eikä tästä syystä käyttänyt sitä. Valtaosa kertoi, ettei päihdekoulutusta ole tarjottu. Tiedetään kuitenkin, että yleensä koulutuksiin hakeutuvat vain aihepiiristä kiinnostuneet ja ne, kenen tulisi kehittää päihdeosaamistaan eivät hakeudu koulutuksiin lainkaan (Behm 2015, 167).

Päihdesairaanhoidajat ovat toimineet Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä jo tämän vuosikymmenen alusta. Kyselyn perusteella osa vastaajista koki päihdesairaanhoidajan toimen etäisenä eikä tiennyt kuinka häntä voisi hyödyntää hoitotyössä. Tämä seikka yhdistettynä Audit-testin käyttämättömyyteen vahvistaa havaintoa siitä, että perehdytys ja etenkin selkeiden toimintaohjeiden puute vaikuttavat heikentävästi päihteiden käytön puheeksiottoon. Yhteispäivystyksissä henkilökunnan vaihtuvuus on suurta ja pelkästään perustyön tekeminen vaativaa ja aikaa vievää. Hyvä perehdytys on jokaisen oikeus eikä sitä voi jättää yksittäisen hoitajan vastuulle ja tehtäväksi.

Työelämän peruspilarina toimivat yhteisölliset arvot. Yhteispäivystyksissä tulisi käydä enemmän ruohonjuuritason keskustelua siitä, mitkä ovat organisaation arvot ja mitä niiden sisältö oman työtehtävän kannalta tarkoittaa. Työntekijän henkilökohtaisten arvojen tulee olla yhteneväisiä organisaation arvojen kanssa, jotta niihin voi sitoutua. Tärkeää on myös, että johto ja esimiehet toimivat malleina arvoihin perustuvasta toiminnasta. (Visma. Blog. Arvot – sanahelinää vai toimintamalli.) Arvojen lisäksi työpaikan perusasioiden tulee olla kunnossa, jotta työ on mielekästä. Näitä ovat esimerkiksi toimivat työvälineet ja työn selkeät tavoitteet sekä yhdessä sovitut toimintamallit. (Lerssi-Uskelin, Vanhala & Vähätiitto 2011, 9, 14.) Nyt kyselyyn vastanneista neljäsosa ei tiennyt, että Audit-testin käytöstä on olemassa ohjeistus, tai että sitä ylipäätään voisi työssään käyttää. Tasalaatuinen ja tasa-arvoinen hoitotyö edellyttäisi selkeitä toimintamalleja ja sitoutumista niihin. Yhteispäivystysten johdon vastuulla on järjestää riittävät resurssit, jotta sovittuja ohjeita on mahdollista noudattaa. Johdon tulee paitsi varmistaa, että jokainen työntekijä on malleista tietoinen, myös tukea ja vaatia henkilökunnan sitoutumista niihin. Kun työyhteisön pelisäännöt ovat selvät, tekee se itse työn suorittamisesta sujuvaa (Lerssi-Uskelin ym. 2011, 14) ja hoidosta tasalaatuisempaa.

Lopulta päihteiden käytön puheeksiotossa on kyse taidosta kohdata ihminen. Kohtaaminen voi olla potilaan fyysisen vamman hoitamista, vaikean elämäntilanteen selvittelyä tai palvelujärjestelmässä eteenpäin ohjausta. Potilaan kannalta tärkeintä on se, että hänelle syntyy kokemus inhimillisestä kohtaamisesta ja hän saa tarvitsemaansa apua. (Kuussaari ym. 2013, 158.)

Päihteiden käytön puheeksiotto päivystyksessä voi olla juuri se mitä potilas havahtuakseen tarvitsee (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b).

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen aihevalinta perustui tutkijoiden omaan mielenkiintoon edistää päihteiden käytön puheeksiottoa Malmin ja Haartmanin yhteispäivystyksissä. Päihdepotilaiden runsaus ja kiireinen työympäristö luovat haasteellisen lähtökohdan päivystyksessä tehtävälle päihdehoitotyölle. Viime vuosina päihdehoitotyöhön on panostettu eri tavoin, mutta siitä huolimatta osa päihdepotilaista kotiutuu ilman henkilökunnan puuttumista päihteiden käyttöön – toki moni myös omasta tahdostaan. Käytännön työssä esiin tulleet ongelmat haastoivat tutkijat etsimään keinoja tilanteen parantamiseksi. Tahtotilana oli eriarvoisuuden vähentäminen ja ajatuksena, että päivystyksissä käytössä ollut vanha kirjoittamaton ohje ”kotiin kun jalat kantaa” voisi jatkossa jäädä historiaan. Lisäksi toiveena oli, että piilossa olevat päihdeongelmat havaittaisiin yhteispäivystyksissä paremmin.

Tutkimuslupaa haettiin huhtikuussa tutkittavan organisaation vaatimalla tavalla ja lupa myönnettiin 26.4.2019. Tutkimuksessa ei kerätty minkäänlaisia henkilötietoja, joten henkilörekisteriä ei syntynyt. Näin ollen erillisiä tietosuojasetuksen mukaisia selosteita henkilötietojen käsittelytoimista tai riskinarviolomaketta ei ollut tarpeellista laatia. (Hus. Tutkijalle. Säädökset ja ohjeet. Pysyväisohje 2018-20.)

Kyselylomakkeen teossa tärkeintä on sen huolellinen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. Se edellyttää, että tutkija tietää mihin kysymyksiin hän on etsimässä vastauksia, eli hän tietää tutkimuksensa tavoitteen. (Vilkkä 2005, 73, 78, 84.) Suunnittelun tärkeyttä ei voi tarpeeksi korostaa, sillä mittausvaiheessa tehtyjä virheitä ei ole mahdollista korjata. (Vehkalahti 2014, 17). Ennen kyselylomakkeen laatimista tutkimuksen tavoite oli tutkijoille täysin selvä ja kyseisen aineistonkeruumenetelmän soveltuvuus oli varmistettu (Heikkilä 2008, 47).

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake luotiin vain tätä tutkimusta varten. Kysymykset perustuivat aiheesta aiemmin julkaistuun tutkimus- ja teorian tietoon sekä yhteispäivystysten hoitohenkilökunnan kanssa käytyihin keskusteluihin (Taulukko 1). Kysymykset laadittiin huolellisesti keskeisten käsitteiden mukaan ja ne liittyivät jokapäiväiseen hoitotyöhön. Tällä varmistettiin se, että tutkimuksen kohderyhmällä on se tieto, mitä tutkimuksella halutaan saada. Kysymysten vastausvaihtoehdot olivat toisensa poissulkevia ja jokaisen kysymyksen kohdalla arvioitiin, mitä asioita kysymys mittaa ja miten se vastaa asia- ja tutkimusongelmiin. (Vilka 2007, 64, 71.)

