

Sari Nokkala

SELVIÄMISHOITOYKSIKÖN HOITOTYÖN ERITYISOSAAMINEN
JA OSAAMISTARPEET PÄIHDEPOTILAAN HOIDOSSA

Terveyden edistämisen koulutusohjelma
2011

SELVIÄMISHOITOYKSIKÖN HOITOTYÖN ERITYISOOSAAMINEN JA OSAAMISTARPEET PÄIHDEPOTILAAN HOIDOSSA

Nokkala, Sari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden koulutusohjelma
Toukokuu 2011
Ohjaaja: Hirvonen, Eila
Sivumäärä: 59
Liitteitä: 3

Asiasanat: osaaminen, päihdeosaaminen, päivystyspoliklinikka, delfoi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa selviämishoitoyksikön toiminnan edellyttämää erityisosaamista tulevaisuudessa. Tavoitteena oli kuvata selviämishoitoyksikön päihdepotilaan hoitotyön asiantuntijuuden osaamisalueet ja saada tietoa lisäkoulutustarpeesta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin delfoi – menetelmää. Aineisto hankittiin asiantuntijoilta sähköpostikyselyn, teemahaastattelun ja asiantuntijapaneelin avulla. Delfoi kierroksia tuli näin kolme. Ensimmäisellä delfoi kierroksella kartoitettiin millaista osaamista työntekijöillä on ja minkälaista lisäkoulutusta työntekijät kokevat tarvitsevänsä. Aineisto kerättiin sähköpostikyselynä. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönerittelyllä ja sisällönanalyysillä nousi 5 teemaa, jotka olivat teemahaastattelun runkona toisella delfoi kierroksella. Teemahaastattelut litteroitiin ja analysoitiin. Teemahaastattelujen pohjalta tehtiin alustavat osaamispuut, jotka tuotiin asiantuntijaryhmään paneelikeskustelun pohjaksi. Tämä asiantuntijoiden paneelikeskustelu oli kolmas delfoi kierros, jonka jälkeen voitiin sanoa asiantuntijoiden luoneen yhteisen mielipiteen selviämishoitoyksikössä tarvittavasta osaamisesta.

Opinnäytetyön tuloksena muodostettiin kuusi osaamispuuta, joissa kuvataan selviämishoitoyksikössä tarvittavaa osaamista nyt ja tulevaisuudessa. Osaamispuut ovat: päihdeosaaminen, kliinisen hoitotyön osaaminen, tiimi- ja verkostotyön osaaminen, turvallisuusosaaminen, päihdepotilaan ohjaus- ja neuvontaosaaminen sekä jatkohoidon arviointiosaaminen. Lisäkoulutustarpeet liittyivät lääkehoidon toteuttamiseen päihdepotilailla sekä lääkkeiden yhteisvaikutuksiin sekä osalla hoitajista kliinisen hoitotyön osaamisen lisäämiseen päivystysympäristössä. Psykiatriset sairaanhoitajat toivat oman koulutuksensa mukaisen osaamisen päihdepotilaan kohtaamiseen, jonka lisääminen voisi olla hyödyksi osalle työntekijöistä.

THE REHABILITATION UNIT'S SPECIAL KNOWLEDGE AND THE NEEDS FOR KNOWHOW IN THE FIELD OF CARE WORK FOR A SUBSTANCE ABUSE PATIENT

Nokkala, Sari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion

May 2011

Supervisor: Hirvonen, Eila

Number of pages: 59

Appendices: 3

Keywords: know-how, substance knowledge, outpatients department, delphi

The purpose of this thesis was to map the special knowledge required for the functions of the rehabilitation unit in the future. Our goal was to describe the areas of expert know-how of the rehabilitation unit in the care of a substance abuse patient and to receive more information on the need for further training.

This thesis was carried out as a qualitative research. The delphi method was used as a research method. The information was gathered from experts with the help of an email questionnaire, a theme interview, and an expert panel. This way we were able to get three rounds of delphi. The first delphi round was used to find out what kind of know-how the employees have and what kind of further training the employees feel they would need. This information was gathered through an email questionnaire. The answers were analysed through the analysis of the contents. Five themes arose from the classification and analysis of the contents which were the basis for the theme interview in the second delphi round. The theme interviews were transcribed and analysed. These theme interviews were used as a basis for the initial know-how trees which were brought into the expert groups as the basis of the panel discussion. This panel discussion of the experts was the third delphi round after which we were able to say that the experts were of the same opinion about the know-how needed in the rehabilitation unit.

As a result of this thesis six know-how trees were formed, which describe the know-how of the rehabilitation unit needed at the moment and in the future. The know-how trees are: substance knowledge, knowledge of the clinical care work, team- and network knowledge, safety knowledge, knowledge of the guidance and advice for the substance abuse patient as well as knowledge of the analysis for further treatment. The need for further training was connected to the implementation of the medical treatment of the substance abuse patients as well as to the combined effects of the medicines and for some of the nurses to increase their know-how of the clinical care work in the outpatients department. The psychiatric nurses brought their own know-how from their training on how to deal with the situation when facing a substance abuse patient. Further training in this area could be of use for some of the employees.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PÄIHDEOSAAMINEN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA	7
2.1	Potilaana päivystyspoliklinikalla	7
2.1.1	Päivystystoiminta	8
2.1.2	Päihteiden käyttäjä päivystyspoliklinikalla.....	9
2.2	Päihdeosaamisen määrittelyä.....	10
2.3	Selviämishoitoyksikkö Satakunnan keskussairaalassa.....	14
2.3.1	Selviämishoitoyksikön toimintamalli.....	15
2.3.2	Tietoja selviämishoitoyksikön toiminnasta.....	16
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
4	DELFOI KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ	18
5	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	20
5.1	Aineistot ja aineistojen analysointi	20
5.2	Ensimmäinen Delfoi-kierros -sähköpostikysely	21
5.3	Toinen Delfoi-kierros – teemahaastattelu.....	21
5.4	Kolmas Delfoi-kierros -asiantuntijapaneeli	23
6	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET	23
6.1	Päihdeosaaminen	25
6.2	Kliinisen hoitotyön osaaminen	31
6.3	Turvallisuusosaaminen	34
6.4	Tiimi- ja verkostotyön osaaminen	38
6.5	Päihdepotilaan ohjaus- ja neuvontaosaaminen	40
6.7	Lisäkoulutustarpeet.....	48
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	49
7.1	Tulosten uskottavuus ja siirrettävyys	49
7.2	Tulosten pohdinta	51
7.3	Selviämishoitoyksikön tarpeellisuuden arviointi	53
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalaisten alkoholiongelmät ovat muuttuneet vuosien kuluessa. Nykyään ne ovat pitkään olleet enemminkin sosiaalisia ja akuutteja kuin terveydellisiä ja kroonisia. Esimerkkinä akuutista alkoholihaitasta on yhteen alkoholin käyttökertaan liittyvät onnettomuudet, krooniset sairaudet ovat taas seurausta pitkäaikaisesta juomisesta. Alkoholin kokonaiskulutuksen kasvun myötä myös krooniset haitat ovat lisääntyneet nopeammin kuin akuutit haitat. Vuonna 2008 alkoholin kokonaiskulutus oli Suomessa 10,4 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohti. Tähän lukuun lisätään vielä tilastoimaton alkoholinkulutus, jonka keskeisin erä on matkustajatuonnilla tuotua alkoholia. (Karlsson & Österberg 2010, 15–21.)

Alkoholinkäyttö jaksottuu eri tavoin ja myös se on muuttunut aikojen kuluessa. Alkoholinkäytöllä on huippusesonkeja sekä tasaisemman ja alhaisemman kulutuksen jaksoja. Huippusesonkeihin kuuluvat lomakuukaudet ja kansalliset ja yleiset juhlapyhät. Juhannus, vappu ja uudenvuodenaatto ovat tunnetusti kosteita juhlia. Vuoden 2008 juomatapatutkimus toi esiin uuden kehityssuunnan alkoholinkäytöstä. Aiemmin juominen on keskittynyt pääosin viikonloppuihin, mutta viimeisimmässä tutkimuksessa todettiin, että alkoholinkäyttö on miesten vanhimmassa ikäryhmässä levinnyt myös alkuviiikon päville ja on siten muuttunut säännöllisemmäksi. Alkoholin käyttökertojen lisääntyminen ja laajentuminen entistä suuremmassa määrin myös arkipäiville yhdessä korkean kulutustason kanssa luo pohjaa haittojen lisääntymiselle. (Mustonen, Metso & Mäkelä 2010, 66–67.)

Päivystykseen hakeutumiseen liittyy usein alkoholi. Ilta- ja yöaikaan tulevien potilaiden kohdalla alkoholi on suurin syy hoitoon hakeutumiseen ja siitä johtuvat tapaturmat, vammat ja kaatumiset. Kyseessä on siis akuutti alkoholihaitta. Päähtyneiden potilaiden hoitaminen muiden potilaiden joukossa on haastavaa. He vaativat kovaaäänisellä käytöksellään ja joskus aggressiivisella käytöksellä nopeaa hoitoa ja huomiota. Näiden asioiden johdosta Satakunnan keskussairaalan yhteyteen perustettiin viisi-paikkainen selviämishoitoyksikkö. Selviämishoitoyksikön avulla haluttiin parantaa päihdepotilaiden hoitoa ja lisätä muiden potilaiden turvallisuutta.

Selviämishoitoyksikön työ halutaan tehdä näkyväksi ja siellä tehtävän työn osaamisvaatimukset kirjoittaa auki. Osaamisen tunnistaminen ja kehittäminen työelämässä on tärkeää. Terveystieteiden osaan perustuu jatkuvasti uusiutuvaan ja laajalaaiseen, monitieteiseen tietoperustaan. Lisäksi tarvitaan käytännön osaamista sekä sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia taitoja. Toiminnan pitää perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön sekä ammattitoiminnan kehittyessä tarvitaan tutkimus-, kehittämis- ja muutososaamista. Tämän päivän terveydenhuollossa tarvitaan moniammatillista toimintaa ja siihen liittyvät kehittämistarpeet edellyttävät sekä oman ammatin erityistuntemusta että asiantuntijuuden laajenemista yhteisöasiantuntijuudeksi. (OPM 2006:24, 15.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikössä tarvittavaa erityisosaamista nyt ja tulevaisuudessa. Kehittämismenetelmänä käytetään Delphi-menetelmää, joka on yksi tulevaisuuden tutkimusmenetelmistä.

Opinnäytetyö kuuluu osana Tulevaisuuden erityisosaaminen erityissairaanhoidossa -projektin osahankkeeseen. Päävastuullinen toteuttaja ja koordinoija on Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Turun ammattikorkeakoulu koordinoi Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa ”Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa” osaprojektia. Osaprojektin yhteistyökumppaneita ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Satakunnan ammattikorkeakoulu (Nurminen 2009.) Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Satakunnan ammattikorkeakoulun pilottina tässä hankkeessa toimii Satakunnan keskussairaalan päivystystoiminnan alue.

2 PÄIHDEOSAAMINEN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

2.1 Potilaana päivystyspoliklinikalla

Päivystykseen hakeudutaan usein yllättävän, äkillisen sairastumisen johdosta tai tapaturman uhrina. Äkillinen sairastuminen tai tapaturma on voinut sattua kotona, työmatkalla, koulumatkalla, työssä tai vapaa-aikana. Päivystykseen joutuminen on aina potilaalle ja hänen omaiselleen kriisi, koska tilanteeseen ei ole voinut valmistautua ennakolta. Hoitohenkilökunnan on hyvä muistaa, että potilas ja hänen läheisensä on usein vielä sokkivaiheessa ollessaan päivystyspoliklinikalla. Potilailla ja omaisilla on niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin tuntemuksia, ja hän rekisteröi ympäristöönsä tarkkaavaisesti. Hoitohenkilökunnan on tärkeää luoda luottamuksellinen hoitosuhde ja tähän päästäkseen ammatilliseen käyttäytymiseen kannattaa kiinnittää huomiota, se luo potilaalle uskoa hoitojärjestelmään ja henkilökuntaan. (Koponen ym. 2005, 23, Hietanen 1995, 16.)

Potilaiden kokemuksia on tutkittu muun muassa Munnukan (1993) toimesta. Tämän mukaan ajallaan autetuksi tuleminen on potilaiden kokemuksissa tärkeää. Tämä tarkoittaa sitä, että hoidetaan potilaan asioita silloin, kun hän itse ei ole siihen kykenevä. Tällä on merkitystä potilaan hyvän voinnin kokemiseen, sairaudesta toipumiseen ja terveyden edistymiseen. Potilaat odottavat hoitotyöntekijöiltä huolenpitoa, johon liittyy asioiden varmistaminen, tietojen kertominen ja potilaan auttaminen huolehtimaan itsestään. (Hietanen 1995, 18.)

Yhteistyö ja tiedon antaminen potilaan omaisille ja läheisille tapahtuu Suomessa potilaan luvalla. Potilas itse nimeää ne henkilöt, joille hänestä voidaan antaa tietoja. Suomalaisen lainsäädännön mukaan omaisen oikeus liittyä kuulluksi tulemiseen potilaan tahdon välittäjänä silloin kun potilas itse ei kykene ilmaisemaan tahtoaan tai ymmärtämään ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia. (Koponen ym 2005, 25.)

2.1.1 Päivystystoiminta

Päivystystoimintaa määritellään laeissa ja se luokitellaan jokaisen kansalaisen subjektiiviseksi oikeudeksi. Potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3 §). Terveystenhoitoon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 15 §). Päivystyksellisen hoidon tarpeen määritelmänä voidaan pitää yhtä vuorokautta siitä, kun hoidon tarve on ilmaantunut tai tullut järjestämisvastuussa olevan toimintayksikön tietoon. Tämän lisäksi päivystystä voidaan tarkastella henkilöstön käytön (virka-aika ja päivystysaika), terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen porrastamisen sekä palvelujen piiriin hakeutumisen näkökulmasta. (Koponen, Sillanpää 2005, 18.)

Perustuslaissa määritellään oikeus kiireelliseen hoitoon, se on jokaisen kansalaisen subjektiivinen oikeus. Potilailla, omaisilla ja koko väestöllä on oikeus odottaa, että he saavat mahdollisimman laadukkaita ja oikea-aikaisia palveluja niitä tarvitessaan. Päivystyksen perustehtävänä on henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. (Koponen ym. 2005, 21.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (2006) antamien ohjeiden mukaan päihtymys ei saa estää henkilön akuutin hoidon tarpeen arviointia ja järjestämistä tai asianmukaista kohtelua sekä palvelua. Terveystenhoitoon päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava ensisijaisesti terveydenhuollossa eikä muissa kunnan palveluissa. (Vaula, Mikkonen & Hakala 2010, 3.)

Nykyisen kehityksen suuntana on ollut terveystieteiden päivystyspisteiden yhdistäminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten päivystysyksiköiden perustaminen. Tällä pyritään tehokkuuteen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön, osaavan työvoiman saannin turvaamiseen ja toiminnan hyvään laatuun. Tämän hetken käsityksen mukaan yhteispäivystys on suomalaisiin oloihin hyvin sopiva ja toimiva ratkaisu, vaikkakin vielä niihin liittyy monia hallinnollisia ja toiminnallisia ongelmia. Potilaan näkökulmasta palvelujen käyttö kuitenkin yksinkertaistui, ei tarvitse kulkea kuin yhdestä ovesta. (Koponen ym. 2005, 20.)

2.1.2 Päihteiden käyttäjä päivystyspoliklinikalla

Päihdepotilaat ovat useimmiten kaikkein vähiten toivottuja potilaita päivystyksissä. Heidän auttamisensa tuntuu mahdottomalta ja turhalta. Päivystyksien potilaista suuri osa on päihteiden käyttäjiä, varsinkin ilta- ja yöaikaan tulevista potilaista. Näistä on tutkimustuloksia muun muassa Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalta, jossa päihteiden käyttö tai päihderiippuvuus liittyi varmasti tai mahdollisesti 27 %:iin päivystyspoliklinikan käynneistä. Samantyyppinen tutkimus on toteutettu Tampereen yliopistollisen keskussairaalan ensiapu- ja tarkkailupoliklinikalla, jossa 27 % päivystyksen potilaista oli suurkuluttajia. (Kantonen ym. 2006, 4923–4925.)

Päihdepotilaiden kohtaaminen on haastavaa akuutti hoidossa. Hätätilanteet ovat usein komplisoituneita, koska päihteiden käyttö saattaa peittää vakavat oireet, joita potilas muuten valittaisi (Laine 2002, 312). Potilaan ja tilanteen rauhoittaminen on tärkeää. Päihteitä käyttäneen ihmisen voi olla vaikea ymmärtää muiden puhetta ja viestejä. Hänen oma kommunikointinsa on myös epäselvää ja tästä seuraa väärinymmärryksiä puolin ja toisin. Hänet on kuitenkin kohdattava vastuullisena aikuisena. Ammatillisen vuorovaikutuksen perussääntöjä päihtyneen kohtaamisessa ovat asenne, ajantasainen tieto ja päihdetyön osaaminen. (Holmberg 2008, 203.)

Voimakkaasti päihtyneen kanssa keskusteleminen voi tuntua turhautavalta. Hoitotyöntekijän tulee kuitenkin suhtautua päihtyneeseen asiallisesti. Vuorovaikutustilanteessa päihtyneen kanssa on tärkeää, että työntekijä on tilanteessa rauhallisen empaattinen, tiukan johdonmukainen, selkeästi ja ymmärrettävästi puhuva, kärsivällisesti hoidon faktoja perusteleva, yhteisiä hoidon tavoitteita korostava sekä myönteistä käyttäytymistä palkitseva. Päihtynyt on herkkä loukkaantumaan, joten vuorovaikutuksessa ei pidä suhtautua potilaaseen alentuvasti, uhkailla, provosoida tai provosoida eikä pidä korottaa ääntään, ellei se ole välttämätöntä. (Holmberg 2008, 203–204.)

Päihteiden käyttäjä saattaa käydä toistuvasti päivystyspoliklinikalla. Tämä turhauttaa työntekijät helposti ja saa heidät tuntemaan itsensä keinottomiksi. Tunteiden sietämiseen auttaa päihderiippuvuuden luonteen, hoidon prosessimaisuuden ja kohtaamisen merkityksen ymmärtäminen. (Holmberg 2008, 204.)

Päihteiden käyttöön liittyy runsaasti persoonallisuushäiriöitä. On esitetty arvioita, joiden mukaan jopa puolella päihdepotilaista esiintyy jokin persoonallisuushäiriö. Yleisimmin päihteidenkäyttäjillä esiintyy epäsosiaalista ja epävakaata persoonallisuutta. Ahdistavissa tilanteissa persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä on taipumus käyttää primitiivisiä defenssimekanismeja, koska kehittyneempiä ei ole. Päihteiden käyttö ja sairaudet lisäävät näiden mekanismien käyttöä. (Laine 2002, 314–315.)

