



”Katkolta kuultua”-

Hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroituksesta vieroitushoito-osastolla.

Anne Nieminen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2020
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Klininen asiantuntija

NIEMINEN, ANNE

”Katkolta kuultua”

Hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroituksesta
vieroitushoito-osastolla

Opinnäytetyö 71 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2020

Alkoholiongelmien ovat Suomessa edelleen merkittävä kansallinen terveysuhka, vaikka alkoholin kokonaiskulutus on laskenut vuoden 2007 jälkeen. Lisääntyvässä monipäihdekäytössä, on alkoholi usein mukana yhtenä päihteenä. Monipäihdekäyttöä esiintyy enemmän niiden ihmisten keskuudessa, jotka lukeutuvat alkoholin riskikuluttajiin. Yleistynyt monipäihdekäyttö haastaa päihdevieroitushoitoa järjestäviä tahoja kehittämään palvelujaan muuttuvien tarpeiden vuoksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutin alkoholivieroituksen toteutumisesta Helsingin kaupungin Laakson alkoholivieroitusosastolla. Alkoholivieroitushoito-osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia on tutkittu suhteellisen vähän. Tavoitteena oli tuottaa tietoa aiheesta ja muodostaa tulosten perusteella kehittämissuhteet, joiden avulla osastolla voidaan edelleen kehittää monipäihdepotilaan akuuttia alkoholivieroitushoitoa.

Tulokset osoittivat monipäihdekäytön lisääntymisen näkyvän selkeästi vieroitushoito-osastolla. Monipäihdekäyttöön liittyi vahvasti potilaiden kasaantuneet ongelmat ja hoitajat tarvitsivat laajaa osaamista myös päihdetyön ulkopuolelta, psykiatrisen hoidon osaamisen merkitys korostui. Hoitajat kokivat ajoittain kuormitusta niin potilaisiin kuin palvelujärjestelmään liittyvistä seikoista. Osaston päivityksellisyys, potilaiden lyhytjänteisyys, kokonaishoidon pirstaleisuus ja lyhyet hoitajaksot toivat haasteita monipäihdepotilaan hoitoon ja jatkohoidon toteutumiseen. Moniammatillisuus ja kokemusasiantuntijoiden osuuden lisääminen osastohoitoon sekä potilaiden osallisuuden mahdollistaminen nähtiin tärkeiksi.

Kehittämissuhteiksi ovat kohdennettu lisäkoulutus, yhteistyön vahvistaminen huumevieroitusosaston sekä avohoidon kanssa sekä sosiaalityön ja kokemusasiantuntijuuden osuuden lisääminen osastohoitoon. Työnkerto vieroitushoito-osastojen välillä on keino edistää taitovaihtoa sekä yhteistyön vahvistumista.

Asiasanat: vieroitushoito, monipäihdekäyttö, hoitajien kokemukset, kehittäminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development
Mental Health and Substance Abuse

NIEMINEN, ANNE

Nurses' Experiences of Acute Alcohol Detoxification at a Detoxification Ward
"Things heard in detox"

Master's thesis 71 pages, appendices 8 pages

October 2020

As polysubstance use is becoming increasingly common, detoxification care providers are challenged to further develop their activities and services due to the changing service needs. The purpose was to describe the of nursing staff's experiences of the implementation of acute alcohol detoxification for polysubstance users in the Laakso detoxification ward of the City of Helsinki.

The aim was to produce information to prepare development suggestions to enable the ward to further develop the implementation of acute alcohol detoxification treatment for polysubstance users.

An accumulation of diverse problems was strongly related to polysubstance use. The nurses also needed wide expertise from outside actual substance abuse work, as the significance of competence in psychiatric and somatic care was emphasised. The nurses occasionally felt burdened by their work in issues related to both patients and the service system. The fact that the detoxification ward operates during emergency hours, short-sightedness of patients, fragmentation of overall care, and brief treatment periods posed challenges in the treatment. Multiprofessionality, increasing the share of experts by experience in inpatient care and enabling patient inclusion were considered important.

The development suggestions include targeted additional training, developing and increasing cooperation with drug detoxification ward and outpatient care, and including expert by experience activities in the inpatient care. Job rotation between detoxification wards provides one opportunity for promoting exchange of skills, development of competence and strengthening cooperation.

Key words: detoxification, polysubstance use, nurses' experiences, development

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	8
3	PÄIHTEIDENKÄYTTÖ JA PÄIHDEONGELMA.....	10
	3.1. Päihteiden käyttö Suomessa.....	10
	3.2. Monipäihdekäyttö	12
	3.3. Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito	14
	3.4. Hoitajien kokemukset vieroitushoidossa työskentelystä.....	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	21
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	22
	5.1. Laadullinen tutkimus	22
	5.2. Aineiston keruu	23
	5.3. Aineiston analyysimenetelmä.....	25
6	TULOKSET	28
	6.1 Hoitajien kokemukset monipäihdepotilaan hoidosta akuutilla alkoholivieroitushoito-osastolla.....	28
	6.1.1 Työntekijöiltä edellytetään laajaa osaamista	28
	6.1.2 Monipäihdepotilaan hoito on kuormittavaa hoitajille	31
	6.1.3 Vieroitushoidon haasteet potilaan kokonaishoidossa	35
	6.1.4 Osastovieroitushoidon käytänteet hoitajien kokemana ristiriitaisia	38
	6.2 Miten monipäihdepotilaan hoitoa tulisi kehittää	41
	6.2.1 Potilaan osallisuuden mahdollistaminen.....	41
	6.2.2 Osaamisen kehittäminen	43
	6.2.3 Potilaan hoitopolun kehittäminen yhteistyötahojen kanssa.....	44
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	47
	7.1 Tutkimuksen eettisyys.....	47
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus	49
	7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	52
	7.4 Kehittämis ehdotukset.....	58
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET.....	65
	Liite 1. Tietoinen suostumus.....	65
	Liite 2. Teemahaastattelurunko.....	67
	Liite 3. Aineiston analyysi.....	68
	Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset	69

1 JOHDANTO

Alkoholiongelmat ovat Suomessa edelleen merkittävä kansallinen terveysuhka, vaikka alkoholin kokonaiskulutus on laskenut tasaisesti huippuvuosien 2007 jälkeen (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypähoito -suositus 2018). Vuoden 2016 juomatapatutkimuksen todettiin, että 13 prosenttia suomalaisista 15-79 -vuotiaista kansalaisista on alkoholin riskikuluttajia ja näistä 5 prosenttia kuuluu korkean riskin alkoholinkäyttajiin. Väestötasolla määrä on merkittävä sillä, riskikuluttajiin lukeutuu yli 550 000 suomalaista, joista korkean riskin ryhmään kuuluu 200 000 ihmistä. Nämä suomalaiset altistuvat alkoholinkäytön pitkäaikaisille terveysriskeille sekä humalariskeille (Lintonen & Mäkelä, 2018, 41-42.)

Tasaisesti lisääntyvässä monipäihdekäytössä alkoholi on usein mukana yhtenä päihteenä. Tämän katsotaan johtuvan osaltaan siitä, että alkoholi voimistaa tehokkaasti useiden muiden päihteen vaikutusta. Monipäihdekäyttöä esiintyy merkittävästi enemmän niiden ihmisten keskuudessa, jotka lukeutuvat alkoholin korkean riskin kuluttajiin. Lisäksi usein humalaan juovilla henkilöillä on monipäihdekäyttö yleisempää kuin harvoin humalassa olevilla ihmisillä. (Hakkarainen, Karjalainen & Tigerstedt 2018, 92.) Monipäihdekäytön yleisyys on merkittävintä suurissa kaupungeissa, korostuen erityisesti pääkaupunkiseudulla (Kuussaari, Karjalainen, Kataja & Hakkarainen 2017, 2154-2155).

Monipäihdekäytöllä eli sekakäytöllä tarkoitetaan päihdyttävien aineiden eli alkoholin, laittomien huumeiden tai päihtymystarkoitukseen käytettyjen lääkkeiden, samanaikaista tai peräkkäistä käyttöä. Sekakäyttö sanan on todettu useissa tutkimuksissa olevan leimaava, negatiivinen ja stigmatisoiva, joten suositeltavampaa olisi puhua monipäihdekäytöstä, päihteen samanaikaiskäytöstä tai yhteiskäytöstä. (Väyrynen ym. 2015, 285; Kataja ym. 2016, 44; Kuussaari ym. 2017, 2152; Hakkarainen ym. 2019, 188.) Ajankohtaisten tutkimusten suosituksesta tässä opinnäytetyössä käytetään jatkossa sekakäytöstä puhuttaessa termiä monipäihdekäyttö.

Helsingin kaupungin päihdepalvelut ovat olleet suurten muutosten kohteena lähivuosien aikana niin päivystyslakiasetuksen, kuin päihdehuollon laitosrakennemuutoksen takia. Alkoholilaitosvieroitus on siirtynyt entiseltä sosiaalivierastolta osaksi terveystoimialaa. Akuutin laitosalkoholivieroituksen hoitoajat ovat lyhentyneet merkittävästi ja alkoholivieroitushoitoa tarvitsevilla potilailla on useammin myös muitakin päihteitä käytössä. (Laakson vieroitushoito ohjeet 2019; Laakson vieroitushoito tilasto 2019.)

Aikaisemmin Helsingin kaupungilla akuuttiin alkoholilaitosvieroitukseen siirtymiseen on edellytetty niin kutsuttuja ”puhtaita seuloja” eli samanaikaista muiden päihteiden käyttöä ei saisi esiintyä. Päihdehuoltolaki (1986/41) kuitenkin edellyttää kunnan tarjoavan sellaista päihdehuoltoa mitä kunnassa esiintyvä tarve edellyttää, sisällön ja laadun on siis vastattava kuntalaisten tarvetta. Päihdetyötä ohjaavat lait velvoittavat palveluiden kehittämistä tarvetta vastaavaksi (Terveysdenhuoltolaki 2010/1326). Yleistyvä monipäihdekäyttö haastaa päihdevieroitushoitoa järjestäviä tahoja kehittämään edelleen toimintaansa ja palvelujaan muuttuneen päihteiden käyttötapojen takia. Laakson vieroitushoito-osastolla on näihin vaateisiin vastattu muokkaamalla osastolle ottamisen kriteerejä esiintyvää hoidontarvetta vastaaviksi. Keskeistä on laitospäihdevieroitushoitoa vaativat alkoholivieroitusoireet, vaikka rinnalla olisikin muuta satunnaista päihteiden käyttöä. (Ohje terveydenhuollon yksiköille... 2019.)

