

PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN
PÄIVYSTYKSESSÄ
Hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Piia Lahtinen ja Senja Lalla
Opinnäytetyö, kevät 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Lahtinen, Piia & Lalla, Senja. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Helsinki, kevät 2011, 44 sivua, 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Helsingin kaupungin Terveystieteiden päivystysalueen eli Haartmanin ja Malmin sairaalan päivystyspoliklinikoiden, päivystysosastojen sekä Selviämishoitoaseman hoitohenkilökunta suhtautui päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen sekä millaisia keinoja heillä oli päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää päihteitä käyttävän potilaan hoitotyötä päivystyshoitotyössä.

Tutkimusaineisto oli kerätty Terve Helsinki- hankkeen toimesta Haartmanin ja Malmin sairaaloiden päivystysalueiden sekä Selviämishoitoaseman henkilökunnalta sähköisesti kyselylomakkeella joulukuussa 2009. Kyselytutkimus koski kolmea asiakasryhmää; päihteitä käyttäviä potilaita, mielenterveysongelmaisia potilaita sekä sosiaalisesti syrjäytyneitä potilaita. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain päihteitä käyttävien potilaiden kohtaamista. Kyselyyn vastasi yhteensä 168 hoitohenkilökunnan jäsentä. Analyysimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää sisällönanalyysia käyttäen sekä määrällistä tutkimusmenetelmää.

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta suhtautui päihteitä käyttäviin potilaisiin ammatillisesti. Päihdepotilaat koettiin haastavana potilasryhmänä. Suurin osa hoitohenkilökunnasta puuttui työssään potilaan päihteiden käyttöön. Hoitohenkilökunnalla oli erilaisia interventiokeinoja päihdepotilaan hoidossa, mutta niiden tunnistaminen ja tiedostaminen käytännön hoitotyössä oli puutteellista.

Opinnäytetyön johtopäätösten perusteella interventiokeinojen käyttämiseen ja tunnistamiseen tarvitaan lisäkoulutusta.

Avainsanat: päihteitä käyttävä potilas, kohtaaminen hoitotyössä, päivystys, sisällönanalyysi, määrällinen tutkimus

ABSTRACT

Lahtinen, Piia and Lalla, Senja.

Encountering a patient with an intoxicant problem in emergency care: the staff's point of view.

44 p, 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse

The aim of the study was to research how the staff working in emergency care related to encountering a patient with an intoxicant problem and different methods that the staff used to intervene in the problems. The study was conducted by analyzing a questionnaire by Terve Helsinki project directed at the staff working in emergency care of Helsinki Health Center and Detoxification Center. The questionnaire was designed by Mood House Ltd. and the results have been used as part of planning an educational day for the staff working in emergency care and at the Detoxification Center.

The survey was done in December 2009 and the questionnaire was delivered electronically. 168 staff members responded to the questionnaire. Both quantitative and qualitative methods were used in the study. The contents analysis was used for the qualitative part of the study.

Mostly, the staff related equally to the patients with intoxicant problems compared to other groups of patients. Patients with intoxicant problems were experienced as a challenging group. Most of the staff intervened in a patient's substance abuse. The staff had various methods in treating a patient with an intoxicant problem but sometimes failed to recognise them in every-day nursing.

Based on the study, further education on using intervention methods is needed.

Keywords: intoxicant patient, encountering a patient, emergency care, content analysis.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PÄIHTEET.....	7
2.1 Merkkejä päihteiden käytöstä	7
2.2 Päihteiden käytön seurauksia	8
2.3.1 Alkoholi, korvikealkoholit ja liuottimet.....	9
2.3.2 Tupakka ja nuuska.....	10
2.3.3 Kannabistuotteet.....	11
2.3.4 Stimulantit, hallusinogeenit, opiaatit, gamma ja lakka	12
2.3.5 Lääkkeiden väärinkäyttö	14
3 PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	15
3.1 Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä.....	16
3.2 Vuorovaikutuskeinoja päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiselle.....	17
3.2.1 Mini-interventio	17
3.2.2 AUDIT-kysely.....	18
3.2.3 Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen.....	19
3.2.4 Motivoiva haastattelu	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4.1 Tutkimusympäristö	23
4.2 Aineiston analyysi.....	24
4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	25
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
5.1 Suhtautuminen päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen	28
5.2 Hoitohenkilökunnan puuttuminen potilaan päihteiden käyttöön	32
5.3 Keinot ja valmiudet päihteitä käyttävän potilaan hoitotyössä.....	33
6 POHDINTA	36
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	36
6.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	38
6.3 Oma opinnäytetyöprosessi	39
LÄHTEET.....	41
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa arvioidaan olevan noin 300000–600 000 alkoholin suurkuluttajaa. Päihteiden käytön aiheuttamista haitoista ja haittakustannuksista noin 80 % on alkoholin aiheuttamaa. Vuosittain noin 2 200 henkeä kuolee alkoholin ja noin 100 huumeiden käytön seurauksena, mikä on noin 5 % kaikista tilastoiduista kuolemantapauksista. Sellaisten hoitajaksojen määrä, joissa päihdesairaus oli pääsairautena, oli vuonna 2002 yli 40 000. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Suomessa alkoholi on yleisimmin käytetty laillinen päihdeaine. Laittomista päihdeaineista käytetään eniten kannabista. Lisäksi päihtymistarkoituksessa käytetään esimerkiksi uni-, kipu- ja psyykenlääkkeitä. (Holmberg 2010, 19.)

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen ja perusteltu. Hoitohenkilökunnan näkemys päihdehoitotyöstä vaikuttaa merkittävästi sen laatuun. Suomessa pyritään ehkäisemään huumausaineiden käyttöä ja levittämistä, joten se edellyttää terveydenhuollolta valistusta ja varhaista puuttumista ongelmiin. Satunnaisetkin hoitokontaktit tulisi hyödyntää siten, että päihteiden käyttäjille tarjotaan tukea ja hoitomahdollisuutta. Hoitohenkilökunnan määrätietoisella ja rohkaisevalla asenteella on merkitystä. Päihdepotilaan ajankohtaiseen ongelmaan tulisi löytää ratkaisu, joka edistää päihdehoidon käynnistymistä tai omaehtoista päihteistä luopumista. (Alaja 1998.)

Opinnäytetyömme menetelmä on sekä määrällinen että laadullinen. Tavoitteenamme oli tutkia hoitohenkilökunnan päihdehoitotyöstä saamia kokemuksia sekä siihen liittyviä asenteita ja pohtia keinoja, joilla päihdehoitotyötä sekä päihdepotilaan kohtaamista päivystyksessä voitaisiin kehittää. Opinnäytetyössämme selvitimme, miten hoitohenkilökunta suhtautuu päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen, puututaanko potilaan päihteiden käyttöön sekä millaisia keinoja ja valmiuksia hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että sen avulla voitaisiin kehittää ja edistää päihteitä käyttävän potilaan hoitoa päivystystilanteessa.

Opinnäytetyössä analysoitava kyselytutkimus teetettiin Mood House Oy:llä. Tutkimus

toteutettiin Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen toimesta joulukuussa 2009 sähköisenä kyselynä. Se lähetettiin sähköpostitse Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen Malmin ja Haartmanin sairaalan päivystysalueelle sekä Helsingin kaupungin Selviämishoitoasemalle. Kyselylomake sisälsi 31 kysymystä. Kysymykset koskivat kolmea asiakasryhmää: päihteidenkäyttäjiä, mielenterveysongelmaisia potilaita sekä sosiaalisesti syrjäytyneitä potilaita. Opinnäytetyötä varten kysymykset on rajattu päihteitä käyttävien potilaiden kohtaamista koskeviin kysymyksiin.

2 PÄIHTEET

Terveyskirjaston määrittelyn mukaan päihteet ovat päihtymistarkoitukseen käytettyjä, psyykkisiin toimintoihin vaikuttava aineita, esimerkiksi alkoholi tai huume. (Terveyskirjasto 2010.) Tavallisimmat Suomessa päihdyttämistarkoituksessa olevat aineet ovat alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Päihdekäyttö aiheuttaa merkittävän osan sairauksista ja ennenaikaisista kuolemista. (Poikolainen 2003, 42.)

Päihdeongelmat ovat ihmisten elämänlaatua heikentäviä ja terveydenhuoltoa kuormittavia tekijöitä. Päihteidenkäyttöön liittyvät sairaudet ovat viime vuosina voimakkaasti lisääntyneet ja ne ovat jatkuvassa kasvussa. Päihteidenkäytön aiheuttamiin haittoihin puututaan usein vasta ongelmatilanteissa, jolloin riippuvuus on jo kehittynyt. Seuraukset näkyvät etenkin kasvavina asiakasmäärinä sosiaalityössä, terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä ja päihdehuollossa. Päihteidenkäyttöön tulisi puuttua hoitotyön jokaisessa toimintaympäristössä. On tärkeää, että terveydenhuollon henkilökunta osaa kohdata päihteitä käyttäviä potilaita sekä ohjata heitä erilaisiin päihdehoitoihin. Selvitysten mukaan noin puolet potilaista olisi valmiita ottamaan päihdehoitoa vastaan, jos sitä heille tarjottaisiin. Puuttuminen päihdeongelmaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa vaikuttaa myönteisesti potilaan terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja taloudellisiin asioihin. (Helamo 2008, 239–240.)

2.1 Merkkejä päihteiden käytöstä

Tautiluokitus ICD-10:n mukaan yhteisinä piirteinä kaikkien päihteiden väärinkäytölle on muun muassa heikentynyt selviytymiskyky työ- ja ihmissuhteissa sekä terveydentilassa. Päihderiippuvuuden tunnistaminen on hankalaa, mutta todettavissa esimerkiksi toleranssin kehittymisen myötä, jolla tarkoitetaan välittömien oireiden, kuten vieroitusoireiden, ilmaantumista välittömästi tilanteissa joissa päihteiden käyttö yllättäen katkeaa. (Koponen & Lepola 2002, 221.)

Päihteidenkäyttö aiheuttaa sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita ja haittoja. Psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistus ja paniikkihäiriöt. Stressin sietokyky laskee ja vastaavasti ärtyvyys kasvaa. Näistä oireista on usein vaikea erottaa, ovatko ne päihteiden aiheuttamia vai jo ennen päihteiden käytön aloittamista syntyneitä. Usein nämä oireet kuitenkin johtavat lisääntyneeseen päihteidenkäyttöön, jonka tarkoituksena on näiden haitallisten oireiden häviäminen. (Partanen & Mattila 2000, 65.)

Päihteiden käytön fyysisiä seurauksia ovat esimerkiksi maksa- ja haimasairaudet, sydämen ja verenkiertoelimistön ongelmat, verisairaudet, neurologiset sairaudet, syöpä, unen häiriöt sekä hengityselinten sairaudet. Näitä ongelmia on usein vaikea yhdistää päihteidenkäytöstä johtuviksi, etenkin jos potilasta ei päällepäin tunnista päihteidenkäyttäjäksi. Päihteidenkäytön ulkoisia merkkejä ovat esimerkiksi alkoholilta tuoksuva hengitys, epäselvä puhe, iho-oireet, huolittelematon olemus ja välinpitämätön asenne muita kohtaan. (Partanen & Mattila 2000, 62–64.)

2.2 Päihteiden käytön seurauksia

Päihteiden käyttöön liittyy terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Tyypillimpiä terveyshaittoja ovat tapaturmat, sillä niiden todennäköisyys kasvaa päihteiden vaikutuksen alaisuudessa. Runsas ja pitkään jatkunut päihteiden käyttö saattaa aiheuttaa myös vaurioita elimistön toiminnassa. Myös unihäiriöt, elimistön hormonitoiminnan muutokset sekä riippuvuuden kehittyminen ovat seurauksia päihteiden runsaasta käytöstä. (Irti huumeista ym. 2001, 35.)

On yleistä, että päihteidenkäyttäjä osaa alkuvaiheessa peitellä riippuvuuttaan. Sosiaalisissa tilanteissa, kuten esimerkiksi työpaikalla, päihteidenkäyttäjä saattaa korostaa omaa jaksamistaan ja osaamistaan sekä suoriutumistaan työssään. Vähitellen riippuvuus kuitenkin aiheuttaa vaikeuksia, jotka näkyvät esimerkiksi lisääntyneinä sairauslomina tai muina poissaoloina. (Partanen & Mattila 2000, 72–73.)

Kansanterveyden ja terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna päihteidenkäyttö on

riskikäyttäytymistä. Pitkäaikainen päihteidenkäyttö aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia ja kansantaloudellisesti merkittäviä haittoja. Päihteiden suurkuluttajan ja hänen läheistensä psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset ongelmat kasaantuvat ja tämän vuoksi huomattavasti useammat ihmiset ovat avun tarpeessa. Erilaiset sosiaaliset ongelmat kuten toimeentulovaikeudet, läheisten kärsimykset ja perheväkivalta työllistävät paljon eri ammattiryhmiä. (Partanen 2000, 87.)