Persoonallisuushäiriöisten päihteidenkäyttäjien mielen rakenteisiin liittyy lyhytjännitteisyys, impulssiherkkyys, vaativuus ja toisaalta lapsenomainen herkkyys loukkaantua muiden käytöksestä (Holmberg 2008, 207.)

Päihteiden käyttäjillä on myös taipumus ulkoistaa toimintansa (projektio). Tämä tarkoittaa sitä, että potilas löytää tilanteeseensa syyt kaikista muista paitsi itsestään, esim. vankilatuomiot johtuvat poliiseista, ei hänestä itsestään. Kieltäminen antaa päihteiden käyttäjälle luvan olla tuntematta tunnontuskia tuhoisastakaan käytöksestä. Päihteiden käyttäjillä on usein pyrkimys käyttää toisia ihmisiä hyväksi. Hyväksi käyttäminen ja hyväksi käytetyksi tuleminen on päihteiden käyttäjän arkipäivää ja samalla tavalla hän uskoo pärjäävänsä kaikissa ihmissuhteissaan. (Laine 2002, 315.)
Persoonallisuushäiriöt ja puolustusmekanismit on hyvä tiedostaa, koska ne auttavat työntekijää ymmärtämään päihteiden käyttäjää.

2.2 Päihdeosaamisen määrittelyä

Osaamisen tunnistaminen on tärkeää. Terveystieteiden osaan perustuu jatkuvasti uusiutuvaan ja laaja-alaiseen, monitieteiseen tietoperustaan. Lisäksi tarvitaan käytännön osaamista sekä sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia taitoja. Toiminnan pitää perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön sekä ammattitoiminnan kehittyessä tarvitaan tutkimus-, kehittämis- ja muutososaamista. Tämän päivän terveydenhuollossa tarvitaan moniammatillista toimintaa ja siihen liittyvät kehittämistarpeet edellyttävät sekä oman ammatin erityistuntemusta että asiantuntijuuden laajenemista yhteisöasiantuntijuudeksi. (OPM 2006:24, 15.)

Opinnäytetyössä käsitellen osaamista ammatillisen pätevyyden, kompetenssin ja kvalifikaation käsitteiden kautta sekä käsitellen myös taitojen kehittymistä. Käsitteet ovat lähellä toisiaan ja niitä käytetään hyvin kirjavasti. Ne ovat toistensa sukulaisia ja niillä on yhteinen ydin, mutta näillä käsitteillä on myös oma merkityksensä. (Paakkonen 2008, 405–406.)

Yksi tapa lähestyä osaamista on kuvata se ammatillisena pätevyytenä. Ammatillinen pätevyys, ammattitaito on jotain, mitä ammatti vaatii. Ellström (1994) on kuvannut viisi erilaista tapaa määritellä ammattitaito: ammattitaito voidaan nähdä muodollisena kompetenssina, joka saavutetaan muodollisen koulutuksen avulla. Toiseksi ammattitaito voidaan nähdä aitona pätevyytenä, todellisena kompetenssina, jonka yksilö omistaa ja jota voi käyttää hyväkseen työn suorittamisessa. Kolmantena tapana ammattitaidon määrittelyssä Ellström kuvaa ammattitaidon hyödynnettynä kompetenssina, jonka yksilö omistaa ja se tulee todellisesti käytettyä työssä. Neljäntenä tapana on kuvata ammattitaito pätevyytenä, sellaisena kompetenssina, jota tarvitaan, jotta työ voidaan tehdä mielekkäästi. Viimeisenä kohtana on kuvata ammattitaito pätevyytenä, joka muodollisena tai epämuodollisena on määrätty tietyssä työssä. (Paakkonen 2005, 406.)

Kompetenssi ja kvalifikaatio käsitteitä on tutkittu paljon (muun muassa Raivola & Vuorensyrjä 1998; Nijhof & Streumer 2001; Rychen & Salganik 2001), mutta käsitteiden käyttö on silti horjuvaa eikä merkityssisällöille ole löytynyt konsensusta. Kompetenssi voidaan ymmärtää joko yksilön ominaisuutena tai työtehtävien asettamina vaatimuksina. (Ruohotie ym. 2003, 54.)

Kompetenssia pidetään kvalifikaatiota abstraktimpana käsitteenä. Kvalifikaatio viittaa konkreettiseen toimintojen suorituskykyyn, kun taas kompetenssi viittaa näiden toimintojen sääntelyyn. (Paakkonen 2005, 406.) Ruohotie & Honka (2003, 18–20) määrittelee kompetenssin yksilölliseksi ominaisuudeksi, joka kausaalisesti selittää tietyin kriteerein määriteltyä tehokkuutta tai onnistumista työtehtävissä ja -tilanteissa. Kompetenssit voivat olla motiiveita, luonteenpiirteitä, minäkäsityksiä, asenteita, arvoja, tietämystä sekä kognitiivisia ja käytännöllisiä taitoja. Toisin sanoen mitä tahansa yksilöllisiä ominaisuuksia, joita voidaan mitata ja arvioida luotettavasti ja joiden voidaan osoittaa erottelevan selkeästi hyvät ja keskitason suoriutajat tai tehokkaat ja

tehottomat suoriutujat. (Williams 2002.) Kompetenssit mahdollistavat suoriutumisen ammattiin liittyvistä tehtävistä.

Huippuosaajaksi kehittymiseen tarvitaan yksilön korkeatasoiseen suoritukseen tarvittavat kompetenssit. Osaamisen kuvataan olevan sidoksissa kykyyn jäsentää ammatillisesti tietoa ja ymmärtää tehtävien perusteet ja merkitys. Huippuosaajan kognitiivisia prosesseja leimaa ammattiin liittyvien tietorakenteiden kompleksisuus sekä syvä ymmärrys. (Ruohotie ym. 2003, 21, Pillay 1998.)

Sairaanhoitajan kompetenssilla eli osaamisella tarkoitetaan sairaanhoitajan kykyä tiedollisesti ja taidollisesti hallita ammatin toiminnallisia kokonaisuuksia. Kompetenssi voidaan nähdä kykynä integroida tieto, taito, asenteet ja arvot tilannesidonnaisesti. Kompetenssi voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta. (Nummelin 2009, 10.)

Benner (1989, 28 -46) käsittelee osaamista Dreyfusin mallin mukaan taitojen hankkimisesta hoitotyöhön sovellettuna. Dreyfusin malli perustuu olettamukseen, että taitoa hankkiessaan työntekijä etenee viidessä vaiheessa: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija.

Ensimmäinen vaihe kuvaa noviisin toimintaa. Noviisin toiminta perustuu sääntöihin, ja se on erittäin rajoittunutta ja joustamatonta. Aloittelijoilla ei ole kokemusta eteen tulevista tilanteista, heille annetaan sääntöjä, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Sääntöjen tiukka noudattaminen estää tehokkaan toiminnan, koska säännöt eivät neuvo, mitkä tehtävät ovat kussakin tilanteessa kaikkein tärkeimpiä.

Noviisi vaihetta seuraa edistynyt aloittelija. Edistyneet aloittelijat kykenevät vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin. Edistyneet aloittelijat tarvitsevat vielä apua mm. tärkeysjärjestyksen arvioinnissa, sillä he toimivat vielä yleisten suuntaviivojen mukaan. Edistynyt aloittelija alkaa hahmottaa merkityksellisiä toistuvia kaavoja kliinisessä työssään.

Seuraavana vaiheena on pätevä. Tyypillinen tämän vaiheen työntekijä on toiminut tehtävässään pari kolme vuotta. Hän alkaa nähdä oman toimintansa tietoisten pitkäaikaisten suunnitelmien valossa. Pätevältä työntekijältä puuttuu vielä taitavan nopeus

ja joustavuus, mutta hän hallitsee asiat ja kykenee selviytymään monista kliiniseen hoitotyöhön liittyvistä arvaamattomista tilanteista.

Pätevä vaihetta seuraa taitava. Taitava työntekijä tarkastelee tilannetta kokonaisuutena. Avainsanana on havaintokyky. Näkökulma tilanteisiin avautuu aiempien kokemusten ja tilanteiden perusteella. Hän näkee tilanteen kokonaisuutena ja osaa tarkastella sen merkitystä pitkäaikaisten tavoitteiden valossa. Hän oppii kokemuksesta, ja tietää miten suunnitelmia on muutettava tapahtumien mukaan. Hän ymmärtää tilanteen syvällisesti. Tämän vaiheen saavuttaminen vaatii työkokemusta samankaltaisen potilasaineiston parissa n. kolmesta viiteen vuotta.

Viimeisenä vaiheena on asiantuntija. Asiantuntija toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. Hänellä on valtava määrä kokemuksia ja intuitiivinen ote kuhunkin tilanteeseen ja hän keskittyy täsmälliseen ongelma-alueeseen pohtimatta suotta hedelmättömiä diagnoosi- tai ratkaisuvaihtoehtoja.

Selviämishoitoyksikön osaamista lähestytään kvalifikaatioiden näkökulmasta, koska halutaan määritellä osaamisvaatimukset selviämishoitoyksikössä tarvittavalle työlle ja tuoda samalla siellä tehtävä työ näkyväksi.

Kvalifikaatio voidaan määritellä laadun määrikykseksi, sopivuudeksi, soveliaisuudeksi ja asetettujen ehtojen mukaiseksi suorituskyyvyksi. Osaamisvaatimukset eli kvalifikaatiovaatimukset johdetaan työstä ja ne asettavat yksilön ammattitaidolle vaatimuksia. Sairaanhoidajan työn kvalifikaatiovaatimuksissa korostuvat vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuus, ystävällisyys, vastuullisuus, huolenpito, ihmisten ongelmien kokonaisvaltainen kohtaamis- ja auttamisvalmius sekä kyky toimia potilaan/asiakkaan asianajajana. (Paakkonen 2005, 406, Nummelin 2009, 10–11.)

Kvalifikaatiot voidaan jakaa eri osa-alueisiin. Näitä ovat muun muassa työelämäkvalifikaatiot, joilla tarkoitetaan työntekijöiden työssä ja työorganisaatiossa tarvitsemia valmiuksia. Ammattitaito koostuu monenlaisista kvalifikaatioista, joita ryhmitellään esimerkiksi yleisiin kvalifikaatioihin, joita tarvitaan työelämässä yleensä, tehtävistä riippumatta. Ammattikohtaisiin kvalifikaatioihin, jotka liittyvät tiettyyn ammat-

tialaan ja tehtäväkohtaisiin kvalifikaatioihin, jotka liittyvät tiettyyn tehtäväkuvaan. esimerkiksi röntgenteknologian hallintaan. (Viitala 2005, 114.)

Ydinosaaminen on osaamista, jota ei ole muilla, siis erikoistumista ja sen kautta saavutettua erityisosaamista (Wikipedia). Erityisosaamisen käsite liitetään työntekijän asiantuntijuutta ja osaamista sekä kvalifikaatiovaatimuksia koskeviin yhteyksiin (STM selvityksiä 2002:9.)

Tässä hankkeessa erityisosaamisella tarkoitetaan ammatillista osaamista, missä korostuu vahva ammattispesifinen tietämys ja taito soveltaa tietämystä käytännön ongelmien ratkaisussa. Oleellista on myös kyky analysoida asioita kriittisesti, käyttää tietoa luovasti, ennakoida kehitystä ja sen seurauksia ja reagoida tulevaisuuden haasteisiin. Erityisosaaminen perustuu aina spesifisiin kompetensseihin, jotka rakentuvat tiedollisista ja taidollisista valmiuksista, joita yksilö tarvitsee erityistehtävissä. (Koi-vunen ym. 2009.)

2.3 Selviämishoitoyksikkö Satakunnan keskussairaалassa

Satakunnan keskussairaalan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystystä kuormittavat päihtyneet (alkoholi, lääkkeet ja huumeet) potilaat, jotka tulevat päivystykseen tapaturman, somaattisen tai psyykkisen syyn seurauksena. Päihteiden käyttäjät ovat usein ongelmallisia kiireisessä päivystyksessä ja yhteistyö koetaan monesti hankalaksi. Päihtyneet saattavat häiritä muita päivystykseen tulevia vaativalla ja aggressiivisella käyttäytymisellä. Kotiuttaminen tapahtuu usein liian nopeasti somaattisen hoidon jälkeen, eikä päihdeongelmaan puututa millään tavalla. Näiden asioiden johdosta päivystyspoliklinikan yhteyteen perustettiin selviämishoitoyksikkö. (Vaula ym. 2009.)

Selviämishoitoyksikön perustaminen Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystykseen tapahtui projektin kautta. Projekti aloitettiin suunnitteluvaiheella 1.9.2009, joka kesti kaksi kuukautta. Projektin toimintavaiheet toteutettiin kahdessa erässä 1.11.2009 – 28.2.2010 ja toinen vaihe 1.3.–31.5.2010 rahoituksen vuoksi. Projektin aikana K0-päivystyspoliklinikan yhteyteen perustettiin viisipaikkainen selviämishoi-

toyksikkö. (Vaula ym., 2010, 3-6.) Selviämishoitoyksikön toiminta vakinaistettiin 1.6.2010 alkaen.

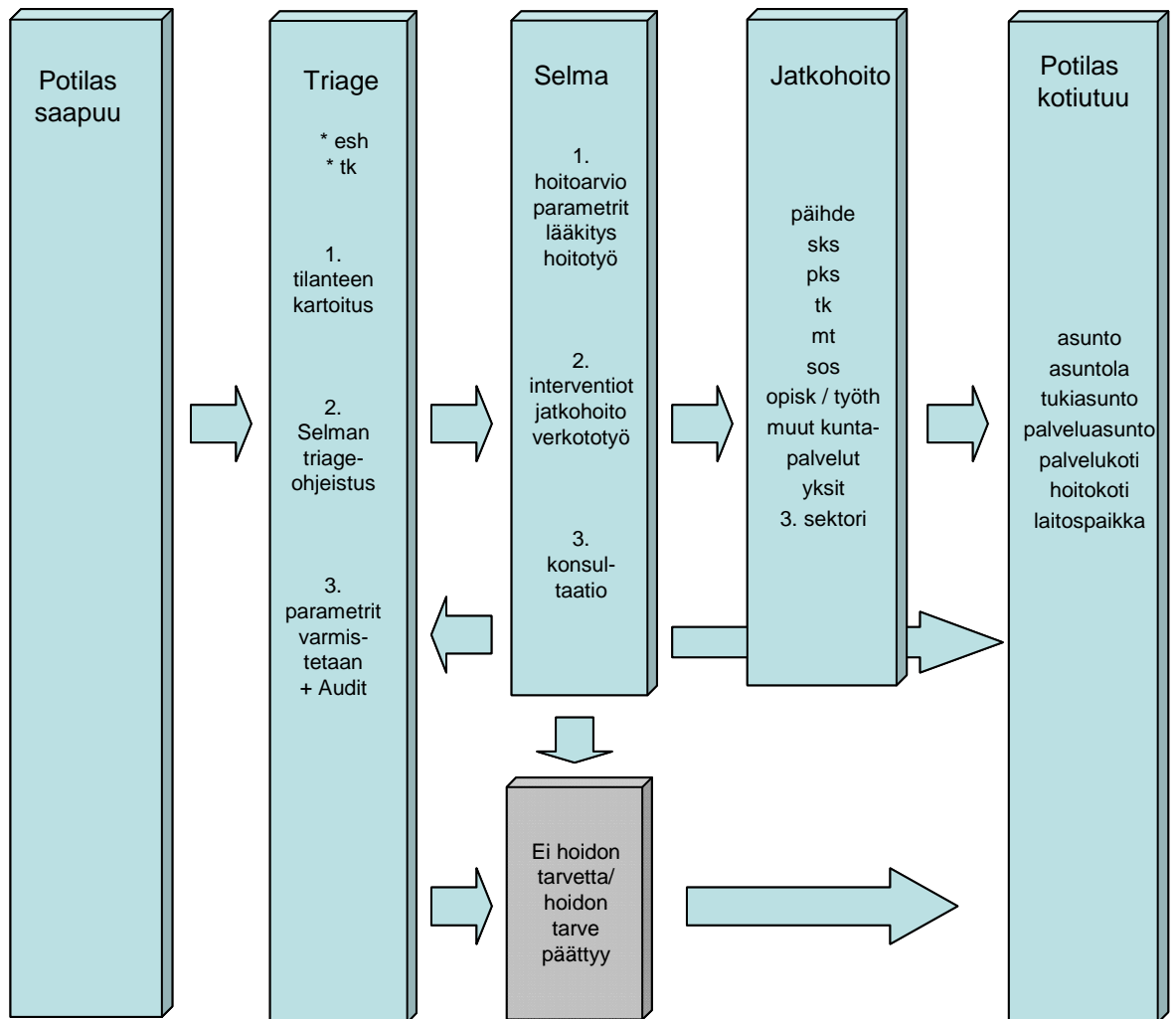
Satakunnan keskussairaalan päivystys on jaettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystysyksiköihin. Potilaskäyntejä yhteispäivystyksessä on vuorokaudessa noin 90 perusterveydenhuollossa ja noin 70 käyntiä erikoissairaanhoidossa. Päähtyneiden henkilöiden osuus on laskettu ajalla 30.11.–10.12.2007 ja tällöin kliinissä hoitotyössä hoidettiin 8-32 päähtynyttä henkilöä vuorokaudessa. (Vaula ym. 2010, 3.)

Selviämishoitoyksikön toiminnan tavoitteena on päähtyneen henkilön yksilöllinen hoito ja seuranta. Potilaan kanssa pyritään käymään motivoivia keskusteluja, joiden tavoitteena on saada potilas huomaamaan päihteiden käyttönsä seuraukset. Potilaan kanssa keskustellaan eri hoitovaihtoehdoista ja pyritään tarvittaessa järjestämään jatkohoito. Pidemmän ajan tavoitteena on, että potilaan motivoinnin, hoitoonohjauksen ja päihdepalvelujen kanssa tehtävän yhteistyön keinoin voidaan vähentää potilaan käyntejä päivystyksessä ja vähentää kuntien terveydenhuollon kuluja. (Vaula ym. 2010, 7.)

2.3.1 Selviämishoitoyksikön toimintamalli

Potilas tulee yhteispäivystykseen päähtyneenä. Potilas menee triage -hoitajan vastaanotolle, joka arvioi onko potilas perusterveydenhuollon vai erikoissairaanhoidon potilas. Triage – ohjeistukset ovat määritelty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta erikseen. Triage – hoitaja määrittelee potilaan kunnon annetun ohjeistuksen perusteella, minne potilas siirtyy seuraavaksi. Jos potilaalla on päihtymyksen lisäksi psyykkisiä tai somaattisia ongelmia, jotka vaativat seurantaa, niin hän siirtyy selviämishoitoyksikön potilaaksi. (Vaula ym. 2010, 8.)

Projektin aikana kehitettiin selviämishoitoyksikön toiminnasta toimintamalli, joka oli myös projektin yhtenä tavoitteena.