Oma kiinnostukseni opinnäytetyön aiheeseen kumpuaa Laakson alkoholivieroitushoito-osastolla työskennellyistä vuosista, jolloin laitospäihdevieroitushoidossa on tapahtunut suuria muutoksia. Päihteiden käyttötapojen muutos ja monipäihdekäytön yleistyminen on näkynyt monissa terveydenhuollon eri toiminnoissa sairaanhoitajan työssä. Aihe on ajankohtainen. Monipäihdekäyttöä on tutkittu hyvin vähän verrattuna alkoholi- ja huumetutkimuksiin, joten aiheen tutkimiselle on selkeä tarve. Tutkimusten mukaan etenkin lääkkeiden päihdekäytön ennustetaan edelleen lisääntyvän merkittävästi lähitulevaisuudessa (Karttunen, Laitinen & Ryhänen 2018, 2275).

Vieroitushoito-osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaiden hoidosta ei ole tutkittu. Alkoholivieroituksen laitoshoidossa tapahtuneiden suurien muutosten jälkeen on merkittävää saada tietoa hoitajien

kokemuksista sekä hoitajien käsityksistä, miten vieroitushoito-osaston hoitokäytänteitä voisi edelleen kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa aiheesta ja luoda kehitysehdotukset monipäihdepotilaan akuutin alkoholivieroituksen kehittämiseksi.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Helsingin kaupungin päihdepalvelut tarjoavat laitospäihdehoitoa kahdella eri osastolla. Laakson päihdehoito-osasto tarjoaa akuuttia alkoholipäihdehoitoa ja Auroran päihdehoito-osasto huume- ja lääkepäihdehoitoa. Huume- ja lääkepäihdehoitoon hakeudutaan suunnitellusti ja hoitokaudet ovat pääasiassa suunniteltuja ja jatkohoidon suunnitelmat järjestelyineen on tehty usein jo etukäteen. Keskimääräinen hoitoaika on 14 vuorokautta. Akuuttiin alkoholipäihdehoitoon taas hakeudutaan yleensä päivystyksellisesti ja hoitokaudet ovat muutamien päivien pituisia. Laitospäihdehoito on tarkoitettu niille potilaille, joiden päihdehoitoa ei voida turvallisesti toteuttaa avohoidon tuella tai joiden päihtymyksen käytönkatkaisu ei ole onnistunut avohoidon avulla. (Helsingin kaupungin päihdepalvelut... 2019.)

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden viitekehyksenä toimii toipumisorientaatio, jossa hoitopalvelut kohdennetaan kullekin palvelunkäyttäjälle yksilöidysti, huomioiden toipumisen vaihe, voimavarat ja motivaatio. Keskeisenä on pyrkimys tarjota yksilölle oikeanlaista hoitoa oikea-aikaisesti. (Jaakkola, 2018). Toipumisorientaation voidaan kuvata olevan ajattelun ja toiminnan viitekehys, jonka kulmakivet ovat yksilön voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys (Nordling 2017, 3). Toipumisorientaation mukaisella työotteella pyritään keskittymään yksilön voimavaroihin ja vahvuuksiin, joiden kautta voidaan tukea ja vahvistaa yksilön osallisuutta niin omaan hoitoonsa ja kuin elämäänsä (Jaakkola, 2018).

Laakson akuutti alkoholipäihdehoito-osasto on 22 potilaspaikkainen suljettu osasto, joka ottaa potilaita vastaan läheteellä vuorokauden ympäri. Lähetteen laitospäihdehoitoon voi saada Helsingin kaupungin neljältä eri päihdepoliklinikalta, HUS yhteispäivystyksistä, nuorisoasemalta tai tarvittaessa terveyskeskuslääkäriltä. Pieni osa potilaista siirtyy osastolle myös Helsingin kaupungin selviämishoitoaseman lähettämänä tai muista sairaaloista. Päihdehoitoon pääsee päivystyksellisesti ja suurin osa potilaista siirtyy osastolle saman päivän aikana, kun laitospäihdehoidon tarve on todettu. Päivystyksellisesti tulevilla potilailla ei ole useinkaan tiedossa jatkohoidon

suunnitelmaa. Osa potilaista siirtyy osastolle hoitoon Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksistä ja hoitojakso saattaa olla potilaan ensimmäinen kontakti päihdepalveluihin. (Ohje terveydenhuollon yksiköille...2019)

Osaston henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja yksi osastonsihtööri. Lääkäreitä osastolla on kaksi, joista toinen on psykiatrian erikoislääkäri ja toinen yleislääketieteen erikoislääkäri. Lisäksi osastolla toimii osa-aikainen sosiaaliohjaaja. Sosiaalityöntekijän palveluita ei laitospäivystyksen osastolla enää ole käytettävissä, vaan sosiaalityöntekijän palvelut on siirretty alueiden sosiaalityöntekijöille avohoidon pariin. (Laakson vieroitusahoito-osaston ohjeet 2019).

Osastolla hoidetaan akuuteista alkoholivieroitusoireista kärsiviä täysi-ikäisiä potilaita. Hoito osastolla perustuu vapaaehtoisuuteen, osasto toimii suljetuin ovin. Vierailut eivät ole osastolla mahdollisia hoidossa olevien potilaiden yksityisyyden takaamiseksi. Hoitoa toteutetaan yksilöllisesti laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoito on lääkkeellistä ja lyhytkestoista akuuttia puuttumista päihdekierteen katkaisuun, jonka keskeisenä tarkoituksena on helpottaa vieroitusoireita, ehkäistä komplikaatioita ja auttaa potilaita kriisiytyneiden elämäntilanteiden selvittämisessä. Vuonna 2019 hoitojakson keskimääräinen pituus oli 3,8 vuorokautta vaihdellen 3-5 vuorokauden välillä. Osastolla ei ole valmiutta suonensisäistä lääkintää eikä iv-nesteytystä varten. Somaattisesti vaikeaoireiset ja seuranta vaativat potilaat siirretään tarvittaessa HUS-yhteispäivystykseen. Vieroitushoidon jälkeen suurin osa potilaista siirtyy kotiin avohoidon piiriin, osa taas jatkaa laitospäihdekuntoutukseen. (Laakson vieroitusahoito-osaston tilasto 2019; Laakson vieroitusahoito-osaston ohjeet 2019.)

3 PÄIHTEIDENKÄYTTÖ JA PÄIHDEONGELMA

Aiheenmukaisia tiedonhakuja tehtiin seuraavista kansainvälisistä tietokannoista: Cinal, Medline, Scopus, Nursing & Allied Health Database (ProQuest) sekä erillisinä hakuina kansainvälisistä sekä kotimaisista tieteellisistä lehdistä. Tietokannoissa hakusanoina oli alcohol withdrawal OR detoxification AND alcohol Abuse OR Substance Abusers OR Substance Dependence OR Alcohol-Related OR alcohol user* OR alcoholism OR substance use* OR alcohol dependence OR alcohol abuse OR alcoholic OR alcohol addiction sekä alcohol detoxification treatment AND inpatient. Hakuja tehtiin myös hakusanoista polydrug OR polydrug use. Kotimaisista tietokannoista käytettiin Medic, Terveystietä, Finna ja Julkari tietokantoja. Kotimaisissa tietokannoissa hakusanoina käytettiin alkohol* AND vieroitus* AND päihde* sekä katkaisuh* OR vieroitus* AND alkoholi* sekä monipäihde* OR sekakäyttö. Hakusanoja käytettiin useampina erilaisina yhdistelminä. Tämä tiedonhaku koski vain kappaleita 3.1 -3.3. Aiheeseen hoitajien kokemuksia kappale 3.4 tehtiin uusi tiedonhaku.

TAULUKKO 1. Tutkimusten sisäänotto kriteerit

SISÄÄNOTTO KRITERIT	POISSULKU KRITERIT
<ul style="list-style-type: none"> - vertaisarvioitu - vastaa tutkimuskysymyksiin - julkaistu 2010-2020 - suomen tai englanninkielinen - saatavana maksutta kokotekstinä - saatavana verkossa 	<ul style="list-style-type: none"> - ei vertaisarvioitu - ei vastaa tutkimuskysymyksiin - julkaistu ennen vuotta 2010 - julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti - maksullinen artikkeli tai ei saatavissa kokotekstisenä - ei saatavissa verkossa

3.1. Päihteiden käyttö Suomessa

Suomessa eniten käytetty päihde on edelleen alkoholi ja laittomista huumausaineista kannabis. Alkoholin kokonaiskulutus on laskenut lähes 20 % viimeisten kymmenen vuoden aikana. Kokonaiskulutus vuonna 2017 oli 10,3 litraa sataprosenttista alkoholia yli 15-vuotiaasta suomalaista kohden, huippuvuoden 2007 vastaava määrä oli 12,7 litraa. Keskikulutuksen laskusta huolimatta on suomalaisten alkoholin kulutus pohjoismaissa kärkiluokkaa ja

eroaa yleisestä eurooppalaisesta juomatavasta korkeilla kertamäärillä ja humalajuomisella. (Mäkelä 2018, 22-23; Tigerstedt, Mäkelä & Karlsson 2018, 251.)

Vuonna 2018 alkoholin kulutuksen suotuisa kehitys pysähtyi. Alkoholin kokonaiskulutus kasvoi ensimmäistä kertaa vuoden 2007 jälkeen, lisäystä oli 0,4%. Alkoholista johtuvat kuolemat lisääntyivät vuoden 2018 aikana 6,5 prosentin verran vuoteen 2017 verrattuna. Alkoholisairauksista johtuvien sairaalahoitajaksojen kasvu on ollut merkittävää vuodesta 2013 alkaen, etenkin päihtymystilan ja elimellisten aivo-oireyhtymien osalta. Alkoholimyrkytysten sekä maksasairauksien hoitajaksoissa ei näy vähenemistä kokonaiskulutuksen laskusta huolimatta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2018, 52.)

Suomessa laittomien huumausaineiden käyttö on vähäistä verrattuna muihin Euroopan maihin (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2019). Keskeisimpinä aineina on kannabiksen lisäksi opioidit, joista yleisimpänä on buprenorfiini, stimulantteista amfetamiini, lisäksi MDMA, ekstaasi sekä kokaiini. Amfetamiinin käyttö on Suomessa ollut ennätyskorkealla vuonna 2018. Jätevesitutkimuksien mukaan kokaiinin käyttö on edelleen pientä, mutta tasaisesti lisääntyvää. Heroiinin käyttö Suomessa on hyvin vähäistä (THL 2017; EMCDDA 2019a, 6; EMCDDA 2019b, 5, 11-13.) Klassisten huumausaineiden rinnalle on noussut myös iso joukko niin kutsuttuja muuntohuumeita eli synteettisiä psykotrooppisia aineita, joita käytetään päihtymystarkoituksiin. Näistä suurin osa lukeutuu amfetamiinityypisten stimulanttien ryhmään. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Suomessa merkittävämmäksi opioideista päihdekäytössä on noussut buprenorfiini. Ruiskuhuumeijäämä- tutkimuksessa todettiin vain 10-15 % käytetyistä buprenorfiinista olevan peräisin Suomessa käytetystä korvaushoitolääkkeistä (Suboxone) ja muu 85-90% on peräisin ulkomailta tuodusta buprenorfiinista (Subutex) jossa ei lisättyä naloksonia ole. Opioidien ongelmakäyttäjää arvioidaan olevan Suomessa noin 13 000-15 000, opioidikorvaushoidossa on 3400 ihmistä. (THL 2017, 10; EMCDDA 2019b, 13,18.) Opioideihin kehittyi nopeasti merkittävä toleranssi ja käyttö muuttuu hyvänolon hakemisesta nopeasti vieroitusoireiden ehkäisemiseksi

(Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Vuodesta 2009 alkaen buprenorfiini on ollut merkittävin myrkytyskuolemien aiheuttaja, näihin myrkytyksiin liittyy keskeisesti lisäksi alkoholi tai rauhoittavat lääkkeet lisänä (Ojanperä & Kriikku 2018).