Kyselylomake testattiin satunnaisesti valitulla joukolla (n= 10). Testaamisen avulla arvioitiin kysymysten ja ohjeiden selkeyttä, vastausvaihtoehtojen sisällöllistä toimivuutta sekä vastaamisen helppoutta ja siihen kuluva aika. Testaamalla pyrittiin myös selvittämään, onko mukana turhia kysymyksiä tai puuttuuko kyselylomakkeesta olennaisia kysymyksiä. (Heikkilä 2008; Vilka 2007.) Tarvittavat muutokset tehtiin testaamisen jälkeen.

Ennen tutkimuksen alkua tutkijat kävivät molempien yhteispäivystysten osastokokouksissa esittelemässä tutkimuksen. Yhteispäivystysten osastonhoitajat jakoivat kyselyn hoitohenkilökunnalle työsähköpostilla, johon kaikilla oli yhtäläinen pääsy (Heikkilä 2008, 18). Kyselyyn oli mahdollista vastata työajalla. Kyselyn yhteydessä tutkimuksen kohdehenkilöitä informoitiin saatekirjeellä (Liite 3), joka sisälsi tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston keruusta, sen käsittelystä ja hävittämisestä. Saatekirje sisälsi myös tutkijoiden yhteystiedot ja vastaajia kehoitettiin ottamaan yhteyttä, mikäli tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ilmenee. Osallistuminen tutkimuksen tiedonkeruuseen tapahtui nimettömänä ja oli vapaaehtoista. Huolellisen anonymiteetin turvaamisen ohella tämä kertoo osallistuneiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Kyselystä muistutettiin kerran vastausaikana sähköpostilla, vastaaminen oli edelleen vapaaehtoista ja sen sai tehdä työajalla.

Koko prosessin ajan aineistoa käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Kyselyn

tulokset tallentuivat Webropol-palvelimelle, joka mahdollisti aineiston käsittelyn Webropolin omalla ohjelmistolla heti aineiston keruun päätyttyä. Koska sähköiset vastaukset olivat käännettävissä suoraan tiedostoksi, aineiston syöttövaihe ja siinä yhteydessä tehdyt lyöntivirheet jäivät pois ja aineisto on näin luotettavampi (Valli 2018, 100–101). Webropol-palvelin vaatii erillisen käyttöoikeuden, joka saatiin Diakonia-ammattikorkeakoulun kautta. Lisäksi palvelin oli henkilökohtaisella salasanalla suojattu, ja vain tutkijoilla oli pääsy aineistoon. Tulokset raportoitiin rehellisesti ja avoimesti, hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Raportin valmistuttua kyselyn vastaukset poistettiin Webropol-palvelimelta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkijan tehtävänä on pyrkiä minimoimaan haitat (Vilkkä 2007, 91). Tässä tutkimuksessa tämä tarkoitti SWOT-analyysin avulla alkuvaiheessa tehtyä pohdintaa tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista. Suurimpana vahvuutena nähtiin tutkijoiden perusteellinen asiantuntemus sekä tutkimusympäristöstä että siellä toteutettavasta hoitotyöstä. Heikkoutena koettiin tutkimuksen tekijöiden vähäinen kokemus kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä ja menetelmistä. Vaikka tutkimuksen edetessä tämä huoli osoittautui jossain määrin aiheelliseksi, tutkimusmetodi ja aineistonkeruumenetelmä olivat kuitenkin tähän tutkimukseen sopivia ja tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Uhkana nähtiin vastausprosentin jääminen liian alhaiseksi. Tästä syystä tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui kahden päivystyksen, Malmin ja Haartmanin, koko hoitohenkilökunta. Tutkimusajankohta valittiin mahdollisimman huolellisesti, sillä Malmin ja Haartmanin yhteispäivystykset integroituivat osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä tammikuussa 2019. Kysely päätettiin toteuttaa toukokuussa, jotta integraation vaikutus olisi mahdollisimman pieni.

Aiemmista tutkimuksista (mm. Heikkilä 2012) tiedetään, että päihtyneet potilaat aiheuttavat henkilökunnassa usein negatiivisia tunteita. Tämän epäiltiin voivan vaikuttaa myös kyselyn vastausinnokkuuteen. Tutkijat kokivat, että vastaaminen anonyymisti verkkokyselyyn olisi kollegoille helpompaa ja kannustaisi vastaamaan. Avoimiin kysymyksiin tulikin paljon vastauksia ja tästä pääteltiin, että aihe koettiin vastaajien keskuudessa kuitenkin tärkeänä hoitotyön kehittämiskohteena. Tutkimuksen tekijöistä toinen toimi tutkimushetkellä Malmin

sairaalan päihdesairaanhoitajana, joten päihdesairaanhoitajan toimintaa koskevat kysymykset päätettiin jättää pois. Vaikka kysymykset olisi muotoiltu niin, että ne koskisivat vain päihdesairaanhoitajan toimenkuvaa päivystyksessä, vaarana olisi ollut, että osa hoitajista olisi vastannut henkilökemioiden pohjalta. Vastausprosenttia pyrittiin kasvattamaan myös pitämällä kysely lyhyenä ja vaivattomana täyttää.

Jotta tutkimuksen tulokset ovat luotettavia, on oleellista, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea, ja että kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. Näin kysely on validi. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisäsi selkeä kyselylomake: vastausohjeet olivat yksiselitteiset ja selkeät ja vain yhtä asiaa kysyttiin kerrallaan. (Valli 2018; Heikkilä 2014.) Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa analyysin johdonmukaisuutta ja mittaustulosten toistettavuutta. Reliabiliteettia heikentää muun muassa satunnaiset virheet vastauksissa. (Vilkka 2007, 149.) Jokaiseen tutkimukseen liittyy satunnaisvirheiden mahdollisuus, useimmiten ne aiheutuvat muistivirheistä tai valehtelusta. Valehtelu saattaa olla myös järjestelmällistä asioiden kaunistelua, jolloin kyse on systemaattisesta virheestä. Vastausten rehellisyydestä ei koskaan voi olla täysin varma. (Heikkilä 2008, 186.) Tämän tutkimuksen tulokset eivät antaneet syytä epäillä vastaajia systemaattisesta asioiden kaunistelusta, sillä keskeiset tulokset eivät poikenneet aiemmista vastaavista tutkimuksista.

Tutkimuksen vastausprosenttia (35 %) voidaan pitää verkkokyselylle kohtalaisena tuloksena, sillä vastausprosentti jää kyselyissä usein 25–30 %:iin (Vilkka 2007, 59). Saatu aineisto edusti perusjoukkoa hyvin, sillä yhteispäivystysten hoitohenkilökunnasta valtaosa on naisia ja suurin ammattiryhmä on sairaanhoitajat. Katoon vaikuttavia mahdollisia syitä saattoi olla työn yleinen kuormittavuus ja työympäristön hektisyys sekä se, ettei kohderyhmä kokenut aihetta erityisen kiinnostavana.