Kuvio 1. Selviämishoitoyksikön toimintamalli 2010

2.3.2 Tietoja selviämishoitoyksikön toiminnasta

Projektin alussa tilastointi on tapahtunut kokonaan manuaalisesti. Atk – pohjaista tilastointia on alettu saada vuoden 2010 syksystä. Toiminnan vakinaistuttua 1.6.2010 alkaen saadaan täsmällisempää tilastotietoa.

Ajalla 2.11.2009 – 31.5.2010 selviämishoitoyksikössä on hoidettu 600 potilasta, joista perusterveydenhuollon puolelta tuli 424 potilasta ja erikoissairaanhoidon puolelta 176 potilasta. Potilaat olivat tulleet yksikköön yleisimmin klo 16.00 ja klo 04.00 välisenä aikana (76 %), ja näistä suurin osa oli tullut yövuoron aikana. Näistä 600 poti-

laasta 127 oli sellaisia, jotka kävivät selviämishoitoyksikössä useamman kerran. Näistä 127:stä kaksi kertaa selviämishoitoyksikössä olleita oli 74 ja loput (53) olivat käyneet useammin kuin kaksi kertaa. Suurin ikäryhmä on 41 – 50-vuotiaat ja päädiagnoosina on haitallisen alkoholikäytön lisäksi aivotärähdys, jokin vamma, vaurio tai kouristelu. (Vaula ym., 2010, 9, Hakala, Sähköposti 11.10.2010.)

Selviämishoitoyksiköstä ohjattiin suoraan jatkohoitoon 176 potilasta, joko katkaisuhoidoasemalle, terveyskeskusten vuodeosastoille, Harjavallan sairaalaan, Porin kaupungin sairaalaan tai Satakunnan keskussairaalan osastoille. Myöhemmin jatkohoitoon ohjattuja oli 31 potilasta, joka tarkoittaa avohoidon palveluita. Viidelle potilaalle ei järjestynyt jatkohoitopaikkaa, vaikka he olisivat olleet halukkaita lähtemään jatkohoitoon. Selviämishoitoyksiköstä oli tehty projektin aikana 18 M1-lähetettä. Varti-joita tarvittiin 115 kertaa. (Vaula ym., 2010, 9.)

Selviämishoitoyksiköstä on annettu myös konsultaatio apua Satakunnan keskussairaalan muille osastoille projektin aikana. Konsultaatiopyynnön aiheena oli useimmiten päihdeanamneesin selvittely ja tarkentaminen tai jatkohoidon suunnittelu. Näitä osastokonsultaatioita tehtiin projektin aikana 23 kappaletta ja tarve tämän tyyppiselle työtavalle koettiin olevan jatkossakin. (Vaula ym., 2010, 9.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa selviämishoitoyksikön toiminnan edellyttämää erityisosaamista tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata selviämishoitoyksikön päihdepotilaan hoitotyön asiantuntijuuden osaamisalueet ja saada tietoa lisäkoulutustarpeesta.

4 DELFOI KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

Terveydenhuollossa kehittämisen tavoitteena on uusien palvelujen, menetelmien tai järjestelmien aikaansaaminen tai jo olemassa olevien parantaminen. Uusia toimintamuotoja tai toimintatapoja etsitään kehittämistoiminnan avulla. Kirjonen (2007) on määritellyt kehittämistyön kohteeksi toisaalta ihmiset eli osaamisen ja toisaalta heidän työtehtävänsä ja tehtäväkokonaisuudet sekä sovellettavat tekniikat ja säännökset. Kehittäminen kohdistuu tavallisesti palvelujärjestelmällä tuotettaviin palveluihin, itse organisaatioon ja sen rakenteisiin, toimintakäytäntöihin ja – prosesseihin tai henkilöstön osaamiseen. Tutkivassa kehittämisessä jo olemassa olevalla ja uudella tutkimustiedolla on keskeinen merkitys. Yhtä tärkeälle sijalle nostetaan terveydenhuollon henkilöstön vuosien työkokemus ja kehittämistoiminnan mukanaan tuoma kokemustieto. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.)

Delfoi-menetelmä on yksi tulevaisuuden ennakointi – menetelmistä, jonka avulla voidaan hyödyntää asiantuntijoiden osaamista ja näkemyksiä. Delfoi soveltuu silloin, kun tarkoituksena on saavuttaa ryhmän konsensus eli yksimielisyys jostakin asiasta. Delfoita voidaan käyttää myös mielipiteiden erilaisuuden tarkasteluun. (Anttila 2006, 402–405). Asiantuntijoiden esittämällä ehdotuksilla ja argumenteilla on keskeinen merkitys Delfoissa. Delfoi-tekniikalla pyritään löytämään asiantuntijoiden käsityksiä asioista, joista ei ole muutoin mahdollisuutta saada täsmällistä tietoa. Hyvässä Delfoi-tutkimuksessa on mahdollista tuoda esiin myös yksittäisen raadin jäsenen tuomat ”heikot signaalit” ja alan kehittämistavoitteet suuremman joukon arvioitaviksi. Heikkojen signaalien tarkoituksena on rikkoa piintyneitä ajatusmalleja ja luoda tilaa uusille ideoille. Heikon signaalien havaitsemiseen tarvitaan intuitiivista ja sanatonta eli hiljaista tietoa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 135). Hyvä Delfoi-tutkimus estää arvovalta- ja intressiristiriitoja vaikuttamasta tutkimuksen tulokseen, koska kukin vastaaja vastaa itsenäisesti. (Metsämuuronen 2000, 34).

Suomalainen Delfoi-tekniikan asiantuntija Osmo Kuusi on kuvannut Delfoi-tekniikoita yhdistäviä piirteitä. Tutkimusta varten kootaan asiantuntijaryhmä tai –paneeli, asiantuntijat muotoilevat kantansa tutkimusta tekeväälle erikseen, asiantunti-

joille välitetään anonyymisti kirjallisesti tietoja toisten panelistien kannanotoista sekä asiantuntijat voivat yhden tai useamman kerran muuttaa kannanottojaan esitetyn aineiston perusteella. (Metsämuuronen 2000, 32–33.)

Delfoi-tutkimuksen tunnusanoja ovat anonymiteetti ja konsensus. Anonymiteetti tarkoittaa sitä, että panelistit eivät tiedä, kuka osallistujista on sanonut minkäkin mielipiteen. Tämä mahdollistaa panelistien tasavertaisuuden. Tässä opinnäytetyössä anonymiteetti on pyritty säilyttämään siten, että teemahaastattelut suoritettiin eri aikoina ja tulosten raportoinnissa on pyritty siihen, ettei vastauksista pysty tunnistamaan yksittäistä työntekijää. Asiantuntijamielipiteen konsensus eli yksimielisyys on mahdollista saavuttaa, mikäli Delfoi-kierroksia kasvatetaan. Alkuaikoina tutkimuksille oli tyypillistä vaatimus todellisesta yksimielisyydestä. Tästä ollaan luopumassa tai on jo luovuttu. Kuusi on todennut, että pyrkimys yksimielisyyteen on usein väkinäistä ja saattaa johtaa tärkeän informaation katoamiseen. Nykyisin Delfoi-tutkimuksessa keskitytään enemmän mielipiteiden erilaisuuden tarkasteluun ja tutkijoiden päämääränä on saavuttaa mahdollisimman laaja ymmärrys asiantuntijoiden tutkittavaa asiaa koskevista erilaisista mielipiteistä ja ajatuksista sekä niiden perusteista. (Metsämuuronen 2000, 33–34, Anttila 2006, 405, Powell 2003.) Tässä opinnäytetyössä alustavat osaamispuut tuotiin asiantuntijapaneeliin, jossa jokainen panelisti sai sanoa mielipiteensä osaamispuista, ja keskustelun avulla saavutettiin yhteinen näkemys osaamispuiden sisällöstä.

Delfoi – tutkimuksessa tutkimusprosessi etenee eri vaiheiden kautta, joita ovat tutkimusongelman rajaus ja tavoitteiden määrittely, asiantuntijaryhmän muodostaminen, paneelin/paneelien kokoaminen, ensimmäisen kysely- tai haastattelulomakkeen rakentaminen, osanottajien vastaaminen ensimmäiseen kyselyyn, aineiston analysointi, toinen kysely- tai haastattelukierros, aineiston analysointi ja tulosten kokoaminen ja arviointi sekä tulosten ja suositusten raportointi. (Anttila 2006, 403–404). Delfoi-kierroksia käydään läpi niin monta kertaa, että asiantuntijoiden voidaan sanoa antaneen yhden yhteisen mielipiteen. (Metsämuuronen 2000, 35). Tässä opinnäytetyössä Delfoi-kierroksia käytiin kolme, jonka jälkeen voitiin sanoa asiantuntijoiden saavuttaneen yhden yhteisen mielipiteen. Delfoi-kierrosten välinen palaute voi laajentaa asiantuntijoiden tietämystä ja voi innostaa osallistujia saamaan uusia ideoita asiasta sekä palaute voi jo itsessään ollaan opettavaista (Powell 2003, 377).

Delfoi-tutkimuksen kriittisinä pisteinä pidetään asiantuntijoiden valintaa. Kukaan ei ole pystynyt sanomaan kuinka paljon asiantuntijoita pitäisi olla tai kuka on riittävän asiantuntija osallistuakseen paneeliin. Tässä opinnäytetyössä panelistit olivat selviämishoitoyksikön työntekijöitä sekä päivystyksen työntekijöitä että hallinnosta. Toisena kriittisenä pisteenä pidetään ensimmäistä Delfoi-kierrosta. Oikeiden kysymysten laadintaan suositellaan asiantuntija apua. Tässä opinnäytetyössä ensimmäisen Delfoi-kierroksen kysymykset oli jo laadittu ja vastaukset saatu, kun opinnäytetyön tekijä aloitti työnsä. Sain ensimmäisen kierroksen vastaukset tutkimuksen aluksi. Kuusi pitää vaihetta krusialina tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kolmantena kohtana on tutkimuksissa mietitty kyselykierrosten määrää. Merkittäviä lisäyksiä kerättävään tietoon ei ole tullut enää kolmannen Delfoi-kierroksen jälkeen. Delfoi-tutkimuksessa ensimmäinen kierros kerää perusmateriaalin, toisella kierroksella tarkennetaan tuloksia ja etsitään konsensusta ja kolmannella täsmennetään saatuja tietoja. (Metsämuuronen 2000, 36–37.)

Delfoi-tekniikkaa on viime aikoina käytetty mm. teknologiaennusteissa, kunta-alan tulevaisuusnäkymissä ja sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden osaamistarpeiden kartoituksessa, kuten tässäkin opinnäytetyössä. (Metsämuuronen 2000, 35.)

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

5.1 Aineistot ja aineistojen analysointi

Kehittämistehtävän aineistot muodostuivat sähköpostikyselystä, teemahaastattelusta ja asiantuntijapalaverista.

5.2 Ensimmäinen Delfoi-kierros -sähköpostikysely

Ensimmäinen Delfoi -kierros toteutettiin sähköpostikyselynä selviämishoitoyksikön työntekijöille. Kysymykset olivat laadittu selviämishoitoyksikön osastonhoitajan toimesta ja sain tulokset opinnäytetyöni alussa. Ensimmäiset Delfoi-kierroksen kysymykset olivat: mitä konkreettista osaamista sinulla on ajatellen työskentelyä selviämishoitoyksikössä? ja toinen kysymys oli: Minkälaiseen osaamiseen ajattelet tarvitsevasi lisäkolutusta työskenneläksesi selviämishoitoyksikössä? Ensimmäisen Delfoi kierroksen vastauksia saatiin kuusi kappaletta. Vastaukset analysoitiin karkealla sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Karkealla sisällönerittelyllä ja sisällönanalyysillä nousi 5 teemaa, jotka olivat teemahaastattelun runkona toisella Delfoi kierroksella.

Tutkimuslupa (LIITE 1) anottiin ja saatiin tutkimukselle 12.2.2010. Tähän mennessä oli ensimmäinen Delfoi kierros suoritettu sähköpostikyselynä. Tulin mukaan tutkimukseen siinä vaiheessa, kun alkukyselyt ja tutkimusongelma oli alkanut jo muodostua. Tutkimuksen asiantuntijat muodostuivat ensimmäisellä ja toisella kierroksella puhtaasti selviämishoitoyksikön työntekijöistä.

5.3 Toinen Delfoi-kierros – teemahaastattelu

Ensimmäisellä kierroksella muodostetut teemat toimivat toisen Delfoi-kierroksen teemahaastattelun runkona. Haastateltaville lähetettiin saatekirje ennen tutkimukseen osallistumista (LIITE 2). Haastateltavat saivat nähtäväkseen teemahaastattelun teemat etukäteen (LIITE 3) ja haastattelut nauhoitettiin. Teemahaastattelut tehtiin 22.2–20.5.2010 välisenä aikana. Teemahaastatteluja tehtiin yhteensä kuusi kappaletta, joista kertyi aukikirjoitettua tekstiä 42 sivua. Kun tutkimusaineisto on saatu kerättyä, pi-

tää se muuttaa muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Haastatteluaineiston kohdalla tämä tarkoittaa nauhoitusten muuttamista tekstimuotoon. Haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon kutsutaan litteroinniksi. Haastatteluaineiston muuttaminen tekstimuotoon helpottaa tutkimusaineiston analysointia eli järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua. Litteroinnin tulee vastata haastateltavien suullisia lausumia ja niitä merkityksiä, joita tutkittavat ovat asioille antaneet. Tässä on kyse myös tutkimuksen luotettavuudesta. (Vilka 2005, 115–116.)

Esimerkki sisällönanalyysistä:

Alkuperäismaininta	Pelkistetty ilmaisu	Teema
<p>”Tarvitsen lisäkolutusta motivoivasta haastattelusta”</p> <p>”Motivointi haastattelun tekeminen ei ole kovin tuttua”</p> <p>”Erialaisten päihteiden vaikutusmekanismeista, erityispiirteistä”</p>	<p>Motivoivan haastattelun osaaminen</p>	<p>Päihdeosaaminen</p>
<p>”Lisäkolutusta kaikesta, mikä liittyy somatiikkaan tai ea/päivystystyöhön”</p> <p>”Somaattisen puolen seuranta ja hoito tuttua”</p>	<p>Käden taidot</p>	<p>Kliinisen hoitotyön osaaminen</p>

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Haastatteluun osallistujat olivat selviämishoitoyksikön työntekijöitä (5 sairaanhoitajaa ja 1 sosiaalityöntekijä, joka toimii yhteisesti koko ensiavun alueella). Teemahaastattelun teemoja oli viisi (liite..) 1. Päihdepotilaan ohjaus ja neuvontaosaaminen 2. Kliinisen hoitotyön osaaminen selviämishoitoyksikössä 3. Päihdeosaaminen 4. Sosiaalisen tuen muodot päihdepotilaiden hoitotyössä ja 5. Päihdepotilaiden jatkohoito. Haasteeksi nousi henkilökunnan tavoitettavuus ja aikataulujen yhteensovittaminen.

Aina eivät haastateltavat tienneet haastattelijan tulosta, eivätkä olleet näin osanneet varautua haastatteluun etukäteen ja näillä kerroilla haastattelut jäivät tekemättä.

5.4 Kolmas Delfoi-kierros -asiantuntijapaneeli

Kolmas Delfoi-kierros toteutettiin asiantuntijapaneelina. Paneelikeskusteluun osallistui kuusi henkilöä, joka pidettiin 10.6.2010 Satakunnan keskussairaalan tiloissa. Tämäkin keskustelu nauhoitettiin ja siitä tehtiin muistiinpanot. Näiden pohjalta on päädytty lopullisiin osaamispuihin, jotka kuvaavat selviämishoitoyksikössä tarvittavaa erityisosaamista nyt ja tulevaisuudessa.

Paneeli toteutettiin Satakunnan keskussairaalassa. Keskustelun pohjana toimivat alustavat osaamispuut, jotka oli rakennettu tähän astisten tulosten perusteella. Paneelikeskustelussa oli vilkasta keskustelua, jonka perusteella päädyttiin kuuteen osaamispuuhun. Asiantuntijapaneelissa päästiin yhteiseen näkemykseen, jotka kuvaavat parhaiten tarvittavaa osaamista selviämishoitoyksikössä nyt ja tulevaisuudessa.

6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET

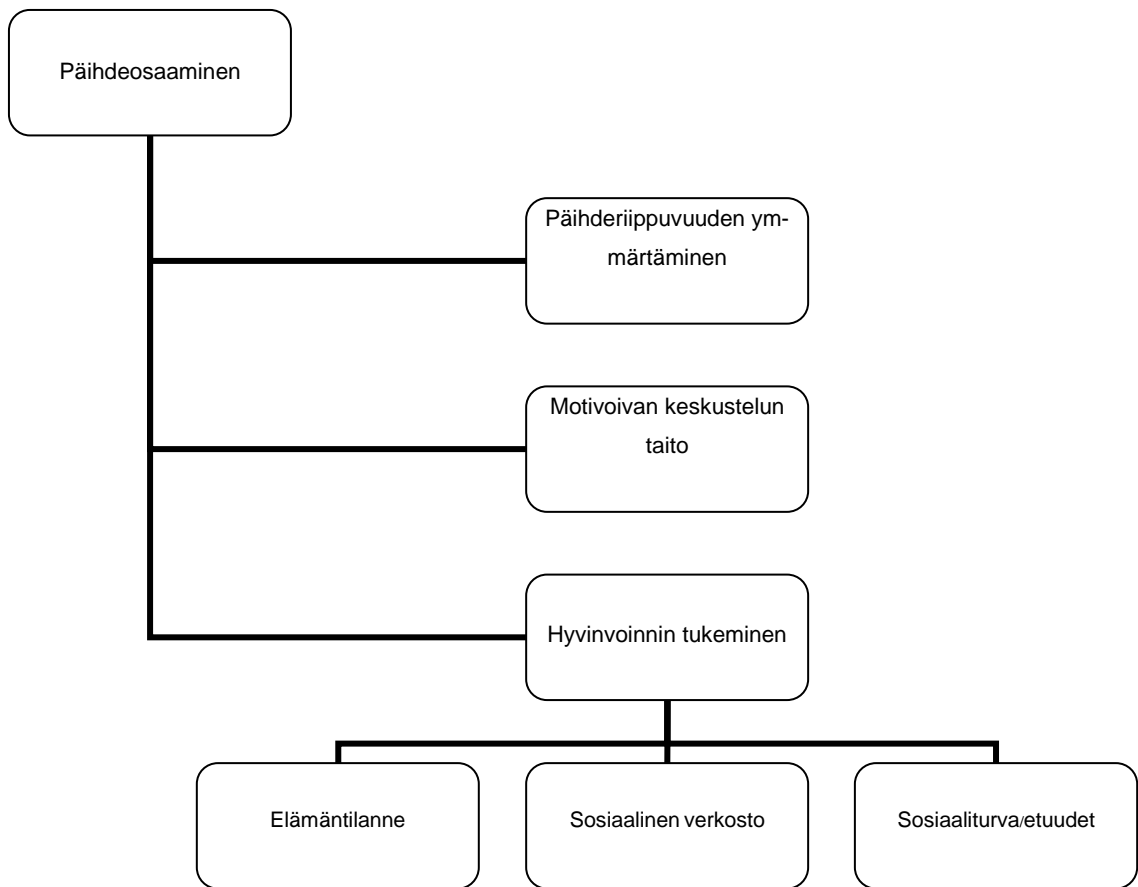
Kehittämistehtävän tuloksena muodostettiin kuusi osaamispuuta, joissa kuvataan selviämishoitoyksikössä tarvittavaa osaamista nyt ja tulevaisuudessa. Osaamispuut ovat: päihdeosaaminen, kliinisen hoitotyön osaaminen, tiimi- ja verkostotyön osaaminen, turvallisuusosaaminen, päihdepotilaan ohjaus- ja neuvontaosaaminen sekä jatkohoidon arviointiosaaminen.