Lääkkeiden päihdekäyttö näyttää myös yleistyvän edelleen. Suomalaisista 7 prosenttia on kertonut käyttäneensä unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ilman lääkinnällistä tarkoitusta. Yleisin lääkeaine päihdekäytössä on bentsodiatsepiinit. Muita päihtymystarkoituksissa käytettyjä lääkkeitä ovat lyhytvaikutteiset unilääkkeet, opioidit, pregabaliini sekä ADHD:n hoidossa käytettävät keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet. (Karttunen ym. 2018, 2278.)

Päihdeongelman vakavuutta voidaan arvioida riskikäytöstä etenevään ongelmakäyttöön ja vaikeimmaksi muodoksi katsotaan olevan kehittynyt päihderiippuvuus, Suomessa käytössä oleva ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti. Päihderiippuvuuden diagnostiset kriteerit ovat lähes samanlaiset päihteestä riippumatta. Eri päihteisiin liittyy kuitenkin ainekohtaisia eroja, hoidon kannalta nämä ovat tärkeitä ja merkittäviä tietää. Fyysisen riippuvuuden katsotaan olevan merkittävä alkoholin, bentsodiatsepiinien sekä opioidien kohdalla ja siten näiden päihteiden kohdalla myös fyysiset vieroitusoireet ovat tyypillisiä. (Kuoppasalmi ym. 2018.)

3.2. Monipäihdekäyttö

Monipäihdekäyttö (sekakäyttö) on koettu hyvin epäselväksi ja epämääräiseksi käsitteeksi, johon liittyy paljon stereotyyppisiä mielikuvia ja selkeä negatiivinen stigma myös päihdetyön ammattilaisten keskuudessa. Sekakäyttö termiä käytettäessä se luo yleisesti mielikuvia useiden päihteiden holtittomasta käytöstä ja päihteiden käyttäjien ”pohjasakasta”, joita leimaa vaikea huume- tai päihderiippuvuus. Monipäihdekäyttö ilmiöstä ja käsitteestä on todettu tarvittavan lisää tutkimustietoa ja tarkempaa ja selkeämpää käsitteen määritelmää. (Hakkarainen ym. 2019,188; Kataja ym. 2016, 44.)

Viimeaikaisten tutkimusten valossa voidaan todeta, että monipäihdekäyttöä esiintyy eri tasoissa, se on useita erilaisia käyttötapoja sisältävä ilmiö. Osa monipäihdekäytöstä on niin kutusuttua ”hallittua viihdekäyttöä”, jossa käyttö on hyvin ajoittaista, suunniteltua ja päihteiden käytön hallinta on keskeisellä sijalla käyttäjien keskuudessa. Monipäihdekäyttöä ilmenee myös niin kutsuttu lääkinällinen käyttönä sekä käyttönä, jonka tarkoituksena on vähentää tai tasapainottaa jonkin toisen päihteiden vaikutusta. Ääripäässä esiintyy pakonomainen ja jatkuva riippuvuuskeskeinen monipäihdekäyttö. Monipäihdekäyttöä ei siis voida rajoittaa pelkästään vain vaikea-asteiseen päihteiden ongelmakäyttöön. (Connor, Gullo, White & Adrian 2014, 270; Kataja ym. 2016, 44; Hakkarainen ym. 2019, 190-191.)

Monipäihdekäyttöä on tutkittu suhteellisen vähän verraten alkoholi- ja huumeetutkimuksiin (Hakkarainen ym. 2019, 188). Monipäihdepotilaan hoitoon ei ole olemassa omaa Käypähoito -suositusta, yleensä monipäihdepotilaan hoito perustuu potilaan tilan ja ongelman tunnistamiseen, vaikeusasteen sekä kiireellisyyden arvioimiseen. Merkittävää on, että suurehko osa monipäihdekäyttäjistä on sosiaali- ja terveystalveluiden suurkuluttajia. (Kuusisaari ym. 2017, 2152, 2159)

Suomalaisten keskuudessa yleisimmät päihdeyhdistelmät ovat alkoholi ja kannabis sekä alkoholi ja lääkkeet. Kannabiksen ja alkoholin yhteiskäytön on todettu olevan harvempaa ja satunnaisempaa, ja se keskittyy usein viihdekäyttöön. Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytöllä taas on enemmän yhteyksiä päihdeongelmaan. Runsaasti alkoholia käyttävien ihmisten keskuudessa lääkkeiden ja huumeiden yhteiskäytön on todettu olevan yleisempää ja säännöllisempää, kuin alkoholia kohtuullisesti käyttävien keskuudessa. (Hakkarainen ym. 2018, 94-96.)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen vuoden 2015 päihdetalpauslaskennassa oli mukana yhteensä 10 650 päihde-ehdoista asiointia, joista 48,8 prosentilla esiintyi viimeisen vuoden aikana alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä. (Kuusisaari ym. 2017, 2152). Yleisimpiä lääkkeitä monipäihdekäytössä ovat erilaiset rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet sekä vahvemmat kipulääkkeet, joita hankitaan joko laillisesti reseptillä tai katukaupasta laittomasti. Suomessa reseptillä määrättyjä

lääkityksiä on selkeästi vähemmän tarjolla katukaupassa, kuin ulkomailta katukauppaan laittomasti tuotuja lääkkeitä. (Saavalainen 2015, 13.)

Monipäihdekäyttöön liittyy merkittävästi enemmän terveysriskejä, kuin yksittäisen päihteen käytössä. Eri päihteen voimat vahvistaa toistensa vaikutuksia arvaamattomilla tavoilla. Erilaisten myrkytystilojen sekä yliannostusten riski kasvaa, ja yllättävien haittavaikutusten mahdollisuus lisääntyy usean eri päihteen yhteiskäytössä. Vieroitusvaiheessa oireet voivat olla haastavia sekä vaikeatasoisia ja ne vaativat myös usein laitostasoista vieroitusta. (Vorna 2018.) Bentsodiatsepiinien sekä muiden sedatiivisten lääkeaineiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista merkittävin on niiden toisiaan lisäävät keskushermostoa lamaavat vaikutukset. On huomattavaa, että yhteisvaikutuksia voi esiintyä vielä yli kymmenen tunnin päästä lääkkeen ottamisen jälkeen. Yliannoksina vaikutukset edelleen voimistuvat voimakkaasti. Bentsodiatsepiineihin kehittyy herkästi toleranssi ja vahva riippuvuus, jossa fyysinen riippuvuuden osuus on merkittävä. (Seppälä 2015.)

3.3. Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito

Pidempiaikaisen alkoholin käytön aikana hermosto sopeutuu alkoholin olemassaoloon elimistössä. Alkoholin käytön loppuessa hermoston toiminta muuttuu äkisti, elimistö joutuu sopeutumaan uuteen tilanteeseen, jossa alkoholia ei enää tule. Vieroitusoireet syntyvät tilanteesta, kun alkoholin poistuessa tai vähentyessä elimistössä syntyy hermoston ylivireystila. Vieroitusoireiden ilmaantuminen kertoo aina yksilön fysiologisen riippuvuuden kehittymisestä. Vieroitusoireet alkavat keskimäärin 12-24 tunnin kuluttua alkoholinkäytön lopettamisesta tai merkittävästä vähentämisestä. Oireiden kesto vaihtelee yksilöllisesti, voimakkaimmillaan vieroitusoireiden katsotaan olevan ensimmäisen ja toisen vuorokauden aikana. (Alho, Jokelainen & Aalto 2015; Huttunen 2018.) Vieroitusoireiden hoidon tarve on tärkeä viesti siitä, että alkoholin käyttö on potilaalla ongelmallista (Kuoppasalmi ym. 2019).

Fyysisiä alkoholin vieroitusoireita ovat autonomisen hermoston toiminnasta aiheutuvat vapina, hikoilu, kohonnut verenpaine sekä sydämen syke.

Pahoinvointia, oksentelua sekä päänsärkyä esiintyy myös yleisesti. (Kuoppasalmi ym. 2019.) Psyyskisiä keskeisiä vieroitusoireita ovat eri asteinen ahdistus, levottomuus, ärtyneisyys ja unettomuus. Osalla vieroitusoireina esiintyy myös kuulo- ja näköharhoja sekä pelkotioloja. Vakaviin ja hengenvaarallisiin alkoholin vieroitusoireisiin kuuluu epileptiset kouristukset sekä delirium tremens-tila. (Huttunen 2018.) Delirium tremens tilan kehittymisen suurin riski on toisen ja kolmannen vuorokauden kohdalla alkoholinkäytön lopettamisesta, mutta vaikeasti alkoholiriippuvaisella deliriumin oireita voi kehittyä jo huomattavasti aikaisemmin. Delirium vaatii aina somaattista sairaalahoitoa, sillä hoidettunakin delirium on hengenvaarallinen. (Alho ym. 2015.)

Vieroitusoireiden voimakkuus on usein suhteessa juotuun alkoholin määrään ja alkoholin käytön pituuteen, yksilön fysiologiset ominaisuudet vaikuttavat myös vieroitusoireiden voimakkuuteen (Alho ym. 2015). Aiemmin koetut voimakkaat vieroitusoireet ennakoivat vaikeita vieroitusoireita aina jatkossakin, alkoholin vieroitusoireille on tavanomaista muuttua vaikeammiksi kerta toisensa jälkeen (Kuoppasalmi ym. 2019).