2.3.1 Alkoholi, korvikealkoholit ja liuottimet

Alkoholi on pääasiallisin päihdeongelmia aiheuttava päihde Suomessa. Suomessa on noin 500 000 alkoholin riskikäyttäjää ja suurkuluttajaa. Alkoholin suurkuluttaja on henkilö, joka juo pitkään niin suuria määriä alkoholia, että alkoholia voidaan pitää terveysriskinä ja olettaa sen lisäävän sekä sairastuvuutta että kuolleisuutta. Normaalikokoisen aikuisen miehen riskiraja on noin 24 alkoholiannosta viikossa. Naisella vastaava annos on 16 annosta viikossa. Kerralla juotuna riskirajat ovat miehellä seitsemän annosta ja naisella viisi annosta. (Suokas 2005, 380.) Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan 12 grammaa alkoholia, esimerkiksi 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää juomaa (Nyky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 13).

Etyylialkoholi eli etanoli vaikuttaa jo pieninä annoksina keskushermoston toimintaan heikentäen toimintojen kontrollia. Alkoholipäihtymys lamaa henkisiä ja fyysisiä toimintoja, laskee suoritus- ja arvostelukykä, lisäksi liikkeiden säätely, reaktioaika ja kipukynnys heikkenevät. (Irti huumeista ym. 2001, 35.) Alkoholin käyttöön liittyvät haitat ovat olleet pitkään tiedossa, ja viime vuosikymmeninä sen merkitystä eri sairauksiin on korostettu (Koponen & Lepola 2002, 221).

Alkoholiriippuvuus tarkoittaa erilaisia kognitiivisia ja fysiologisia ilmiöitä, jotka saattavat kehittyä jatkuvan alkoholinkäytön seurauksena. Näitä ilmiöitä ovat muun muassa pakonomainen halu juoda alkoholia, heikentynyt kyky hallita alkoholinkäyttöä, lisääntynyt alkoholinsietokyky ja vieroitusoireet alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen. (Työterveyslaitos & Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Esa Österbergin mukaan (2009) korvikealkoholien tarkka määrittely on vaikeaa. Kor-

vikkeet voivat olla muuhun kuin nautintokäyttöön tarkoitettuja alkoholivalmisteita, joita kuitenkin juodaan. Korvikealkoholien toisessa päässä on lääkinnällisiin tarkoituksiin valmistettu puhdistettu väkiviina, josta nestettä lisäämällä saadaan viinaan verrattavissa oleva juoma. Toisessa ääripäässä korvikealkoholeihin kuuluvat monet alkoholia sisältävät lääkkeet, suu- ja ihovedet. Näihin kuuluvat lisäksi sellaiset denaturoidut puhdistus-tarkoituksiin valmistetut alkoholia sisältävät tuotteet tai autotarvikkeet, joiden juominen saattaa viedä välittömästi hengen. (Österberg, 2009.)

Korvikealkoholeja on muun muassa pesu- ja pakkasnesteiissä sekä liuotin- ja jäänestoaineissa. Kaikki ovat myrkyllisiä paljon pienempinä määrinä kuin tavallinen alkoholi. Esimerkiksi alle kolmasosa desilitraa pesunesteiden etanolia on jo hengenvaarallinen annos. Lähes 500 henkeä vuodessa menehtyy akuuttiin alkoholimyrkytykseen. Valtaosa alkoholimyrkytyksistä johtuu etanolista. Korvikealkoholi on syynä 15 prosentissa alkoholien aiheuttamista myrkytyskuolemista. (Käypähoito 2010.)

Imppaaminen tarkoittaa teknisten liuottimien haistelua ja sisäänhengittämistä. Tekniset liuottimet ovat väärinkäytettyinä vaikutuksiltaan verrannollisia huumeisiin. Päihdehuoltolain mukaan tekniset liuottimet ovat päihteitä silloin, kun niitä käytetään päihtymistarkoitukseen. Useimmat liuottimet ovat rasvaliukoisia, joten ne imeytyvät nopeasti keskushermostoon. (Pajarre 2003.) Impattavia eli haisteltavia aineita ovat esimerkiksi tinneri, liimat ja bensiini. Aineiden haistelu aiheuttaa ongelmia lähinnä teini-ikäisillä, joilla imppaus on usein ensimmäinen päihdyttävä kokemus aineiden helpon saatavuuden vuoksi. Vaarallisimpia ovat aineet, jotka sisältävät trikloorietyleenä. Aine voi vaurioittaa aivoja, munuaisia ja maksaa. Yliannokset voivat aiheuttaa hengenvaarallisia rytmihäiriöitä. Humalluttavan ja tappavan annoksen ero saattaa olla pieni. (Pajarre 2003.)

2.3.2 Tupakka ja nuuska

Tupakkaa valmistetaan Nicotiana-kasvin eri lajien lehdistä kuivattamalla. Tupakkaa käytetään polttamalla, nuuskana tai suun kautta verenkiertoon imeytettävänä purutupakana. Tupakassa oleva nikotiini aiheuttaa riippuvuutta, jolla tarkoitetaan pakonomaista päivittäistä käyttöä epämiellyttävän olon välttämiseksi. Tupakan ja nuuskan käytön toi-

vottavia vaikutuksia ovat mielihyvä, rentoutuminen, rauhoittava vaikutus, väsymyksen poistaminen, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen parantuminen ja tuskaisuuden vähentyminen. Kyseessä on myös helpotuksen tunne, kun alkavat vieroitusoireet väistyvät (Huovinen 2004, 12–13.)

Huovisen (2004, 18–19) mukaan tupakan myynti ja käyttö on sallittua, mutta sitä rajoitetaan ikärajalta, mainontakiellolla sekä terveysvaroitusten pakolla. Yleisimpiä vieroitusoireita ovat ärtyisyys, kärsimättömyys, tupakanhimo, levottomuus, keskittymisvaikeudet, univaikeudet, päänsärky ja makean himo ja lisääntynyt ruokahalu. Tupakoinnin seuraukset myös vaikeuttavat monien sairauksien hoitoa ja heikentävät paranemistuloksia.

Tupakointi ja nuuskan käyttö vaikuttavat koko elimistöön ja aiheuttavat sitä kautta useita sairauksia, kuten syöpätauteja, sydän- ja verisuonisairauksia, hengityselinsairauksia, ruuansulatuselinsairauksia, diabetesta, luusto- ja tukirankasairauksia, hermostollisia sairauksia sekä raskausajan komplikaatioita ja sikiöön vaikuttavia sairauksia. Laki kielittää nuuskan myymisen Suomessa, mutta sitä käytetään tuotuna ulkomailta. (Huovinen 2004, 111–112.)

2.3.3 Kannabistuotteet

Kannabistuotteita (marihuana, hasis ja kannabisöljy) saadaan Cannabis sativa -kasvista. Kannabistuotteita käytetään joko suun kautta tai polttamalla. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa mielihyvän tunteet, puheliaisuus ja estojen katoaminen. Ajan ja paikan arviointi heikentyy, koordinaatio- ja reaktiokyky sekä lähimuisti huonontuu, aistiharhat ja sekavuustilat voimistuvat. Välittömiä fyysisiä oireita ovat esimerkiksi pulssin kiihtyminen, huimaus ja silmien, suun ja nielun kuivuminen. Pitkäaikaisella käytöllä on vaikutuksia etenkin käyttäytymisen muuttumiseen sekä sairauksien, kuten astman tai mielenterveysongelmien pahenemiseen. Tyypillinen pitkäaikaiskäytön haittavaikutus on suun, nielun ja ruokatorven alueen syövän lisääntyminen – keuhkosyöpä on yleinen kannabiksen pitkäaikaiskäytön seuraus. Kannabiksen käytöstä aiheutuvat fyysiset ja psyykkiset muutokset ovat usein kuitenkin palautuvia. Suuret kannabismäärät saattavat aiheuttaa sekavuustilan, kannabispsykoosin, jolle on tyypillistä tajunnan

hämärtyminen, häiriintynyt ajattelu ja motorinen epävarmuus. Oireiden kesto on tavallisesti muutamasta tunnista muutamaan päivään. (Korhonen 2010, 18; Riipinen 2004, 19–21.)

2.3.4 Stimulantit, hallusinogeenit, opiaatit, gamma ja lakka

Stimulantit ovat elintoimintoja kiihdyttäviä aineita, joista tunnetuimpia päihdetarkoituksessa käytettäviä ovat amfetamiini ja kokaiini, joista kokaiini on vaikutukseltaan lyhytkestoisempaa, mutta enemmän psyykkistä riippuvuutta aiheuttavaa. Stimulanteille tyypillistä on vitaalisuuden, energisyyden, puheliaisuuden, itsevarmuuden sekä seksihalu- ja -kykyjen lisääntyminen. Suuret annokset voivat aiheuttaa pysyviä aivovaurioita, jotka ilmenevät esimerkiksi tarkoituksettomien aktiviteettien toistamisena. Stimulanttien aiheuttamia oireita ovat muun muassa laajat pupillit, kohonnut verenpaine, yliväsytys ja paranoidiset ajatukset. Tavallisimpia kuolinsyitä ovat ylipainon aiheuttamat sydäninfarkti tai aivoverenvuoto. Yleisimpiä stimulanttien käytöstä aiheutuvia vieroitusoireita ovat ahdistuneisuus, ärtyisyys sekä lihasmotoriikan häiriöt. (Riipinen 2010, 22–23.)

Hallusinogeeniset yhdisteet ovat huumeita, jotka aiheuttavat aistien vääristymiä sekä aistiharhoja eli hallusinaatiota. Käyttäjä voi lisäksi kokea voimakkaita pelkotiloja ja masennusta, tyypillisiä ovat myös syvälliset tunne-elämykset tai yhteydentunteet maailmankaikkeuteen. Osa hallusinogeenisistä yhdisteistä löytyy luonnosta (eräät sienet, kasvit ja mausteet), mutta osa valmistetaan joko osittain tai täysin synteettisesti. Ryhmän tunnetuin ja tutkituin yhdiste on lysergihapon dietyyliamidi eli LSD. (Riipinen 2010, 22–23.) Hallusinogeenisten yhdisteiden vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä ja käyttäjän sen hetkinen mielentila ja ympäristö vaikuttavat merkittävästi niiden aiheuttamaan kokemukseen. Kokemukset voivat vaihdella eri käyttökertojen välillä paljonkin ja vaihtelua voi esiintyä myös saman käyttökerran aikana. Hallusinogeenien somaattiset vaikutukset (muun muassa verenpaineen kohoaminen ja sydämen sykkeen nousu) ovat ohimeneviä ja yleensä lieviä verrattuna psykologisiin vaikutuksiin, joita ovat esimerkiksi depressio ja ahdistus. Harhatiloissa tehdyt itsemurhat ovat yleisiä. (Riipinen 2010, 22–23.) Hallusinogeeniä ei pidetä fyysisistä riippuvuutta aiheuttavana, eikä niiden käytön lopettamisesta seuraa vieroitusoireita. Niiden käyttö ei myöskään aiheuta pa-

konomaista tarvetta saada uusi annos. ja riippuvuuden muodostuminen niitä kohtaan on harvinaista. Hallusinogeenit voivat laukaista piilevän psykoottisen sairauden, kuten skitsofrenian. (Irti huumeista ym. 2001, 24–25.)

Opiaateiksi kutsutaan oopiumi-unikosta saatavia aineita. Kasvin siemenkodista erittyvästä raakaopiumista voidaan uuttamalla valmistaa morfiinia, tebainia ja niistä edelleen kemiallisesti muita opiaatteja kuten esimerkiksi heroiniä. Lääketieteessä voimakaiden kiputilojen hoitoon käytetään muun muassa morfiinia, oksikonia, metadonia, fentanyyliä ja tramadolia. Lääkkeenä käytetyt opiaatit on luokiteltu pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviksi lääkeaineiksi. Lääkekäytössä olevien opiaattien osalta väärinkäyttöä esiintyy erityisesti morfiinin ja metadonin osalta. (Irti huumeista Ry ym. 2001, 21.)

Opiaatit saavat aikaan voimakkaan hyvänolontunteen, jonka seurauksena jännitystilat ja ahdistus helpottavat ja kivut katoavat. Toistuvasti opiaatteja käytettäessä niihin kehittyy voimakas toleranssi, tästä syystä esimerkiksi heroiniannoksen on joka kerta oltava edellistä annosta suurempi vaikuttaakseen käyttäjään. Kaikista huumausaineista opiaatit aiheuttavat voimakkaimman fyysisen riippuvuuden ja niiden käytön lopetettaessa syntyy voimakkaat vieroitusoireet, jotka alkavat jo muutaman tunnin sisällä aineen vaikutuksen loputtua. (Irti huumeista ym. 2001, 22.)

Gammahydroksivoihappo (gamma-hydroksibutyraatti, GHB) lamaa keskushermoston toimintaa. Annosmäärästä riippuen gamma aiheuttaa eriasteista tajunnan tason laskua. Aineella on paljon erilaisia haittavaikutuksia joita ovat esimerkiksi verenpaineen lasku, uneliaisuus, huimaus, pahoinvointi, kouristukset, sydämen sykkeen lasku, hengityksen hidastuminen, aistiharhat, tajuttomuus ja kooma, lisäksi kuolemaan johtaneet myrkytykset ovat lisääntyneet. Myös erilaisia hermoston toimintaan liittyviä sivuoireita kuten päänsärkyä, muistihäiriöitä ja liikkeiden hallintavaikeuksia saattaa ilmaantua. Pitkäaikaiskäyttö aiheuttaa fyysistä riippuvuutta. Vieroitusoireet, kuten unettomuus, ahdistus ja vapina, saattavat kestää useista päivistä pariin viikkoon. Gammahydroksivoihapon pitkäaikaisvaikutuksia ei vielä tunneta. (Irti huumeista Ry ym. 2001, 28.)