Osaamispuiden rakentamisen mallina käytettiin Riitta Viitalan esittämiä osaamispuita. Osaamisen suuntaamisen ja kehittämisen edellytyksenä on olemassa olevien osaamisten erittely ja tarvittavien osaamisten määrittely. (Viitala 2005, 120). Hätönen (2010) on seminaariaineistossaan kertonut osaamiskartan laatimisesta, jotta työ-

yhteisöissä voidaan keskustella osaamisesta yhteisesti ja konkreettisesti, tarvitaan siihen yhteinen työväline eli osaamiskartta. Osaamiskarttaan tulee kuvata kaikki ne osaamiset, joita organisaatiossa tarvitaan, nyt ja tulevaisuudessa. Osaamisen kuvaaminen luo yhteisen ja yhtenäisen käsityksen organisaation kokonaisosaamisesta, antaa täsmällistä tietoa tarvittavasta osaamisesta eri tehtävissä ja mahdollistaa työntekijöille itselleen sovitun vastuunoton osaamisensa arvioinnista ja kehityksen suunnittelusta. Osaamista voidaan kuvata osaamiskartan tai osaamispuiden avulla ja saada osaamisalueet näin kuvattavaan muotoon. Näiden avulla voidaan laatia kehittämissuunnitelmia ja ne antavat lähtökohdan kaikelle kehittämiselle.

Osaamispuut rakennetaan niin, että rajattua määrää laajempia osaamisalueita puretaan konkreettisempiin osaamisiin, joita taas puretaan konkreettisempiin osaamisiin ja niin edelleen. Osaamispuun hyöty on siinä, että keskeiset osaamisalueet on helppo hahmottaa ja muistaa, mutta samalla henkilö voi saada konkreettisemmän käsityksen siitä, mistä asioista jokin osaaminen koostuu. (Viitala 2005, 124–125.)

6.1 Päihdeosaaminen



Kuvio 2. Päihdeosaamisen osaamispuu

Päihdeosaamiseen kuuluu päihderiippuvuuden ymmärtäminen ja sen tiedostaminen selviämishoitoyksikössä koettiin tärkeäksi. Päihderiippuvuuden ulottuvuudet niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin elämään muodostaa pohjan toipumisen alkamiselle ja kaikkien näiden osatekijöiden huomioiminen pitää työntekijän tiedostaa päihdeongelmaisen ihmisen kanssa työskennellessään.

”päihdeongelman luonteen ymmärtäminen, se on aina niinkun semmonen prosessi”

Päihderiippuvuudesta toipuminen on tutkimusten mukaan monitahoinen prosessi. Koski-Jänneksen (2008, 8-9) mukaan jos ihminen on kiinnittynyt addiktiiviseen toimintaan, niin heillä on tyypillisesti vähintään kahdenlaisia keskenään kilpailevia ta-

voitteita. Toisaalta toiminnasta saadaan mielihyvää tai helpotusta ja toisaalta taas he haluaisivat välttää siitä seuraavat moninaiset haitat ja syyllisyyden tunteet.

Teemahaastatteluissa tuli esille päihdeongelman problematiikan ymmärtäminen. Päihderiippuvuutta selitetään monella eri tavalla, mutta jokaisella ihmisellä on omat syynsä ja motiivinsa käyttää päihteitä. Kohtuullinen alkoholinkäyttö ei muutu kaikilla riippuvuudeksi, eikä kaikista, jotka kokeilevat huumeita tule huumeidenkäyttäjiä. Olennaista riippuvuuden muodostumiselle on, minkä merkityksen ihminen antaa päihteiden käytölleen ja miten keskeistä osaa se alkaa näytellä jokapäiväisessä elämässä tai muuttuuko käyttö pakonomaiseksi. Riippuvuudelle on tyypillistä, että sitä aiheuttavan toiminnan avulla haetaan välitöntä tyydytystä, ja siihen liittyy voimakasta mielihyvän tavoittelua sekä pyritään eroon ikävistä tuntemuksista. (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 42–44.) Näillä samoilla kriteereillä riippuvuus voi syntyä myös viattomiin asioihin, kuten ruokaan, liikuntaan, sukupuoliseen kanssakäymiseen tai rahapeleihin (Koski-Jännes 1998, 26).

” Ymmärtää sitä heijän problematiikkaansa, et miks he toimii noin, et osaa sillai suhtautuu heihin ”

Addiktiiviselle käyttäytymiselle (eli mielihyvää tuottaviin asioihin on kehittynyt voimakas kielteinen riippuvuus) on tyypillistä se, että mielialan tai fyysisen tilan muutos saadaan aikaan nopeasti ja helposti ja se tuottaa alusta alkaen välitöntä nautintoa ja tyydytystä. Myöhemmin riippuvuuden kehittyessä, käytön motiiviksi muodostuu ikävien tuntemusten välttäminen. Toimintatavan muuttaminen on näin ollen haasteellista, koska se kuitenkin tuottaa käyttäjälleen välitöntä tyydytystä. (Havio ym. 2008, 43–44.) Nopeasti saatava pienempi palkinto houkuttelee enemmän kuin myöhemmin saatava suurempi palkinto. Esimerkkinä tästä on uhkapeluri, joka laittaa pöytään viimeisetkin rahansa. Ehkä tällä kertaa onnistun ja vain tämän kerran! (Koski-Jännes 2008, 41).

Havion ym, (2008, 17) mukaan tieto päihdeongelman erityispiirteistä, esimerkiksi muutos-, kieltämis- ja retkahtamisprosessin luonteesta, auttaa työntekijää kohtaamaan päihteitä käyttävän ihmisen problematiikan. Päihteidenkäyttäjä ei välttämättä

itse huomaa ongelmansa laajuutta ja vähättelee käyttämiensä päihteiden määrää, tästä puhutaan ns. kieltämisprosessina.

”Ymmärtää ja on nähnyt sen, miten pitkä prosessi se on ja vaikea, semmonen ylämäki alamäki tää toipuminen on”

Tämän kieltämisprosessin ymmärtäminen auttaa ymmärtämään päihteitä käyttävän ihmisen päätöksenteon, käyttäytymisen muuttumisen ja muutoksen vaikeutta.

Motivoivan keskustelun taito nostettiin yhdeksi selviämishoitoyksikön työntekijän osaamisalueeksi. Toimintaa suunniteltaessa asetettiin tavoitteeksi, että kaikkien osastolla olevien potilaiden kanssa käydään motivoiva haastattelu, mutta se osoittautui epärealistiseksi tavoitteeksi heti toiminnan alettua.

”Eikä tätä motivoivaa haastattelua, niin vois sanoa melkein ettei sitä ole”

”Jos ajattelee tätä motivoivan haastattelun toteuttamista täällä, ni se jää siihen melkein intervention mausteeksi, jos mietitään mitä se motivoiva haastattelu kokonaisuudessaan sitte olisi”

Asiantuntijapaneelissa muutettiin motivoiva haastattelu motivoivaksi keskusteluksi. Sen voi ymmärtää myös tapana miten lähestyä asiakasta. Käypä Hoito – suosituksessa alkoholi-ongelmaisen hoito (2010, 9), kerrotaan, että lyhytneuvonta on vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikulutuksessa ennen riippuvuuden kehittymistä. Ongelmakäytön hoitona lyhytneuvonta on yhtä tehokas kuin laajempi interventio. Lyhytneuvontaan kannattaa käyttää aikaa ainakin 5-10 minuuttia, ja sen tulee sisältää ohjeita selviämistrategioista sekä neuvontaa alkoholihaitoista. Motivoivan haastattelun etuja on tutkittu myös Idahossa haitallisen alkoholinkäytön yhteydessä ja tutkimustulokset olivat motivoivan haastattelun kannalla. Haitallinen alkoholinkäyttö oli vähentynyt tutkimusryhmässä. (Beckham, 2007.)

Millerin (2008, 24) mukaan varhaisinterventioita tapahtuu opetusohjelmissa (mm. rattijuopoilille) ja ensiapupoliklinikoilla sekä lääkäreiden vastaanottotilanteissa tehtävissä mini-interventioissa. Näiden tavoitteena on tuoda esiin liiallisen juomisen riskit,

ehdottaa muutosta ja ohjata tarvittaessa varsinaisiin hoito-ohjelmiin. Havion ym. (2008, 120–121) kirjassa päihdehoitotyö, kerrotaan mini-interventiolla olevan vahvaa tutkimuksellista näyttöä, myös vaikka päihteenkäyttäjän riippuvuus olisi jo vakavampi ja vaatisi erikoistuneempaa tai pitkäaikaisempaa hoitoa. Eniten mini-interventiosta hyötyy suurkuluttajat, jonka päihteiden runsasta ja lisääntyvää käyttöä ei voi tunnistaa mistään ulkoisesta tekijästä. Hoitotyön toiminnan tulos voi olla myös onnistunut päihdehoitoon ohjaaminen. Mini-interventiosta on kanadalaisten ja amerikkalaisten tutkijoiden toimesta kehitetty erilaisiin muutosteorioihin perustuva 5A-ohjausmalli. Alkuun sitä käytettiin vain tupakoinnin lopettamisen apuna, mutta nykyään sitä käytetään myös muun ohjaamisen apuna. 5A-malli sisältää vaiheet assess=arvioi, advise=ohjaa, agree=sovi, assist=auta ja arrange=suunnittele. 5A-malli soveltuu ohjaukseen, jossa asiakkaan epäterveellinen käyttäytyminen ei ole vielä kehittynyt vakiintuneeksi tavaksi. (Kynäs ym. 2005, 100, Glasgow, Emont & Miller 2006.)

Päihderiippuvuutta selitetään monella eri tavalla, mutta jokaisella ihmisellä on omat syynsä ja motiivinsa käyttää päihteitä. Kohtuullinen alkoholinkäyttö ei muutu kaikilla riippuvuudeksi, eikä kaikista, jotka kokeilevat huumeita tule huumeidenkäyttäjiksi. Olennaista riippuvuuden muodostumiselle on, minkä merkityksen ihminen antaa päihteiden käytölleen ja miten keskeistä osaa se alkaa näytellä jokapäiväisessä elämässä tai muuttuuko käyttö pakonomaiseksi. Riippuvuudelle on tyypillistä, että sitä aiheuttavan toiminnan avulla haetaan välitöntä tyydytystä, ja siihen liittyy voimakasta mielihyvän tavoittelua sekä pyritään eroon ikävistä tuntemuksista. (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 42–44). Näillä samoilla kriteereillä riippuvuus voi syntyä myös viattomiin asioihin, kuten ruokaan, liikuntaan, sukupuoliseen kanssakäymiseen tai rahapeleihin (Koski-Jännes 1998, 26.)

Mini-intervention soveltaminen selviämishoitoyksikössä voisi olla parempi työtapana kuin motivoiva haastattelu. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika on selviämishoitoyksikössä n. 11 tuntia, ja ensimmäinen hoidon tavoite on päänselviäminen, jonka jälkeen voi antaa lyhytkestoista neuvontaa.

”sen ristiriidan herättäminen potilaalle on yksi motivoivan haastattelun menetelmä tai tekniikka, joka voi sitten avata silmiä”

Hyvinvoinnin tukeminen nousi yhdeksi päihdeosaamisen muodoksi. Potilaan elämäntilanteen selvittäminen ja sosiaalisten etuuksien kartoitus ja neuvonta nousivat sosiaalityöntekijän osaamisalueeksi. Osa hoitotyöntekijöistä myös kartoittaa tilannetta laaja-alaisesti, kaikki eivät kovinkaan perusteellisesti.

”loppujen loppuksi aika vähän noita on kartoitettu (perhetilannetta yms.)”

”selvittää sitä potilaan toimeentuloo, onko hän työelämässä, opiskelemassa, työttömänä, onko hänellä työvoimatoimistossa asiat niinkun kunnossa tai onko vireillä jotakin eläkehakemuksia. Eli hyvin konkreettista ohjausta ja neuvontaa niiden palvelujen piiriin”

”Alkuhaastattelussa käyn elämäntilannetta vähän läpi, onko töissä, onko eläkkeellä ja miten asuu, asuuko yksin ja jos on kumppani käyttääkö se päihteitä?”

”Kokonaisuuteen kuuluu kuitenkin noi muutkin läheiset, et ei sitä oikein voi ohittaa”

Havion ym (2008, 36) kirjassa nostetaan sosiaaliset ongelmat, kuten asunto-, toimeentulo- ja työttömyysongelmat sekä ihmissuhdevaikeudet osaksi päihdeongelmaa. Vaikeasti päihdeongelmaisilla esiintyy asunnottomuutta, väkivaltaisuutta ja sosiaalisuutta päihdeongelmaisten alakulttuuriin. Sosiaalisina ongelmina saattaa esiintyä myös avuttomuutta toimia sosiaalisissa tilanteissa, vaikeutta kieltäytyä päihteistä ja ongelmanratkaisutaitojen sekä elämäntaitojen puuttumista. Sosiaalisten ongelmien kartoitus ei liity pelkästään kyseessä olevaan hoitojaksoon, vaan jatkohoitomahdollisuuksien tai tarvittaessa erilaisten sosiaalisten tukimuotojen ja kotihoidon järjestäminen ovat tärkeitä. Säilynyt työpaikka, asunto ja parisuhde ovat ainoita tunnettuja positiivisia ennustekijöitä päihdeongelmasta selviytymiseen (Salaspuro 2009, 903).

Selviämishoitoyksikön työntekijöillä oli erilaiset tavat ottaa potilaiden sosiaalinen tilanne keskusteluun. Toiset kartoittivat tilannetta perusteellisemmin kuin toiset. Alkutilanteeseen voisi miettiä kaavakkeen tai haastattelurungon, johon mietitään selviämishoitoyksikön työn kannalta keskeisiä selvitettäviä asioita. Alkuun se toimisi

muistutuksena työntekijöille selvitettävistä asioista ja toisi yhdenmukaisia toimintatapoja.

Hyvinvoinnin ja sosiaalisen tilanteen selvittämisen yhteydessä tulee huomioida onko potilaalla alaikäisiä lapsia ja missä he ovat sillä hetkellä. Käypä Hoito – suosituksissa alkoholiongelmaisen hoidosta (2010, 16) sanotaan, että lastensuojelulain (417/2007) mukaan tulee sosiaalitoimeen tehdä ilmoitus lapsesta (laissa lapsella tarkoitetaan alle 18 – vuotiasta), jonka hoidon ja huolenpidon tarve sekä kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttävät lastensuojelutarpeen selvittämistä. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat ilmoitusvelvollisia, eikä salassapitovelvollisuus estä ilmoitusvelvollisuutta. 1.3.2010 tulleen lainmuutoksen mukaan, on jo raskaudenaikana tehtävä ennakoiva lastensuojeluilmoitus, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia heti syntymänsä jälkeen.

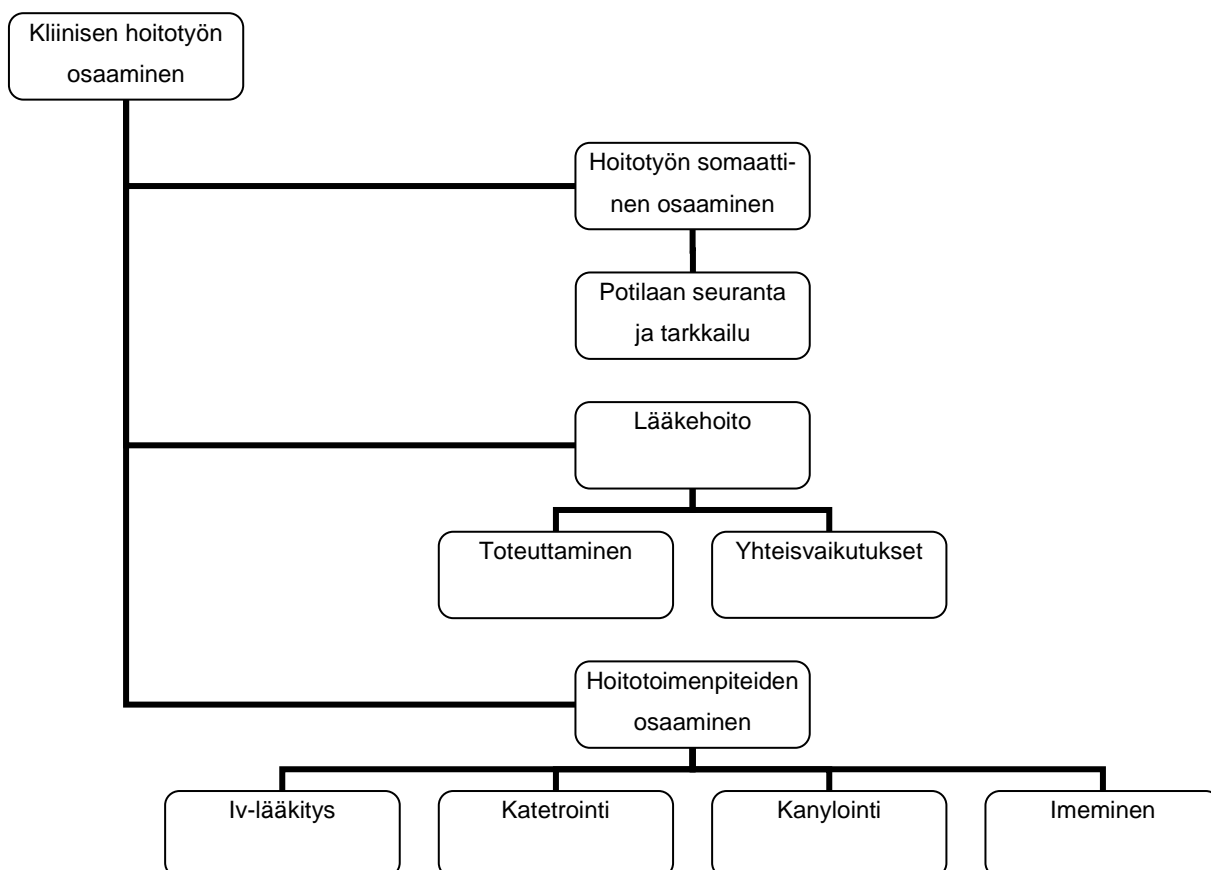
”ei oo tietoo siitä kotitilanteesta, ettei oo kartotettu niin hyvin”

”saisi se varmaan olla tehokkaampakin se et kysyttäis, et mitä sinne jäi. Ne tulee tuolta triagen läpitte ja sitte ambulanssimiehet jää jo pois, sitte se käy lääkaris ja sitte tulee vasta meille. ”

Lapsipotilaiden kohdalla pyritään tekemään yhteistyötä vanhempien kanssa. Päihtyneillä lapsilla (alle 18 vuotiaat) on oikeus potilaslain 9 § mukaan kieltää tietojen antaminen lähiomaisilleen. Lain mukaan lapsen asioita ei saa kertoa vanhemmille, jos lapsi sen kieltää. Kuitenkin, kun päivystyksessä hoidetaan päihtynyttä lasta, tulee hoitohenkilökunnan tehdä lastensuojelulain 40 § mukaan ilmoitus lastensuojelun tarpeesta oman alueen sosiaalipalvelutoimistoon tai päivystysaikaan sosiaalipäivystykseen. Lastensuojelulaki velvoittaa terveydenhuollon henkilöä ilmoittamaan päihtyneestä lapsesta sosiaaliviranomaisille. (Suokas 2005, 392.)