Tutkijoilla on ensisijainen vastuu oman tutkimuksensa eettisyydestä. Tulosten uskottavuuden ja eettisen hyväksyttävyyden edellytyksenä on, että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Etene 2006.) Tämä

edellyttää tutkimuseettisen neuvottelukunnan määritelmän mukaisesti tutkijalta rehellisyyttä, huolellisuutta ja yleistä tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi tutkimuksessa käytettäviin julkaisuihin ja aineistoihin tulee viitata asianmukaisella, alkuperäistä tekijää kunnioittavalla tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimuskäytänteet noudattavat tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta ja tämä tutkimus toteutettiin Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimussääntöjä noudattaen (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 12).

Tutkimus ei vaatinut taloudellisia resursseja tekijöiltään. Tutkimuksen kohteilta osallistuminen vaati resursseja ajallisesti noin kymmenen minuuttia kyselyyn vastaamisen muodossa. HUS-organisaatio osallistui tutkimukseen sallimalla hoitohenkilökunnan vastaamisen verkkokyselyyn työajalla. Opinnäytetyöhön tarvittavat sovellukset ja digitaaliset työkalut saatiin Diakonia-ammattikorkeakoulun puolesta. Tulokset tullaan esittelemään erikseen sovitulla tavalla ja ajankohtana tutkimuksessa mukana olleille yksiköille.

Tutkimusprosessi oli kokonaisuudessaan opettavainen. Koska tekijöitä oli kaksi, mahdollisti se kollegiaalisen tuen ja rehellisen, avoimen dialogin. Kommentoimme toistemme tekstejä ja kritiikin ja reflektion avulla annoimme rakentavaa palautetta ja tuimme toisiamme läpi prosessin. Pyrimme tietoisesti työskentelemään mahdollisimman objektiivisesti. Vahvuutemme löytyy terveydenhuollon ja päihdetyön asiantuntijuudesta, jota pääsimme hyödyntämään. Kvantitatiivisen tutkimuksen ja Webropol-kyselyn tekemisessä molemmat tutkijat olivat ensikertalaisia. Tutkimuksen tekeminen tällä menetelmällä antoi arvokasta kokemusta kyselylomakkeen muodostamisesta, siihen liittyvistä haasteista sekä vastausten analysoinnista. Tutkimuksen tekeminen yhdessä vahvisti tiimityötaitojamme, kuten toisen mielipiteen kuuntelemista ja kompromissien tekemistä. Tutkimus ja raportin kirjoittaminen toteutuivat alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Yksityisyyden kunnioittaminen ja eettisyyden pohtiminen kuuluivat prosessin kaikkiin vaiheisiin.

8.3 Tutkimuksen hyötykäyttö

Organisaatio, jossa tutkimus toteutettiin, saa tutkimuksesta suuntaa antavan kuvauksen päihteiden käytön puheeksioton toteutumisesta yhteispäivystyksissä kyselyn ajankohtana. Tutkimustulosten mukaan osaamisen lisäämistä tarvitaan yhteispäivystyksissä päihdeongelmien tunnistamiseen ja varhaiseen puheeksiottoon. Tämän lisäksi tulisi kyetä varmistamaan, että akuuttihoiton ohella päihdehoidon tarpeen arvio toteutuu niiden potilaiden kohdalla, joilla päihdeongelma on ilmeinen (Salaspuro 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Organisaation näkökulmasta tulevia täydennyskoulutuksia voidaan kohdentaa hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan ja tutkimuksen tuloksia hyödyntää yhteispäivystysten päihdehoitotyötä kehitettäessä.

Päihteiden käytöstä kysyminen ei ole yhteispäivystyksissä systemaattista. Hoitohenkilökunta vaikuttaa tulkitsevan omatoimisesti kuka interventtiosta voisi hyötyä ja toimii sen mukaisesti. Todellisuudessa puuttumisen hyötyä ei kuitenkaan voida etukäteen tietää ja kaikki keskustelu aiheesta saattaa olla merkityksellistä. Mikäli jää hoitohenkilökunnan valinnaksi keneltä päihteiden käytöstä kysytään, on vaarana, että piilevät ongelmat jäävät kokonaan havaitsematta. Tunnistamalla ongelmallinen päihteiden käyttö potilaan oireiden, kuten univaikeuksien ja ahdistuksen taustalla, voidaan tarvittavat resurssit kohdistaa oikein. Potilas ei ehkä tarvitse toistuvia päivystyskäyntejä, kun päästään ongelman ytimeen. (Seppälä 2017.) Koska päihteiden käyttö ei ole vain yksilön asia, vaan sen merkitys lähipiiriin ja yhteiskuntaan on huomattava (Salaspuro 2009, 903), tulisi puheeksioton olla yhteispäivystyksissä tasalaatuista ja systemaattista. Tasalaatuisen hoidon toteuttamiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan osaaminen ja asenteet. (Kurki ym. 2015, 494–495.)

Asenteisiin on mahdollista vaikuttaa esimerkiksi kokemusasiantuntijoita hyödyntämällä (Kurki ym. 2015, 498). Kokemusasiantuntijat voisivat omaa toipumiskokemusta jakamalla auttaa hoitajia ymmärtämään päihdehäiriöiden luonnetta sekä näkemään päihdehoitotyön merkityksellisyyden. Hoitohenkilökuntaa voisi motivoida se, että konkreettisesti näkee ja kuulee miten vaikeistakin olosuhteista voi nousta ja toipua. Tämä olisi helposti toteutettavissa

kehittämällä esimerkiksi monitoimijaista yhteistyötä Malmin ja Haartmanin sairaaloissa toimivan Satu-toiminnan avulla. Toimintamallissa palveluohjaajan työparina toimii kokopäiväisesti toipumiskokemuksen omaava vertainen. (Tukikohta. Satu-julkaisu.)

Asenteisiin ja yleiseen ilmapiiriin voidaan yrittää vaikuttaa myös lisäämällä positiivista näkyvyyttä päihdeaiheen ympärille. Tästä esimerkkinä valtakunnallinen vuosittain järjestettävä Ehkäisevän päihdetyön viikko, jonka viettäminen on Malmin sairaalassa jo kokeiltu. Teeman ympärille olisi helppo rakentaa tapahtuma hyödyntämällä esimerkiksi EHYT ry:n (Ehkäisevä päihdetyö) valmista materiaalia. Ehkäisevän päihdetyön kampanjonnilla pyritään kannustamaan ihmisiä tekemään terveyttä edistäviä valintoja, jotka hyödyttävät parhaimmillaan koko yhteiskuntaa. Tavoitteena on vuosittain vaihtuvien kärkeemojen avulla lisätä päihdeisiin liittyvää tietoutta, kannustaa ammattilaisia ottamaan päihdepuheeksi ja edistää päihdeongelmista kärsivien kansalaisten oikeuksia. (Ehyt 2018.)