Lakka eli gammabutyrolaktoni (GBL) on gamman (GHB) esiaine, jota on eräissä puhdistusaineissa ja ohenteissa. Elimistössä lakka muuttuu gammaksi. Lakkaa juodaan

valmiina nesteenä tai sitä sekoitetaan jauheena nesteeseen. Lakka aiheuttaa päihtymyksen kaltaisen tilan ja sen vaikutus on gammaan verrattuna kymmenkertainen ja käyttäjälle hengenvaarallinen. Haittavaikutukset ovat samanlaisia kuin gammalla, mutta jo pienetkin määrät lisäävät kuoleman riskiä kun lakkaa käytetään yhdessä muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden kuten alkoholin kanssa. (Riipinen 2010, 24–25.)

2.3.5 Lääkkeiden väärinkäyttö

Matti Huttusen (2008) mukaan lääkkeiden käyttö päihdyttävään tarkoitukseen on osa vaikeaa monipäihderiippuvuusongelmaa, johon liittyy tavallisesti alkoholinkäyttö. Myös huumeongelmat saattavat lisätä lääkkeiden väärinkäyttöä. Käytännössä päihdekäyttöön sopivat nopeasti vaikuttavat ahdistus- ja nukahtamislääkkeet sekä keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet. Päihdekäytössä lääkkeet liuotetaan usein nesteeseen tai ruiskutetaan suoraan suoneen päihdyttävän vaikutuksen maksimoimiseksi tai ne otetaan suun kautta suurina annoksina yhdessä muiden päihteiden kuten alkoholin kanssa. Ahdistus- ja nukahtamislääkkeet ovat erityisen suosittuja sen vuoksi, että niiden avulla voi lievittää vaarallisempien huumeiden vieroitusoireita. Eri aineiden samanaikaisella ottamisella yritetään tehostaa päihtymystä ja estää ei-toivottuja vaikutuksia. (Huttunen, 2008.)

Lääkeaddiktioksi kutsutaan tilannetta, kun henkilö ajautuu käyttämään pakonomaisesti suuria annoksia saadakseen lääkkeestä humalankaltaisen olon. Jatkuva lääkealtistus saa vähitellen aikaan lisääntyviä sivuvaikutuksia, jotka ilmenevät erilaisten ärtyvyysoireiden lisääntymisenä. Tyypillisimpiä oireita ovat ahdistuneisuuden lisääntyminen, lihaskäntymisen kasvu ja erilaiset epämiellyttävät somaattiset tuntemukset. Lääkkeitä käytetään usein esimerkiksi yhdessä alkoholin tai muun päihteen kanssa ja tavallisesti yliannoksina. Syötäväksi tarkoitettua lääkettä saatetaan uuttaa ja käyttää suonensisäisesti. Tavallista on myös kielen alla sulatettavaksi tarkoitettujen tablettien nuuskaaminen. Juuri tämän vuoksi lääkkeiden väärinkäyttäjien tapaturmainen kuolleisuusriski on suuri. (Hollonpainen 2003, 436–437.)

3 PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Suomessa jokaisella ihmisellä on perustuslaillinen oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon riippumatta päihtymyksen asteesta. Päihtymystila ei saa olla esteenä akuuttihoitoon tarpeen arvioinnille tai hoidon järjestämiselle. (STM 2006.)

Päihdetyö on Suomessa moniammatillista, mistä seuraa että sisältöjen tekijöiden ja menetelmien kirjo on suuri. Päihdehuollon palvelujärjestelmä, organisointi, resurssit ja sitä koskevat näkemykset luovat puitteet kliinisille käytännöille. Tavoissa, joilla päihdepalvelut on järjestetty, on suuria eroja kunnittain ja alueittain kansainvälisistä eroista puhumattakaan. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes (toim.) 2009, 10.)

Sairaanhoitaja toimii päihdetyössä hoitotyön asiantuntijana ja sen toteuttajana. Päihdehoitotyötä toteutetaan joko itsenäisenä asiantuntija-alueena tai osana muuta hoitotyötä lähes kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. (Sairaanhoitajaliitto 2010.) Hoitotyöntekijän painopiste on elämänhallinnan palauttamisessa. Sen lisäksi hoitaja tarjoaa tietoa erilaisista hoito- ja lääkevaihtoehdoista. (Holmberg 2010, 112.)

Päihdehoitotyössä on tärkeää tutkia, millaista osaa päihteidenkäyttö merkitsee ihmisen jokapäiväisessä elämässä ja millaisen merkityksen yksilö tilanteelle antaa. Päihdehoitotyössä hoitotyö koostuu terveyttä edistävästä, ennaltaehkäisevästä ja varhaisvaiheen päihdehoitotyöstä sekä hoitavasta, kuntouttavasta ja kärsimyksiä lievittävästä päihdehoitotyöstä. (Sutinen & Havio 2000, 16.) Sutisen ja Havion (2000, 19) mukaan hoitotyössä tärkeimpiä arvoja ovat elämä ja sen kunnioittaminen, terveys ja sen ylläpitäminen ja edistäminen sekä kaikkein tärkeimpänä ihmisarvo.

Keskeinen tavoite päihdehoitotyössä on päihteenkäyttäjän saattaminen tietoiseksi päihteiden käytöstään, motivoituminen omaan hoitoonsa ja jatkohoitoon. Vuorovaikutuksella hoitavan henkilön kanssa on suuri merkitys hoidettavan motivaatioon. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät koostuvat varsinaisen perussairauden hoitamisen lisäksi päihteiden käytöstä johtuvien akuuttien ja pitkäaikaisten fyysisten sairauksien hoitamisesta, lievittämisestä ja perustarpeiden turvaamisesta sekä katkaisuhoidon liittyvien vieroitusoireiden hoidosta. (Sutinen, Partanen, Havio, Mattila & Syysmeri 2000, 142–145.)

3.1 Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä

Paras tapa tunnistaa päihteiden käyttäjä on kysyä päihteiden käytöstä potilaalta itseltään (Suokas 2005, 381). Päihteidenkäyttäjä on henkilö, joka käyttää huumaavia aineita hankkiakseen elämyksiä, mystisiä kokemuksia, rentoutuakseen, tai rohkaistuakseen. Päihteidenkäyttö muuttuu vähitellen pakonomaiseksi, eikä sen lopettaminen lopu tahdon- tai päätöksenvaraisesti. Päihderiippuvuutta tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, eli ihmisen henkisestä, psykologisesta, sosiaalisesta ja fysiologisesta ulottuvuudesta käsin. Päihteidenkäyttö vaikuttaa kaikkiin edellä mainittuihin alueisiin samanaikaisesti, minkä vuoksi päihdehoidon tulee olla monitavoitteista ja pyrkiä tasapainon edistämiseen näiden osa-alueiden välillä. (Saarelainen 2003, 42.)

Ongelmakäytön varhaisvaiheessa potilaan tuo terveydenhuoltoon usein fyysinen syy, kuten kohonnut verenpaine, sydämen rytmihäiriö, tapaturmat, epämääräiset vatsaoireet, vieroitusoireet, tai psyykkiset oireet, kuten unettomuus, ahdistuneisuus tai masennus. Perusterveydenhuollossa ensimmäisillä käyntikerroilla ja terveystarkastuksissa olisi syytä kartoittaa potilaan elämäntavat, päihteet mukaan luettuina. (Mäkelä 2003, 183–188.)

Päihdehoito on osa päivystystyötä. Holmbergin (2010, 110) mukaan päihdehäiriöistä kärsivän ihmisen hoitava kohtaaminen on perusteltua. Se on kannattava ratkaisu sekä taloudellisesti että inhimillisesti. Päihderiippuvainen ihminen tulee usein hoitoon reaktiona siihen, että hän ei enää saavuta toivomiaan tavoitteita päihteiden käytöllä. (Holmberg 2010, 110–115.) Päihteiden käyttäjä saattaa hakeutua päivystykseen päästäkseen katkaisuhoidon tai selvittääkseen elämäntilannettaan. Päihdepotilas saattaa olla niin sekava käyttämistään aineista, että ei kykene itse ilmaisemaan miksi on hakeutunut päivystyspoliklinikalle. Syynä hoitoon hakeutumiselle voi olla myös vain turvallisen ympäristön etsiminen. Ensihoidon kautta päivystykseen saapuvat potilaat tulevat hoitoon usein yliannostuksen tai tapaturman seurauksena. (Suokas 2005, 382.)

Suokkaan (2005, 382) mukaan päivystyspoliklinikalla päihdepotilaan hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen. Myös päihdepotilaan sijoittaminen omaan heille tarkoitettuun erilliseen huoneeseen on mielekästä, jotta hoitoympäristö on rauhallinen ja turvallinen kaikille päivystyspoliklinikan potilaille sekä henkilökunnalle. Holmberg (2010, 22–23)

kuvaa tutkimuksia eri päivystyspisteistä Suomesta. Tulosten mukaan 15–27 prosenttia päivystykseen hakeutuvista ihmisistä on hoitoon tullessaan päihtyneitä.

3.2 Vuorovaikutuskeinoja päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiselle

Rauhallinen ja asiallinen käyttäytyminen on olennaista päihteiden vaikutuksen alaisena olevaa potilasta kohdattaessa. Päihteidenkäyttäjät, kuten muutkin potilaat, aistivat herkästi hoitohenkilökunnan suhtautumisen heitä kohtaan. Epäasiallinen ja halveksuva käyttäytyminen provosoi helposti aggressiiviseen vastakäyttäytymiseen. (Suokas 2005, 384.) On tärkeää, että hoitaja luo heti hoitosuhteen alussa potilaaseen luottamuksellisen ja turvallisen vuorovaikutussuhteen. Hoitajan toiminnalla on tutkitusti merkittävä vaikutus hoidon tuloksellisuuteen. (Holmberg 2010, 110–111.).

Hoitajan tehtävä on kuulla potilasta ja ottaa vastaan hänen tiedontarpeensa ja mukauttaa hoito hänen tarpeisiinsa. Pelkän kuuntelemisen sijasta on myös käytävä dialogia, jossa potilaan puheen merkitys tulee ymmärretyksi. (Holmberg 2010, 113.)

Seuraavissa luvuissa käsitellään yleisiä hoitotyön keskustelu- ja puuttumiskeinoja päihdetyöhön.

3.2.1 Mini-interventio

Kaija Sepän (2003, 64–67) mukaan mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin riskikuluttajan lyhytneuvontaa. Tarkoituksena on, että hoitaja tai lääkäri kysyisi potilaalta tämän alkoholin käytöstä. Sen avulla pyritään tukemaan potilasta alkoholin käytön vähentämisessä silloin kun käyttö on runsasta, mutta siitä ei ole vielä ehtinyt aiheutua mainittavia haittoja. Kysyminen on suositeltavaa myös erilaisten terveystarkastusten yhteydessä, koska nämä tarjoavat hyvän tilaisuuden ehkäistä ennalta alkoholin mahdollisesti myöhemmin aiheuttamia haittoja.

Mini-interventio sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen, neuvonnan ja mahdoli-

sesti muutaman seurantakäynnin. Käynnit ovat lyhyitä, normaalin terveyskeskuskäynnin mittaisia. Lääkäri tai hoitaja kertoo runsaan kulutuksen merkityksestä potilaan omalle terveydelle suhteessa koettuihin oireisiin sekä alkoholin käytön vähentämisen hyödyistä ja keinoista. Usein annetaan myös kirjallisia neuvoja. Yleensä potilas voi itse päättää, millaisen tavoitteen hän haluaa itselleen asettaa ja potilaan oma halu muutokseen huomioidaan ja sitä tai sen puutetta myös kunnioitetaan. Potilaan toiminnan tai ratkaisujen moralisointi ei kuulu mini-interventiohoitoon. (Seppä 2003, 64–67.)

Mini-intervention kohderyhmän mieltäminen on terveydenhuollon ammattilaisille yleensä suuri haaste. Usein ajatellaan, että runsaaseen alkoholin kulutukseen liittyy terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tämä on kuitenkin totta vain osalla suurkuluttajista, sillä suurin osa heistä on niin sanotusti varhaisvaiheessa, jolloin merkittäviä haittoja ei ole vielä syntynyt. Riskikulutuksen erottaa kohtuukäytöstä selvittämällä kuinka paljon potilas käyttää alkoholia. Miehillä riskikulutuksen rajana pidetään vähintään 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla, naisilla vastaavat luvut ovat 16 ja 5 annosta. Kun nämä rajat ylittyvät, riski saada alkoholihaittoja on huomattavan suuri ja on perusteltua, että terveydenhuollossa annettaisiin neuvontaa ainakin niille, jotka ylittävät nämä rajat. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 16.)

Aallon ym. (2008, 17) mukaan varhaiset riskikuluttajat ja alkoholia haitallisesti käyttävät ovat mini-intervention erityiskohderyhmä. Alkoholiriippuvuudessa juomista ohjaa pakonomaisuus ja tällöin mini-interventio ei yleensä ole riittävä hoitomuoto. Niille alkoholiriippuvaisille, jotka eivät ole halukkaita pidempiin hoitoihin, voidaan kuitenkin tarjota neuvontaa mini-intervention muodossa.