6.2 Kliinisen hoitotyön osaaminen

Kliininen hoitotyö korostuu selviämishoitoyksikön osaamisalueissa, koska potilaiden tullessa päivystykseen, on useimmiten syynä jokin vamma tai sairaskohtaus.



Kuvio 3. Kliinisen hoitotyön osaamispuu

”Somaattinen puoli korostuu tossa ihan selkeesti, potilaathan tulee meille kaikki pääsääntöisesti sängyssä ja tipoissa ja”

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen näkyy potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteessa. Hoitotyön kliininen osaaminen perustuu taitavaan teoreettiseen osaamiseen joka edellyttää ajantasaisen monitieteisen tutkimustiedon käyttöä. Eettinen osaaminen ja terveyden edistäminen kuuluu kaikkeen sairaanhoitajan kliiniseen toimintaan. (Kasara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 46.)

Selviämishoitoyksikössä korostuu potilaan fyysisen tilan seuranta. Potilaat tulevat päivystykseen pääsääntöisesti jonkin vamman seurauksena tai heidät on löydetty jostain esim. kadulta sammuneena. Alkuvaiheessa on tärkeintä saada potilas rauhoittumaan ja yrittää saada hänet kertomaan mitä on tapahtunut, mitä hän on ottanut ja kuinka paljon. Akuuttisairaanhoidon oppaassa (2000, 317) sanotaan päihdepotilaiden tarkkailusta, että päihtymystila tunnistetaan alkometrillä tai virtsaseulontakokeilla. Potilaasta etsitään viitteitä käytetyistä aineista esim. pistosjäljet ja ulkoisesta olemuksesta. Päihtymystilasta on erotettava epileptiset oireet, diabeettiset oireet, aivovauriot, aivoverenvuodot, sokkipotilaat, vaikeat infektiot, tapaturmat tai psyykkisistä syistä epänormaalisti käyttäytyvät potilaat. Peruselintoiminnot pitää arvioida nopeasti ja luotettavasti sekä näitä turvaavat välittömät ensihoitotoimenpiteet ovat äärimmäisen tärkeitä potilaan jatkoselviytymisen kannalta (Saikko 2005, 76). Päihdepotilaiden siirtyessä selviämishoitoyksikköön on potilaan tilan arviointi jo tehty, mutta potilaan tilan seuranta ja nopea reagointi tilassa tapahtuviin muutoksiin on selviämishoitoyksikön työntekijöiden vastuulla.

”Aika riski potilaita ne on, mitä täs ny on huomannu tai tienny jo enneki mut, vaatii tosi tiukan seurannan ja ymmärtämisen aika nopeestiki et tosi pienistäkin vitaaleitten muutoksist et potilaalla saattaa olla joku hätätila kysymyksess”

Akuuttisairaanhoidon oppaassa (2000, 317–318) on ohjeet esitietojen keräämisestä päihdepotilailta. Tiedot kerätään yksinkertaisilla kysymyksillä, kuten miksi henkilö on tullut hoidettavaksi sekä pitää selvittää onnettomuudet ja tapaturmat. Potilaalta pitää kysyä mitä päihdettä hän käyttänyt viimeksi, kuinka paljon, kuinka kauan, onko käyttänyt lääkkeitä ja kysellään tuntemuksia, koska päihtymys kätkee oireita (esim. sydäninfarktin), kun kivun aistimisen kyky heikkenee.

”se on näitten vitaaleitten seuraamista verensokeri, hengitys, paineet tätä enemmän ja lääkityksestä niin huolehtiminen, ettei pääse mitään muuta tulemaan esim. kramppeja”

Alkoholi-intoksikaatio eli alkoholimyrkytys seuraa, kun veren alkoholipitoisuus nousee yli neljän promillen. Alkoholiin tottuneilla hengityslamaan johtava alkoholin määrä voi olla jopa 6-8 promillea, kun taas vähemmän alkoholia käyttäville myrky-

tysoireet voivat ilmaantua jo kolmen promillen humalassa. Alkoholimyrkytyksessä mm. hengityksen säätely lamaanuu. Jos potilas on vahvasti humaltunut tai sammunut, niin silloin on muistettava myös että potilaalla voi olla jokin muu vamma tai sairaskohtaus, jonka syntyyn alkoholi on voinut vaikuttaa. Jos potilas on pinnallisesti tajuton ja reagoi kipuun ja alkoholi on ilmeisesti ainut syy tajuttomuudelle, tällöin hoidoksi riittää hyvä hengityksen, verenkierron ja lämpötilan seuranta. Potilas tulisi laittaa kyljelleen kohonneen aspiraatoriskin vuoksi. Jos tila ei kohene muutaman tunnin seurannan jälkeen, tulee tajuttomuuden syy selvittää tarkemmin. Äkilliseen hengityspysähdykseen tulee aina varautua tällaisen potilaan kohdalla. Jos potilas ei reagoi kipuun ja on syvästi tajuton, pitää hänet intuboida ja toimia tajuttoman potilaan hoito-ohjeiden mukaan. (Suokas 2005, 386.) Tajuttoman potilaan kohdalla ensimmäisiä ensiaputoimenpiteitä ovat vasen kylkiasento aspiraatoriskin vuoksi sekä tajunnan, hengityksen ja verenkierron seuranta (Salaspuro 2009, 901).

Selviämishoitoyksikön työntekijöillä pitää olla perustiedot päihdepotilailla käytettävistä lääkityksistä. Lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaan sekä perustuu huolelliseen tulohaastatteluun käytetyistä aineista ja käyttömääristä. Päihteiden sekakäytön vuoksi voi olla mahdoton tietää, mitä sekava potilas on ottanut. Suomalaiselle päihdekäytölle on tyypillinen sekakäyttö, eli käytetään kaikkea mitä on saatavilla. (Pylkkänen 2008, 130, Laine 2002, 312.)

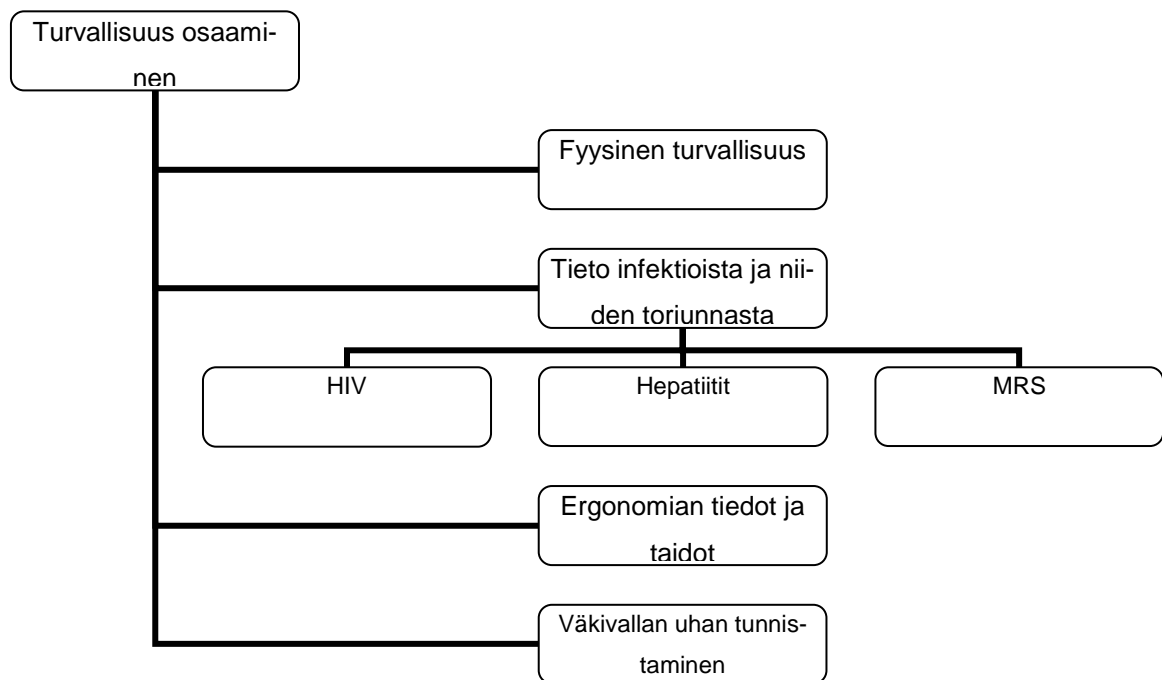
Opetusministeriön selvityksessä (2006:24, 69) määritellään sairaanhoitajan osaaminen lääkityksen kohdalla seuraavasti: sairaanhoitajan tulee ymmärtää lääkehoidon prosessi ja lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen ja patofysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa. Lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden hallintaa.

Hoitotoimenpiteiden osaaminen nousi omaksi osaamisalueekseen selviämishoitoyksikössä. Tarpeellisimmat hoitotoimenpiteet selviämishoitoyksikössä ovat iv-lääkityksen antaminen, katetrointi, kanylointi ja imeminen. Kaikilla selviämishoitoyksikön työntekijöillä ei ollut kaikkia näitä taitoja, mutta he ovat saaneet apua päivytyksen henkilökunnalta.

”sit ku mää en tiedä mitä mää niinku teen niin sit käyn kysymäs sieltä päivystyksen puolelta hoitajilta et pitäiskö sille vielä tiputtaa jotain nesteitä vai mitä pitäis tehdä ja jos monitorissa näyttää jotku luvut vähä omituisilta niin sit meen kysymään sieltä ja kyllä mää sieltä oon aina niitä apuja saanu”

6.3 Turvallisuusosaaminen

Turvallisuusosaaminen haluttiin nostaa asiantuntijajaneelissa omaksi osaamisalueekseen.



Kuvio 4. Turvallisuusosaamisen osaamispuu

Päivystyspoliikklinikat on luokiteltu korkean väkivaltariskin työpaikaksi. Rasimus (2005,14) on väitöskirjatutkimuksessaan tutkinut päivystyspoliikklinikoiden henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista. Vastaajia tutkimuksessa on ollut 601, joista väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita kohtasi päivittäin tai viikoittain 65 % henkilökunnasta. Henkilökunnasta 96 % pitää huumeiden käyttäjiä sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjiä turvallisuusriskinä.

Kantosen ym. (2006, 4925–4926) tutkimuksessa tulee samankaltaista tutkimustietoa. Siinä väkivalta- ja häiriökäyttäytymistä on tutkittu päihtyneiden osalta. Alkoholiongelmaasta kärsivä potilas työllistää henkilökuntaa keskimääräisesti enemmän kuin muut potilaat. Päihteiden käyttäjä on usein levoton, sekava, vaativa, impulsiivinen tai aggressiivinen. Useimmiten myös perussairaudet ovat hoitamatta ja lääkitykset ottamatta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokee päihtyneet ja päihdeongelmaiset runsaasti häiriötä aiheuttavana potilasryhmänä, ja heidän hoitoonsa kuluu paljon aikaa ja voimavaroja. Vuonna 2005 Peijaksen sairaalassa oli fyysistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa kokenut kolmannes henkilökunnasta.

Väkivaltaisella käyttäytymisellä ja päihteiden käytöllä on selkeä yhteys. Ylivoimaisesti eniten rikoksia tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. Vuonna 2005 poliisin tietoon tuli 30 943 väkivaltarikosta. Kuolemaan johtaneista väkivaltarikoksista n. 75 % ja pahoinpitelyrikoksista n. 60 % tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. (Holmberg 2008, 206.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla on muun muassa heikko itsetunto, itsekeskeisyys, virheellinen minäkuva, heikosti kehittynyt tunne-elämä, syyllisyyden puuttuminen, huonot ihmissuhteet, myötäelämisen puute sekä kateus. Väkivaltatapahtuma on vuorovaikutuksen tulos, jossa on kaksi tai useampia ihmisiä ja sitä voi oppia hallitsemaan sekä työntekijä että potilas. Väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla voi olla potilaan sairauden aiheuttama järkytys, stressi, sekavuus, psyykinen ongelma tai päihteet. Taustalla saattaa olla myös itsensä ja tilanteen hallitsemattomuuden pelko. Pelot liittyvät mm. torjutuksi tai hylätyksi tulemiseen, turvattomuuteen, avuttomuuden ja loukatuksi tulemisen kokemuksiin, pettymyksiin, turhautuneisuuteen, väärinymmärryksiin tai vieroitusoireisiin. (Rasimus 2005, 14 & Holmberg 2008, 206–207). Häiriökäyttäytyminen saattaa olla myös tehokeino saada nopeasti ja varmasti tarvittavaa huomiota.

Väkivaltaisen potilaan profiilia on myös määritelty. Potilaan diagnoosi ja väkivaltaisen käyttäytymisen historia ennustavat parhaiten potilaan vaarallisuutta. Useimmiten samat potilaat aiheuttavat väkivaltatilanteita. Merkittävä ennustaja käyttäytymiselle

päivystyspoliklinikalla on myös väkivaltainen käyttäytyminen ennen päivystykseen tuloa. (Rasimus 2005, 14.)

”on ollu semmosii tilanteita, että potilaat on käyny toistensa kimppuun, ja on täytyny jo sillainki tehdä, ku tunnetaan, et näillä on ollu konfliktei ja nyt he ovat tässä samalla aikaa, niin on tarvinnu erottaa toisiin huoneisiin”

Sanallinen uhkailu on fyysistä väkivaltaa yleisempää. Työntekijät joutuvat päivittäin kohtaamaan nimittelyä ja haistattelua. Päihteiden käyttäjien aggressiivisuus saattaa ilmetä erilaisena epäasiallisena käytöksenä, kielteisenä suhtautumisena asioihin ja ihmisiin, yhteistyöstä ja hoitotoimenpiteistä kieltäytymisenä, syyttelynä, kaunaisuutena tai kostonhaluna. Väkivalta tilannetta ennakoivia merkkejä tai käyttäytymispiirteitä on tunnistettavissa potilaista. Tällöin potilaan tunnetila on useimmiten ahdistunut, kireä, kiihtynyt tai ärtynyt. Fyysisesti hän on levoton, tuijottava, puhumaton tai hän voi muuttua vetäytyväksi tai takertuvaksi. Verbaalisia tunnusmerkkejä ovat epäluuloinen puhe, kiroilu, solvaaminen sekä uhkailu ja syyttely. Potilas saattaa korottaa ääntään, haastaa riitaa tai paukutella ovia. Näissä tilanteissa työntekijän ohjeena on: puhuttele päihteiden käyttäjää nimeltä, kohtaa päihteiden käyttäjä vastuullisena aikuisena, vältä kielteisiä ilmaisuja, pyydä päihteiden käyttäjää istumaan ja istuudu itse samalle tasolle, kommunikoi selkeästi ja ymmärrettävästi, pidä kiusaantumaton katsekontakti ja riittävä turvaväli, pidä kysymykset yksinkertaisina ja kysy vain yhtä asiaa kerrallaan, pidä keskustelunsävy potilasta kunnioittavana ja anna riittävästi hänen toivomaansa tietoa. (Rasimus 2005,14 & Holmberg 2008, 206–207.)

Tieto infektioista ja niiden torjunnasta nousi yhdeksi osaamisalueeksi asiantuntija-paneelissa turvallisuusosaamisen alle. Iso tartuntavaara liittyy tauteihin, joissa mikrobeja esiintyy veressä pitkän ajan, ja mikrobien pitoisuus veressä on suuri suhteessa tartuttavaan annokseen. Näitä taudinaiheuttajia ovat muun muassa hepatiitti B (HBV), hepatiitti C (HCV) ja hepatiitti D – virukset (HDV) sekä HIV. Suomessa näistä ovat merkittäviä hepatiitti B ja C sekä HIV. Akuutteja B-hepatiitteja raportoidaan Suomessa noin 50 tapausta vuodessa ja kroonisia vajaa 300 vuodessa. Uusia C-hepatiittitapauksia raportoidaan vuosittain runsas 1000. Nämä infektiot kasaantuvat selvästi tiettyihin riskiryhmiin, ennen kaikkea suonensisäisten huumeiden käyttäjille. HI-viruksen kantajia oli väestössä vuoden 2008 lopulla vajaa 2000 eli 0,04 %. HIV-

infektoituneiden kuolemat ovat kääntyneet tehokkaan lääkeyhdistelmän ansiosta jyrkkään laskuun. (Meurman & Anttila 2010, 412–414.)

Terve iho muodostaa hyvän suojan tarttuvia mikrobeja vastaan. Mikrobin on päästävä ihon läpi aiheuttaakseen infektion. Tämä edellyttää tartuttavan veren joutumista ihottuman tai haavojen heikentämälle iholle tai parenteraalista (ihonläpäisevää) tartuntaa. Limakalvo ei anna ihon veroista suojaa mikrobeja vastaan ja voi johtaa tartuntaan. (Meurman ym. 2010, 414.) Jos epäilee altistusta hepatiittivirusta sisältävälle verelle tai eritteelle, tulee ottaa välittömästi yhteys työterveyshuoltoon. Ensisijaisena ensiapuna on pisto- tai haava-alueen huuhtelu runsaalla vedellä ja saippualla riittävän kauan. (Monto 1999,136).

Infektioiden torjunnan yhteydessä on tärkeää tietää, miten hävitetään tartuntavaaralliset materiaalit ja miten tartunnalta suojaudutaan. Valtioneuvoston päätöksen (Vnp1155/1993) mukaan työntekijöillä, joilla on työssään mahdollisuus altistua hepatiitti- tai HI-virukselle, edellytetään työnantajalta muun muassa seuraavia toimenpiteitä. Työterveyshuollon tulee työpaikkakäyntien yhteydessä perehtyä henkilökunnan työoloihin, veritartuntavaaran mahdollisuuteen, siitä aiheutuvan riskin suuruuteen sekä antaa asianmukaisia työskentelytapa- ja suojautumisohjeita. Henkilökunnalla on oltava kirjalliset ohjeet siitä, miten menetellään tapaturmatilanteissa. (Lusa 2002, 26.)