Tutkimustulosten mukaan vaikuttaa, että Päivystyksestä hoitoon -projektissa luodun hyvän toimintamallin ylläpitämiseen ei ole panostettu tarpeeksi. Vastauksista käy selkeästi ilmi, että ainakin päihdeasioiden osalta yhteispäivystysten hoitohenkilökunnan perehdytystä tulee parantaa ja koulutusta järjestää säännöllisesti koko hoitohenkilökunnalle. Päihdesairaanhoidajan toimenkuva tulee sisällyttää perehdytykseen, jotta kynnys yhteydenottoon madaltuu. Vastausten perusteella päihdesairaanhoidajan läsnäoloa toivotaan myös virka-ajan ulkopuolella. Sama toive korostui jo Päivystyksestä hoitoon -projektin aikana. Projektin aikana kokeiltiin päihdetyöntekijän erilaisia työvuoroja ja tuloksena oli, että iltaisin ja viikonloppuisin tehtävä työ palvelee sekä yhteispäivystysten henkilökuntaa että potilaita. Projektissa havaittiin, että päihdeitä käyttävät potilaat ohjautuivat varsin helposti virka-ajan ulkopuolella päivystyspisteisiin, jolloin päivystysten miehitys on pienimmillään. (Hellsten ym. 2012, 36–37, 74.) Päihdeongelmaiset ylipäättään hakeutuvat usein päivystykseen, vaikka vaiva ei vaatisikaan päivystyksellistä hoitoa (Suikkala & Laine 2010, 200). Lisäksi tiedetään, että päihdeongelmaisen potilaan vaikutus päivystystoimintaan on käyntimäärää merkittävästi suurempi, sillä

päihdeongelmainen potilas työllistää päivystyksen henkilöstöä keskimäärin enemmän kuin muut potilaat (Kantonen ym. 2006). Päihdesairaanhoidajan virkaajan ulkopuoliset työvuorot eivät kuitenkaan jääneet Päivystyksestä hoitoon -projektin jälkeen käytäntöön. Ottaen huomioon työympäristön todella vaativan luonteen, päihdepotilaiden runsaan määrän ja moniongelmaisuuksien sekä kyselyyn vastanneiden työntekijöiden toiveen, päihdesairaanhoidajan työajan laajentaminen ja resurssin kohdentaminen vain yhteispäivystykselle vaikuttaisi olevan perusteltua. Erityistyöntekijän läsnäolo helpottaisi ja madaltaisi kynnyksiä kysyä päihteistä, sillä ongelmatilanteissa tuki olisi heti saatavilla.

Potilas kantaa itse vastuun elintavoistaan. Päihdepotilaiden kohdalla on hyvä tiedostaa, etteivät kaikki ole valmiita muutokseen. Silti terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee vastata siitä, että potilas saa kuhunkin tilanteeseen sopivaa hoitoa. On asianmukaista selvittää, millaista muutosta potilas tavoittelee vai tavoitteleeko mitään. Yksi hyvän hoidon tuloksista voi olla potilaan muutosmotivaation herääminen ajankohtaisesti tai myöhemmin. (Seppälä 2017.) Yhteispäivystykseen voisi kehittää erillisen kirjallisen ohjeen tai esitteen potilaalle mukaan annettavaksi. Esite voisi olla yksinkertainen "Huolestuin päihteiden käytöstäsi" -hoito-ohje, jossa on esimerkiksi Audit-testi, lyhyesti tietoa päihteiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja päihdesairaanhoidajan yhteystiedot. Päihdesairaanhoidaja voi arvioida puhelimesta hoidon tarvetta ja ohjata potilaan tarvittaessa hakeutumaan oikeaan paikkaan hoitoon. Esitteen voisivat ideoida yhteispäivystysten päihdevastaavat yhdessä. Esite voisi olla erityisen hyödyllinen jaettavaksi pientrauman potilaille. Tutkimuksista tiedetään, että päihteiden käyttö altistaa tapaturmille ja suuri osa vammapotilaista on päihtyneitä asioidessaan päivystyksissä (mm. Heikkilä 2012; Kantonen ym. 2006). Pientraumapäivystys on usein kiireinen ja aikaa yksittäiselle potilaalle on hyvin rajallisesti. Esite olisi helppo jakaa ja potilas saisi muiden hoitoonsa liittyvien ohjeiden (esim. haavanhoito- ja aivotärähdyksen seurantaohjeet) lisäksi myös päihteiden käyttöön liittyvää ohjeistusta. Tämä voisi palvella myös niitä potilaita, joita ei päihtymyksen vuoksi päästä päivystyksissä puhuttamaan.

Helsingin väkiluvun on ennustettu kasvavan voimakkaasti, samalla väestörakenne monimuotoistuu, väestö ikääntyy ja asukkaista yhä suurempi osa tulee olemaan ulkomaalaistaustaisia. Helsingissä eriarvoistuminen huolestuttaa; vaikka osa kaupunkilaisista voi hyvin ja menestyy, osalle kasaantuu sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia ongelmia. Alkoholien liikakäyttö ja humalajuominen on Helsingissä tavanomaisempaa kuin muualla Suomessa. Helsinkiläisten kuolleisuus alkoholimaksasairauksiin on erityisen suurta varsinkin vähän koulutettujen keskuudessa. Päihteiden käyttö aiheuttaa ongelmia myös helsinkiläisissä lapsiperheissä, lähes joka kymmenessä lapsiperheessä juodaan humalahakuisesti ja lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvussa. (Tilastokeskus 2017.) Nämä Helsingin toimintaympäristön erityispiirteet ja epävarmuudet sote-uudistuksessa luovat haasteita Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään nyt ja tulevaisuudessa. Etenkin kun tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja sekä varmistaa, että palvelut vastaavat ihmisten tarpeisiin ja ongelmiin puututaan ajoissa. (Stm. Hankkeet ja säädösvalmistelu. Maakunta- ja soteuudistus.) Tämä tutkimus vastaa osaltaan Sosiaali- ja terveysministeriön sote-uudistuksen tavoitteeseen. Päätös tutkimuksen tuloksien hyödyntämisestä jää yhteispäivystysten organisaation tehtäväksi.

Jatkossa yhteispäivystysten päihdehoitotyötä kehitettäessä olisi tärkeää ottaa mukaan toimijoita myös hoitohenkilökunnan ulkopuolelta. Asiakasnäkökulman saaminen voisi tuoda uusia malleja erityisesti päivystyksissä toteutettavaan päihteiden käytön puheeksiottoon. Palveluita suunniteltaessa tulisikin käyttää laajemmin hyödyksi palveluiden käyttäjillä olevaa kokemuseräistä tietoa. Se ei tarkoita hoitohenkilökunnan asiantuntijuudesta luopumista, vaan sen voidaan ajatella olevan uudenlaista, jaettua asiantuntijuutta. (Laitila 2010, 145, 185.) Olisi mielenkiintoista selvittää kuinka päivystyspotilaat, joiden tulosityy ei liity päihteisiin lainkaan, kokevat puheeksioton. Kyselyn mukaan osa hoitajista mieltää puheeksioton tällöin turhaksi tai vaivaannuttavaksi. Oleellista olisikin selvittää, onko se sitä myös yhteispäivystysten potilaiden mielestä.