Alkoholivieroitusoireiden voimakkuutta on suositeltavaa arvioida kansainvälisesti käytössä olevalla Ciwa – Ar mittarilla (Ciwa-Ar = Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale). Mittari on toimiva apu myös alkoholivieroitusoireiden hoidon tarpeen arvioon. Tuloksena alle 20 pistettä viittaa lieviin alkoholivieroitusoireisiin, jolloin vieroitushoito voi olla mahdollista toteuttaa avohoitona, jos henkilöllä ei ole aikaisemmin todettuja vakavia vieroitusoireita, kuten epileptiset kouristukset tai aikaisemmin sairastettu delirium tremens tila. Yli 20 pistettä edellyttävät lähes aina lääkehoitoa ja laitosvieroitushoidon tarvetta. Mittarin käytöstä on myös hyötyä arvioitaessa vieroitusoireisiin annettujen lääkkeiden vaikuttavuutta, arvioitaessa myös vieroitusoireiden helpottamisen ja hoidon tehon suuntaa. (Niemelä 2011, 1375; Alho ym. 2015.)

Vieroitushoidon tavoitteena on lievittää sekä fyysisiä että psyykkisiä vieroitusoireita ja ehkäistä eriasteisten komplikaatioiden, kuten epileptisten kouristusten tai delirium tremens-tilan kehittyminen. Keskeisessä osassa on lääkehoito, jonka tarve määräytyy yksilön vieroitusoireiden laadun ja voimakkuuden mukaisesti. Ensisijaisina lääkkeinä ovat bentsodiatsepiinit, näistä

eniten käytetty on pitkävaikutteinen diatsepaami, jonka tiedetään ehkäisevän tehokkaasti kouristuksia. Bentsodiatsepiini hoito on lyhyttä ja se toteutetaan laskevin annoksin. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Yksilöllisesti hoidossa voidaan käyttää myös muuta oireenmukaista lääkitystä. Sydämen sykettä sekä korkeaa verenpainetta hillintään käytetään yleisesti lääkityksiä. Päänsärky, pahoinvointi ja närästys ovat myös lääkehoidoilla helpotettavissa. Ahdistukseen ja levottomuuteen voidaan tarvita lisälääkintää bentsodiatsepiinilääkityksen tueksi. Unen turvaaminen ja vuorokausirytmien korjaantuminen on tärkeä osa hoitoa. Tarvittaessa tätä turvataan lääkityksillä, nukahtamista helpottavilla lyhytvaikutteisilla lääkkeillä sekä tarvittaessa muilla unta tukevilla lääkkeillä. (Niemelä 2011, Alho ym. 2015.)

Pitkäaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa tiamiinin vajausta elimistössä, joka lisää merkittävästi riskiä sairastua vakavaan Wernicen enkefalopatiaan. Tämän takia rutiiniksi lääkehoidon osaksi kuuluu tiamiini- injektio lihakseen kolmena peräkkäisenä hoitopäivänä. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Vieroitusoireisiin liittyy usein kehon kuivuminen sekä elektrolyytitasapainon häiriöt, jotka lisäävät alttiutta sydämen rytmihäiriöille. Tilan korjaamiseen suositetaan isotonista urheilujuomaa sekä rasvatonta maitoa. Ruokailuun kannustetaan heti kun potilaan vointi sen sallii, ruoan mukana turvataan energian ja tärkeiden elektrolyyttien saaminen. Merkittävänä vieroitushoidon tavoitteena on potilaan nesteytyksen ja ravitsemuksen turvaaminen. (Alho ym. 2015.)

Hoitojakson alussa lääkkeellinen fyysisten ja psyykkisten vieroitusoireiden hoito on keskeistä. Hoitoon tullessa potilaat ovat usein fyysisesti huonokuntoisia, myös mahdollisten perussairauksien hoito voi olla laiminlyötyä. Potilaan voinnin helpottuessa, merkitykselliseksi nousee kriisiytyneen elämäntilanteen selvittelyt tarvittaessa moniammatillisen tiimityön turvin, päihteettömyyteen motivointi ja jatkohoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa. (Halonen & Paakkeli-Kurronen 2009, 53-54.)

Lyhyessäkin vieroitushoidossa tulisi korostua potilaan motivointi muutokseen, ja yksilön oman tulevaisuuden toiveiden ja nykytilanteen välillä olevan ristiriidan

esille tuominen ja sen tarkastelu. Hoitajan on tärkeää tunnistaa missä muutosvaiheessa potilas on oman tilanteensa suhteen. Motivoiva haastattelu menetelmänä sopii hyvin laitosisvieroituksessa käytettäväksi työkaluksi. Lyhyen vieroitushoidon aikana on keskeistä keskittyä juuri potilaan henkilökohtaisen tilanteeseen ja ainakin herätellä muutosprosessia. Yhtenä vieroitushoidon tavoitteista on siis potilaan motivoiminen jatkohoidon pariin. Palveluohjaus ja jatkohoidon järjestäminen yhdessä potilaan kanssa on tärkeä osa vieroitushoitoa. (Niemelä 2011, 1377, Päihdelinkki 2019.)

3.4. Hoitajien kokemukset vieroitushoidossa työskentelystä

Alkoholivieroitushoito-osastolla työskenteleviä hoitajia ja heidän kokemuksiaan on tutkittu suhteellisen vähän. Hoitajien kokemuksista päihdepotilaan hoidosta päivystyksissä, teho-osastolla sekä somaattisessa sairaalahoidossa on tehty kohtalaisen paljon niin kotimaassa kuin kansainvälisesti. Kansainvälisiä tutkimuksia kartoittaessa haasteeksi muodostuu hyvin erilaiset käytänteet osastotason alkoholivieroituksen järjestämisessä eri maissa.

Aiheenmukaisia tiedonhakuja, hoitajien kokemuksista, tehtiin erikseen omana hakuna. Kansainvälisistä tietokannoista: Cinal, Medline, PsycINFO (Ovid), Scopus, Nursing & Allied Health Database (ProQuest) sekä erillisinä manuaalisina hakuina kansainvälisistä tieteellisistä lehdistä. Kotimaisista tietokannoista käytettiin Medic, Finna ja Julkari tietokantoja. Lisäksi manuaalisia erillishakuja tehtiin Hoitotiede-lehdestä.

Kotimaisissa tietokannoissa hakusanoina käytettiin päihde* AND hoitaj* AND vieroitus* OR katkai* sekä katkaisuh* OR vieroitus* AND kokem*. Ulkomaisissa hauissa hakusanoina oli nurse AND Attitudes OR experience OR perception AND Alcohol Rehabilitation OR Alcohol Withdrawal OR alcohol detoxification AND in-patients OR hospitalization sekä qualitative research AND care professionals' perspective AND alcohol detoxification treatment AND inpatient AND nursing. Hakusanoja käytettiin useammissa erilaisina yhdistelminä.

Sisäänottokriteereinä tutkimuksille oli vertaisarviointi, julkaisukielenä joko Suomi tai Englanti sekä kokotekstin saaminen maksutta. Julkaisuaikajankohda rajattiin vuosille 2010-2020 välille, mutta kotimaisien tutkimusten kanssa tästä oli joustettava aina vuoteen 2006 asti, aineiston vähäisyyden takia. Tutkimuksia valikoitui mukaan yhteensä neljä, joista kolme oli kotimaisia ja yksi kansainvälinen tutkimus.

Hoitajien kokemana akuutin alkoholivieroitus胡oidon yhdeksi keskeiseksi tehtäväksi nähdään potilaan fyysisen voimnin kohentumisen kokonaisvaltainen tukeminen. Hoitoon hakeutumisen koetaan tapahtuvan myöhäisessä vaiheessa, jolloin potilaiden fyysinen voimnti on yleisesti heikko vieroitus胡oitoon saapuessa ja heillä on runsaasti somaattisia oireita. (Heiskanen 2006, 8,23; Lampela & Jounila 2010, 69.) Osa hoitajista koki omat tiedot ja taidot riittämättömäksi somaattisesti sairaiden potilaiden hoitamisessa (Hanpatchaiyakul ym. 2016, 65).

Laajempi ymmärrys päihdeongelmasta riippuvuussairautena koettiin välttämättömäksi vieroitus胡oidossa olevan potilaan auttamiseksi. Ammatillisuuden merkitystä korostettiin myös luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen edellytyksenä, joka katsottiin hoidon onnistumisen ytimeksi. Rauhallista, syyllistämätöntä ja ihmisarvoa kunnioittavaa potilaan kohtaamista korostettiin. Hoitajat kokivat vuorovaikutuksen, yksilökeskustelut ja läsnäolon potilaan kanssa merkittäviksi hoitotyön auttamismenetelmiksi. Empaattinen suhtautuminen, potilaan hyväksyminen sekä voimavaralähtöinen näkökulma keskusteluissa nähtiin merkityksellisinä. (Halonen & Paakkeli-Kurronen 2006, 38; Heiskanen 2009 23-26.)

Laitosvieroituksen lyhyet hoitajakset nähtiin haasteelliseksi hoidon toteutumisen kannalta kaikissa tutkimuksissa. Hoitajaksojen koettiin olevan riittämättömiä potilaille pysyvän muutoksen alkuun, hoito keskittyy pääasiassa vieroitusoireiden akuuttiin hoitoon. Jatkohoidon suunnittelu nähtiin tärkeänä osana vieroitus胡oittoa, mutta sen toteutuminen koettiin usein heikkona, joskus vieroitus胡oidon nähtiin jäävän irralliseksi tapahtumaksi potilaan elämässä. Tärkeänä kehityskohteena nähtiinkin yhteistyön lisääminen etenkin avohoidon kanssa. Toisaalta tuotiin esiin myös sitä näkökulma, että järjestelyt jatkohoidon suhteen tuntuvat turhilta potilaan tullessa yhä uudestaan vieroitus胡oittoon. Potilaiden oma sitoutumattomuus hoitoon nähtiin yhtenä keskeisenä esteenä hoidon

jatkuvuudelle. (Heiskanen 2009, 41; Hanpatchaiyakul ym. 2016, 66; Lampela & Jounila 2010, 72-73.)

Yksilöllisen hoitosuunnitelman merkitys ja tavoitteiden asettaminen yhdessä potilaan kanssa nähdään merkittäväksi vieroitushoidon onnistumisen kannalta. Osa potilaista tavoittelee päihteetöntä elämää, osa haluaa vain helpotusta koettuihin päihdehaittoihin. Toistuvat vieroitushoitajaksot samoilla potilailla aiheuttivat turhautumista, uskon puutetta potilaan toipumiseen sekä merkityksettömyyden tunnetta omaa työtään kohtaan. Osa hoitajista koki turhana tarjota kaikille samoja palveluita, jos potilaalla itsellään ei ollut motivaatiota raitistumiseen. Ulkoisten motivaatioiden ollessa potilaalle hoitoon tulon pääasiallinen syy myös hoitajien odotukset hoitojaksolle olivat heikommat. Kuitenkin yhtenä vieroitushoidon tarkoituksena korostui potilaan oman motivaation herättely ja vahvistaminen. Esille nousi myös eettinen näkökulma potilaan tasa-arvoiseen oikeuteen saada hoitoa motivaationsa tilasta huolimatta. (Heiskanen 2009, 39; Lampela & Jounila 2010, 96; Hanpatchaiyakul ym. 2016, 61-62.)