3.2.2 AUDIT-kysely

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)-kysely on tehokas menetelmä mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa. AUDIT sisältää 10 kysymystä, joihin vastaaminen kestää pari minuuttia. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyyppillistä käyttömäärää ja kolmas humalahakuisen juomisen toistuvuutta. Kysymykset 46 selvittävät riippuvuusoireita, joita voi ilmetä jo ennen varsinaisen riippuvuuden kehittymistä. Kysymykset 710 selvittävät tyyppisiä alkoholista johtuvia haitto-

ja. Jokainen kysymys pisteytetään asteikolla nollassa neljään ja testin maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen rajana käytetään useimmiten kahdeksaa pistettä. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 17.)

Aallon ym. (2008, 17) mukaan AUDIT-kyselyllä voidaan tunnistaa keskimäärin kahdeksan suurkuluttajaa kymmenestä. Niistä jotka AUDIT-kyselyn mukaan ovat suurkuluttajia, kaksi kymmenestä eivät sitä todellisuudessa ole. Vaikka kysely ei tunnista kaikkia suurkuluttajia ja joillakin testitulokset on positiivinen, vaikka he eivät olekaan suurkuluttajia, kyselyn herkkyyks ja tarkkuus ovat erittäin hyvät. Työikäisten suurkulutuksen tunnistajana AUDIT:n on havaittu olevan erittäin tehokas, sen sijaan ikääntyneillä AUDIT ei toimi yhtä hyvin. Alaikäisten osalta AUDIT:n toimivuudesta ei ole tietoa.

AUDIT kehitettiin liiallisen juomisen arviointivälineeksi tunnistamaan henkilöitä, joille olisi hyötyä juomisen vähentämisestä tai lopettamisesta. Alkoholinkäyttäjillä on usein oireita ja ongelmia, joita ei osata yhdistää juomiseen. AUDIT-testi auttaa tunnistamaan, onko potilas riskikäyttäjä, haitallisesti juova vai onko hänellä alkoholiriippuvuus. Alkoholiongelmiin kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät, joista tärkeimpänä on tietämättömyys juomisen rajoista ja riskeistä. Merkittävänä tekijänä pidetään myös kulttuurillisia liiallisen juomisen suosivia tapoja ja asenteita. AUDIT-kyselyssä tärkeää on se, että henkilöt, jotka eivät ole riippuvaisia alkoholista, saattavat vähentää alkoholinkulutustaan tai lopettaa juomisen saamansa tuen avulla. Vaikka kaikille riskikäyttäjille ja haitallisesti juoville ei kehity riippuvuutta, alkoholiriippuvuus ei synny ilman suurkulutusta. Näistä syistä arviointitarve on suuri. (Heinänen (toim.) 2007, 7–8.)

3.2.3 Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen

Kaikkien potilaiden alkoholinkäyttöä pitäisi arvioida vuosittain. Alkoholinkäytöstä kysymisen tulisi olla osa normaalia potilastyötä. Jos alkoholinkäyttö otetaan puheeksi vain niiden potilaiden kanssa, joita työntekijät pitävät todennäköisimmin alkoholiongelmaisina, suurin osa liikaa juovista potilaista jää ulkopuolelle. (Heinänen (toim.)2007, 19–20.)

Potilaat tekevät terveydenhuollossa harvoin aloitteen puhuakseen alkoholin käytöstään.

Syitä tähän on useita. Väestöllä on edelleen riittämättömästi tietoa alkoholin osuudesta moniin oireisiin ja sairauksiin, lisäksi tieto riskikäytön hoidon hyvistä tuloksista on puutteellista. Myös häpeä – jota naiset kokevat useammin kuin miehet – estää asian esille ottamisen. Lisäksi esimerkiksi tapaturmiin liittyvissä ja työterveyshuollon kontakteissa arastellaan usein keskustelua alkoholinkäytöstä vakuutusetujen tai työsuhteen menettämisen pelossa. Hoitohenkilökunnan asenteilla on myös suuri merkitys potilaan arviointiin alkoholin käytöstään, kielteinen asenne vaikeuttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä ja potilas saattaa aliarvioida omaa alkoholin käyttöönsä. Hoitohenkilökunnan kielteisten asenteiden katsotaan johtuvan kiireisestä työrytmistä, puutteellisista taidoista sekä diagnostisten keinojen heikkoudesta. (Seppä & Aalto 2009, 110.)

Mitä varhaisempaa puuttuminen potilaan päihteiden käyttöön on, sitä parempia tuloksia voidaan saavuttaa. Tuloksia alkaa syntyä sitä enemmän, kun potilailta aletaan kysyä aktiivisesti heidän päihteidenkäytöstään ja tarvittaessa annetaan neuvoja, sillä alkoholin käyttö on toimintaa, jota voidaan useimmiten muuttaa. Vaikka potilaskontakti jäisi lyhyeksi, voidaan potilaan motivaatioon silti pyrkiä vaikuttamaan niin että muutos käynnistyy. Kysymisen ja neuvonnan myötä voidaan avartaa ihmisten tietoutta liiallisen alkoholin käytön riskeistä. Ihmiset arvioivat alkoholin käyttönsä usein alakanttiin ja suurella osalla vasta ammattilaisen kanssa käyty keskustelu paljastaa todelliset käyttömäärät sekä siihen sisältyvän riskin. (Österberg 2010.)

Avoin, suora ja tuomitsematon keskustelu sekä asiasta kysyminen ovat parhaimpia tapoja kartoittaa potilaan päihteidenkäyttöä. Alkoholin käytön kartoitus voidaan aloittaa esimerkiksi AUDIT-testiä käyttämällä. Kommunikaatio potilaan kanssa ei ole aina helppoa, sillä ihmisillä on tapana olla kuuntelematta neuvoja tai ohjeita, lisäksi ennakkoluuloisuus ja oman näkökannan puolustelu lisäävät kommunikaation vaikeutta. Olennaista alkoholin käytön puheeksi ottamisessa on keskustelun ja kysymisen sävy. Ensimmäisenä tavoitteena keskustelussa on potilaan oman pohdinnan mahdollistaminen ja kannustaminen oman päihteidenkäytön tarkasteluun. Työntekijän rooli on antaa tietoa sekä rohkaista ja kannustaa muutokseen. Potilaalle on hyvä kertoa, että tämän päihteidenkäyttö perustuu työntekijän omiin havaintoihin ja huoleen potilaan tilanteesta (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 19.)

3.2.4 Motivoiva haastattelu

Ensisijaisena tavoitteena motivoivassa haastattelussa on potilaan saaminen oman asian ajajaksi ilman että terveydenhuollon ammattilainen joutuu tyrkyttämään muutoksen etuja tai välttämättömyyttä potilaalle. Muiden taholta tuleva painostus voi herättää potilaassa enemmän vastustusta kuin halua olemassa olevan tilanteen korjaamiseen. Olennaista on saada potilas pohtimaan tilaansa, tunnistamaan muutoksen tuomat edut sekä tekemään omakohtaisia päätöksiä asian suhteen. Motivoivassa haastattelussa korostuu potilaan sisäisen motivaation merkitys, sillä ulkoisen paineen tai pakon avulla saatu muutos jää usein hyvin helposti lyhytaikaiseksi. Empaattisuudella ja aidolla potilasta kunnioittavalla suhtautumisella luodaan tilanteessa turvallisuuden ja luottavaisuuden tunnetta, joka antaa potilaalle mahdollisuuden pohtia avoimesti omaa elämäänsä. Voidaan ajatella, että päihteiden väärinkäyttäjän muutoshaluihin voidaan vaikuttaa osaltaan niillä tavoilla, joilla häneen suhtaudutaan. (Koski-Jännes 2008, 43.)

Sutisen, Partasen ja Havion (2000, 35) mukaan ihmisen ajatuksia ja käsityksiä tarkastelemalla voidaan vaikuttaa hänen tunteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Motivoivassa haastattelussa pyritään löytämään ristiriita potilaan ajatusten ja käyttäytymisen välillä. Jos potilas pitää päihteiden käyttöä huonona asiana, hän saattaa myös vaikuttaa ajatuksillaan omaan päihteiden käyttöönsä niin, että päihteiden käyttö vähenee tai loppuu kokonaan.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten hoitohenkilökunta kokee päihteitä käyttävän potilaan kohtaamisen päivystyspoliklinikalla sekä mitä keinoja heillä on päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää päihteitä käyttävän potilaan hoitotyötä päivystystilanteessa.

Aineiston keräämiseen on käytetty puolistrukturoitua kyselylomaketta, jossa on sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake sisälsi 31 kysymystä. Kysymykset koskivat kolmea asiakasryhmää: päihteidenkäyttäjiä, mielenterveysongelmaisia potilaita sekä sosiaalisesti syrjäytyneitä potilaita. Opinnäytetyötä varten kysymykset on rajattu päihteitä käyttäviä koskeviin.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitohenkilökunta suhtautuu päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen?
2. Puuttuuko hoitohenkilökunta potilaan päihteiden käyttöön?
3. Minkälaisia keinoja ja valmiuksia hoitohenkilökunnalla on päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme, eli miten hoitohenkilökunta suhtautuu päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen, saimme vastauksen kysymyksistä 27, 28, 30, jotka analysoimme kvantitatiivisesti sekä kysymyksestä 31, joka analysoitiin sisällönanalyysillä. Toiseen tutkimuskysymykseen, eli puuttuuko hoitohenkilökunta potilaan päihteiden käyttöön, saimme vastauksen kysymyksestä 9 sekä sen avoimesta lisäkysymyksestä numero 11, jonka analysoimme sisällönanalyysillä. Kolmanteen tutkimuskysymykseen, eli minkälaisia keinoja ja valmiuksia hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaan kohtaamiseen, analysoimme sisällönanalyysillä kysymyksen numero 14. (LIITE 1 Kyselymittari)

Tutkimuskysymyksiin on saatu vastaukset sekä määrällisellä eli kvantitatiivisella metodilla että laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä. Vastausten esittämiseen on käytetty kirjallisen analyysin lisäksi lukuja ja diagrammeja. Taulukoiden tulosten esittelyssä olemme tuoneet esille niiden merkittävimmät yhtenevät ja eriävät tulokset. Tulosten esittämistä on elävöitetty ottamalla opinnäytetyöhön lainauksia avoimesta aineistosta. Sisällönanalyysin olemme käsitelleet erikseen omana osionaan ja se esitetään sisällönanalyysistä nousseiden pääkategorioiden avulla. Käsitelimme kysymykset 10, 11 sekä 31 sisällönanalyysillä. Kysymys 31 oli mahdollisuus kirjoittaa oma vapaa kommentti kyselytutkimuksesta ja esiin nousseista ajatuksista. Kysymykset 21, 22, 27, 28 sekä 30 on käsitelty kvantitatiivisella metodilla. (LIITE 1 Kyselymittari.)

4.1 Tutkimusympäristö

Kyselytutkimus toteutettiin Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen toimesta joulukuussa 2009 sähköisenä kyselynä. Kysely lähetettiin sähköpostitse Helsingin kaupungin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Malmin ja Haartmanin sairaalan päivystysalueelle sekä Helsingin kaupungin Selviämishoitoasemalle. Kyselylinkki lähetettiin henkilökunnalle sähköpostitse. Kysely oli Internetissä tapahtuva kyselylomake ja sen toteutuksesta vastasi Mood House Oy. Kyselyyn vastasi yhteensä 168 hoitohenkilökunnan jäsentä, joista oli sairaanhoitajia 97, lähi- tai perushoitajia 37, sosiaalityöntekijöitä 3, lääkäreitä 24 sekä 7 muuta työntekijää.

Helsingin kaupungin Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) linjasi helsinkiläisten terveydenedistämisen ja väestöryhmien välisten terveyserojen supistamisen yhdeksi keskeiseksi strategiseksi painopistealueeksi vuosille 2009–2011. Tavoitteen saavuttamiseksi perustettiin Terve Helsinki -hanke, jolle Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi vuosittain (2009–2011) terveyden edistämisen määrärahoista rahoitusta 100 000 euroa. Hankkeessa kohdistetaan terveyseroja kaventavia toimenpiteitä syrjäytymisvaarassa tai terveyserojen takia riskiryhmässä oleviin henkilöryhmiin. Hankkeen ensisijaiset toimenpiteet kohdistetaan nuoriin sekä työikäiseen väestöön. Hankkeen tarkoituksena on pysäyttää terveyserojen lisääntyminen Helsingissä kehittämällä terveyseroja kaventavia toimintatapoja. (Helsingin kaupungin Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.)

4.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössämme käytettiin sekä määrällistä että laadullista sisällönanalyysia. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään selvittämään asioiden välisiä riippuvuussuhteita lukumääriä ja prosenttiosuuksia käyttäen. Määrällinen tutkimus vaatii aina mittausta, tämän vuoksi osa tutkimusaineistosta esitetään taulukkomuodossa. (Alasuutari 1999, 34.) Kun taulukointia käytetään analyysikeinona, voidaan tutkittavan ilmiön jakaumaa kuvata prosentuaalisesti (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 189). Tutkimusaineistossa hoitohenkilökunnan suhtautumista ja tuntemuksia kuvaavat vastaukset oli esitetty taulukoinnin avulla. Vastaajien lukumäärä ja prosenttiosuudet oli laskettu kyselytutkimuksessa valmiiksi. Tutkimusaineiston vastauksia selventääksemme syötimme Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjemaan vastausprosentit ja kuvaamme niitä opinnäytetyössämme graafisesti taulukoilla, myös vastausprosentit ovat näkyvillä. Alkulan ym. (2002, 189) mukaan analysointi merkitsee vaihetta, jossa muodostetaan aluksi tutkittavaa asiaa kuvaavat taulukot ja sen jälkeen ne esitetään sopivaksi katsotulla tavalla, myös vastausten erilaisuus tai samanlaisuus tuodaan esille. Taulukoiden ohessa esitämme niiden tuloksia myös sanallisesti jotta lukija saa asioista selkeän käsityksen.