Mielenkiintoista olisi kartoittaa myös, minkälaisessa roolissa lähijohto näkee itsensä päihdehoitotyön edistämisessä. Esimiesten tuki on tärkeää käytännön

työssä, ja he toimivat esimerkkinä koko työyhteisölle. He myös ylläpitävät kehitystä työyksiköissä. (Lerssi-Uskelin ym. 2011, 12.) Tutkimuksella voitaisiin selvittää, kuinka tärkeänä esimiehet näkevät päihdeasiat ja miten he omasta mielestään tukevat hoitajia puheeksiotossa ja yhteispäivystysten päihdehoitotyön kehittämisessä.

LÄHTEET

- A 33/2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- A 583/2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>
- Aalto, M. (2010). Ongelmakäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiiänmaa (toim.), *Alkoholiriippuvuus* (s. 31–38). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aalto, M. (2018). Huumeet ja mielenterveys. Teoksessa M. Aalto, H. Alho & S. Niemelä (toim.), *Huume- ja lääkeriippuvuudet* (s. 199–204). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. (2018). Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana. Teoksessa M. Aalto, H. Alho & S. Niemelä (toim.), *Huume- ja lääkeriippuvuudet* (s. 9–18). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Alho, L. (2017). *Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa*. (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos). Saatavilla http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2422-3/urn_isbn_978-952-61-2422-3.pdf
- Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus (21.08.2018). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Barata, I.A., Shandro, J., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C.J., Duber, H.C., Weaver, L., Heins, A., Owen, H.S., Josephson, E.B. & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: A systematic review. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 18(6), 1143–1152. Saatavilla <https://escholarship.org/uc/item/60s175hz>

- Behm, M. (2015). *Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla*. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Saatavilla https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikaytanta_o_pas.pdf
- D’Onofrio, G. & Degutis, L. C. (2005). Screening and brief intervention in the emergency department. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 28(2), 63–72.
- Ehrling, L. (2009). Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisissa. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes (toim.), *Irti päihdeongelmista* (s. 145–171). Porvoo: WS Bookwell Oy
- Ehyt (2018). Kampanjaopas. Vinkkejä ehkäisevään päihdetyöhön. Saatavilla <http://www.ehyt.fi/sites/default/files/Kampanjaopas.pdf>
- Etene (2006). Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Saatavilla <https://etene.fi/documents/1429646/1559094/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf/40bb76da-873a-415f-b3d1-a69917eb6d34/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf>
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2019). Euroopan huumeraportti 2019: Suuntauksia ja muutoksia. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto. Saatavilla http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/2019_1724_TDAT19001FIN_PDF.pdf
- Findikaattori. Terveys. Alkoholisyyhin kuolleet. Saatavilla <https://findikaattori.fi/fi/65>
- Forsythe, M., & Lee, G. A. (2012). The evidence for implementing alcohol screening and intervention in the emergency department - time to act. *International Emergency Nursing*, 20(3), 167–172. Saatavilla

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X1100108X>

FRA European union agency for fundamental rights (2014). Eu:n laajuinen tutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta. Saatavilla

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_fi.pdf

Gockel, M., Pösö, R. & Nyman, H. (2013). Alkoholin liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 168–174). Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence

Hakkarainen, P. & Jääskeläinen, M. (2013). Huumeiden käytön haitat muille ihmisille. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 100–109). Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence

Halmesmäki, E. (2003). Raskaus ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.), *Päihdelääketiede* (s. 404–412). Helsinki: Duodecim.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen A. (2008). *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Heikkilä, A. (2012). Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto 2012

Heikkilä, A. & Markkula, J. (7.11.2017). Alkoholin käyttöön kannattaa puuttua myös päivystyksessä. Saatavilla <https://blogi.thl.fi/alkoholin-kayttoon-kannattaa-puuttua-myos-paivystyksessa/>

Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy

Heikkilä, T. (2014). Webropol-kyselyt. Saatavilla

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/6.WEBROPOL/Webropol-kysely.pdf>

- Heino, T. (2013). Läheisneuvonpito - vaihtoehtoinen tapa kohdata päihdehaitat lastensuojelussa. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 47–62). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence
- Hellsten, M., Louhio, K., Kylmänen, P. & Simoila, R. (2012). *Päivystyksestä hoitoon -projekti. TERVE HELSINKI -hankkeen osaprojekti. Loppuraportti*. Helsinki.
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö. Aineistopankki. Audit-testi ja ohjeistus. Saatavilla 16.11.2019 <https://www.hel.fi/static/sote/paihde/ety/aineistopankki/audit-ohjeistus.pdf>
- Helsingin kaupunki (14.2.2017). Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma 2010–2016 -loppuraportti sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnalle. Saatavilla <https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/bb/bb27ec07912d96606e968bcdbaad5e8147eae75.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2012). *Tutki ja kirjoita*. (15. –17. p.). Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy
- Holmberg, J. Salo-Chydenius, S., Kurki, M. & Hämäläinen, R. (2015). Päihdehoitotyö ja ihmisen elämäntilanne. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius *Päihdehoitotyö* (s. 357–416). Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Holmila, M., Raitasalo, K., Autti-Rämö, I. & Notkola, I.-L. (2013). Päihdeongelmaisten äitien lapset. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 36–46). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence
- Hus. Sairaanhoidon yksikkö. Sairaalat. Malmin sairaala. Saatavilla 20.10.2019 https://www.hus.fi/sairaanhoidon/sairaalat/malmin_sairaala/Sivut/default.aspx

- Hus. Tutkijalle. Säädökset ja ohjeet. Pysyväisohje 2018-20. Saatavilla 21.10.2019 <https://www.hus.fi/tutkijalle/saadokset-ohjeet-lomakkeet/ladattavat-dokumentit/Opinnytetyn%20ohjeet%20ja%20lomakkeet/Pysyvaisohje%202018-20%20Opinnaytetutkimukseen%20tarvittavat%20luvut%20HUSissa%20ja%20tietosuoja%20asetuksen%20vaikutus%20tutkimustoimintaan.pdf>
- Huttunen, J. (2013). Pullon henki - alkoholi Suomessa. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.), *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040* (s. 9–40). Helsinki: Lönnberg Painot Oy
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus (12.04.2018). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Innanen, P. & Tuominen, M. (2019). Päihtynyt potilas päivystyksessä. Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta. Tampereen yliopisto. Saatavilla <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/105277/1551972670.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Isotalo, J. (2013). Tilastollisen päättelyn perusteet. Johdatus tilastolliseen päättelyyn. Saatavilla 1.4.2019 <https://docplayer.fi/49072704-1-johdatus-tilastolliseen-paattelyyn.html>
- Itäpuisto, M. & Selin, J. (2013). Miten palvelut vastaavat päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeisiin? Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 138–145). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence
- Kaarne, T & Juntunen, J. (2010). Työelämä ja alkoholi. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kianmaa (toim.), *Alkoholiriippuvuus* (s. 87–96). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kantonen, J., Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. (2006). Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan

päivystyspoliklinikalla. Saatavilla

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paihtyneet-ja-paihdeongelmaiset-potilaat-peijaksen-sairaalan-paivystyspoliklinikalla/>

Karjalainen, K., Impinen, A. & Lillsunde, P. (2013). Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tielläliikkujille. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 124–137). Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence

Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.) (2013).

Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Saatavilla

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN_ISBN_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J.

(2013). *Kansanterveystiede*. (4. uud. painos). Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. (2003). Päihteiden neurobiologia. Teoksessa M.

Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim), *Päihdelääketiede* (s. 110–176). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kivelä, P. (2018). Huumeiden aiheuttamat elimelliset terveyshaitat. Teoksessa

M. Aalto, H. Alho & S. Niemelä (toim.), *Huume- ja*

lääkeriippuvuudet (s. 206–213). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Koivunen, M., Hakala, T., Peltomaa, K. (2017) Alkoholisti päihtyneiden

potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen

päivystyspoliklinikoilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(5). Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koivunen, M., Harju, S., Hakala, T., Hänti, J. & Välimäki, M. (2014).

Päihtyneenä päivystyksessä - Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? *Hoitotiede* 26(4), 275–286.

Kotovirta, E. & Österberg, E. (2013). Tuopin jäljet - alkoholin sosiaaliset haitat.

Teoksessa T. Peltoniemi (toim.), *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat,*

hoito, politiikka nyt ja 2040 (s. 67–88). Helsinki: Lönnberg Painot Oy

Kurki, M. (2015). Päihdehoitotyö. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius *Päihdehoitotyö* (s. 15–38). Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kurki, M., Salo-Chydenius, S., Partanen, A., Holmberg, J. & Inkinen, M. (2015). Päihdehoitotyön kehittäminen ja tutkimus tulevaisuudessa. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius *Päihdehoitotyö* (s. 493–508). Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kuussaari, K., Partanen, A. & Stenius, K. (2013). Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 146–159). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence

Kylmänen, P. (2014). *Päihdepotilaan hoitoprosessi Haartmanin ja Malmin sairaaloissa 2014*. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. L1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>

L1326/2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L41/1986. Päihdehuoltolaki. Saatavilla

<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%3%A4ihde#a41-1986>

L461/1973. Laki päihtyneiden käsittelystä. Saatavilla

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730461?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1973%2F461>

L523/2015. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. Saatavilla

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20ehk%C3%A4isev%C3%A4n%20p%C3%A4ihdety%C3%B6n%20j%C3%A4rjest%C3%A4mist%C3%A4>

- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- Lahtinen, P & Lalla, S. (2011). *Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä hoitohenkilökunnan näkökulmasta* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma).
- Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä* (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos). Saatavilla http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf
- Landy, M. S. H., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A. & McShane, K. E. (2016). A systematic review on the effects of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61(Supplement C), 1–12. Saatavilla [https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(15\)00202-0/fulltext](https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(15)00202-0/fulltext)
- Lehti, M. (2018). Henkirikoskatsaus 2018. *Helsingin yliopisto*. Saatavilla https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/233586/Katsauksia_28_Lehti_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lerssi-Uskelin, J., Vanhala, A. & Vähätiitto, H. (2011). Kohti innostunutta työyhteisöä. Työterveyslaitos. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114843/Kohti_innostunutta_tyoyhteisoa.pdf
- Lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Mielenterveys- ja päihdepotilaat. Potilaan päihdeongelma. Saatavilla 16.11.2019
<https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/mielenterveys-ja-paihdepotilaat/potilaan-paihdeongelma/>
- Mielenterveystalo. Aikuiset. Itsearviointi. Alkoholinkäytön riski. Saatavilla 16.11.2019
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/AUDIT-kysely-alkoholinkayton-riskit.aspx>

- Nylund, S & Siikanen, T. (2014). *Audit-testin käyttö Haartmanin päivystyspoliklinikalla* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma).
- Nyman, A. (2011). *Päihdehoitotyö päivystyksessä* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma).
- Partanen, A. (2015). Yhteiskunta, päihteet ja riippuvuus. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius *Päihdehoitotyö* (s. 451–492). Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Parviainen, T. (2018). *Motivoiva haastattelu terveyden edistämisen työmenetelmänä* (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, filosofinen tiedekunta). Saatavilla http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180371/urn_nbn_fi_uef-20180371.pdf
- Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. (2006). Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. Saatavilla https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152455/225_Piispa_Heiskanen_Kaariainen_Siren_2006.pdf
- Puumalainen, T.-T. (2017). *Monitoimijainen yhteistyö Haartmanin ja Malmin päivystyssairaaloiden päihde- ja mielenterveytyössä – työntekijöiden kokemuksia SaTu-projektista* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma). Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/138409/Puumalaine_n%20Tiina-Tuulikki.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rikksentorjunta. Rikosten ehkäisy. Väkivalta. Alkoholi ja väkivalta. Saatavilla 14.10.2019 <https://rikksentorjunta.fi/alkoholi-ja-vakivalta>
- Sairaanhoitajat. Artikkelit. Päihdehoitotyön asiantuntijaryhmä. Saatavilla 20.10.2019 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/paihdehoitotyon-asiantuntijaryhma/>
- Sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 20.10.2019 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

- Salaspuro, M. (2009). Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. *Duodecim* 125(8), 897–904. Saatavilla <http://phekaisevatyo.pbworks.com/w/file/attach/74071877/p%C3%A4ihdepotilas%20p%C3%A4ivystyksess%C3%A4%5B2%5D.pdf>
- Sarkola, T. & Eriksson, C. (2003). Nainen ja päihteet. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.), *Päihdelääketiede* (s. 95–98). Helsinki: Duodecim.
- Seppä, K., Aalto, M., Pekuri, P., Antila, S., Lahtinen, T. & Alaja, R. (2001). Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla - ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. *Lääkärilehti* 56(20), 2249–2253. Saatavilla <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paihdepotilaat-paivystyspoliklinikalla-ongelmasta-toimintamallin-kehittamiseen/#image-0>
- Seppälä, H. (28.8.2017). Reippaasti päihdepotilaiden kimppuun. Saatavilla <https://www.attendo.fi/blogi/reippaasti-p%C3%A4ihdepotilaiden-kimppuun>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Päihdepalvelujen laatusuositukset. Saatavilla https://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositukset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcb4e8/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositukset.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:65. Saatavilla 08.02.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71221/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226779.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi. Saatavilla <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72104/Selv200727.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Saatavilla <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN>

[%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y.](#)

Saatavilla 08.02.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Saatavilla

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma.

Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin

vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74726/STM_EPT-kansi_sisus_netti.pdf. Saatavilla 08.02.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Saatavilla

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stm. Hankkeet ja säädösvalmistelu. Maakunta- ja Sote-uudistus. Saatavilla 24.10.2019 <https://stm.fi/soteuudistus>

Suikkala, A. & Laine, T. (2010). Terveyskeskuspäivystys – osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää. Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikkonen (toim.). *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla* (s. 195–208). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Superliitto. Työelämässä. Lähihoitajan työ. Etiikka hoitotyössä. Lähihoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 20.10.2019

<https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/superliitto-lahihoitajan-eettiset-ohjeet-2019.pdf>

Takala, J. & Roine, M. (2013). Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 24–35). Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Terve Helsinki-hanke (2012). Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -osaraportti. Loppuraportti.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017a). Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. Alkoholi ja huumeet. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (7.11.2017b). Alkoholin käyttöön kannattaa puuttua myös päivystyksessä. Saatavilla 23.10.2019 <https://blogi.thl.fi/alkoholin-kayttoon-kannattaa-puuttua-myos-paivystyksessa/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019a). Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137587/URN_ISBN_978-952-343-294-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019b). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisten_huumeiden_k%c3%a4ytt%c3%b6_ja_huumeasenteet_2018_tilastoraportti.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Terveyskirjasto. Alkoholi ja terveys. Saatavilla 20.10.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Thl. Aiheet. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Turvallisuuden edistäminen. Tapaturmien ehkäisy. Tapaturmat Suomessa. Saatavilla 14.8.2019 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/tapaturmat-suomessa>
- Tigerstedt, C., Mäkelä, P. & Warpenius, K. (2018). Millaisia haittoja juomisesta koituu muille kuin juojalle itselleen? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T. Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.), *Näin Suomi juo* (s. 58–66). Helsinki: Juvenes Print

- Tilastokeskus (2017). Toimintaympäristöraportti 2017. Saatavilla
https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/17_06_07_toimintaymp%C3%A4rist%C3%B6raportti.pdf
- Tilastokeskus. Tilastot. Liikenne- ja matkailu. Tieliikenneonnettomuustilasto. 2017. Saatavilla
https://www.tilastokeskus.fi/til/ton/2017/ton_2017_2019-01-23_tie_001.fi.html
- Tilastokeskus. Tilastot. Oikeus. Rikos- ja pakkokeinotilasto. 2017. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta. Avio- ja avopuolisoiden välisten tapauksien osuus perhe- ja lähisuhdeväkivallasta laskussa. Saatavilla
https://www.stat.fi/til/rpk/2017/15/rpk_2017_15_2018-05-31_tie_001.fi.html
- Tukikohta. Satu-julkaisu. Saatavilla 21.10.2019
https://issuu.com/omaiset_huumetyon_tukena_ry/docs/satu-toimintamalli_2019_web
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 13.02.2019
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden ennakkoarviointi Suomessa. Saatavilla 1.10.2019
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- Työturvallisuuskeskus. Työturvallisuus ja työsuojelu. Työsuojelu työpaikalla. Vastuut ja velvoitteet. Päihdetyö työpaikalla. Päihteiden aiheuttamat haitat työelämässä Saatavilla 13.08.2019
https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet/paihdytyo_tyopaikalla/paihteiden_aiheuttamat_haitat_tyoelamassa
- Valli, R. (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. (5. uud. p.) Jyväskylä: PS-kustannus
- Valvira. Ajankohtaista. Uutiset ja tiedotteet. 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla 20.10.2019 <https://www.valvira.fi/-/haartmanin-ja-malmin->

[paivystyksikoissa-on-panostettu-monipuolisesti-toiminnan-kehittamiseen-ruuhkatilanteiden-hallinta-haasteena](#)

- Vehkalahti, K. (2014). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Finn Lectura.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. (2006). Hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.), *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* (s. 13–34). Helsinki: WSOY
- Vilkka, H. (2005). *Tutki ja kehitä*. Keuruu: Tammi.
- Vilkka, H. (2007). *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Tammi.
- Visma. Blog. Arvot – sanahelinää vai toimintamalli. Saatavilla 16.11.2019 <https://www.visma.fi/blog/arvot-sanahelinaa-vai-toimintamalli/>
- Von Wright, J., Stenius, K. & Nesvåg, S. (2016). Lokalt nytänkande inom missbruksvården. Saatavilla <https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/Nolom-publikation20webben.pdf>
- Vorma, H. (2018). Sekakäytön yleisyys ja muodot. Teoksessa M. Aalto, H. Alho & S. Niemelä (toim.), *Huume- ja lääkeriippuvuudet* (s. 85–91). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). Toimivat mielenterveyspalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Warpenius, K., Kotovirta, E., Karlsson, T. & Österberg, E. (2013). Öinen piikki - väkivaltarikokset yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.), *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s.110–123). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Warpenius, K., Markkula, J. & Mäkelä, P. (2018). Millaisia käsityksiä suomalaisilla on alkoholinkäytön terveysriskeistä? Teoksessa P.

Mäkelä, J. Härkönen, T. Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.), *Näin Suomi juo* (s. 225–236). Helsinki: Juvenes Print

Webropol. Tuotteemme. Saatavilla 20.10.2019 <https://webropol.fi/tuotteemme/>

Woolard, R., Cherpitel, C. & Thompson, K. (2011). Brief interventions for emergency department patients with alcohol misuse: Implications for current practise. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(2), 146–157. Saatavilla

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163298/>

World Health Organisation (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Saatavilla

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1

LIITE 1. Audit-testi

Ympyröi se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- (0) en koskaan
- (1) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- (2) 2-4 kertaa kuukaudessa
- (3) 2-3 kertaa viikossa
- (4) 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin olet käyttänyt alkoholia?

- (0) 1-2 annosta
- (1) 3-4 annosta
- (2) 5-6 annosta
- (3) 7-9 annosta
- (4) 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- (0) en koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloitit juomisen?

- (0) ei koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuussa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- (0) ei koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuussa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- (0) en koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuussa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- (0) en koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuussa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- (0) ei koskaan
- (1) harvemmin kuin kerran kuussa
- (2) kerran kuukaudessa
- (3) kerran viikossa
- (4) päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- (0) ei
- (2) on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- (4) kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?