Työssä jaksamisessa koettiin välttämättömäksi ymmärrys riippuvuussairauksien luonteesta ja käsitys siitä, että hoitajan mahdollisuudet vaikuttaa potilaan kokonaistilanteeseen ja elämään ovat rajalliset. Kyky sietää epävarmuutta ja turhautumisen tunteita katsottiin osaksi päihdetyöntekijän ammattitaitoa. (Heiskanen 2009 33-36; Lampela & Jounila 2010, 84-93.) Osaston yhteiset sovitut selkeät linjat ja työnjako nähtiin merkitykselliseksi sekä tärkeiksi turvallisen hoitoympäristön luomisessa. Hoitajien erilaiset ammatilliset näkemykset saattoivat ajoittain synnyttää konflikteja työyhteisössä. (Halonen & Paakkeli-Kurronen 2006, 36; Lampela & Jounila 2010, 64,80.)

Potilaiden ajoittainen arvaamattomuus, kärsimättömyys, häiritsevä tai manipuloiva käyttäytyminen koettiin ajoittain raskaaksi, tulotilanteessa potilaiden voimakas päihtymys korosti näitä piirteitä. Uhkaavuutta toi harhaiset ja deliriumiin menevät potilaat, tällöin aggressiivisen käyttäytymisen mahdollisuudet kasvoivat. Näitä tilanteita koettiin tapahtuvan kuitenkin harvoin. (Lampela & Jounila 2010, 57-58.)

Moniammatillisuus vieroitushoidossa nähtiin tärkeäksi, koska hoitoon tullessa potilaan elämäntilanne on usein monilta kriisiytynyt, arjen perusasiat ovat jääneet hoitamatta, taloudellisia sekä sosiaalisia ongelmia on yleisesti kasaantuneena. Yhteistyö ja viestintä eri ammattilaisten välillä sekä avohoidon kanssa koettiin ajoittain haastavaksi, tätä toivottiin edelleen kehitettävän. (Halonen & Paakkeli-Kurronen 2009, Lampela & Jounila 2010, 57-58.) Vieroitushoidon merkitys potilaalle nähtiin tärkeänä, hoitamattomana alkoholin vieroitusoireet ovat potentiaalisesti hengenvaarallisia. Osalla hoitajista heräsi kuitenkin ajatuksia siitä, että vieroitushoidolla mahdollistettiin potilaan päihdeongelman jatkuminen, vieroitushoito nähtiin kuitenkin välttämättömänä osana potilaan mahdollisuudesta päihteettömän elämän alkuun. (Lampela & Jounila 2010, 96.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia monipäihdepotilaan akuutti alkoholivieroituksen toteutumisesta Helsingin kaupungin Laakson alkoholivieroitusosastolla.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta osastolla?
2. Miten monipäihdepotilaisen hoitoa lyhytaikaisessa vieroitushoidossa tulisi kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa aiheesta ja muodostaa tulosten perusteella kehitysehdotukset, joiden avulla vieroitushoito-osastolla voidaan edelleen kehittää monipäihdepotilaan akuuttia alkoholivieroitushoidon toteuttamista.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1. Laadullinen tutkimus

Tutkimusmenetelmän ja lähestymistavan valikoituminen on syytä lähteä siitä ajatuksesta mitä halutaan tietää ja millaisin menetelmin tutkija saa parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiinsä. Tutkimuksella tulee olla aina tarkoituksensa tai tehtävänsä, sitä ei tehdä vain uteliaisuudesta asiaa kohtaan. Tutkimuksen tarkoitus voi olla selittävä, kartoittava, kuvaileva tai ennustava ja nämä piirteet ohjaavat myös tutkimuksen lähestymistavan valinnassa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 137, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54.)

Tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Opinnäytetyön lähtökohtana oli kuvata todellista elämää, ihmisten omia kokemusta ja heidän kuvaustansa koetusta todellisuudesta. Laadullisen tutkimuksen keskeisenä kohteena on merkitykset, sillä tarkastellaan merkitysten maailmaa ja merkityskokonaisuuksia. Merkityskokonaisuudet ovat ihmisestä lähtöisin olevia ja ihmisiin päättyviä tapahtumia, kuten ajatukset ja toiminta. (Hirsjärvi ym. 2013, 161; Vilkkä 2015, 118.) Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa tilastollista yleistettävyyttä tai löytää totuutta tutkittavasta ilmiöstä, vaan tutkimuksella pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään syvemmin tutkittavaa ilmiötä tai tapahtumaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Hoitotyössä monia ilmiöitä tai tapahtumia on mahdotonta tutkia pelkästään tietoa havainnoimalla tai määrällisesti mittaamalla. Ilmiöitä täytyy ymmärtää ja tähän tarvitaan myös ihmisten omia kokemuksia. Laadullinen tutkimusmenetelmä onkin toimiva uusien ilmiöiden ja käsitteellistämisen kuvaamisessa, joista on vasta vähän tutkittua tietoa saatavilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66,74.) Hoitajien kokemuksia laitospalvelutason hoitotyöstä oli niukasti saatavissa, jolloin laadullinen tutkimus palveli tarkoitustaan hyvin aiheen ympärillä.

Laadullisen tutkimuksen katsotaan olevan joustava käytäntö tehdä tutkimusta. Tutkimuskysymykset on asetettu väljästi ja laadullisen tutkimuksen katsotaan

näin korostavan tutkimusprosessia itsessään. Laadullinen tutkimuksen tieteenfilosofisissa perusteluissa korostetaan kokonaisvaltaisuutta, sitä että ihmistä tulisi katsoa kokonaisuutena, tutkia ja ymmärtää osana sen hetkistä asiayhteyttään. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 82-83). Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavat henkilöt valitaan harkiten ja tarkoituksenmukaisesti eikä haastateltavien määrällä ei ole niin tärkeää osaa, kuin määrällisessä tutkimuksessa. Yhtenä valintaperusteena on se, että haastateltavalla olisi paljon tietoa sekä kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 85; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,110.)

5.2. Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on hyvin yleinen tapa kerätä aineistoa ja sen merkittävänä etuna on menetelmän joustavuus (Hirsjärvi ym.2013, 205). Haastattelu on mahdollista toteuttaa monella eri tavalla, yksilö- pari- tai ryhmähaastatteluna (Ronkainen ym. 2013, 82-83). Tämän opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin teemoitettuinä ryhmähaastatteluina huhtikuussa 2020. Hirsjärvi ym (2013) mukaan ryhmähaastattelun eduiksi voidaan lukea se, että yhdellä haastattelukerralla saadaan tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmä voi toimia myös kannustavana ja rohkaisevana aremmille osallistujille. (Hirsjärvi ym.2013, 210-211.)

Osaston henkilökunnalle lähetettiin maaliskuun lopussa kirjallinen saatekirje sähköpostitse osastonhoitajan kautta, jossa pyydettiin halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Ryhmähaastatteluun valittiin kaikki Laakson vieroitushoito-osastolta vapaaehtoisesti ilmoittautuneet sairaanhoitajat sekä lähihoitajat. Haastatteluja tehtiin kaksi, toisessa ryhmässä oli 5 haastateltavaa ja toisessa 4. Yksi haastateltava ei päässyt paikalle sairastumisen takia. Haastattelut järjestettiin Auroran sairaalasta varatussa tilassa. Haastatteluun osallistuminen oli haastateltaville työaikaa.

Aineiston keruun menetelmänä haastattelu on yksinkertainen, kun on kiinnostus tietää mitä henkilö ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on silloin viisasta

kysyä sitä häneltä. Haastattelun aikana tutkija voi tarkentaa, selventää ja tarvittaessa toistaa kysyttyjä kysymyksiä. Tällöin on mahdollista saada ikään kuin syvempää tietoa asiasta tai vastauksesta. Samalla tutkijalla on mahdollisuus havainnoida, miten asioita ilmaistaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73,85.) Haastattelu sopii hyvin sellaisiin aiheisiin, jota on vähemmän kartoitettu tai tutkittu, eikä tutkijan ole tämän johdosta mahdollista tietää etukäteen vastausten suuntia. Tällöin annetaan tilaa tutkimuksen aiheelle mahdollisuutena saada monitahoisia ja monen suuntaisia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 35.) Ennen haastattelujen toteuttamista perehdyin tutkijana haastatteluun menetelmänä kirjallisuuden avulla.

Teemahaastattelu aineiston keruun menetelmänä on strukturoidun haastattelun ja avoimen haastattelun yhdistelmä. Haastattelun teemat ovat etukäteen valikoituja tutkimuskysymyksiin pohjautuen, mutta teemahaastattelu antaa kuitenkin väljemmän mahdollisuuden osallistujille tuoda kokemuksiaan ja merkityksiään ilmi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006; Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75.) Haastattelurungossa toimivat tutkimuskysymykset ja näitä täydentävät lisäkysymykset. Haastattelun aluksi keskeiset käsitteet on syytä käydä lyhyesti läpi haastateltavien kanssa, jotta kaikilla on yhteisen käsitys mitä esimerkiksi opinnäytetyössäni tarkoitetaan esimerkiksi monipäihdekäyttäjällä (Vilka, 2015, 130). Näin toimittiin molempien haastatteluiden aluksi.

Haastattelun alussa osallistujat saivat luettavakseen ja allekirjoituksella hyväksyttäväkseen kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksen. (Liite 1.) Haastattelut taltioitiin äänittämällä. Tietoon perustuva suostumus käytiin lisäksi suullisesti läpi ennen haastatteluiden alkua samoin opinnäytetyön tarkoitus ja haastattelun teema-aiheet. (Liite 2; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Haastatteluun sisältyy aina myös haasteita, jotka tutkijalla on syytä olla tiedossa. Ensinnäkin tutkijan tulee perehtyä haastatteluun menetelmänä ja ymmärtää oma rooli tutkijana. Ennen haastattelujen toteuttamista on syytä varmistaa, että hallitsee hyvin haastattelussa käytettävät tekniset apuvälineet, kuten videonahoituksen tai ääninauhurin käytön. Harjoittelu tuo varmuutta ja vähentää siten tutkijan omaa jännitystä haastattelutilanteessa. (Vilka 2015, 133, 206.) Laitteiden käyttöä testattiin kotioiloissa useampaan kertaan, jotta tekniikka tulisi

tutuksi. Lisäksi on tiedostettava, että haastattelu vie aikaa, niin haastattelijalta kuin haastateltavilta. Hoitotyötä tutkittaessa haastateltavien aika on työnantajan aikaa, tällöin menetelmän voidaan todeta olevan rahallisesti arvokasta. Ryhmähaastattelussa tarvitaan myös paljon järjestelyjä ja aikataulutuksia haastatteluiden toteutumista varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,124,126). Lupa haastattelujen toteuttamiseen osallistujien työajalla oli saatu Helsingin kaupungilta. Aikataulut haastatteluille suunniteltiin yhteistyössä osastonhoitajan kanssa.