Määrällisessä tutkimuksessa pyritään selvittämään asioiden samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia lukumääriä ja prosenttiosuuksia käyttäen. Analyysillä pyritään luomaan selkeä ja sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja sen perusteella voidaan tehdä tutkittavasta aineistosta luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110.) Opinnäytetyössämme kuvataan hoitohenkilökunnan suhtautumista ja mielipiteitä päihkeitä käyttävistä potilaista taulukoiden avulla.

Laadullinen sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivinen lähestymistapa tutkimuksessamme on perusteltua, sillä tavoitteemme oli selvittää hoitohenkilökunnan suhtautumis- ja toimintatapoja päihdepotilaan hoitotyössä ja muodostaa kyselytutkimuksen tuloksista yleistys. Sisällönanalyysissa olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Aineistolähtöinen sisällön analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolloin tutkimusaineistosta etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin ja tutkimukselle epäolennaiset asiat karsitaan pois (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–115.) Aloitimme työmme analysoinnin tutustumalla tutkimusaineiston päihteiden käyttöä koskeviin avoimiin vastauksiin ja luimme ne läpi useaan kertaan. Tämän jälkeen alleviivasimme sellaiset vastaukset, jotka vastasivat parhaiten opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Alleviivattuamme vastaukset pelkistimme ne. Analyysin toiseen vaiheeseen kuuluu vastausaineiston ryhmittely, jossa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–115.) Pelkistetyistä vastauksista muodostettiin alakategorioita, esimerkiksi hoitohenkilökunnan erilaiset keinot hoitaa päihteitä käyttävää potilasta ja hoitohenkilökunnan oma kanta ja sen vaikutus päihdepotilaan hoitoon. Analyysin kolmannessa vaiheessa aineistosta erotetaan olennaisia tietoja ja niitä yhdistelemällä muodostetaan teoreettisia käsitteitä, joiden pohjalta tutkimustehävämme saa vastauksen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–115). Ryhmittelimme alakategoriat yläkategorioihin, esimerkiksi hoitohenkilökunnan asenteisiin päihdepotilasta kohtaan ja hoitohenkilökunnan suhtautumiseen päihteitä käyttävään potilaaseen päihdehoitotyössä. (LIITE 2.) Yläkategorioista muodostui pääkategoria: hoitohenkilökunnan näkemys päihteitä käyttävän potilaan kohtaamisesta (LIITE 2.). Muodostimme pääkategorian niin, että se vastaa tutkimuskysymykseemme.

4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettiseen tutkimukseen kuuluu tutkimustulosten ja käytettyjen menetelmien huolellinen raportointi sekä tulosten tarkka ja kattava kirjaaminen. (Tuomi ym. 2002, 21.) Tutkimuslupa tutkimusaineiston käyttöä varten on haettu asianmukaisesti Helsingin kaupungin Terveyskeskukselta. Koska tutkimuksen teossa tarvitaan ihmisiä mielipiteiden esittäjinä ja tiedonantajina, on keskeinen eettinen kysymys tällöin tutkimukseen vastanneiden henkilöiden määrän, eli otoskoon määrittely (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70.) Koska tutkimusaineisto on Terve Helsinki-hankkeen teettämä kysely, tutkijat eivät ole voineet vaikuttaa kysymyksiin ja niiden asetteluun. Kyselytutkimukseen vastaaminen on ollut hoitohenkilökunnalle vapaaehtoista. Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen ratkaisu, syy tutkimukseen ryhtymiselle on oltava selvä ja aiheen valinnassa tulee ottaa huomi-

oon sen yhteiskunnallinen merkitys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26.)

Määrällisessä tutkimuksessa on olennaista se, ettei tuloksia esitetä liian pienistä ryhmistä (Alkula ym. 2002, 295–296). Opinnäytetyössä käyttämämme kyselyaineiston otoskoko on 168, eikä sen vastauksista ole tunnistettavissa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineistossa on eritelty eri ammattiryhmiin kuuluvien vastaajien lukumäärät, mutta taulukoissa käytetyistä vastauksista ei voida yksilöidä eri ammattiryhmien edustajia. Eettisiin tekijöihin kuuluu myös tutkijoiden rehellisyys. Tutkijoiden tulee raportoida tutkimustulokset ja johtopäätökset luotettavasti ja arvioida kriittisesti tutkimuksensa puutteita. Tutkimusaineiston valmiiksi lasketut vastausprosentit syötimme suoraan Exceltaulukkolaskentaohjelmaan ja niiden oikeinkirjoitus tarkistettiin useaan otteeseen.

Laadullisen tutkimusaineiston osalta on tärkeää tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka ja rehellinen toteuttaminen. Tekstiä lainattaessa lainaukset on osoitettava lähdemerkinnöin (Hirsjärvi ym. 2003, 26–27.) Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet merkitsemään käyttämänsä lähteet vaaditulla tavalla ja ne on lisätty heti lainauksen jälkeen lähdeluetteloon. Laadullisen tutkimusaineiston osalta olemme käyttäneet havainnollistavina esimerkkejä suoria lainauksia kyselytutkimuksen avoimista vastauksista. Kaikki lainaukset on kirjoitettu alkuperäisen kieliasun mukaan eikä kirjoitusvirheitä ole korjattu. Aineiston luokittelussa olemme pyrkineet pelkistämään vastauksia niin, että niiden alkuperäinen tarkoitus ei katoaisi ja että ne vastaavat tutkimuksellemme asettamiin kysymyksiin. Myös tutkimustulosten tulkinnassa on pyritty rehelliseen ja puolueettomaan esitystapaan.

Sekä määrällisen että laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuutta tarkastellaan yleensä reliabiliteetin ja validiteetin käsittein. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus on toistettavissa. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa käsitellään sitä asiaa mitä on luvattu, tutkimuksen pitää vastata tutkijoiden asettamiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimusta täytyy kyetä arvioimaan kokonaisuutena, tällöin vaaditaan sisällöllistä johdonmukaisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133, 135.) Alasuutarin (1999, 212) mukaan kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen analyysi ovat keinoja tuottaa laadullisesta aineistosta raakahavainnot yhdistäviä havaintoja. Tällöin kahdella erilaisella tutkimustavalla voidaan päätyä toisiaan tukeviin tuloksiin. Huolellisuus ja kriittisyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä tulosten tulkitseminen oikein ovat luotettavuuden lähtökohtia. (Heikkilä

1999, 28–29.) Koska opinnäytetyössämme analysoidaan valmista materiaalia, emme ole vaikuttaneet hoitohenkilökunnalle tehtyyn kyselylomakkeeseen, joka saattaa lisätä tulosten analysoinnin luotettavuutta, kuten myös vastaajien moniammatillisuus. Opinnäytetyössä ilmenee, mille ryhmälle kyselytutkimus on tehty, mutta vastaajan anonymiteetti säilyy ja kukaan yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa osaltaan lisätä se, että kyselytutkimukseen vastanneet henkilöt ovat kukin saaneet kyselyn sähköpostitse. He ovat voineet päättää itse ajankohdan ja paikan kyselyyn vastaamiselle. Anonymiteetin säilyminen ja mahdollisuus palauttaa vastaukset sähköisesti lisäävät osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Vastaajat ovat myös tietoisia kyselytutkimuksen tuloksista siltä osin, mitä aineistoa on käytetty työnantajatahon järjestämällä päihdekoulutuspäivillä. Luotettavuutta pohtiessa tulee kuitenkin miettiä, miten moni on jättänyt vastaamatta kyselyyn esimerkiksi sen sähköisen muodon takia? Etenkin vanhemmissa ikäluokissa saattaa olla henkilöitä, jotka eivät mielellään käytä tietokoneita. Tosin kyselyyn vastaajia oli muutenkin suuri määrä, eikä muutama mahdollinen lisävastaus olisi todennäköisesti muuttanut tutkimustuloksia.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Suhtautuminen päihteitä käyttävän potilaan kohtaamiseen

Kyselytutkimuksen vastauksista käy ilmi, miten yksilön omat mielipiteet vaikuttavat päihdepotilaan hoitotyöhön. Päihdepotilaat koetaan vaativammaksi kuin muut potilasryhmät, mutta se ei vastausten perusteella vaikuta potilaiden tasa-arvoiseen kohteluun.

Mielestäni kaikki potilaat ovat samanarvoisia. Pysin kohtelemaan kaikkia tasapuolisesti. Mutta päihdepotilaat ovat välillä haasteellisempia, vaativimpia.

Elämä on täynnä valintoja joista päihteiden käyttö on yksi... Taudit yms. hoidan kunnolla kaikilta toki, se kuuluu etiikkaani. Mutta jos sana ei tehoa niin ei se tehoa...

Päihdepotilas on yhtä arvokas ihmisenä kuin muutkin potilaat

Etiikka ja moraalini ovat juurtuneet minuun jo omasta lapsuudestani. Hoitamatta en päihdepotilasta jätä kuin vain silloin jos potilas poistuu ilman pakkohoitopäätöstä. Täytyy silti tuntea potilas hyvin, ennekuin luotan päihteiden väärinkäyttäjään ja suurimmaksi osaksi en luota koskaan, mutten myöskään tuomitse heitä. Riehumista en salli ja vartija haluan/soitan paikalle jo mielummin ennen kuin uhkaava tilanne tulee päälle. Herkästi teen uhka-asioista poliisiasian: en hyväksy, että jään/jätettäisiin yksin työssäni kohtaamissa uhka ym. asioissa: oikeus työskennellä turvallisesti.

Hoitohenkilökunta koki turhauttavana potilaan päihteiden käytön jatkumisen ja toistuvat hoitokäynnit työpanoksestaan huolimatta. Potilaiden aggressiivinen käytös hoitohenkilökuntaa kohtaan koettiin hoitomotivaatiota laskevana tekijänä.

Turhauttavaa hoitaa päihdepotilasta, kun usein valistuksesta ja tuesta ei ole apua ja päihteiden käyttö jatkuu. Käytös usein aggressiivista hoitajaa kohtaan...

Turhautuneisuus ehkä eniten kuvaa päihde potilaan hoidosta tulevaa tunnetta. Turhautuneisuus kun tietää potilaan jatkavan samaa ”harrastustaan” ja taas jonkun ajan kuluttua saman asian takia hoidossa...

Tunne, että koko terveydenhuolto-organisaatio on melkoinen ”oravanpyö-

rä”, eikä mikään instantti halua enää hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti vaan hoito on silpottua ”sillisalaattia”. Se turhauttaa niin potilaat kuin hoitohenkilökunnankin!...

Päihteitä käyttävän potilaan yksilöllinen hoito koettiin tärkeänä. Turhautuneisuudesta huolimatta potilaat pyritään näkemään yksilöinä eikä sidottuna omaan potilasryhmäänsä.

Tunteet vaihtelevat mutta halu auttaa kuitenkin on suuri ja ohjata potilaita yrittäen aina kerta kerran jälkeen saada kohti päihteettömyyttä.

Päihdeongelmaiset ovat yksilöitä, jonka vuoksi heidän hoitonsakin pitäisi olla yksilöllistä. Monta kertaa me vain käsittelemme heidät yhtenä ryhmä, jota ympäröi toivottomuus ja hoidon tuloksettomuus...

Päihdepotilaan hoitoa ei voi tyypittää tai yleistää, että kaikki päihdepotilaat käyttäytyvät samalla lailla. Hekin ovat yksilöitä niin kuin kaikki muutkin potilaat!!!!

Osa hoitohenkilökunnasta toivoo lisää koulutusta sekä päihdepotilaiden hoidossa että heihin suhtautumisessa. Päihteiden käyttäjiä saatetaan kohdella epätasa-arvoisesti hoitotilanteissa, mihin hoitohenkilökunta toivoo puuttumista. Myös yleisillä toimintamalleilla olisi merkitystä työmotivaation parantamisessa.

Mielestäni tarvitaan koulutusta potilaisiin suhtautumisessa. Päihteiden käyttäjät joutuvat kokemaan syrjintää ja heitä selvästi halveksitaan, heille puhutaan rumasti toisten potilaiden kuullen, heitä odotutetaan tarpeettomasti.

Päihdepotilaat ovat kasvava potilasryhmä, joten koulutus on todella tarpeen.

Tarvitsisin ehdottomasti lisäkoulutusta päihteidenkäyttäjien hoitamisessa ja oman osaamiseni parantamisessa.

Työtä helpottaisi jos osastolla oli yhteiset pelisäännöt...