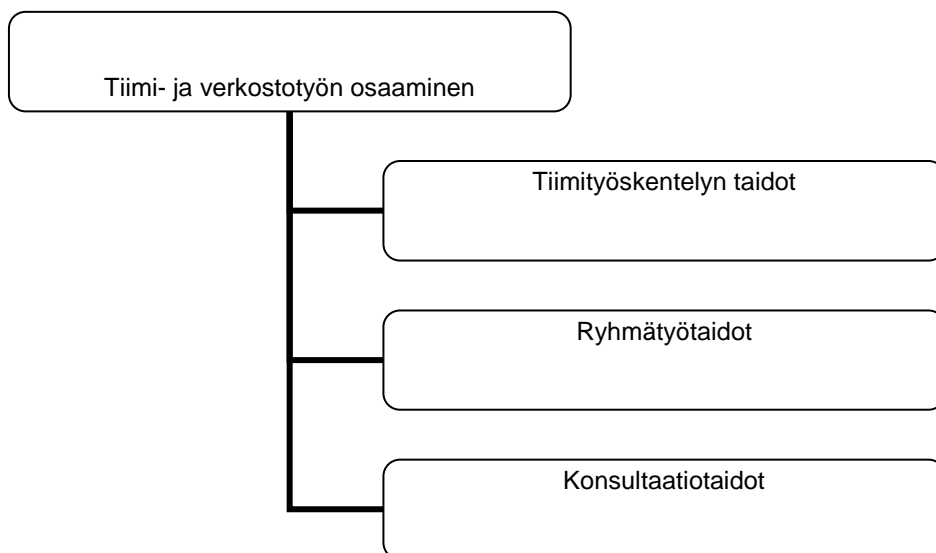
Tieto MRSA:sta haluttiin asiantuntijapaneelissa nostaa erikseen esille tarttuvana infektionä. Staphylococcus aureus löydettiin 1880-luvulla. Ennen penisilliinin keksimistä S.aureus – infektioiden kuolleisuus oli 80 %:n luokkaa. Kaksi vuotta penisilliinin lääketieteelliseen käyttöön ottamisen jälkeen, vuonna 1942, löydettiin sairaalasta ensimmäinen penisilliiniresistentti S. aureus kanta. Vuonna 1960 noin 80 % S. aureus kannoista oli penisilliiniresistentejä. Riski saada staphylococcus aureus tartunta on suurempi niillä, jotka ovat S. aureus kantajia. Riski on pienempi pitkäaikaishoitolaitoksessa saada tartunta kuin akuuttisairaalassa. Riskin suuruuteen vaikuttaa myös tehdyt toimenpiteet ja kajoavien tutkimus- ja hoitovälineiden käyttö. MRSA:n torjunta on tärkeää vakavien lisäkuolleisuutta aiheuttavien hoitoon liittyvien infektioiden määrän vähentämiseksi. MRSA:n torjunta tapahtuu tavanomaisilla varotoimilla, ennen kaikkea hyvällä käsihygienialla, MRSA-kantajien varhaisella tunnistamisella ja

kosketuseristyksellä, mikrobilääkkeiden oikealla käytöllä sekä dekolonisaatiolla. (Syrjälä & Kolho 2010, 442–444.)

Asiantuntija paneelissa nostettiin esille ergonomian tiedot ja taidot. Selviämishoitoyksikössä työskennellään paljon yksin työvuoroissa ja se tuo haasteita. Ergonomia määritellään ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutuksen tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työ, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä sopeutetaan vastamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Ergonomian avulla parannetaan ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestelmien häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita_ergonomia_on/sivut/default.aspx)

6.4 Tiimi- ja verkostotyön osaaminen

Tiimi- ja verkostotyön osaaminen nousi asiantuntijapaneelissa omaksi osaamisalueekseen.



Kuvio 5. Tiimi- ja verkostotyön osaamispuu

Tiimi- ja verkostotyön osaamista korostettiin Satakunnan keskussairaalan eri osastojen välillä sekä omilla osastoilla. Tässä nähtiin tärkeänä myös eri ammattiryhmien

välillä tehtävä yhteistyö. Selviämishoitoyksikössä haluttiin yhteisiä sääntöjä ja käytäntöjä tälle osaamisalueelle.

Tiimi määritellään pieneksi ryhmäksi ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja ja jotka ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin ja jotka pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksistaan. (Heikkilä 2002, 17, Katzenbach & Smith.) Tiimin rakentaminen on tiimityöskentelyn tärkein vaihe. Huippusuorittajiksi voivat kehittyä vain hyvinrakennetut tiimit. Tiimin rakentamisprosessi vaatii sekä työorganisaatiolta että tiimin jäseniltä paljon aikaa, paneutumista ja henkisiä voimavaroja. (Heikkilä 2002, 35.)

Päihdepotilaan hoito toteutetaan moniammatillisena tiimityönä, jossa huomioidaan potilaan ja hänen läheistensä yksilölliset tarpeet. Päihdepotilaan hoitoon liittyvät aina vitaalielintoimintojen ja nestetasapainon huolellinen tarkkailu ja hoito sekä lääkärin määräämät tarvittavat laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimukset. (Suokas 2005, 385). Moniammatillisessa työryhmässä pitää huomioida, että eri ammattilaiset katsovat asiaa yhdestä näkökulmasta, mutta täydentävät kokonaisuutta asiakkaan asioiden edistämiseksi. Julkisella sektorilla tätä on huomioitu, yksilöllisten osaamiskartoitusten lisäksi on alettu kehittää yhteisöllisiä osaamiskartoituksia, joissa arvioidaan koko yhteisön osaamista. (Mönkkönen 2007, 23.)

Verkostotyön osaamisalueeksi nousivat jatkohoitopaikat, joiden kanssa tehtävään yhteistyöhön haluttaisiin panostaa enemmän.

”vuorovaikutus näitten jatkohoitopaikkojen kans sais olla vähä tiiviimpää, että meillä olis jotain yhteistä, kolutusta tai ihan semmosta, että käytäis keskusteluu”

” mein täytyy ymmärtää toinen toistemme työtapaa ja löytää jatkossa uudenlaisia toimintatapoja”

Lisäksi joidenkin potilaiden kohdalla on järjestetty verkostopalavereja, lähinnä sosiaalityöntekijän toimesta. Verkostotyö voidaan nähdä yhtenä hoitomenetelmänä päihdeongelman hoidossa. Useimmiten asiakas tulee autetuksi monenlaisia menetelmiä käyttäen. Verkostonäkökulma saadaan näkyväksi alkuun esimerkiksi verkos-

tokartan avulla. Neuvottelemalla asiakkaan kanssa voidaan saada samaan aikaan paikalle tärkeitä ihmisiä niin luonnollisesta – kuin asiantuntija verkostostakin. (<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/645-verkostotyö>.)

Osastokonsultaatioiden lisääntyminen nousi asiantuntijapaneelissa esille. Projektin aikana konsultaatioita oli tehty 23 kappaletta.

”selkeimmin osasto konsultaatiot, ne on ollu kaikkein selkeimmin semmosii tilanteita missä on ollu rauhallinen ympäristö”

Selviämishoitoyksikön työntekijät ovat antaneet konsultaatio apua Satakunnan keskussairaalan muille osastoille. Konsultaatiopyynnön aiheena oli päihdeanamneesin selvittely ja tarkentaminen sekä jatkohoidon suunnittelu. Mietittäväksi jäi vielä vaaditaanko konsultaatio osaamista koko henkilökunnalta vai olisiko se joidenkin työntekijöiden erityisosaamista. Tarve osastokonsultaatioille on olemassa.

Tiimi- ja verkostotyön lisäämistarpeet ja erilaisten vaihtoehtojen miettiminen nousi esille useassa haastattelussa, esimerkiksi miten sosiaalityön hyödyntäminen onnistuisi vielä paremmin. Sosiaalityöntekijän näkökulmana nousi yhteistyö hoitajien kanssa selkeästi esille. Sosiaalityöntekijä tukee lääkärin määräämää hoitosuunnitelmaa ja tuo oman erityisosaamisensa hoitotyön tueksi esimerkiksi soittamalla jatkohoitopaikoihin maksusitoumuksia tai järjestämällä verkostopalavereja.

”tuoda yhteistä ymmärrystä sosiaalipuolen ja terveyspuolen yhteistyön merkitykseltä”

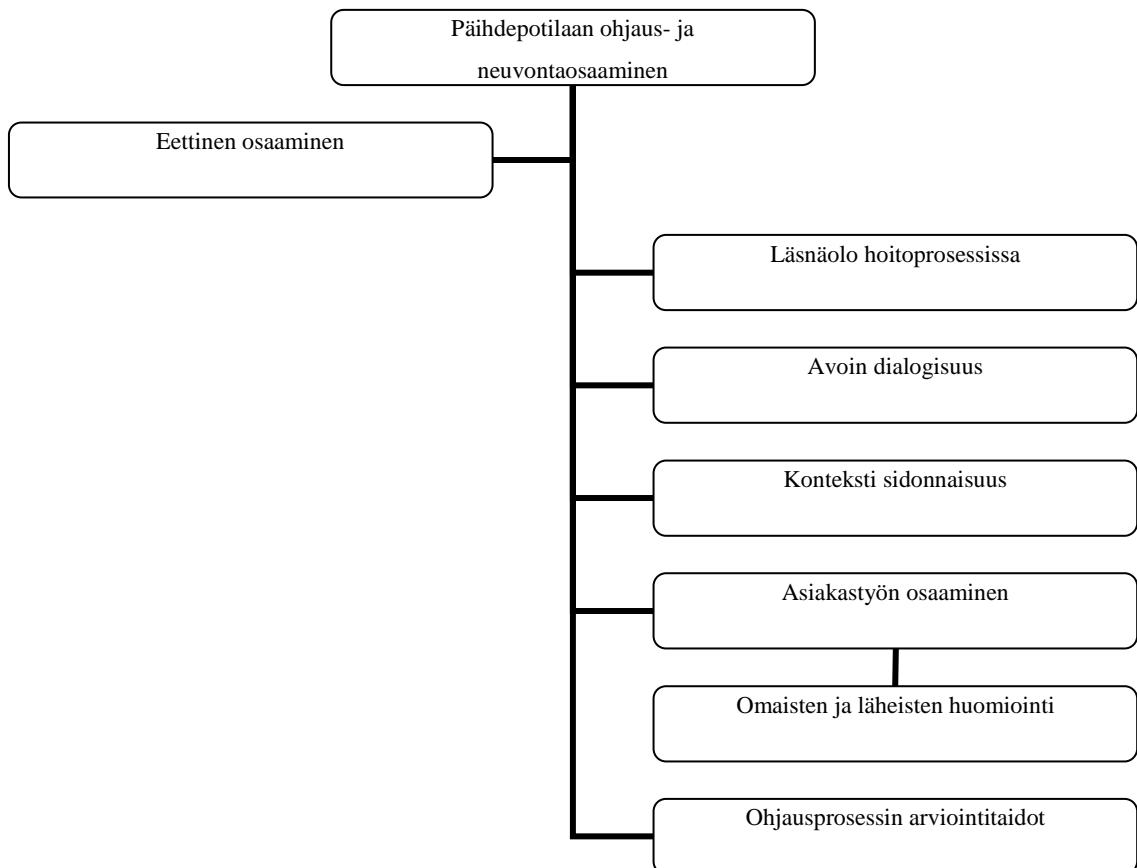
6.5 Päihdepotilaan ohjaus- ja neuvontaosaaminen

Päihdepotilaiden ohjaus- ja neuvontaosaaminen on yksi keskeisimmistä osaamisalueista selviämishoitoyksikössä. Ohjaus- ja neuvontatilanteet eivät toteudu kaikkien

potilaiden kohdalla, koska he haluavat kotiutua mahdollisimman nopeasti. Kaikkien kanssa kuitenkin pyritään keskustelemaan päihteiden käytöstä ennen kotiuttamista.

Läsnäolo hoitoprosessissa, dialogisuus ja konteksti sidonnaisuus sisältävät yhteisiä elementtejä. Kaikki ovat tapoja lähestyä asiakasta, tapoja joissa kunnioitetaan asiakkaan tilannetta, kontekstia, ollaan läsnä ja pyritään yhteisen ymmärryksen rakentamiseen. Tavallaan puhutaan kielellä, jota asiakas ymmärtää.

”en tarkoita, että ammattilaisen täytyis käyttää karkeeta kieltä, mutta että käännetään se semmoseks maanläheisemmäksi”



Kuvio 6. Päihdepotilaan ohjaus- ja neuvontaosaamisen osaamispuu

Ohjaus- ja neuvonta osaamista on vaikea nostaa erikseen, koska se on tavallaan läsnä koko hoitoprosessin ajan.

”se tapahtuu ihan siinä koko ajan ko potilas tulee, se on sitä jatkuvaa siinä mukana, kaikessa hoitotyössä jo”

”Ohjaustilanteet on tavallaan läsnä koko ajan”

Hoitotyössä ohjauksesta käytetään monenlaisia määritelmiä. Ohjauksen synonyymejä ovat esimerkiksi koulutus, kasvatusta ja valmennus. Ohjausta määritellään mm. ohjauksen antamiseksi, kuten käytännöllisen ohjauksen antamiseksi. Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä parantaa elämäänsä. Ohjauksessa potilaan pitäisi olla aktiivinen pulman ratkaisija. Ohjauksen sisältöön kuuluu myös tiedon antamista ja se on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa. Ohjaussuhde on tasavertainen ja tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauksetoimia. (Kyngäs, Kääräinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Asiantuntijapaneelissa korostettiin työntekijöiden läsnäoloa hoitoprosessissa. Työntekijöillä pitäisi olla herkkyyttä tunnistaa asiakkaan tila ja milloin olisi sopiva aika ohjauskeskustelulle. Bennerin (1991) mukaan, kun työntekijä toteaa asiakkaan oppimisvalmiuden, tulee hänen ohjata häntä sairauden hoidossa ja sen kanssa elämisestä.

”Tilanneherkkyys joo, päihdepotilaat on kaikki yksilöitä ja siinä on kuunneltava jontekin, että kuka tämä henkilö on ja tavallaan pistettävä sivuun se oma tästä päihdeasiasta ja toisen puolesta ei voi tietää tavallaan”

Selviämishoitoyksikössä korostuu niin somaattisen puolen ohjaus kuin myös päihdeasioihin liittyvät ohjauskeskustelut. Päihtynyt ihminen on kohdattava vastuullisena aikuisena päihtymystilasta huolimatta. Ammatillisen vuorovaikutuksen perustana päihtyneen kohtaamisessa ovat asenne, ajantasainen tieto ja päihdetyön osaaminen. Näiden hallinta heijastuu työntekijän toimintaan hoitotilanteessa ja ohjaa vuorovaikutustilannetta. (OPM 2007, Holmberg 2008, 203.)

Päihteenkäyttäjän luottamusta työntekijään vahvistetaan rauhallisella, määrätietoisella ja eettisellä toiminnalla. Vuorovaikutuksen tavoitteena on jättää päihtyneelle positiivinen ja turvallinen mielikuva avun saannin mahdollisuuksista. (Holmberg 2008, 203–204.)

”Potilaan kohtaaminen vaatii semmosta hienovaraisuutta ja empatiakykyä ja toisaalta sitä realismia sitten ja jäämäkkyyttä siinä, ettei lähde uskomaan ihan kaikkea eikä semmosia epärealistisia kuvitelmia”

Potilaan/asiakkaan (päihdetyössä puhutaan yleisimmin asiakas-käsitteellä, jota käytän tästä eteenpäin) kanssa käytävässä keskustelussa on tärkeintä pyrkiä luomaan kannustava ja avoin ilmapiiri. Asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden kunnioittaminen ja asiakkaan osallistaminen muutokseen rohkaisevalla työotteella on päihdekuntoutuksen ydintä. Keskustelu olisi hyvä aloittaa avoimella kysymyksellä, johon asiakas ei voi vastata sanomalla kyllä tai ei. Näin jatkokysymysten teko helpottuu ja tämä voi rakentaa hoitosuhdetta eteenpäin ja avata asiakkaalle tärkeitä näkökulmia. (Käypä Hoito-suositus, alkoholiongelmaisen hoito, 2010, 6-10, Salo-Chydenius 2008, 136–137.)

”mitä tää potilas itse kokee tarvitsevansa ja miten”

Asiantuntijapaneelissa tuotiin esille avoin dialogisuus, johon ohjauskeskusteluissa tulisi pyrkiä. Avoimessa dialogissa pyritään yhteiseen asioiden jakamiseen ennalta suunnittelemtomassa tilanteessa. Avoimessa dialogissa toteutuu parhaimmillaan yhdessä ajattelu, jossa työntekijä osoittaa aitoa kiinnostusta ja välittämistä. Työntekijä antaa asiakkaalle myönteistä ja rakentavaa palautetta ja välineitä reflektoida eli tutkia ja arvioida ajattelua ja toimintaa. Dialogi näkyy riittävän ajan antamisena, yhdessä toimimisena, myötätuntona, suvaitsevaisuutena, moninaisuuden hyväksymisenä ja huomion kiinnittämisenä ensisijaisesti ihmisen voimavaroihin ja kiinnostukseen. (Salo-Chydenius 2008, 138, Seikkula & Arnkil 2005, 92.)

Dialogi tulee sanoista dia ja logos, jotka kuvaavat dialogisuuden olemusta eli väliin kerättyä maailmaa. Sana dia tarkoittaa suomennettuna kreikan kielestä läpi tai halki ja logos tarkoittaa järkeä tai oppia. Dialogisuudella pyritään yhteisen ymmärryksen rakentumiseen ja taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan. Dialogisuuden tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuolista pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteiseen keskusteluun. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa

ei mennä joko työntekijän tai asiakkaan ehdoilla vaan molempien ehdoilla. (Mönkönen 2007, 86–87.)

”parhaimmillaan tää ohjaus ja neuvonta voisi olla sitä vuoropuhelua, dialogia sen asiakkaan ja potilaan kanssa”

Haastattelun apuna voidaan käyttää strukturoituja kyselyjä, joista alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi on toimivimmaksi todettu kymmenen kysymyksen AUDIT. Hyviin hoitotuloksiin on yhteydessä hyvä hoitosuhde. Työntekijän tehtävä on luoda hyvä hoitosuhde ja välttää vastakkainasettelua. Haastattelun tai ohjaustilanteen eteneminen perustuu asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta, vaikka ajattelisivatkin asiasta eri tavalla kuin työntekijä. Luottamuksen lisääntyessä hoitosuhteessa potilas uskaltaa kertoa myös arkaluonteisia asioita. Työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan autonomiaa ja osoittaa luottamuksellisuutta, vilpitöntä kiinnostusta ja arvostusta asiakkaan asiaa kohtaan. (Kynäs ym. 2007, 48). Hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot vaikuttava hoitotulokseen ja hoitavien henkilöiden pitäisi arvioida omia vuorovaikutustaitojaan ja pyrkiä kehittämään niitä. (Käypä Hoito-suositus, alkoholiongelmaisen hoito, 2010, 6-10, Salo-Chydenius 2008, 136–137.)