Tässä opinnäytetyössä osa haastatteluun osallistuvista olivat tutkijalle ennestään tuttuja, mikä oli otettava huomioon jo haastatteluun valmistautumisessa. Tutkijan oli ymmärrettävä toisenlainen asema tuttujenkin haastateltavien kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelutilanteessa tutkijan tulee olla roolissaan ikään kuin oppijan asemassa, haastatteluissa tutkijan mielipide tai ajatukset aiheesta eivät ole oleellisia ja keskustelua on tarvittaessa kyettävä ohjaamaan aihepiiriin. pysymiseen. On tiedostettava että, tutkijan oma käyttäytyminen ja olemus vaikuttaa haastattelutilanteeseen. (Kylmä & Juvakka 91, 93) Tähän olin paneutunut huolella kirjallisuuden avulla jo varhaisessa vaiheessa opinnäytetyötä suunnitellessa ja käynyt asiaa läpi ennen haastattelujen toteuttamista.

5.3. Aineiston analyysimenetelmä

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jota voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Analyysi toteutettiin touko-kesäkuun aikana 2020. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä itse aineisto ohjaa analyysin tekoa, analysoitavat sisällön osat eivät ole etukäteen sovittuja. Sisältöön perehtyessä voi tulla esiin useita kiinnostavia asioita, jotka eivät liity tutkimuskysymykseen, jolloin on kyettävä rajaamaan mielenkiintoaan. Aineistoa analysoidessa on pidettävä mielessä mikä on oma tutkimustehtävä ja mitä aineistosta löytyy omiin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Haastattelujen jälkeen aineisto purettiin tekstiksi litteroinnin avulla, jonka tutkija teki itse. Litteroinnin tarkkuus on riippuvainen tutkijan näkökulmasta ja valitusta

analyysitavasta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Tässä opinnäytetyössä käytettävässä sisällön analyysissä kieli ei näytellyt merkityksellistä osaa, joten litterointia ei suoritettu erikoismerkkejä käyttäen, mutta litterointi tehtiin kuitenkin koko aineiston osalta sanatarkasti. Litteroituja sivuja tuli yhteensä 34 sivua fontin ollessa Arial 12 ja riviväli 1,5.

Tutkijan tulee perehtyä aineistoon huolellisesti, jotta hänen on mahdollista saada kokonaiskäsitys siitä, mitä aineisto todella sisältää. Sisällön analyysin tarkoituksena on saada esille aineistossa esiintyvät merkitykset. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Litterointia tehdessä aineisto alkoi avautua tutkijalle hyvin. Litterointi aloitettiin heti haastatteluiden jälkeen, ensimmäinen haastattelu oli litteroitu ennen toisen haastattelun toteuttamista. Litteroinnin valmistuttua, äänitteet kuunneltiin vielä kahteen kertaan läpi samalla tarkastaen tekstiä ja litteroinnin virheettömyyttä, tämän jälkeen nauhoitteet tuhottiin. Aineiston ollessa tekstinä aineistoa aloitetaan pelkistämään eli redusoimaan. Aineistosta etsitään ja erotellaan, esimerkiksi väreillä koodaten, tutkimuskysymysten kannalta olennaisia asioita samalla rajaten tutkimuskysymyksiin liittymätön teksti pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.)

TAULUKKO 2. Esimerkki alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>"niin ku mielessäni mietin kaksoisdiagnoosia ajattelin mielessäni. Kyl se näkyy niin kuin sitten monipäihdeongelman pohjalla monesti on sitten just psykiatrisesti oirehtiva..."</i>	Potilailla on usein psyykkisiä oireiluita ja psykiatrisia sairauksia
<i>"... Onhan se nähty jo pitkän aikaa se trendi tavallaan, että kyllä se on niin ku kuoleva osuus se puhtaat alkoholistit et kyllä siinä aina tahtoo jotain muuta mennä..."</i>	Monipäihdekäyttö on lisääntynyttä

Litteroitu teksti kopioitiin työstämistä varten, alkuperäinen litteroitu teksti säilytettiin poistamatta siitä mitään. Aineistosta löydettyistä ilmaisuista muodostettiin tämän jälkeen pelkistykset. Samaa asiaa tai ilmiötä koskevat pelkistykset ryhmiteltiin, erilliselle Word-tiedostolle ja näistä muodostettiin alaluokkia. Alaluokat nimettiin sen sisältöä kuvaavalla ilmaisulla. Luokittelua tehdessä aineisto tiivistyi edelleen. Luokittelussa hyödynnettiin myös värikoodausta. Aineiston pelkistyksen edetessä, muokattua tekstiä tallennettiin

kopioiksi, jotta pelkistysten etenemisiin voitiin palata aina tarvittaessa. Lopullisia alaluokkia muodostui yhteensä 29, joista 19 ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja 10 toisena olevaan tutkimuskysymykseen.

TAULUKKO 3. Esimerkki pelkistysten luokittelusta alaluokaksi.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Motivaatio saattaa katketa nopeasti	Potilaat usein lyhytjänteisiä
Hoidon keskeytyksiä useimmin	
Hoitoon kiinnittymättömyys	
Pitkään jatkunut päihdeongelma, pitkä prosessi kuiville	
Potilaiden vaikea sietää lainkaan ahdistusta tai morkkista	

Aineiston analysointi jatkuu tämän jälkeen alaluokkia yhdistelemällä eli samaa asiaa tai ilmiötä kuvaavat alaluokat ryhmitellään yhteen, jolloin ne muodostavat yläluokat. Tarvittaessa ryhmittelyä jatketaan luomalla pääluokat, mikäli yläluokkien, aineiston tai käsitteiden runsaus tätä vaatii. Saaduilla ylä- tai pääluokilla pystytään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-113.) Tässä tutkimuksessa yläluokkia muodostui yhteensä seitsemän. Pääluokkia ei muodostunut.

TAULUKKO 4. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA
Lisääntynyt monipäihdekäyttö	Työntekijöiltä edellytetään laajaa osaamista
Potilailla paljon samanaikaisia ongelmia	
Haasteelliset vieroitusoireet	
Potilaat eivät tiedosta monipäihdekäyttöä tai sen riskejä	
Vaatii hoidollista ja lääketieteellistä osaamista	
Hoito edellyttää moniammatillisuutta	

6 TULOKSET

6.1 Hoitajien kokemukset monipäihdepotilaan hoidosta akuutilla alkoholivieroitushoito-osastolla

6.1.1 Työntekijöiltä edellytetään laajaa osaamista

Monipäihdekäyttö nähdään selkeästi lisääntyneenä ja yleistyneenä osastolle hoitoon tulevien potilaiden keskuudessa. Yleisimpinä päihteinä alkoholin lisäksi hoitajat kuvasivat olevan erilaiset PKV-lääkkeet (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet), kannabis, amfetamiini sekä opiaateista buprenorfiini. Hoitajat kuvasivat heille jo ennestään tutuilla potilailla näkyvän useasti alkoholin lisäksi uutena päihteenä yleisimmin juuri bentsodiatsepiinit. Kadulta ostettavien lääkkeiden lisääntyminen näkyi myös potilaiden päihdekäytössä, kuten myös reseptillä käytössä olevat bentsodiatsepiinit. Osalla potilaista bentsodiatsepiini lääkitys oli ollut käytössä lääkärin määräämänä hyvinkin pitkään. Hoitajat kuvasivat osan potilaista kertoneen, että edelleen on tiedossa yksityisiä lääkäriasemia sekä lääkäreitä, joista saa bentsodiatsepiinilääkitystä ilman suurempia ongelmia tai hoitosuunnitelmia.

”...onhan se nähty jo pitkän aikaa se trendi tavallaan, että kyl se on niin ku kuoleva osuus se puhtaast alkoholistit, et kyllä siinä aina tahtoo jotain muuta mennä...”

”... meidän niin sanotusti toistuvaiskävijöitä, keillä aikaisemmin on ollut niin ku alkoholi vaan ja sitten yhtäkkiä siellä meneekin, onkin alkanut menee bubree ja sit kun kuitenkin on sitä muutakin käyttöä...meidänkin potilailla, niin varmaan puolella on lääkeresepti on sit Opamoxia tai Diapamia tai jotain muuta ... kyllähän noi tietää mistä niitä saa...”

Monipäihdepotilailla nähdään hyvin paljon samanaikaista, kasaantunutta moniongelmaisuutta sekä monenlaista avun tarvetta. Potilailla on samanaikaisia psyykkistä oireilua ja osalla monipäihdepotilaista on taustalla itsemurhayrityksiä tai vakavia yliannostuksia sekä psykiatrisia hoitojaksoja.

Kaksoisdiagnoosipotilaat näkyvät lisääntyneesti osastolla. Hoitajat kokivat, että osa potilaista tarvitsisi intensiivistä psykiatrasta osastohoitoa vieroitushoitojakson jälkeen. Potilailla esiintyy myös paljon eritasoista masennus -ja ahdistushäiriöitä, osalla potilaista nämä ongelmat ovat pitkäaikaisia, eikä psykiatrasta hoitokontaktia ole ollut. Asumiseen ja toimeentuloon liittyvät haasteet ja ongelmat ovat yleisiä, asunnottomuus on korostunutta. Monenlainen syrjäytyneisyys tai syrjäytymisvaarassa oleminen näkyy monipäihdepotilaiden keskuudessa.

”...Kyl se näkyy niin kuin sitten monipäihdeongelman pohjalla monesti on sitten just psykiatrisesti oirehtiva myöskin, siel on tarkkaavaisuushäiriö ja siel on persoonallisuushäiriö, mutta kyllä siellä sitäkin pohjaa on. Se on semmoinen aika moinen keitos sit kun lähetään purkamaan sitä, että miten sitä niin ku ja kuka sitä missä hoitaa ja kuinka hoitaa...”

”...tää nuorempi väestö joka on niin ku syrjäytynyt tai syrjäytymisvaarassa, niin heille ollaan aloitettu sitten tuolla erinäköisissä psyk kontakteissa on aloitettu jo niin ku jonkin näköinen lääkitys johon voi kuulu sitten niin kuin lyhyitä tämmösiä niin ku akuutti jaksoja bentsojen käyttöä sit siellä on muutakin niin ku olanzapiinia ja ketipinooria ja kaikennäköistä...”