Taulukossa 1 suurin osa vastanneista on samaa mieltä potilaan oman motivaation puutteen vaikutuksesta hoitotyöhön ja siitä, että potilaaseen on vaikea luottaa. Lähes puolet vastanneista on sitä mieltä, ettei potilaan itsetuhoinen käytös tunnu ahdistavalta. Noin puoleen vastanneista pitää velvoitteena antaa terveystietoa, vaikka potilas itse olisi haluton lopettamaan päihteiden käytön. Kolmasosa vastaajista on sitä mieltä, että

päihteitä käyttävä potilas arvostaa saamia palveluita. Yhtä suuri osa vastanneista kokee, ettei potilas arvosta saamia palveluita.

TAULUKKO 1. Millaisena potilaana päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä	ei osaa sanoa
Potilaan itsetuhoinen käyttäytyminen ahdistaa minua	3,6	24,8	47,9	17,6	6,1
Potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatiotani työskennellä hänen kanssaan	12,7	60,6	17,6	6,1	3,0
Jos päihteitä käyttävä potilas ei itse ole halukas lopettamaan päihteiden käyttöä, minulla ei ole velvoitteita antaa hänelle terveysvalistusta	4,2	18,2	50,9	18,8	7,9
Päihteitä käyttävään potilaaseen on vaikea luottaa	15,2	63,6	11,5	1,8	7,9
Päihteitä käyttävä potilas vie toisten potilaiden kustannuksella henkilökunnan aikaa	21,8	38,8	26,1	6,1	7,3
Päihteitä käyttävä potilas arvostaa saamia palvelujaan	3,1	32,5	32,5	14,1	17,8
Päihteitä käyttävä potilas on käyttäytynyt hyökkäävästi/uhkaavasti minua kohtaan	38,8	43,0	15,2	1,8	1,2
Potilaan saattajina toimivat päihteitä käyttäneet henkilöt aiheuttavat minussa turvattomuuden tunteita (esim. pelko, ahdistus)	13,5	31,3	35,6	8,0	11,7

%

Sama kysymys toistuu seuraavassa taulukossa (Taulukko 2), myös vastaukset esitetään kuten taulukossa yksi. Lähes puolet hoitohenkilökunnasta kokee, että päihteitä käyttävän potilaan hoito on tärkeää, vaikka pitkäaikaistulokset olisivatkin heikkoja. Yli puolet vastanneista on sitä mieltä, että terveyshaittojen vähentäminen on päihteitä käyttävien potilaiden osalta tärkeää huolimatta siitä, että päihteiden käyttö jatkuisi. Lähes yhtä suuri osa vastanneista on sitä mieltä, että päihteitä käyttävä potilas vaatii hoitohenkilökunnalta enemmän kärsivällisyyttä ja että heidän kanssaan tulee enemmän vaikeuksia kuin muiden potilaiden kanssa keskimäärin.

TAULUKKO 2. Millaisena päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä	ei osaa sanoa
Hoitaessani päihteitä käyttävää potilasta, minusta tuntuu usein siltä, että hän on väärien palvelujen piirissä	9,7	44,2	30,9	6,1	9,1
Päihteitä käyttävän potilaan hoitaminen on mielestäni aina yhtä tärkeää, vaikka hoidon pitkäaikaistulokset olisivatkin heikot	17,7	45,1	21,3	3,7	12,2
Potilaan mahdolliset tarttuvut sairaudet(esim. infektiot jne.) eivät pelota minua	38,2	36,4	14,5	7,3	3,6
Päihteitä käyttävä potilas on itse syyllinen tilanteeseensa	7,9	39,6	31,7	4,3	16,5
Päihteitä käyttävien potilaiden kanssa tulee helpommin vaikeuksia kuin muiden asiakkaiden kanssa	26,8	48,8	17,1	3	4,3
Päihteitä käyttävä potilas vaatii enemmän kärsivällisyyttä hoitohenkilökunnalta kuin muut potilaat keskimäärin	37,6	50,3	7,9	0	4,2
Terveyshaittojen vähentäminen päihteitä käyttävien potilaiden osalta on tärkeää, vaikka päihteiden käyttö jatkuisikin	29,1	55,8	3,6	1,8	9,7

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on kuvattu mitä tuntemuksia päihteitä käyttävä potilas herättää hoitohenkilökunnassa. Vasemmalla puolella on positiivisuutta ja oikealla puolella negatiivista tuntemusta kuvaava ilmaisu. Mitä enemmän vastaus on sijoittunut oikealle puolelle, sen negatiivisempi on vastaajan kokemus ja päinvastoin. Prosenttiosuudet sijoittuvat pääosin neutraaleihin ja lievästi negatiivisiin tuntemuksiin.

TAULUKKO 3. Päihteitä käyttävän potilaan hoidossa kokemani tuntemukset ovat

ilo	1,2 %	4,8 %	48,5 %	32,1 %	13,3 %	suru
läheisyys	0,6 %	8,6 %	41,7 %	35,0 %	14,1 %	etäisyys
rohkeus	3,0 %	22,0 %	56,7 %	17,7 %	0,6 %	pelko
onnistuminen	3,0 %	10,8 %	41,6 %	38,6 %	6,0 %	epäonnistuminen
myötämielisyys	1,8 %	16,4 %	47,3 %	27,9 %	6,7 %	vastenmielisyys
kykenevyys	3,1 %	13,5 %	40,5 %	36,8 %	6,1 %	avuttomuus
rakkaus	1,2 %	9,8 %	67,1 %	20,7 %	1,2 %	viha
kärsivällisyys	3,7 %	20,1 %	45,1 %	26,2 %	4,9 %	kärsimättömyys
innostuneisuus	3,1 %	8,0 %	47,2 %	35,6 %	6,1 %	innostomuus
ymmärtäminen	5,4 %	20,2 %	46,4 %	23,2 %	4,8 %	ymmärryksen puute
auttamishalu	6,7 %	28,7 %	51,8 %	11,6 %	1,2 %	auttamishaluttomuus
helppous	1,2 %	5,4 %	36,7 %	42,2 %	14,5 %	vaikeus
mielenkiinto	4,2 %	18,8 %	47,9 %	25,5 %	3,6 %	mielenkiinnottomuus
tärkeä	7,9 %	17,7 %	31,7 %	26,8 %	15,9 %	turhautuneisuus

5.2 Hoitohenkilökunnan puuttuminen potilaan päihteiden käyttöön

Kyselytutkimuksen mukaan 88,6 prosenttia eli 148 vastanneista puuttuu työssään potilaan päihteiden käyttöön ja 11,4 prosenttia eli 19 ei puutu.

Syitä sille, miksi hoitohenkilökunta ei puutu potilaan päihteiden käyttöön kysyttiin lisäkysymyksenä. Vastauksista kävi ilmi, että hoitohenkilökunta kokee päihteiden käytön kii-

reen sekä potilaan yleistilan hoidon aikana sellaiseksi, että puuttuminen päihteiden käyttöön ei ole mahdollista.

Ei ole aikaa tai potilas ei ole siinä kunnossa jotta ymmärtäisi.

Päihteiden käyttö on henkilökohtainen asia/valinta. Päivystys ei ole paikka, jossa päihdeongelmia olisi aikaa setviä.

Suurin osa potilaista on niin lyhyen aikaa ja muista syistä ettei vain kerta kaikkiaan ehdi perehtyä.

Vastauksissa korostui myös näkemys siitä, että potilaan oman motivaation puuttuminen on tärkeä tekijä päihteiden käytön jatkumiselle ja ilman motivaatiota potilasta ei ole mahdollista tukea. Pitkäaikainen ja säännöllinen päihteiden käyttö koetaan elämäntilanteena, josta on hyvin vaikeaa, ellei mahdotonta päästä irti.

Ovat käyttäneet useita vuosia ja tietävät asiat jos välittävät.

Potilaan päihteiden käyttö jo niin kroonistunutta, etten usko panoksellani olevan MINKÄÄNLAISTA merkitystä. Potilaalla tulee olla OMA tahto, jolla katkaista päihteiden väärinkäyttö.

Useimpien alkoholisoituminen on jo rappioasteella ja aiheuttanut vakavia sairauksia. Alkoholin käytöstä puhuminen tässä tilanteessa on jo mielestäni myöhäistä.

5.3 Keinot ja valmiudet päihteitä käyttävän potilaan hoitotyössä

Hoitohenkilökunnan vastauksista käy ilmi, että päihdepotilaiden päivystyksessä saama hoito on ensisijaisesti fyysistä hoitoa. Syitä ovat muun muassa yliannostukset tai alkoholin vieroitusoireet. Potilaat eivät välttämättä kykene ottamaan vastaan heille annettavaa informaatiota, mutta kyselytutkimuksen vastausten mukaan fyysinen hoito sisältää aina jonkinlaista neuvontaa tai kehotuksia ja keskustelua potilaan tilanteesta.

Deliriumin pakkohoito, katkaisuhuoltoon lähettäminen.

Kannustan tupakoimattomuuteen ja kerron esimerkiksi alkoholin haitoista yhteiskäytössä lääkkeiden kanssa

Esim. rajoittamalla tupakalle pääsyä, potilas usein liian huonossa kunnossa. Selvittyään keskustelemallapäihteiden käytöstä potilaan kanssa.

Kerron ettei alkoholia pitäisi lainkaan ottaa enää.

Osa vastanneista kertoo ottavansa asian puheeksi potilaan kanssa kysymällä päihteiden käytöstä suoraan.

Keskustelemalla tilanteesta, kysyn suoraan asiasta. Kysyn myös, onko henkilö yksin asiansa kanssa vai onko mahdollista tukea odotettavissa raitistumiseen.

Keskustelu, ongelman esille otto.

Terveysvalistus ja asiasta suoraan puhuminen kaunistelematta taikka liioittelematta

Osa päihteitä käyttävistä potilaista on hoitohenkilökunnalle entuudestaan tuttuja toistuvien sairaalakäyntien vuoksi. Päihteiden käyttöön puuttuminen on turhauttavaa, koska potilaalta itseltään puuttuu motivaatio päihteiden käytön vähentämiseksi tai lopettamiselle. Asia otetaan kuitenkin usein esille keskustelemalla.

Ajoittain kysymällä ja keskustelemalla ja näin kenties herättäen potilaalakin jotain ajatuksia. Täysin tapauskohtaista. Usein potilaat pitkälle alkoholisoituneita ja puheista huolimatta motivaatio päihteiden jättämiseen olematon.

Keskustelemalla lyhyesti potilaan kanssa päihteiden käytöstä. Useimmiten keskustelu ei johda mihinkään jatkotoimenpiteisiin potilaan päihteiden käytön vähentämiseksi, koska potilas itse ei ole kiinnostunut käytön vähentämisestä.

Hoitohenkilökunta pitää motivointia tärkeänä keinona päihteiden käytön vähentämiselle. Potilaan kanssa keskustellaan päihteiden käytön aiheuttamista ongelmista ja haitoista ja keskusteluissa pyritään tuomaan esille potilaan oman motivaation tärkeys päihteiden käytön lopettamiselle. Osalle hoitohenkilökunnasta interventio on yksi menetelmä, jota käytetään osana keskustelua ja tällä tavalla selkeytetään potilaalle hänen päihteiden käyttöönsä.

Keskustelu: päihdekäytön määrän realisointi. Haittojen läpi käyminen neutraalisti (fyysiset haitat, psyykkiset haitat, sosiaaliset haitat). Interventioehdotus.

Mini-interventio, katkaisuun kannustaminen, sosiaalisen tilanteen selvittely, yhteys sos.työntekijään.

Interventio – hoitoonohjaus

Haastattelu, tilannekartoitus, itsehoito-ohjeet, hoitoonohjaus, seuranta-käyntejä vastaanotolle, yhteys omaisiin ja/tai viranomaisiin jos potilas antaa luvan.

Yhtenä keinona pidetään hoitoonohjausta erilaisiin jatkohoitopaikkoihin kuten esimerkiksi A-klinikalle, katkaisuhoidon tai selviämisasemalle. Toimintatapa näiden asioiden suhteen on potilaslähtöistä: kysytään haluaako tai tarvitseeko potilas apua jatkopaikan järjestämisen kanssa. Lisäksi jatkohoidon ohjaamista havainnollistetaan oppailla ja esitteillä.

Keskustelu, kysyen kokeeko asiakas päihteidenkäytön ongelmaksi, onko aiemmin hakenut apua ja opastan mistä apua saa. Tarvittaessa lääkäri kirjoittaa lähetteen päivystyksessä.

Keskustelu ja annan ohjausbrosyyrit Helsinki/pääkaupunkiseutu ja mm. huumeautojen osoitteet jne.

Moniammatillisen yhteistyön merkitys on suuri päihdepotilaan hoidossa ja etenkin sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden työpanos korostuu, kun potilaalle etsitään jatkohoitopaikkaa. Yhteistyö muiden hoitotahojen kesken on yleistä.

Keskustelu, motivointi, hoitoon ohjaus, moniammatillinen yhteistyö, verkostot.

Keskustelu, sosiaalityöntekijä, katkopaikkaselvittelyt ja -puhelut.

Keskustelut, jatkojen suunnittelulla, moniammatillista yhteistyötä käyttäen, lääkehoito.

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin, onko mini-interventio tuttu työskentelymenetelmänä. Vastaajista 35,9 % tunsi menetelmän ja 64,1 % ei. Kuitenkin suuri osa vastaajista käytti erilaisia mini-interventiomenetelmiä päihdepotilaan hoidossa.