Jotta työntekijä voi ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä, tulee häntä tarkastella osana ympäristöään ja maailmankuvaansa. Ohjauksen kannalta merkittävimmät sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Perhe tai suku saattaa olla asiakkaalle ensiarvoisen tärkeitä. Asiakkaalta tulisi aina varmistaa, millainen tukiverkosto hänellä on ja miten omaisten tuki voisi auttaa häntä. Asiakkaan ja omaisten käsitykset ohjaustarpeista voivat olla myös ristiriitaiset. Tällöin työntekijän on ensisijaisesti kunnioitettava asiakkaan tahtoa, jos hän pystyy vastaamaan omista asioistaan. (Kynäs ym. 2007, 35–36.)

Sairaanhoitajan työ edellyttää yhteistyötä potilaan/asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. (OPM 2006:24, 66.)

Asiantuntijapaneelissa korostettiin eettisen osaamisen merkitystä. Eettisyyttä joutuu miettimään monessa suhteessa työskennellessään selviämishoitoyksikössä, eettinen

pohdinta liittyy kaikkeen hoitotyöhön. Sairaanhoidajan toimintaa ohjaavat ihmisoi-
keudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja hoitotyön eettiset ohjeet (OPM
2006:24, 64).

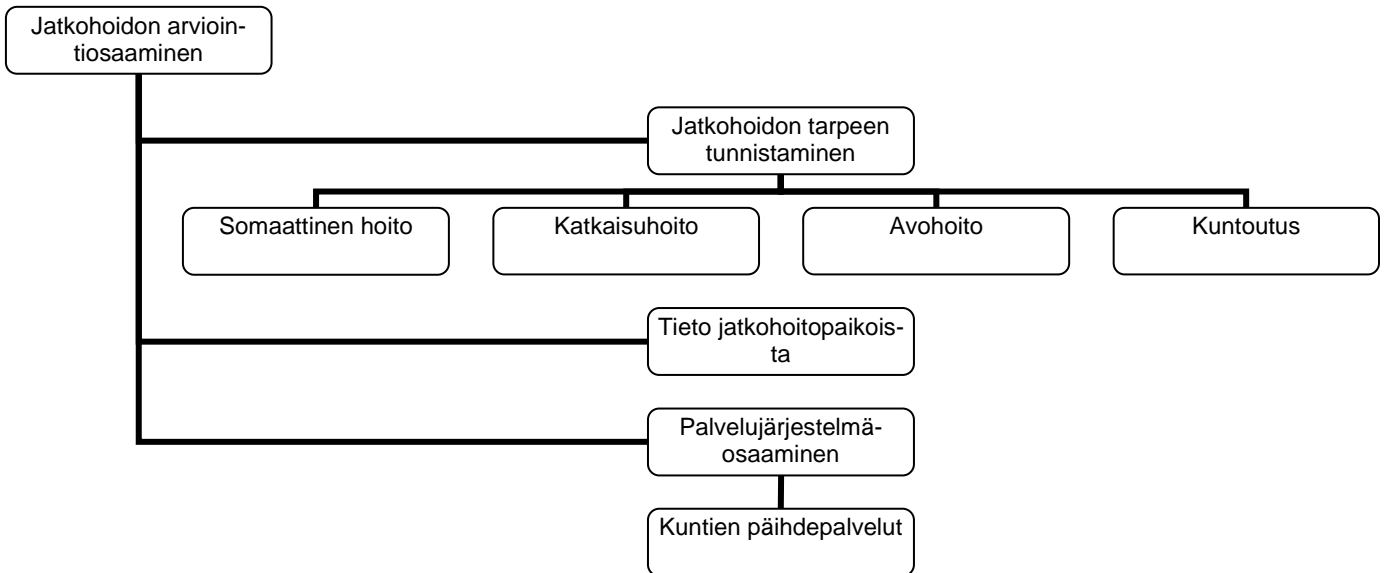
Etiikan yleinen määritelmä on, että sen avulla otetaan kantaa siihen, mikä on hyvää
ja oikein ja mikä on pahaa ja väärin. Etiikka on osa moraalifilosofiaa ja se etsii vas-
tauksia kysymyksiin: teenkö sitä mikä on oikein? miten toimin? Eettinen päätöksen-
teko on tiedollinen ja moraalinen taito. Eettisessä päätöksenteossa käytetään apuna
eettisiä periaatteita ja sääntöjä, siihen liittyy aina moraalinen päättely. Tällä tarkoite-
taan tilanteeseen liittyvien moraalisten ja eettisten tekijöiden kriittistä tarkastelua
analysoimalla, arvioimalla ja oikeuttamalla päteviä perusteita hoidolle ja potilaan
kanssa toimimiselle. (Rekola 2008,49.) Terveyden edistämisessä on yksi keskeinen
eettinen kysymys hoitotyöntekijän ja palvelujen käyttäjän välillä. Tämä koskee sitä,
miten valita ja toteuttaa ne menetelmät, joiden avulla osoitettaisiin kunnioitusta poti-
laan omille näkemyksille ja toisaalta välitettäisiin terveyteen liittyvä tieto mahdolti-
simman oikein ja perustellusti. Hoitotyöntekijä voi oman näkemyksensä mukaan
painostaa asiakkaita terveyteen liittyvällä neuvonnalla, joka voi olla yksipuolinen
näkemys siitä, mitä on terveellinen elämä ja mitä sen eteen tulisi tehdä. Potilaalla on
oikeus omaa terveyttään ja hoitoaan koskevaan tietoon (laki 758/1992), mutta poti-
laalla on eettinen oikeus päättää, miten hän tietoa elämässään käyttää. (Leino-Kilpi &
Välimäki 2008, 188).

*”keskustelu kärsi, ku liikuttiin vähä aroilla alueilla, ku osasto oli täynnä väkee, eikä
mihinkä voinu mennä”*

Eettisyyttä korostettiin koko hoitoprosessin ajan ja selviämishoitoyksikön työntekijät
pitivät tärkeänä sen huomioimista. Esimerkiksi ohjaus- ja neuvontakeskustelut käy-
dään potilaiden kanssa pääsääntöisesti sängyn laidalla, koska aina ei ole mahdolti-
suutta poistua selviämishoitoyksikön tiloista. Selviämishoitoyksikön muut potilaat
kuulevat keskustelun, eikä näin ollen voida puhua luottamuksellisesta hoitosuhteesta.

6.6 Jatkohoidon arviointiosaaminen

Asiantuntijapaneelissa haluttiin nostaa jatkohoidon arviointiosaaminen omaksi osaamisalueekseen sen moninaisuuden vuoksi. Selviämishoitoyksikön jatkohoidon arvioinnissa pitää ottaa huomioon somaattisen tilan vaatima jatkohoito sekä päihdeasioihin liittyvä jatkohoito.



Kuvio 7. Jatkohoidon arviointiosaamisen osaamispuu

Selviämishoitoyksikön potilaille pyritään aina järjestämään jatkohoitopaikka. Yleisimmin käytettyjä ovat katkaisuhoitoasema, terveystieteiden vuodeosastot, Harjavallan sairaala, Porin kaupungin sairaala tai Satakunnan keskussairaalan osastot.

”suurin osa jatkohoitoon menijöistä on mennyt kuitenkin katkalle”

Teemahaastattelussa nousi esille jatkohoidon arviointi. Työntekijän pitää arvioida mikä on ensisijainen jatkohoitoon lähettämisen syy. Selviämishoitoyksikön potilaista osa on iäkkäitä alkoholin suurkuluttajia, joiden terveydentila on vaatinut jatkohoidon esimerkiksi Porin kaupungin sairaalassa. Päihdepuolen jatkohoitoon lähtijöiden kanssa on mietittävä riittääkö avohoito vai tarvittaisiinko laitoskuntoutusta.

”jos ei ole semmonen tilanne et potilas tarvii jotakin katkaisuhoitoa tai diapaamkyllästyshoitoja siinä ohella tai on uhka jostain tulevasta deliriumista, niin eihän sil-

loin kannata ajatella ensimmäisenä jotain avopalveluja jossain vastaanottopisteessä”

”Liittyy tähän akuuttiin päivystystoimintaan ja tää tuo nyt sitten jatkohoidon osalta uuden näkökulman”

”Otaa sosiaalityö enemmän siihen mukaan ja mieltii mikä se heidän oikee hoitopaikka on, ei he välttämät erikoissairaanhoidossa tarvii hoitoo nää ihmiset, jotka tulevat tähän toistuvasti”

Järjestämisvastuu päihdepalveluista on kunnilla. Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa oleva tarve edellyttää. Palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon perusteella. Päihdehuoltolaissa mainitaan, että päihdepalveluja tulee tuottaa niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuin päihdehuollon erityispalveluina. Eri kunnat järjestävät päihdepalvelut hyvin eri tavoin. Kunnat voivat tuottaa palveluja itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostaa ne ostopalveluina. Avohoito sekä omaehtoinen hoitoon hakeutuminen pitäisivät olla ensisijaisia lähtökohtia hoidolle. Laissa painotetaan asiakkaan itsensä osallistumista, mutta myös läheisten huomioimista päihdehoidossa. (STM 2002:3, 26, Havio, Inkinen & Partanen 2008, 99–100.)

Maksusitoumusasiat hoidetaan kunnissa eri tavoin ja selviämishoitoyksikön potilaat tulevat Satakunnan eri kunnista. Tämä tuo myös työntekijöille haasteita, koska työntekijöiden pitää selvittää potilaan kotikunnan mahdollisuudet jatkohoitoihin sekä hoitopaikkojen omat kriteerit potilaiden valintaan. Selviämishoitoyksikön työntekijät toivoivat tutustumiskäyntejä eniten käytettyihin jatkohoitopaikkoihin. Samalla he voisivat esitellä selviämishoitoyksikön toimintaa ja näin ymmärrys toinen toistensa tekemisestä voisi lisääntyä.

”Potilaat on vähän eriarvoisessa asemassa, eikä pysty sillain ohjaamaan jos maksusitoumusta tarvii kysellä, niin ei sitä voi kysellä ennen kuin maanantaiamulla”

6.7 Lisäkoulutustarpeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008–2011, yhtenä tavoitteena on osaamisen vahvistaminen. Osaaminen varmistetaan kehittämällä uusia keinoja sekä uusien työntekijöiden perehdytykseen että ammatillisen osaamisen jatkuvaan kehittämiseen. Täydennyskoulutusta suositellaan järjestettäväksi nykyistä kattavammin ja myös alueellisesti. (STM 2008:6, 38.)

Lisäkoulutustarpeet nousivat tutkimuksen tuloksista ja kohderyhmän haastatteluista, joita käytiin opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Kliinisen hoitotyön osaamiseen tarvitaan lisätaitoja osalle selviämishoitoyksikön työntekijöistä. Tällä mahdollistuisi selviämishoitoyksikön työntekijöiden osallistuminen päivystyksen muuhun työhön paremmin, jos selviämishoitoyksikössä ei ole potilaita. Kliinisen hoitotyön osaamisen parantaminen tuli esille päivystyksen työntekijöille suunnatun kyselyn tuloksissa ja osa haastatteluista työntekijöistä otti asian myös esille. Kliinisen hoitotyön yhteydessä lääkitykseen liittyvät asiat nousivat myös esille. Teemahaastattelussa nousi lääkehoitoon ja intoksikaatioon liittyvät asiat ja osa hoitajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tähän osa-alueeseen.

Toisena koulutusvaihtoehtona opinnäytetyön tekijälle tuli potilaan kohtaamisen käsittely. Teemahaastattelussa tuli esille päihdepotilaan osalta päihderiippuvuuden ymmärtäminen ja päihdeongelman luonteen ymmärtäminen. Selviämishoitoyksikön työssä haasteena ovat akuuttihoitotyön ja psykiatrisen hoitotyön osaaminen. Molemmat ovat vaativia omaa erityisosaamista vaativia alueita. Psykiatristen sairaanhoitajien toimiminen päivystyksessä voitaisiin nähdä rikkautena ja heidän osaamisensa hyödyntäminen tulisi esille potilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutustaitojen osalta. Tässä yhteydessä voisi olla motivoivan haastattelun perustaidot. Selviämishoitoyksikössä luovuttiin motivoivan haastattelun käytöstä, mutta motivoivan haastattelun menetelmän hallinta toisi työntekijöille lisää välineitä vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Tutkittaessa terapeutin ominaisuuksien yhteyksiä päihdeasiakkaiden hoitotuloksiin havaittiin, että auttavan yhteistyösuhteen muodostaminen ja hyvät ihmissuhdetaidot olivat tärkeämpiä kuin ammatillinen koulutus tai kokemus. (Miller 2008, 21, Najavits & Weiss 1994.) Yhteisen haastattelurungon luominen työntekijöille voisi olla avuksi haastattelutilanteissa. Haastattelurunko helpottaisi uusien työntekijöiden

perehdyttämistä ja jokaisen työntekijän tulisi selvitettyä potilaasta samoja asioita. Tämä toisi myös yhtenäisiä käytäntöjä työntekijöille ja helpottaisi jatkotyöskentelyä potilaan kanssa.

Yhtenä lisäkoulutus tarpeena nostan jatkohoitojen järjestämiseen liittyvät asiat. Teemahaastatteluissa tuli esille, ettei osa työntekijöistä kokenut jatkohoitojen järjestämistä omaksi osaamisalueekseen. Jatkohoitojen järjestämisen osalta sosiaalityöntekijän osuus on suuri, mutta ehkä tässä yhteydessä voisi miettiä myös yhteisen työtavan löytämistä niin sosiaalityöntekijän- kuin muiden selviämishoitoyksikössä työskentelevien kanssa. Maksusitoumuskäytännöistä olisi hyvä tietää ja perehtyä jatkohoitopaikkoihin ja niiden käytäntöihin. Teemahaastatteluissa nousi esille myös tutustuminen eniten käytettyihin jatkohoitopaikkoihin ja tietämyksen lisääminen näiden paikkojen kanssa puolin ja toisin, vaikka yhteisten koulutusten muodossa.

Lisäkoulutustarpeena nostan vielä yhteisten käytäntöjen ja sääntöjen luomisen. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi auttaisivat yhteiset kehittämispäivät, joiden aikana työntekijät itse voisivat luoda yhteiset pelisäännöt. Yhdessä sääntöjä laatimalla päätöksiin sitoutuminen on parempaa. Yhteiset pelisäännöt helpottaisivat työntekijöiden päätöksentekoa sekä sitä kautta toiminnan perustelu olisi tavoitteellisempaa myös jatkohoitolaitosten suuntaan. Opinnäytetyön tekemisen aikana toiminta selviämishoitoyksikössä oli vielä suhteellisen uutta, joten käytäntöjen muotoutuminen tapahtuu varmasti toiminnan kautta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten uskottavuus ja siirrettävyys

Kehittämistyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin Delfoi-menetelmää. Aineiston keruu kierroksia oli kolme, joista ensimmäinen oli sähköpostikysely, toinen kierros teemahaastattelu ja kolmas kierros oli asiantuntija-paneeli. Opinnäytetyön tekijä toi jokaisen kierroksen välissä tutkimustulokset asian-

tuntijaryhmän nähtäväksi ja teki muutoksia annettujen ehdotusten perusteella. Teemahaastattelujen aihepiirit muotoutuivat sähköposti kyselyn perusteella. Teemahaastattelun aihepiirit on etukäteen määrätty, mutta menetelmästä puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastattelijan tehtäväksi jää varmistaa, että kaikki aihealueet tulee käydyksi läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus vaihtelevat haastattelusta toiseen. (Eskola & Suoranta 2005, 86). Tutkijan on tutkimusta tehdessä pidettävä mielessä, että tutkimuksessa yleistäminen tehdään aina tulkinnasta eikä tutkimusaineistosta. Tulkinta on aina tutkijan, tutkimusaineiston ja teorian välisen vuoropuhelun tulos. (Vilka 2005, 157.) Opinnäytetyöntekijän kokemattomuus haastattelijana vaikutti varmasti haastatteluihin. Joitakin osa-alueita olisi voinut haastateltavien kanssa syventää enemmän ja osa aiheista jäi ehkä liian pinnalliseksi.

Tutkimuksen yleistettävyyden on tutkijan osoitettava taidolla tarkastella tutkittavaa asiaa yksittäistapausta yleisemmällä tasolla ja tutkimuksen aikana. Tämä ilmenee muun muassa tutkijan taitona yhdistää eri havaintoja. (Vilka 2005, 157, Alasuutari 1994.) Yleistettävyyden ehto on näin ollen tulkintojen kestävyys ja syvyys (Eskola & Suoranta 2000, 67).

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. (Vilka 2005, 158–159.)

Tulosten uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän on tarkastettava vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. (Eskola ym. 2005, 211). Tämän lisäämiseksi tutkimukseen on lisätty suoria lainauksia teemahaastatteluista. Tulokset ovat myös siirrettävissä toiseen vastaavanlaiseen yksikköön. Uskoisin osaamispuiden runkojen olevan samantyylliset, mutta alaoksiin saataisi tulla yksikkökohtaisia eroja.

Konsensusperustuvassa totuusteoriassa painotetaan sitä, että ihmiset voivat yhteisymmärryksessä luoda ”totuuden”. Tässä opinnäytetyössä ”totuus” luotiin asian-

tuntijapaneelissa, jonka jälkeen voitiin sanoa ryhmän muodostaneen yhden yhteisen mielipiteen. Koherenssiteoria on vahvimillaan rationaalisen tiedon alueella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135).

7.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa selviämishoitoyksikön toiminnan edellyttämää erityisosaamista tulevaisuudessa. Tavoitteena oli kuvata selviämishoitoyksikön päihdepotilaan hoitotyön asiantuntijuuden osaamisalueet ja saada tietoa lisäkoulutustarpeesta. Opinnäytetyön tavoitteet toteutuivat ja selviämishoitoyksikössä tarvittavasta osaamisesta luotiin osaamispuut, joiden avulla keskeiset osaamisalueet on konkretisoitu kuvan muodossa.

Osaamisen vaatimusten muuttuminen näkyy yhteiskunnassa. Suomessa ja koko läntisessä maailmassa käynnissä oleva siirtymä uuteen yhteiskunnalliseen kehitysvaiheeseen, myöhäismodernin aikakauteen muuttaa osaamisen vaatimuksia työelämässä. Uudelle aikakaudelle ominaista ovat tiedon, osaamisen ja vuorovaikutuksen korostuminen sekä painopisteen siirtyminen aineettomiin asioihin. (Palvelut 2020, 11–12). Tämä lisää osaamisvaatimuksia ja tämä tulee näkymään myös koulutusrakenteessa.