Monipäihdepotilailla esiintyy yleisesti vaikeampia vieroitusoireita kuin vain alkoholia käyttäneillä potilailla. Vieroitusoireiden hoidossa lääkitykseen tuo haasteita joidenkin potilaiden kohdalla korkeaksi kehittynyt toleranssi, jolloin tehokaskaan lääkitys ei tunnu riittävän. Osaltaan myös epäselvyys potilaan todellisesta päihdekäytöstä vaikeuttaa lääkeshoidon toteuttamista, potilaan kokemat oireet voivat olla myös muiden päihteiden tai päihteinä käytettyjen lääkkeiden aiheuttamia, joista henkilökunnalla ei ole tietoa. Monipäihdepotilailla esiintyy useasti myös lääkehakuisuutta. Hoitajat toivat esiin myös sitä, että potilaiden on vaikea sietää minkäänlaista ahdistusta tai syyllisyyden tunteita, vaan he toivoisivat näihin tuntemuksiin heti tehokasta lääkitystä.

”...kun potilaiden asennekin on silla lailla, että jos tulee ahdistusta, joka liittyy kanssa siihen, kun tulee morkkista yms. niin siihen pitää olla heti lääke...”

”...kun tulee yölääkkeitä hakemaan, että kaikki mitä on mahdollista saada... tai en ole ottanut vielä sitä kaikkea...”

Osa potilaista ei ole ajatellut lääkkeiden ja alkoholin samanaikaista käyttöä monipäihdekäyttönä, eivätkä tiedostaneet yhteiskäytön riskejä. Potilailla ei ole aina selkeää ymmärrystä bentsodiatsepiineihin kehittyvästä toleranssista ja riippuvuudesta. Osalla vieroitushoidossa olevilla potilailla on säännöllisenä lääkityksenä raskaskin psyykkelääkitys. Alkoholin ja säännöllisen lääkityksen tuomat yhteisvaikutukset lisäävät edelleen terveysriskejä. Lisäksi kadulta ostettavien lääkkeiden epämääräisyys, turvattomuus ja niiden aiheuttamat terveysriskit eivät aina olleet potilaan tiedossa. Myös satunnaiskäytön laaja ja epämääräinen käsite selkenee usein vasta hoidon aikana. Satunnaiskäyttö saattaa olla kuitenkin niin tiheää ja säännöllistä, että sen päättyessä vieroitusoireet tulevat yllätyksenä potilaalle itselleenkin.

”...psyykkelääkitys on pohjalla... ja sit siihen lähetään niin ku tinttaa viinaa, niin sehän tietty jollain lailla näkyy myöskin...”

”...sehän on sillai, että eihän ne tiedä loppu viimeks et mitä ne syö...et siel on niinku bensaa ja kaikkee sekaisin et se että sitä kun ihminen sit vetää...”

Monipäihdepotilaan akuutti alkoholivieroitushoito vaatii hoitajilta vahvaa ja monipuolista sairaanhoidollista osaamista. Vieroitushoidossa yhtenä keskeisenä auttamismenetelmänä on lääkehoito, joka edellyttää hoitajilta laajaa lääkehoidon osaamista. Pidempään alalla työskennelleet haastateltavat näkivät, että akuutti alkoholivieroitus on muuttunut vuosien saatossa selkeästi lääkehoitokeskeiseksi hoitoaikojen lyhentyessä. Potilaiden psyykkisiä sekä fyysisiä vieroitusoireita hoidetaan ensipäivien aikana tehokkaasti lääkehoidon keinoin. Monipäihdepotilailla kaksoisdiagnoosit, psyykkiset oireet ja -ongelmat ovat melko yleisiä. Laajempi ymmärrys ja osaaminen psykiatrisesta hoidosta koettiin vahvana tukena vieroitushoito-osastolla työskentelyssä.

”...Ja sitten ehkä nää kaksoisdiagnoosit, mieleterveyspuolen potilaat, ja niiden lääkitykset taas, riskeeraa just sitä käyttöä...tai niin ku sitä käyttöä tulee enemmän ja lääkkeet vähenee ja sitten käytetään taas muita... vaikeutuu koko ajan... toi hoito...”

”... kyllä hoidollinen ja lääketieteellinen vahva osuus lyhytaikaisessa alkovieroituksessa ja varsinkin niillä sekakäyttäjillä. Vaatis aika vahvaa lääketieteellistä osaamista...”

Potilaiden samanaikaiset ja monitahoiset ongelmat toivat vahvasti esiin moniammatillisen tiimityön merkityksen. Osastolla toimii yksi puolipäiväinen sosiaaliohjaaja, jonka työpanos potilaiden hoidossa koettiin erittäin merkitykselliseksi. Pidempään vieroitushoito-osastolla työskennelleet hoitajat kokivat vahvasti negatiivisena muutoksena, vieroitushoidon siirtyessä sosiaalivirastosta terveystoimen osaksi, osaston sosiaalityön siirtämisen kokonaan avohoidon alueille. Sosiaalityönammattilainen nähtiin keskeisenä osana moniammatillista tiimiä, jonka puuttuminen työyhteisöstä koettiin tuovan haasteita kokonaisvaltaisen hoidon tarjoamiseen, etenkin jatkohoidon järjestelyissä. Ristiriitaisena nähtiin se, että sosiaalityöntekijöillä on vahva rooli jatkohoidon järjestelyiden ja päätöksenteon kohdalla, mutta osastolla ei kuitenkaan enää sosiaalityöntekijää ole.

”...Se oli ihan hirveen iso muutos ja se oli ihan hirveen negatiivinen muutos, jos kuuntelit potilaita ni... eiks teillä oo sossuu täällä, no kato ei oo...”

”...silloin kun ne työskenteli siinä, ne teki siinä yhteisössä sitä duunii, tehtiin yhdessä sitä duunii jotenkin se oli ne kontaktit se oli soljuvampaa...”

6.1.2 Monipäihdepotilaan hoito on kuormittavaa hoitajille

Monipäihdepotilailla ilmenee paljon lyhytjänteisyyttä ja siitä johtuvia hoitojakson keskeytyksiä koettiin olevan enemmän kuin ainoastaan alkoholia päihteenä käytävillä potilailla. Jatkohoidon suunnitelmat saattavat olla jo ennakkoon potilaan kanssa avohoidossa yhdessä rakennettu, mutta vieroitushoidon aikana kärsivällisyys tai motivaatio loppuu ja potilas keskeyttää hoitonsa osastolla, jolloin jatkosuunnitelmat kaatuvat. Tällaiset tilanteet nähtiin kehittyvän hyvin nopeasti ja äkkiä, eikä potilas motivoinnista ja kannustuksesta huolimatta ole valmis miettimään asiaa uudestaan myöhemmin, vaan ratkaisut tehdään impulsiivisesti ja nopealla aikataululla. Esille nousi myös yleisesti potilaiden hoitoon kiinnittämättömyys. Osa potilaista ei ole sitoutunut avohoitoon, jolloin jatkohoidon järjestäminen vaikeutuu. Pitkään jatkuneeseen päihdeongelmaan ei ole nopeita, toimivia toipumISRatkaisuja. Joskus monipäihdepotilailla saattaa esiintyä

olemuksessaan kireyttä, jonkinlaista arvaamattomuutta ja sekä sanallista uhkaavuutta. Kokemuksen mukaan tämä on kuitenkin harvinaista eikä mitenkään yleistettävissä oleva ilmiö. Fyysisen väkivallan kokemusta ei haastateltavista kukaan tuonut esille.

”...on sitäkin asiakas ryhmää, jossa hoitopolku jollain tavalla on periaatteessa suunniteltu mutta motivaatio katkee, että tää on myöskin se, että siellä ollaan niin ku lyhytjänteisii...”

”...kun se päihdeongelma on ollut niin pitkään, niin se on niin kamalan pitkä se prosessi siitä, jos aatellaan ihan kuiville sieltä päätyy, nii sieltä tulee monta kuperkeikkaa välissä...”

Potilaiden omat tavoitteet osastovieroitushoidossa näyttäytyvät ajoittain ristiriitaisina. Potilailla saattaa olla tavoitteena saada ainoastaan alkoholi käyttämistään päihteistä pois ja jatkaa muiden päihteiden käyttöä. Joskus potilaat eivät koe suuriannoksista lääkkeiden käyttöä ongelmaksi, vaikka näistä olisi jo terveyshaittoja nähtävissä. Potilailla saattaa olla toiveena ja tavoitteena saada päihteidenkäytöstä aiheutuvat haitat ja ongelmat pois, ilman itse päihteestä luopumista. Tärkeänä nähdään tällöin hoidossa potilaan tietoisuuden ja ymmärryksen lisääminen päihteiden käytön terveysriskeistä, toleranssista ja muista haitoista. Potilaat saattavat tuoda myös esiin sen, että jos saisivat säännöllisen bentsodiatsepiini lääkityksen niin ei tarvitsisi juoda alkoholia päihtymystarkoituksessa lainkaan.

”...ja sit on niit potilaita, jotka ei halua luopua... jos on ollut bentsojen käyttöä ylimääräistä jo pidemmän aikaa... ne ei niin kuin halua luopua siitä...”

”...Ei oo kiinnostusta sit niin kuitenkaan päästä kaikesta eroon, monihan haluais pitää sen lääkkeen ja luopua alkoholista...”

Osastolle tullessa potilaiden todellinen päihdekäyttö ei ole useinkaan henkilökunnan tiedossa. Osa potilaista ei kerro kokonaispäihdekäyttöään lähettävälle taholle tai vähättelee muiden päihteiden käyttöään. Yhdeksi mahdolliseksi syyksi tähän nähdään se, että alkoholivieroitukseen siirtymisen vaatimuksena on ollut aikaisemmin niin kutsutut ”puhtaat seulat”. Potilaat

saattavat pelätä, että todellisen päihdekäytön kertominen voisi evätä mahdollisuuden päästä osastolle hoitoon. Todellisen päihdekäytön salaaminen haittaa kuitenkin hoitajien mukaan potilaan oikean, realistisen tilanteen ymmärtämistä ja haittaa siten oikeanlaisen hoidon ja avun saamista. Luottamuksellinen hoitosuhteen rakentuminen nähtiin merkittävänä tukena. Osalla potilaista todellinen päihdekäyttö tulee esiin vasta hoidon aikana, muiden vieroitusoireiden ilmaantuessa. Esimerkiksi säännöllinen bentsodiatsepiinien käytön salaaminen, voi aiheuttaa lisääntyntä kouristusriskiä hoidossa käytettävien lääkeannosten laskiessa, jos hoitohenkilökunnalla ei ole tiedossa potilaan todellista lääkekäyttöä. Huomioitavaa on se, että osa potilaista ei aina itsekkään tiedosta ja ymmärrä monipäihdekäyttöään, tällöin päihteiden todellisen käytön salaaminen ei ole aina tietoista ja tarkoituksellista.