Henkilökunnasta 92,2 % on sitä mieltä, että alkoholinkäyttö kannattaa ottaa puheeksi potilaan kanssa, 1,2 % ei ole sitä mieltä, 6,6 % ei osannut sanoa sen kannattavuudesta.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyössämme ilmeni, että hoitohenkilökunnan suhtautuminen päihteitä käyttäviin potilaisiin on pääasiassa tasa-arvoista verrattuna muihin potilaisiin. Vastauksissa nousi esiin pyrkimys kohdella jokaista potilasta yksilönä ja välttää potilaan kategorioimista päihteidenkäyttäjäksi. Myös halu auttaa päihdekierteeseen joutunutta ihmistä oli ilmeisen suuri monella vastaajalla. Kantosen, Niittysen, Mattilan, Kuusela-Louhivuoren, Manninen-Kauppinen ja Pohjola-Sintosen (2006) tutkimuksen mukaan alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamat ongelmat näkyvät Suomessa entistä enemmän sairaanhoidon päivystyspisteissä. Kantonen ym. tutkivat miten potilaiden päihteidenkäyttö näkyi Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla Vantaalla. Tutkimus paljasti, että potilaista joka viides oli päihteiden vaikutuksen alaisena päivystyspoliklinikalle tullessaan.

Opinnäytetyössämme ilmeni, että päihteitä käyttävät potilaat koettiin haastavampana potilasryhmänä kuin muut. Potilaan oman hoitomotivaation puuttumista sekä toistuvia sairaalakäyntejä pidettiin turhauttavana. Kantosen ym. (2006) mukaan päihdeongelmas-ta kärsivä potilas työllistää päivystyspoliklinikan henkilöstöä keskimäärin enemmän kuin muut potilaat. Lisäksi hoitohenkilöstö kokee päihtyneet ja päihdeongelmaiset runsaasti häiriötä aiheuttavana potilasryhmänä, jonka hoito vie paljon aikaa ja voimavaroja. Kokemus siitä, että omasta työpanoksesta huolimatta potilaan päihteiden käyttö jatkui, oli opinnäytetyömme mukaan tärkeä hoitomotivaatiota laskeva tekijä. Toisaalta potilaan oma hyvä motivaatio edisti hoitohenkilökunnan positiivista suhtautumista potilaaseen. Nuorten päihdevalistus ja tukeminen koettiin erittäin tärkeäksi, kun taas pitkälle edennyt päihdekierre toisinaan toivottomaksi katkaista. Myös potilaan aggressiivisuus ja asiaton käyttäytyminen päivystyksessä koettiin turhauttavana. Osassa vastauksista tuli ilmi, että hoitohenkilökunta koki päivystyksen vääräksi paikaksi päihdeongelmaan puuttumiseen. Myös hoidon hajanaisuus vaikeutti henkilökunnan mielestä potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Laine (2002) korostaa erityisesti luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen tärkeyttä päihteitä käyttävän potilaan hoidossa. Luottamus hoitohenkilökuntaan saattaa herättää päihteidenkäyttäjän huomaamaan oman tilanteensa ja sen vakavuuden. Tällöin on merkitystä myös hoitohenkilökunnan omalla asenteella päihteitä käyttävää kohtaan, sillä päihteitä käyttävä potilas vaistoaan helposti onko hoitohenkilökunta oikeasti kiinnostunut tämän asioista. Laineen (2002) mukaan oikeanlaisella asenteella päihdeongelmaistenkin kanssa voidaan päästä tyydyttäviin tuloksiin.

Opinnäytetyössämme kävi ilmi, että suurin osa eli 88 % vastanneista hoitohenkilökunnan jäsenestä puuttuu työssään potilaan päihteiden käyttöön. Ne jotka eivät puuttuneet potilaan päihdeongelmiin eli 12 % vastanneista perusteli päätöstään työn kiireisellä luonteella sekä potilaan oman motivaation puutteella. Myös Kantosen ym. (2006) tutkimuksessa kävi ilmi, että vain alle kymmenen prosenttia päihteitä käyttävistä potilaista sai päihteisiin liittyvää ohjausta tai neuvontaa päivystyspoliklinikalla. Toisaalta tulokset kuitenkin kertoivat, että sairaskertomuksiin liittyvien tietojen mukaan potilaista enemmän kuin kymmenen prosenttia sai silti jonkinlaista ohjausta tai neuvontaa. Usein saataakin olla kyse siitä, että hoitohenkilökunta ei itse tiedosta antavansa päihteitä käyttävälle potilaalle neuvontaa, vaan kuvitellaan että asiaan puuttuminen vaatisi aina jonkin työvälineen, kuten esimerkiksi mini-intervention käyttöä. Kantosen ym. (2006) mukaan puuttumisen vaikuttavuutta lisäisi se, että tunnistamisen ja intervention väli olisi mahdollisimman lyhyt.

Opinnäytetyömme tulosten perusteella voidaan todeta, että päihteitä käyttävän potilaan hoitohenkilökunnassa herättämät tuntemukset olivat pääasiassa neutraaleja. Vastausten hajonnasta voidaan päätellä, ettei päihteitä käyttävä potilas herätä hoitohenkilökunnassa vahvaa negatiivista tunnetta, toisaalta vastaukset asettuivat taulukossa kuitenkin enemmän neutraalin ja negatiivisen puolelle. Tähän saattaa vaikuttaa juuri kokemus siitä, että päihteitä käyttävät potilaat ovat vaativampia ja haastavampia potilaita kuin muut potilaat keskimäärin.

Hoitohenkilökunnalla on erilaisia keinoja ja valmiuksia kohdata päihteitä käyttävä potilas päivystyksessä. Opinnäytetyössämme potilaan päihteiden käytön interventiokeinoista yleisimmäksi nousi keskustelu potilaan kanssa. Henkilökunnalla oli kuitenkin niukas-

ti tietoa mini-interventiosta päihteiden käyttöön puuttumisen työvälineenä. Kantosen ym. (2006) tutkimuksessa kävi ilmi, että mini-interventiolla olisi käyttöä päivystystilanteissa ja että se edellyttäisi hoitohenkilökunnan koulutuksen lisäämistä aiheeseen liittyen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella moniammatillisuuden merkitys korostuu päihteitä käyttävän potilaan hoitotyössä, sillä hoitoon osallistuu usein lääkärin ja hoitajan lisäksi myös esimerkiksi sosiaalityöntekijä. Vastauksista voidaan päätellä, että päihteitä käyttävälle potilaalle voidaan kirjoittaa päivystyksessä lähete katkaisuhoidon, mikäli tämä sitä itse haluaa. Yhteistyön merkitys muiden jatkohoitopaikkojen kanssa on korostunut, päihteitä käyttävän potilaan ohjaaminen esimerkiksi a-klinikalle on päivystyspoliklinikalla totuttu käytäntö. Opinnäytetyämme mukaan päihteitä käyttävä potilas saa usein mukaansa myös kirjallista materiaalia ja tietoa tarjolla olevista palveluista.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme perusteella totesimme, että Helsingin kaupungin terveyskeskuksen päivystysalueet sekä Selviämishoitoasema saattaisivat hyötyä yhdessä sovitusta ja kehitettävistä hoitolinjauksista ja toimintatavoista. Myös lisäkoulutusta päihteitä käyttävään potilaaseen suhtautumisessa toivottiin. Hoitohenkilökunta on motivoitunutta hoitamaan päihteitä käyttäviä potilaita, mutta tietämys erilaisista interventiokeinoista oli niukkaa ja koulutusta niiden käyttämisestä tulisi mahdollisesti lisätä.

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että kyselytutkimuksen rakenteesta johtuen eri toimipisteiden välisiä eroja ei ollut mahdollista tutkia. Päivystyksessä työskentelevä henkilö työskentelee kaikkien potilasryhmien kanssa tasa-arvoisesti, kun taas Selviämishoitoaseman henkilökunta keskittyy päihde- ja mielenterveysongelmiin ja on siten todennäköisemmin motivoituneempaa puuttumaan päihdeongelmiin ja suhtautumaan potilaisiin erilailla kuin päivystysalueella, jossa potilaiden somaattinen hoito korostuu. Tästä syystä motivaatio päihdetyötä kohtaan eri työpisteissä saattaa vaihdella ja mielenkiintoista olisikin selvittää, miten paljon se vaikuttaa päihdetyön laatuun.

Jatkotutkimuksen kohteita voisi olla koko opinnäytetyössä käytetyn kyselytutkimuksen

hyödyntäminen, eli tutkia hoitohenkilökunnan suhtautumista mielenterveysongelmaiseen sekä sosiaalisesti syrjäytyneeseen potilaaseen. Potilasryhmät eivät sulje tutkimuskohteina toisiaan pois, vaan usein potilaiden elämäntilanteet ovat monimutkaisia ja on vaikea määritellä sosiaalisen syrjäytymisen, mielenterveyden ongelmien ja päihdeongelmien väliset rajat ja usein se on myös mahdotonta.

6.3 Oma opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessin aloittaminen oli haasteellista. Alussa opinnäytetyön aihe vaihtui muutaman kerran kunnes tammikuussa 2010 tutkimuksemme lopullinen aihe muotoutui. Aloitimme kesällä 2010 opinnäytetyön tekemisen aineistonkeruulla ja sen ohessa kirjoitimme tutkimussuunnitelmaa. Tutkimusprosessin alkuvaihetta hankaloitti erityisesti se, ettei kummallakaan opinnäytetyöntekijällä ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä sekä se, että tutkimusaineisto oli laaja ja aiheen rajaamiseen meni runsaasti aikaa. Kesän 2010 aikana saimme suurimman osan opinnäytetyömme teoriaosasta kirjoitetuksi. Syksyllä opinnäytetyön tekemiseen tuli taukoa toisen tutkijan perheenisäyksen johdosta. Tauon aikana tutkimussuunnitelman lopullinen versio valmistui ja saimme Helsingin kaupungin Terveyskeskukselta tutkimusluvan opinnäytetyölle marraskuussa. Tutkimusluvan saatuaamme jatkoimme opinnäytetyön tekoa aineiston analyysillä.

Opinnäytetyöprosessi oli haastava, eniten pohdintaa ja keskustelua herätti tutkimuksen toteutus ja tavoitteiden asettaminen. Haastavuutta lisäsi myös se, että tutkimuksia päihdepotilaan kohtaamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta oli niukasti. Opettajien ja opinnäytetyökumppanien kriittiset ja antoisat keskustelut ovat olleet olennaisia tutkimuksen tekemisen kannalta sekä lisänneet omaa oppimiskokemustamme.

Opinnäytetyöprosessin kannalta oli antoisaa tehdä tutkimus parityönä. Työmotivaatio säilyi työn tekijöiden keskinäisen kannustuksen ansiosta. Mielestämme myös tutkimuksen näkökulmat paranivat, kun tekijöitä oli kaksi.

Tutkimuksen tekeminen avarsi näkemystämme päihteidenkäyttäjän kohtaamisesta. Toivomme että tutkimuksen myötä päihteiden käyttöön puututtaisiin aikaisempaa enemmän

ja että erilaisten menetelmien käyttö (mm. mini-interventio, AUDIT-kysely) päi-
vystyshoitotyössä lisääntyisi, päihdehoitotyötä kehittävänä asiana pidämme myös hoito-
henkilökunnan lisäkouluttamista päihteiden käyttöön liittyvissä asioissa. Hoitotyön kii-
reisestä luonteesta huolimatta jokaisen olisi hyvä palauttaa silloin tällöin mieleensä sai-
raanhoitajan yleiset osaamisvaatimukset, jotka ovat potilaan fyysisen, psyykkisen, hen-
gellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantaminen.