Henkilöstön ammattitaidolle ja koulutustasolle asetetaan tiettyjä perusvaatimuksia. Hyvää osaamista ja asiantuntemusta edellytetään paitsi asiantuntija-, ohjaus- ja johtotehtävissä, mutta myös niiltä henkilöiltä jotka työskentelevät peruspalveluissa. (Palvelut 2020, 36.) Tämä tuo haasteita myös osaamisen johtamiselle. Osaamisen johtamisen kiinne kohta on toiminnan tulevaisuuden tahtotila. Ensin pitää selkiyttää yhteistä näkemystä siitä, missä halutaan olla hyviä ja mihin suuntaan toimintaa halutaan kehittää. Tämä vaatii nykyisen toiminnan arviointia sekä tavoiteltavan tilan selkiyttämistä tulevaisuudessa. Nykytilan tunnistaminen ja tulevaisuuden suunnan valinta ovat keskeiset kiintopisteet, joiden avulla kokonaisvaltainen osaamisen johtaminen on mahdollista. (Viitala 2005, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä 2009:3, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämi-

seksi vuoteen 2015, linjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyön linjaukset ja tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015. Palvelujärjestelmän kehittämisessä uusia keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksisen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Selviämishoitoyksikön toiminta on uutta Suomessa, tämäntyyppistä hoitomuotoa ei ollut opinnäytetyön tekemisen aikoihin muissa sairaanhoitopiireissä. Selviämishoitoyksikössä pyritään myös tietyllä tavalla yhden oven periaatteeseen vastaamaan. Päihdepotilas saa tarvittavaa hoitoa omalla osastollaan ja hänelle annetaan palveluohjausta jatkohoitoon siirtymisen muodossa.

Palveluohjaus voisi olla yksi selviämishoitoyksikössä käytettävistä työmuodoista. Palveluohjauksella pyritään asiakaslähtöisempään ja asiakkaan etua korostavaan työskentelytapaan. Palveluohjaus on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalli, jossa asiakas ja palveluohjaaja yhdessä etsivät ratkaisuja asiakkaan elämänhallinnan ongelmiin. Palveluohjaajan tehtävänä on lisätä asiakkaan toiminta- ja osallistumismahdollisuuksia, aktivoida asiakkaan omia tukiverkkoja sekä auttaa asiakkaan jaksamista arkipäivässä. Palveluohjaaja auttaa asiakasta saamaan oikeat palvelut oikeaan aikaan, ja niin, että ne nivELYvät mahdollisimman hyvin asiakkaan arkeen ja auttavat selviytymisessä. (STM 2002:3, 52.) Selviämishoitoyksikössä voisi olla myös palveluohjauksen asiantuntemusta. Selkeimmin sen voisi nivELYtää osaksi sosiaalityötä, mutta miten potilaille taattaisiin samanarvoiset sosiaalityön palvelut kaikkina vuorokaudenaikoina.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008–2011, tavoitellaan kuntalaisten osallisuuden lisääntymistä ja syrjäytymisen vähentämistä, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymistä sekä hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventumista, palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantumista sekä alueellisten erojen vähentämistä. (STM 2008:6, 24.) Selviämishoitoyksikön toiminnalla pyritään puuttumaan potilaiden päihteiden käyttöön mahdollisimman varhain. Kaikilla potilailla päihdeongelma ei ole vielä kehittynyt riippuvuusasteelle ja herätelystä voidaan saada tuloksia aikaan.

Jatkossa olisi hyvä keskustella siitä, kenellä tarvittavaa osaamista tulee olla ja pitääkö kaikkien työntekijöiden osata kaikkea vai riittääkö, että jollain hoitajalla on tietty

osaaminen. Haasteena selviämishoitoyksikössä on akuuttihoitotyön ja päihdehoitotyön yhdistäminen. Molemmat ovat omaa erityisosaamistaan vaativia alueita. Päivystyspoliklinikan työympäristöön psykiatristen sairaanhoitajien lisääminen voitaisiin nähdä rikkautena, jota voisi hyödyntää myös muualla päivystisympäristössä. He tuovat erilaisen näkemyksen potilaan kohtaamiseen kuin akuuttihoitotyötä tekevät sairaanhoitajat.

Työskentely päivystyspoliklinikalla ei ollut opinnäytetyön tekijälle tuttua. Opinnäytetyötä tehdessäni jouduinkin tutkijan roolissani tutustumaan ensin päivystyspoliklinikan työhön ja siinä oleviin erityispiirteisiin sekä sen lisäksi päihdepotilaan kohtamiseen päivystystilanteessa. Päihdepotilaiden kanssa työskentely on tullut tutkijalle tutuksi oman työn kautta, joka ei sisällä somaattisen puolen hoitoa.

7.3 Selviämishoitoyksikön tarpeellisuuden arviointi

Selviämishoitoyksikön tarpeellisuuden arvioinnin pohjana on käytetty Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin tarkoituksena on tuottaa etukäteen tietoa hankkeen, ohjelman, suunnitelman tai päätöksen vaikutuksista, jotka kohdistuvat ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. IVA:aa käytetään suunnittelun ja päätöksenteon apuvälineenä. Sen avulla voidaan jäsentää näkökulmia ja kuvata ratkaisuvaihtoehtoja. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on ennakoarviointia. Sen sisällöllisenä mielenkiinnon kohteena on päätöksestä todennäköisesti aiheutuvien vaikutusten ennakoiminen ja se, kuinka päätös toteuttaa sille asetettuja tavoitteita. (Nelimarkka & Kauppinen 2007, 7-9.)

Selviämishoitoyksikön tarpeellisuudesta tehdyn arvioinnin vaikutukset nousevat opinnäytetyön tuloksista ja päivystyksen henkilökunnalle tehdystä kyselystä maaliskuussa 2010 sekä valistuneesta arvauksesta joka opinnäytetyön tekijälle on muodostunut opinnäytetyöprosessin aikana.

Kohde	Vaikutukset	V0= tilanne ennallaan	V1= uusi toimintamuoto
-------	-------------	-----------------------	------------------------

Päivystystila	Ympäristön rauhattomuus	Päihdepotilailla ei erillistä tilaa, kulkevat eri puolilla päivystystä	Päivystyksen tila rauhoittuu
Potilaat	Levottomuus ja turvattomuus Jatkohoitoon pääsy Suhtautuminen	Päihdepotilaat muiden potilaiden joukossa, saattavat tuoda levottomuutta ja turvattomuutta Päihdepotilaiden jatkohoitoon pääsy epävarmaa Päihdepotilaat koetaan hankalaksi	Muiden potilaiden hoito ja turvallisuus on parantunut Jatkohoitoon pääsy on parantunut (176 suoraan, myöhemmin 31) Päihdepotilaiden hoito ja heihin suhtautuminen on parantunut
Selviämishoitoyksikön työntekijät	Erityisosaaminen Työn resursointi ja työnkierto	Selviämishoitoyksikön työntekijä resurssia ei käytössä Ei tarvetta sama henkilökunta	Erityisosaaminen päihdepotilaiden kohtaamiseen ja hoitoon, myös konsultointi apuna Lisää työntekijöitä päivystyksessä, työn kierroksen ja resursoinnin mietintä
Muut päivystyksen työntekijät	Turvallisuus Yhteistyö	Päihdepotilaat muiden potilaiden joukossa Ei tarvetta sama henkilökunta	Päihdepotilaat omalla osastollaan, tuo turvallisuutta työskentelyyn Osa hoitajista ollut negatiivisia, joten yhteistyö ei ole ollut mielekästä

	Työnkierto	Ei tarvetta sama henkilökuunta	Selviämishoitoyksikössä on tarvittu apua kliinissä hoitotyössä
	Työn resursointi	Ei tarvetta sama henkilökuunta	Jos selviämishoitoyksikössä ei ole potilaita, työntekijöiden pitäisi osallistua muun päivystyksen työhön

Taulukko 2. Selviämishoitoyksikön tarpeellisuus

Taulukossa olen arvioinut selviämishoitoyksikön tarpeellisuutta päivystystilan, potilaiden, selviämishoitoyksikön työntekijöiden sekä muun päivystyksen työntekijöiden näkökulmasta. Selviämishoitoyksikön tarpeellisuus nousee taulukosta esille lähes jokaisen vaikutuksen kohdalla. Ristiriitaista on ainoastaan yhteistyön tekeminen joidenkin työntekijöiden kanssa sekä työnkierron ja työn resursoinnin suhteen.

Ihmisiin kohdistuva arviointi soveltuu kaikkeen päätöksentekoon. Tämän avulla päätöksentekoa voidaan viedä vaikutustietoisempaan, läpinäkyvämpään ja osallistavampaan suuntaan. Ennakkoarviointi tuo systemaattisuutta valmisteluun, selkiyttää päätöksen perusteluja ja tuo esille, tukeeko päätös asetettuja tavoitteita. IVA toimii päätäjille niin, että he voivat paremmin arvioida, kuinka heidän tekemänsä päätökset vaikuttavat kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Lisäksi IVA:n hyötyjä kuntasektorilla ovat: uudelleen valmisteltavien asioiden määrä vähenee, monialainen yhteistyö vahvistuu, arvoista ja tavoitteista keskusteleminen helpottuu, mahdollisuudet sovitella ristiriitaisia näkökantoja ja tavoitteita paranevat sekä sitoutuminen päätökseen ja sen toimeenpanoon lisääntyy. (Nelimarkka ym. 2007, 11.)

LÄHTEET

- Alatalo, R., Kanerva, A., Kinnunen, P., Palttila-Pulli, M., Lehtinen, T. 2000. Päihdepotilaan tunnistaminen. Teoksessa Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen E., Vierula (toim.) Akuuttisairaanhoidon opas. Jyväskylä. Gummerus
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina. Akatiimi
- Beckham, N. 2007. Motivational interviewing with hazardous drinkers. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 19, 103-110.
- Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. WSOY. Juva
- Elinkeinoelämän keskusliitto 2005. Palvelut 2020 – kohti palvelujen tulevaisuutta. Väliraportti. Helsinki. Saatavan www-muodossa:
http://www.ek.fi/ek_suomeksi/osaaminen/tulevaisuuden_osaamistarpeet/palvelut2020/PDF/Palvelut_2020-valiraportti.pdf [luettu 28.2.2011]
- Eskola & Suoranta 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus. Jyväskylä
- Glasgow, R.E, Emont, S., Miller, D. 2006. Assessing delivery of the five “As” for patient-centered counselling. Health Promotion International, vol 21 No 3, 245-255.
- Havio, Inkinen & Partanen 2008. Päihteet ja päihdepalvelujärjestelmä Suomessa. Teoksessa Havio, Inkinen & Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki
- Heikkilä, K. 2002. Tiimit – avain uuden luomiseen. Jyväskylä. Gummerus
- Hietanen, K., Pitkänen, M-R., Vilmi, S. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Tammer-Paino Oy. Tampere
- Hirsjärvi, S, Remes P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otava
- Holmberg, J. 2008. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. (toim.). Päihdehoitotyö. Helsinki. Tammi, 200-211
- Hätönen, H. 2010. Osaamisen kehittämisen kokonaisuus – osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Aineistoa seminaariin 8.10.2010. Saatavana www-muodossa:
http://www.sppl.fi/files/983/Hatonen_Osaamisen_kehittamisen_kokonaisuus-osaamiskartoituksesta_kehittämiseen.pdf [luettu 23.3.2011]
- Jääskeläinen, K. 2011. Mitä ergonomia on? Työterveyslaitos. Saatavan www-muodossa: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita_ergonomia_on/sivut/default.aspx [luettu 12.4.2011]
- Kantonen, J, Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E., Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti 47. 4923–4927

- Karlsson, T., Österberg E. 2010. Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholikäytöstä? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H., Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Helsinki. Yliopistopaino, 13–25
- Kinnunen, P., Vilenius O-P. 2008. Alkoholit ja terveys. Teoksessa Seppä Kaija-Liisa (toim.) Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10, Helsinki. s. 14
- Koponen, L., Sillanpää, K. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa Koponen, L., Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki. Tammi, 23–30
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L., Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki. Tammi, 41–64
- Koski-Jännes, A. 2000. Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki. Otava
- Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki
- Käypä Hoito –suositus, Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki, [päivitetty 21.4.2010]. Tulostettu 13.1.2011
- Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveyskeskuksen päivystyksessä. Duodecim; 118, 312–16
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Porvoo
- Lusa, S. 2002. Huumeet ja turvallinen työpaikka. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy.
- Meurman, O. & Anttila, V-J. 2010. Veren välityksellä tarttuvat taudit. Teoksessa Anttila, V-J, Hellsten, S, Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. WS Bookwell. Porvoo
- Monto, R. 1999. Hepatiitit. Teoksessa Hietala, M. & Roth-Holttinen, O. (toim.) Infektiot ja hoitotyö. Kirjayhtymä Oy. Helsinki
- Mustonen, H., Metso, L., Mäkelä P. 2010. Milloin suomalaiset juovat? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H., Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Helsinki. Yliopistopaino, 55–69
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Edita. Helsinki
- Nelimarkka, K. & Kauppinen, T. 2007. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Stakes. Oppaita 68. Gummerus. Vaajakoski
- Nummelin, M 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku

OPM 2006:24. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Helsinki. Saatavana www-muodossa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf> [luettu 28.2.2011]

Paakkonen, H. 2005. Päivystyspoliklinikkasairaanhoitajan kliininen taito ja sen arviointi. Teoksessa Koponen, L., Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki. Tammi, 404-412

Powell, C. 2003. The Delphi technique: myths and realities. Journal of advanced nursing 41 (4), 376-382.

Rasimus, M. 2005. Turvattomuus päivystyksyksiköissä. Sairaanhoitaja 6-7. 13-16

Saikko, S. 2005. Potilaan peruselintoimintojen tutkiminen ja turvaaminen. Teoksessa Koponen & Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki. Tammi, 76-99

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 125:897-904

STM 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita. Edita Prima Oy. Helsinki

STM 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali ja terveysministeriö. Helsinki Saatavan www-muodossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittämisohjelma_ KASTE_ 2008_ 2011_ fi.pdf [luettu 28.2.2011]

Suokas, M. 2005. Päihdepotilas. Teoksessa Koponen, L., Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki. Tammi, 380-394.

Syrjälä, H. & Kolho, E. 2010. Metisilliiniresistentti Staphylococcus aureus eli MRSA. Teoksessa Anttila, V-J, Hellsten, S, Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. WS Bookwell. Porvoo

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi

Vaula, E., Mikkonen, R., Hakala, T. 2010. Selviämishoitoyksikön perustaminen Satakunnan sairaanhoitopiiriin. Projektin loppuraportti

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Ota-va. Keuruu

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki



HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Nokkala Sari	Opiskelu- tai työpaikka SAMK
		Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
	Yhteys henkilön Puh: 0440-904931 Osoite: Laidunmaankatu 5 Postino: 32700 Postitoimipakka: Huitinen Email: sari.nokkala@student.samk.fi	Opinnäytetyö/tutkimus <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)	Opinnäytetyön nimi: Selviämishoitoyksikön henkilökunnan erityisosaaminen ja osaamistarpeet päihdepotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata selviämishoitoyksikön toiminnan edellyttämää erityisosaamista nyt ja tulevaisuudessa. Tavoitteena on kartoittaa selviämishoitoyksikön päihdepotilaan hoitotyön asiantuntijuuden osaamisalueet ja saada tietoa siitä, minkälaista mahdollista lisäkoulutusta työntekijät tarvitsisivat työhönsä. Tutkimusmenetelmänä käytetään delfoi-tekniikkaa ja ensimmäinen delfoi -kierros toteutetaan teemahaastatteluna.	
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	12.2.2010 EIRA HIRVONEN allekirjoitus/nimen selvennys	
	1 allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 8.2.2010 allekirjoitus/nimen selvennys SARI NOKKALA	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoitopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 12.2.2010 allekirjoitus/nimen selvennys Riitta Mikkonen toimialueylihoitaja	

Hyvä Selviämishoitoyksikön työntekijä!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulu – tutkintoa Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa. Tutkintoon sisältyy 30 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö.

Opinnäyteyöni liittyy Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa – projektiin. Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Satakunnan ammattikorkeakoulun pilotina tässä projektissa toimii Satakunnan keskussairaalan päivystystoiminnan alue. Projektissa ja opinnäytetyössäni tullaan tarkastelemaan selviämishoitoyksikön toiminnan vaatimaa erityisosaamista ja siihen liittyviä tiedollisia ja taidollisia vaatimuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata selviämishoitoyksikössä tarvittavaa erityisosaamista nyt ja tulevaisuudessa, jonka tueksi tarvitaan asiantuntijoiden näkemyksiä ja kokemuksia työstään selviämishoitoyksikössä. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään delfoi – menetelmää, jonka kyselykierrokset toteutetaan kaksi tai kolme kertaa.

Ensimmäinen tiedonkeruu kierros toteutetaan teemahaastatteluna, jonka aiheet nousivat henkilökunnalle tehdyn kyselyn perusteella (kysely tehty sähköpostilla v. 2009 syksyn aikana osastonhoitajan toimesta). Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta luotettavan tutkimustuloksen saamiseksi toivottavaa. Tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista eikä vastaajien henkilöllisyys tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Teemahaastattelut tullaan toteuttamaan helmikuun 2010 aikana työvuorojen yhteydessä. Teemahaastattelun aineisto käsitellään sisällön analyysillä, jonka pohjalta nousevat asiat täsmennetään seuraavilla delfoi – kierroksilla.

Sari Nokkala

Psyk.sairaanhoitaja, terveydenhoitaja amk

Päihdetyön erityisohjaaja

TEEMAHAASTATTELU

Teemat:

1. Päihdepotilaan ohjaus ja neuvontaosaaminen
 - kuvaile, mitä on päihdepotilaan ohjaus ja neuvonta
 - mitä ohjaus ja neuvonta mielestäsi pitävät sisällään
 - miten olet pystynyt työssäsi tekemään ohjausta ja neuvontaa
 - missä ohjaus tapahtuu (toimistossa, sängynlaidalla)
 - mihin vuorokaudenaikaan ohjaus tapahtuu
 - tarvitsetko työssäsi lisätietoa eri hoitopaikoista ja hoitomuodoista

2. Kliinisen hoitotyön osaaminen selviämishoitoyksikössä
 - kuvaile millaista osaamista mielestäsi tarvitaan selviämishoitoyksikössä
 - käden taidot, mitä taitoja tarvitaan esim. tipan laitto tms., tarvitaanko lisäkoulutusta

3. Päihdeosaaminen
 - Päihteiden vaikutusmekanismit, erityispiirteet
 - motivoiva haastattelu

4. Sosiaalisen tuen muodot päihdepotilaiden hoitotyössä
 - sosiaalisen verkoston kartoitus, perhesuhteet, omaiset
 - elämäntilanne

5. Päihdepotilaiden jatkohoito
 - Jatkohoidon toimivuus
 - Potilasvalinnat jatkohoitopaikkoihin ja edellytykset hoitoon pääsulle