- (0) ei
- (2) on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- (4) kyllä, viimeisen vuoden aikana

YKSI ALKOHOLIANNOS ON: pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä tai lasi (12cl) mietoa viiniä tai pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai ravintola-annos (4cl) väkeviä

ESIMERKKEJÄ: 0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta 0.5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta 0.75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta 0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

LIITE 2. Kysely hoitohenkilökunnalle päihdepotilaiden hoitotyöstä päivystyspoliklinikalla

Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin valitsemalla sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto. Joihinkin kysymyksiin voit valita useamman vaihtoehdon.

I Taustatiedot

1. Ammatti
 - sairaanhoitaja
 - lähihoitaja
 - mielenterveyshoitaja
 - lääkintävahtimestari
 - joku muu, mikä

2. Sukupuoli
 - nainen
 - mies

3. Ikä
 - 18–24v
 - 25–34v
 - 35–44v
 - 45–54
 - yli 55v

4. Työpaikkani on
 - Malmin sairaala
 - Haartmanin sairaala

5. Työkokemus nykyisessä tehtävässä vuosina
 - 0–3 vuotta
 - > 3 vuotta - 5 vuotta
 - > 5 vuotta - 10 vuotta
 - > 10 vuotta - 15 vuotta
 - > 15 vuotta

6. Missä alla olevista työpisteistä työskentelet useimmiten
 - sisätaudit
 - pientrauma
 - tk-päivystys
 - psykiatria

II Päihdehoitotyöhön liittyvät kysymykset

7. Vaikuttaako työpiste kohdallasi päihteiden käytöstä kysymiseen?
 - ei
 - kyllä, millä lailla

8. Oletko käynyt työsi puolesta päihdekoulutuksessa viimeisen vuoden aikana?

- kyllä
- en
- jos et, miksi et?

9. Tiedän, että tämänhetkisen toimintamallin mukaan Audit-testiä tulisi systemaattisesti jakaa päivystyksessä

- kyllä
- en

10. Käytätkö työssäsi Audit-testiä?

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

11. Mikä helpottaisi Audit-testin käyttöä päivystyksessä

12. Ota kantaa seuraaviin väittämiin

Mielestäni päihteiden käytön puheeksiotto on tärkeää

Mielestäni päihteiden käytön puheeksiotto kuuluu osaksi työtäni

Mielestäni päivystyksessä tulee ottaa päihteiden käyttö puheeksi

Mielestäni päihteiden käytöstä kysyminen kuuluu hyvään hoitoon

Mielestäni päihteiden käyttäjää tulee kohdella kuten muitakin potilaita

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- en osaa sanoa
- jokseenkin eri mieltä
- täysin eri mieltä

13. Koen päihteiden käytön puheeksiottamisen

- helppona
- neutraalina
- haastavana
- turhana
- kiusallisena
- muuna, minä

14. Mikäli havaitsen potilaalla mahdollisen päihdeongelman, otan sen puheeksi potilaan kanssa

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

15. Puheeksiotto jää mahdollisesti toteutumatta, koska

- se ei kuulu päivystykseen
- on liian kiire
- en koe sitä tarpeellisena
- potilas on liian päihtynyt

- o se on jonkun muun tehtävä, kenen
- o jostain muusta syytä, mistä

16. Mikä lisäisi päihteiden käytön puheeksiottoa päivystyksessä? Voit valita useamman vaihtoehdon

- o lisäkoulutus
- o kirjallinen materiaali
- o aika
- o rauhallinen työympäristö
- o päihdesairaanhoidajan parempi saatavuus
- o muu, mikä

17. Minkälaista lisäkoulutusta toivoisit? Voit valita useamman vaihtoehdon

- o ohjeita riskikäytön tunnistamiseen
- o tietoa päihteiden käytön haitoista
- o selkeää ohjeistusta puheeksiottoon
- o tietoa jatkohoitopaikoista
- o tietoa päihdepalvelujärjestelmästä
- o muuta, mitä
- o en tarvitse lisäkoulutusta

18. Jos käytössäsi olisi kirjallista materiaalia/esite puheeksioton tueksi, mitä sen tulisi sisältää?

- o tietoa päihteiden käytön haitoista
- o tietoa päihdehoitopaikoista ja niiden aukioloajoista
- o päihdesairaanhoidajan yhteystiedot
- o muuta, mitä

19. Vastaa vielä muutamaaan väitteeseen:

Tutkimusten mukaan jopa 25 % päivystyskäynneistä liittyy päihteiden käyttöön tai päihderiippuvuuteen: samaa/eri mieltä/ en osaa sanoa

Päihtyneen henkilön akuuttihoidon yhteydessä tulee arvioida myös päihdehoidon tarve: samaa/eri mieltä/en osaa sanoa

Audit-testi tunnistaa erittäin hyvin alkoholia liiallisesti käyttävät: samaa/eri mieltä/en osaa sanoa

Lyhyelläkin (5-10min) interventiolla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia päihteiden käytön vähenemiselle: samaa/eri mieltä/en osaa sanoa

20. Mikä lisäisi motivaatiotasi hoitaa päihdepotilaita?

21. Lopuksi pyydämme sinua ystävällisesti miettimään, mitä sinä voisit tehdä päihteiden käytön puheeksioton edistämiseksi työyksikössäsi

22. Onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa päihdepotilaiden hoitotyöstä päivystyksessä?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 3. Saatekirje

Arvoisa kollega, raskaan työn raataja

Olet juuri oikea henkilö vastaamaan tähän kyselyyn! Sinulta saamamme tieto on erittäin tärkeää työn kehittämisen kannalta Malmin ja Haartmanin sairaaloiden yhteispäivystyksissä.

Teemme opinnäytetyötä päihteiden käytön puheeksioton toteutumisesta. Puheeksiotolla tarkoitamme keskustelun avausta päihteiden käytöstä. Tarkoituksemme on selvittää, millä toimenpiteillä puheeksiottoa voitaisiin helpottaa ja lisätä, jotta päihdepotilaiden kohtaaminen olisi mahdollisimman yhdenmukaista ja potilaiden hoitomyöntyvyyttä lisäävää. Tavoitteena on kyselyn aineistoa hyödyntämällä kehittää uusia toimintatapoja lisäämättä hoitohenkilöstön työtaakkaa.

Pyydämme sinua vastaamaan sähköiseen kyselyyn alla olevan linkin kautta. Kysely on suunnattu Malmin ja Haartmanin yhteispäivystysten koko hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja saatu materiaali hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön raportin valmistuttua vuoden 2019 loppuun mennessä. Aikaa kyselyn täyttämiseen kuluu noin 5-10 minuuttia ja linkki on avoinna kaksi viikkoa.

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa ja suoritamme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutuskoulutusohjelmassa. Olemme erittäin kiitollisia, jos voit osallistua tähän opinnäytetyöhön vastaamalla kyselyyn. Mikäli sinulla on kysymyksiä aiheeseen liittyen, vastaamme niihin mielellämme.

Pauliina Anttila
Ditte Korpi-Kokko

pauliina.anttila@student.diak.fi
ditte.korpi-kokko@student.diak.fi