LÄHTEET

- Aalto, Mauri; Seppänen, Kati & Seppä Kaija-Liisa 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Kaija-Liisa Seppä (toim.). Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Helsinki: Yliopistopaino, 16–20.
- Ahtee, Liisa 2003. Opioidit ja kannabinoidit. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa, & Kaija Seppä (toim.). Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Alaja, Riitta 1998. Päivystävä lääkäri, huumeet ja päihteiden sekakäyttö. Julkaisussa Duodecim 1998; 114(20):2136.
- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Alkula, Tapani; Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Clarkeburn, Henriikka & Mustajoki, Arto 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heinänen, Marja 2007 (toim.). AUDIT-testi. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Oppaita ja työkirjoja 2007:4. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Helamo, Ilkka 2008. Hoidollinen interventio–puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Jan Holmberg; Tanja Hirschovits; Petri Kylmänen & Eva Agge (toim.). Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Sairaanhoidajaliitto.
- Helsingin terveyskeskus 2010. Terve Helsinki-hanke. Viitattu 23.3.2010.
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Terve+Helsinki+-hanke>
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

- Holopainen, Antti 2003. Uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Teoksessa Mikko Salaspuro; Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.). Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Huovinen, Maarit 2004. Tupakka. Duodecim-julkaisu.
- Huttunen, Matti 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto.fi. Viitattu 7.2.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00017
- Irti huumeista, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Stakes 2001. Suomi ja Huumeet. Tietopaketti huumeista
- Kantonen, Jarmo; Niitynen, Kaisa; Mattila, Juho; Kuusela-Louhivuori, Päivi; Manninen-Kauppinen, Eila & Pohjola-Sintonen, Sinikka 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Viitattu 24.3.2011. <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL472006-kantonen.pdf>
- Koponen, Hannu & Lepola, Ulla 2003. Päihdehäiriöt. Teoksessa Ulla Lepola; Hannu Koponen; Esa Leinonen; Matti Joukamaa; Matti Isohanni & Panu Hakola. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Korhonen, Ulla 2010. Miten puutun, kun epäily herää? Irti-vuosikirja. Huumetyön erikoisjulkaisu. Irti huumeista ry.
- Koski-Jännes, Anja 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Anja Koski-Jännes; Liisa Riittinen & Pekka Saarnio (toim.). Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Käypähoito 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 9.8.2010. www.kaypahoito.fi. Sivukartta. Alkoholiongelman epidemiologia.
- Laine, Pekka 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. Viitattu 24.3.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92771.pdf>
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Mäkelä, Rauno 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Mikko Salaspuro; Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.). Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Nykky, Tiina; Heino, Taina; Myllymäki, Eija & Rinne, Tuija 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.
- Pajarre, Suvi 2003. Nuorten päihteet. Terveyskirjasto.fi. Viitattu 21.3.2011. www.terveyskirjasto.fi. Sivukartta. Imppaus.
- Partanen, Airi 2000. Päihteet ja yhteiskunta. Teoksessa Maria Inkinen; Airi Partanen & Tiina Sutinen 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Poikolainen, Kari 2003. Päihteet ja Kansanterveys. Teoksessa Salaspuro, Mikko; Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.). Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Riipinen, Jukka 2010. Kasvattajille kannabiksesta ja muista huumeista – kokemusperäinen näkökulma. Irti-vuosikirja. Huumetyön erikoisjulkaisu. Irti huumeista ry
- Saarelainen, Ritva 2003. Päihteet ja päihteiden väärinkäyttö. Teoksessa Ritva Saarelainen; Eija Stengård & Anne Vuori-Kemilä 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.
- Sairaanhoitajaliitto 2010. Päihdehoitotyö. Sairaanhoitajaliitto.fi. Viitattu 3.8.2010. www.sairaanhoitajaliitto.fi. Sivukartta. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen.
- Sairanen, Sanna 2009. Tekniset liuottimet ja imppaus. Viitattu 1.8.2010. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/322-tekniset-liuottimet-ja-imppaus>
- Seppä, Kaija 2003. Mini-interventio. Teoksessa Mikko Salaspuro; Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.). Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Seppä, Kalervo & Aalto, Mauri 2009. Lyhyet alkoholikyselytestit Suomen riskikuluttajilla. Teoksessa Tuukka Tammi; Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.). Irti päihdeongelmista. Helsinki:Edita.
- STM 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. STM:n selvityksiä 65. Helsinki: STM.
- Suokas, Marjaana 2005. Päihdepotilas. Teoksessa Leena Koponen & Kirsi Sillanpää (toim.). Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

- Sutinen, Tiina; Partanen, Airi & Havio, Marjaliisa 2000. Ihmisen riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa Maria Inkinen; Airi Partanen & Tiina Sutinen 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Sutinen, Tiina; Partanen, Airi; Havio, Marjaliisa; Mattila, Riitta & Syysmeri, Leena 2000. Hoitava ja kuntouttava päihdehoitotyö. Teoksessa Maria Inkinen; Airi Partanen & Tiina Sutinen 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi
- Tammi, Tuukka; Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) 2009. Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Edita.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Alkoholi. Viitattu 4.3.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi/.
- Terveyskirjasto 2010. Päihde- ja huumeriippuvuus. Viitattu 20.3.2011.
<http://www.terveyskirjasto.fi/>. Sivukartta. Terveystieto.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Työterveyslaitos & Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto.
- Österberg, Esa 2009. Korvikealkoholit. Paihdelinkki.fi. Viitattu 9.8.2010.
www.paihdelinkki.fi. Sivukartta. Tietoiskut.

LIITE 1 Kyselymittari

Arvoisa vastaaja

Kyselyä käytetään Terveyskeskuksen syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden hoidon- ja palveluihinohjaaminen-koulutusprosessin suunnittelun tukena. Tulokset käsitellään vuoden 2010 aikana koulutusprosessiin osallistuvien kanssa. Kyselyyn vastaaminen on anonyymia ja tuloksia käsitellään eettisten ohjeiden mukaisesti.

Kyselyn käsitteitä:

Päihde= tupakka, alkoholi, lääkkeet päihtymystarkoituksessa, tekniset liuottimet (kaasut ym.), huumausaineet

Päihteitä käyttävä asiakas on henkilö, joka käyttää päihteitä. Hänellä saattaa olla päihteiden käyttöön liittyvä ongelma/hankaluus elämässään. Ongelma voi olla sosiaalinen tai terveyteen liittyvä (terveysriski). Päihteiden käyttömuodot voivat olla kokeilua, satunnaistakäyttöä, säännöllistäkäyttöä tai ongelmakäyttöä. Muita vastaavia käsitteitä ovat päihdepotilas ja päihteiden käyttäjä.

Syrjäytymisellä tarkoitetaan huono-osaistumisen prosessia, jossa ongelmat eri elämänalueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Syrjäytyminen ilmenee eri ulottuvuuksilla; syrjäytymisenä koulutuksesta, työstä, sosiaalisista suhteista ja vaikutusmahdollisuuksista. Syrjäytymisprosessiin liittyy usein myös terveyttä vaarantavia elintapoja.

1) Ammattisi (valitse sopivin kuvaamaan nykyistä tehtäväsi)

- Sairaanhoidtaja (kaikki tutkintomuodot esim. esh, amk)
- Lähihoitaja tai perushoitaja
- Sosiaalityöntekijä
- Lääkäri
- Muu, mikä

2) Työkokemuksesi nykyisissä tehtävissä vuosina

- 0-3 vuotta
- yli 3 vuotta - 5 vuotta
- yli 5 vuotta - 10 vuotta
- yli 10 vuotta - 15 vuotta
- yli 15 vuotta

3) Onko tutkintoosi kuulunut pähteisiin liittyvää opetusta?

Kyllä

Ei

4) Oletko käynyt työsi puolesta päihdekoulutuksessa viimeisen kuluneen vuoden aikana?

Kyllä

En

5) Mistä ikäryhmästä hoitamaasi potilaasi ovat? Voit valita useamman vaihtoehdon

Nuoret alle 18 vuotta

Nuoret 18-25 vuotta

Työikäiset 26-64 vuotta

Ikääntyvät tai ikäihmiset yli 65 vuotta

6) Kohtaatko työssäsi potilaita, joilla mielestäsi on ongelma seuraavien pähteiden käytön osalta?

	En koskaan	Harvoin	Melko usein
1. Tupakka	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alkoholi	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lääkkeet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Huumausaineet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sekakäyttö	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Liuottimet, kaasut ym. (imppaus)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7) Voit täydentää tähän edellistä vastaustasi

8) Kohtaatko työssäsi potilaita, joilla on mielestäsi pähteiden käyttöön liittyviä ongelmia?

En koskaan

Harvoin

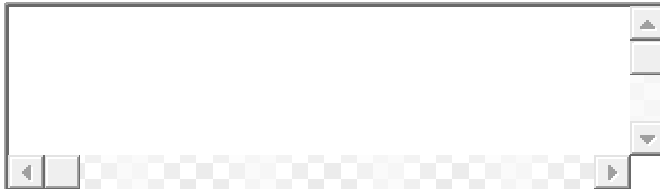
Melko usein

Usein

9) Puututko työssäsi potilaan pähteiden käyttöön?

- Kyllä
- En

10) Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaan päihteiden käyttöön?



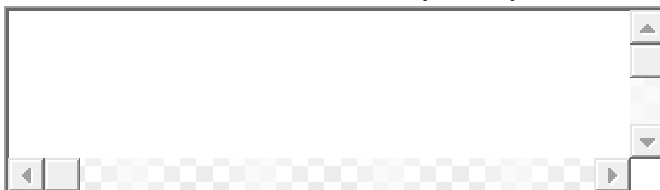
12) Kohtaatko työssäsi potilaita, joilla on mielestäsi mielenterveysongelmia?

- En koskaan
- Harvoin
- Melko usein
- Usein

13) Puututko potilaan mielenterveysongelmiin?

- Kyllä
- En

14) Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaan mielenterveysongelmiin?



16) Kohtaatko työssäsi potilaita, jotka ovat mielestäsi sosiaalisesti syrjäytyneitä?

- En koskaan
- Harvoin
- Melko usein
- Usein

17) Puututko potilaan sosiaaliseen syrjäytymiseen?

- Kyllä
- En

18) Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaan sosiaaliseen syrjäytymiseen?



20) Käytetäänkö työpaikallasi AUDIT-testiä ja/tai mini-interventiota? (Mini-interventiolla tarkoitetaan päihteitä käyttävälle potilaalle annettavaa lyhytneuvontaa: esim. keskustelu, ohjaus, opastus, motivointi)

- Aina
- Silloin tällöin
- Ei koskaan

21) Onko mini-interventio (lyhytneuvonta) sinulle tuttu työskentelymenetelmänä?

- Kyllä
- Ei

22) Kannattaako alkoholinkäyttö ottaa puheeksi potilaan kanssa?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

23) Päähtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
1. Päähtymys saa estää henkilön akuuttihoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Terveystieteiden päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päähtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Psykiatrin sairaala saa kieltäytyä ottamasta potilasta tutkittavaksi pelkästään humalatilasta tai tietyn promillerajan perusteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Katkaisuhoidossa voi edellyttää henkilön olevan selvinnyt ennen katkaisun aloittamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Päähtyneen henkilön akuuttihoidon yhteydessä tulee arvioida myös päihdehuollon tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Päähtymyksen vuoksi päivystykseen tuodulle potilaalle on annettava suullisesti tai kirjallisesti tietoa soveltuvista päihdehoitopaikoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24) Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen

	En koskaan	Harvoin	Melko usein	Usein	Aina
1. Kysyn potilaalta hänen alkoholin käytöstään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Keskustelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan kanssa hänen itsetuhoajatuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Käsittelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan kanssa hänen tunteitaan	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Keskustelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan omaisten/läheisten kanssa, asiakkaan terveydentilaan vaikuttavista asioista	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Annan runsaasti alkoholia käyttävälle potilaalle tietoa terveyteen vaikuttavista asioista	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. Annan runsaasti alkoholia käyttävälle potilaalle tietoa hoitopaikoista (esim. Nuorisoasema, A-klinikka)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. Annan runsaasti alkoholia käyttävän potilaan omaisille/läheisille tietoa hoitopaikoista (esim. A-klinikka)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. Annan potilaalle kirjallista tietoa päihteiden käytöstä ja vaikutuksista	<input checked="" type="radio"/>				

25) Yhteistyö

	En koskaan	Harvoin	Melko usein	Usein	Aina
1. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä sosiaalipäivystyksen kanssa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä päihdeyksiköiden (esim. Nuorisoasema, A-klinikka) kanssa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä hänen läheistensä kanssa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä poliisin kanssa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä järjestöjen, seurakunnan tai vastaavien tahojen kanssa					

26) Ohjaus

	En koskaan	Harvoin	Melko usein	Usein	Aina
1. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan A-klinikalle	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjausta erilaisten tukiryhmien yhteystiedoista	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjeita päihteistä kieltäytymiseksi sosiaalisissa tilanteissa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjeita riskitekijöiden/-tilanteiden välttämiseksi	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan hänen omalle terveysasemalle	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan psykiatriselle sairaanhoitajalle	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. Ohjaan mielenterveyspotilaan jatkohoitoon					

27) Millaisena potilaana päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?

Sairauden perusteella

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
1. Hoitaessani päihteitä käyttävää potilasta, minusta tuntuu usein siltä, että hän on väärin palvelujen piirissä	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Päihteitä käyttävän potilaan hoitaminen on mielestäni	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

rohkeus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pelko
onnistuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epäonnistuminen
myötämielisyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vastenmielisyys
kykenevyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avuttomuus
rakkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viha
kärsivällisyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kärsimättömyys
innostuneisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	innostomuus
ymmärtäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ymmärryksen puute
auttamishalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auttamishaluttomuus
helppous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vaikeus
mielenkiinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mielenkiinnottomuus
tärkeä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	turhautuneisuus

31) Voit kirjoittaa tähän vapaan kommenttisi

▲

▼

◀

LIITE 2 Kategorioiden muodostaminen

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<p>Hoitohenkilökunnan oma kanta ja sen vaikutus päihdepotilaan hoitoon</p> <p>Hoitohenkilökunnan tapa kohdella potilaita</p>	<p>Hoitohenkilökunnan asenteet päihdepotilasta kohtaan</p>	
<p>Hoitohenkilökunnan oma kokemus potilaalle antamasta hoidosta</p> <p>Hoitohenkilökunnan kiinnostus parantaa päihdepotilaiden hoidon laatua</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkemys päihdetyöstä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkemys päihteitä käyttävän potilaan kohtaamisesta</p>
<p>Hoitohenkilökunnan suhtautuminen eri-ikäisiin päihdepotilaisiin</p> <p>Hoitohenkilökunnan hoitomotivaatiota laskevat tekijät</p>	<p>Hoitohenkilökunnan suhtautuminen päihteitä käyttävään potilaaseen ja valmiudet päihdehoitotyöhön</p>	
<p>Hoitohenkilökunnan erilaiset keinot hoitaa päihteitä käyttävää potilasta</p> <p>Hoitohenkilökunnan keinot puuttua potilaan päihteiden käyttöön</p>		