”...lähtökohtaisesti harmittaa se, että potilaat niin kuin kieltää sen, kun kysytään muitten päihteiden käytöstä ja sitten ne kiistää sen, ettei oo ei käytetä ja tota niin sittenhän se näkyy kuitenkin siinä potilaan käytöksessä ja siinä lääkehakuisuudessa...”

”...amfetamiinin ”satunnainen” käyttö ja sitten on bubrenorfiinin ”satunnainen” käyttö. Sitten kun sä lähet purkamaan sitä mitä se on amfetamiinin ”satunnainen käyttö”; ni se voi olla kerran viikossa tai kaks kertaa viikossa tai viis kertaa viikossa...”

Tiheästi toistuvat vieroitushoitajakset herättivät ristiriitaisia ajatuksia hoitajien kesken, näillä nähtiin olevan lopputilanteessa haittaa potilaalle itselleen. Toistuvien ja useasti keskeytyneiden hoitajaksojen vuoksi, hoitajat kokivat ajoittain turhautuneisuutta ja työn merkityksettömyyden tunteita. Esille nousi kokemus siitä, että potilaiden vastuuttaminen päihdeongelmastaan on vähentynyt päihdepalveluiden muutoksien ja uudistusten jälkeen. Käytännössä osastovieroitushoitoon voi hakeutua rajattomasti, vuorokauden ympäri, paneutumatta tai pysähtymättä suunnittelemaan omaa hoitoaan, tavoitteitaan ja jatkosuunnitelmaansa päihdepalveluissa. Tiivistä toistuvat hoidot samojen potilaiden kesken, nähtiin olevan myös osaltaan tukemassa monipäihdekäytön kehittymistä etenkin bentsodiatsepiinien kohdalla. Turhautumisen tunteita herättivät myös tietoinen todellisen päihdekäytön salailu ja toistuvat suunniteltujen kuntoutusjaksojen käyttämättä jättämiset. Yhtenä vieroitushoidon merkittävänä hoitomuotona nähtiin potilaan muutosmotivaation herättely ja sen

vahvistaminen motivoivan keskustelun keinoin. Lyhyet osastohoidot eivät aina tue tätä pyrkimystä, jolloin vieroitushoitojakso saattaa jäädä vain potilaan akuuttia tilannetta korjaavaksi tapahtumaksi.

”... muuttunut lyhyessä ajassa, loppujen lopuksi alta kymmenessä vuodessa, jotenkin niin ku semmoinen... potilaan oma satsaus siihen päihdeongelmansa hoitoon, ni se on niin ku vähentynyt, koska sitä ei vaadita...”

”...sit ku loppuu itselläkin se motivaatio siihen, et just millä tapaa me löydetään se jaksaminen motivoida niitä ihmisiä samalla tavalla joka kerta, hoidosta toiseen, koska jos joku käy kakstoista kertaa vuodessa tai enemmän, ni varmaan, joka ikisellä meistä tulee semmoinen fiilis et onks täs mitään järke...”

Monipäihdepotilaiden kohdalla nähdään edelleen tiettyä leimaamista sekä ongelman ympärille muodostunutta stigmaa. Esiin nousi joidenkin hoitajien kokemukset päihdetyössä kohtaamistaan negatiivisesta suhtautumisesta monipäihdekäyttäjiin. Ennakkoasenteet monipäihdepotilaita kohtaan saattavat olla vahvoja ja tuoda omia kielteisiä haasteita potilaan kohtaamiseen. Monipäihdekäyttäjä saatetaan ajatella automaattisesti raskaana hoidettavana ja heihin liitetään monesti enemmän toivottomuutta. Ongelman takana nähtiin olevan tietämättömyyttä sekä ymmärtämättömyyttä monipäihdeongelmasta, mutta myös asenteellisuutta ja haluttomuutta ymmärtää asiaa.

”...oon tavannut tällä urallani paljon ihmisiä, jotka suhtautuu esimerkiksi just monipäihdekäyttäjiin erittäin negatiivisesti eikä osaa välttämättä käsitellä sitä koko asiaa, myös ihan päihdetyössäkin, jotka ei ymmärrä sitä aihetta, joka on hämmentävä kombinaatio kylläkin...”

”...ehkä se kohtaaminen ja kaikki muukin onnistuisi näitten ihmisten kanssa ja hoito ja kaikki muu, kun ymmärrettäis sitä asiaa enemmän...mut jos sä oot jossain näin vaan niin sit sitä on helppo olla et ei kuulu mulle en ymmärrä tai enkä halua ymmärtää...”

Osaston ja työryhmän yhteisten linjauksien ja sovittujen käytäntöjen merkitykset korostuvat monipäihdepotilaiden hoidossa. Työryhmän kesken kuvattiin olevan erilaisia ammatillisia katsontakantoja sekä näkemyksiä, jotka voivat aiheuttaa

ristiriitaisia näkemyksiä potilaan hoidossa. Vaikka vieroitushoidossa on keskeistä lääkitys, osa hoitajista kokee, että keskustelutukea tulisi tarjota paljon nykyistä enemmän, eikä lääkehoitoa heti ensisijaisesti. Runsas ja ”turhan” tehokas lääkitys nähtiin edes auttamassa tilannetta, että kaikki negatiiviset olotilat voidaan poistaa osastolla, jolloin potilaan oma muutosmotivaatiokin saattaa heikentyä. Vieroitushoidossa nähtiin tärkeäksi tasainen laatu ja yhteiset käytänteet riippumatta työvuorossa olevasta henkilökunnasta. Sovituista linjauksista poikkeaminen ja rajaamistilanteiden välttämisen nähtiin lisäävän mahdollisuuksia potilaiden ”splittaamiseen”, eli henkilökunnan jaottelusta hyviin ja huonoihin hoitajiin. Hoitajat kuvasivat jonkin verran tapahtuvan myös sellaisia tilanteita, joissa potilas oli rikkonut hoitosopimuksessa sovittuja asioita, esimerkiksi piilottamalla hoitoon tullessa omia lääkkeitä ja käyttänyt näitä hoidon aikana. Asian paljastuttua päivystysaikana oli päivystävä lääkäri erimieltä hoitohenkilökunnan kanssa osastohoidon jatkumisen suhteen. Tällöin koettiin ristiriitaisten näkemysten ja linjausten vesittävän koko hoitosopimuksen, jotka koettiin yhtenä merkittävänä työkaluna osastolla.

”.. mut siin on myös se probleema, että se linjaus pitäisi olla kaikilla hoitajilla sama...se linjaus ei ole tavallaan niin ku semmoinen osaston... sehän on vähän niin ku epäreilua, että kun se on hoitajasta kiinni kuka sulle sen tarvittavan antaa ja niinhän se ei saa olla”

”...onko pakko lääkittää niin ku ihan tajuttomaksi että sulla ei tunnu missään mikään, joka tavallaan mahdollistaa sen että kiva tulla takaisin että täällähän mulla hoidetaan kaikki ja että sit mä pääsen takaisin juomaan...”

6.1.3 Vieroitushoidon haasteet potilaan kokonaishoidossa

Vieroitushoidon oikea-aikaisuus ja sen haasteet korostuivat osastolla usein hoidettavista potilaista, niin sanotusti ”toistuvaiskävijöistä”, joilla osastovieroituksia saattaa olla hyvinkin tiheästi. Usein ja lyhyellä aikavälillä toistuvat hoidot nähtiin osaltaan edesauttamassa potilaan bentsodiatsepiini riippuvuuden kehittymistä. Rajattomat tiheästi toistuvat vieroitusjaksot, ilman jatkohoitoa, nähtiin kyseenalaisena auttamismenetelminä potilailla, joilla on vaikeuksia rajoittaa muutenkin omaa päihdekäyttöään. Ristiriitaisena koettiin myös vieroitushoidon tehokkaat ensipäivien lääkitykset ja toistuvat hoidon

keskeytykset, jolloin uloskirjauksen jälkeen alkoholin käyttö tehokkaan ja pitkävaikutteisen lääkityksen jälkeen on hyvin riskialtista. Osa hoitajista toi esiin tämän ilmiön niin sanottuna ”harkittuna sekakäyttönä”, joka näyttäytyy hyvin pienellä osalla potilaita suunniteltuna toimintana.

”...et kaks päivää, kun on oikein kunnolla loudattu ja sitten lähetään pois ja sit ruvetaan dokaamaan saman tien ja kyllä vaan pärähtää. Se on harkittua sekakäyttöä. Kyllä...”

”... Jos nyt ajatellaan kaveria, joka on niin ku kuukauden sisällä kolme laitosvieroituspäätöstä ja osastolla ottaa niin sanotusti Diapam mixtuurat päältä ja sitten jatkaa matkaa kunnes taas tulee viikon kuluttua ni en mä nää siinäkään oikein järkeä...”

Potilaat tulevat osastolle hoitoon lähes poikkeuksetta päivystyksellisesti, minkä koettiin tuovan lyhyisiin hoitojaksoihin paljon painetta. Lähettävällä taholla ei ole kyetty välttämättä suunnittelemaan vieroitushoidon jälkeistä jatkohoitoa lainkaan. Potilaiden vointi on usein hoitoon tullessa heikko niin somaattisesti kuin psyykkisestikin, joten potilas ei itsekkään ole ollut kykenevä keskittymään jatkohoidon pohdintaan. Näissä tilanteissa hoitajat kokivat, että osastovieroitushoito saattaa jäädä potilaan kohdalla irtonaiseksi tapahtumaksi, eivätkä jatkohoidon järjestelyt aina onnistu lyhyillä hoitojaksoilla.

”... joskus hoitajana harmittaa se kauheesti et sit ku mä niin okei niiku joo no Ciwat on tän verran ja tän verran ja menee päihdettä ja kysyn että mikä on jatkosuunnitelma... ni ei täs oon niiku nyt mitään... tähän meille lyhyelle katkolle alkokatkolle, niin oliko niiku ajatusta siitä, että mihin me ohjataan tää potilas tästä sen kolmen neljän päivän jälkeen, et niiku mikä on se jatko suunnitelma. No siihen palataan... siellä ei oo tavallaan niiku sitä jatkumoo pystytty siinä VIA:ssa, kun se tulee siihen nopeesti, niin siin ei oo pystytty miettimään...” (VIA_vastaanotto ilman ajanvarausta)

”... Ja sittenhän on vielä ne, jotka taktikoi sillei et ne ei mee päihdepolille, vaan ne käyttää aina päivystystä, koska päivystyksen kautta he kokee et he pääsee paljon helpommin, et heitä ei niin ku topata, eikä sitten niin kun sitä avopuolta tuoda niin ku sillai esille kun mitä sitten päihdepoliklinikalla tuodaan...”

Monipäihdepotilaiden kokonaisvaltainen hoito nähtiin pirstaleisena, jakautuneena usean hoitotahon kesken. Monitahoisten ongelmien takia saattaa

potilaan hoitoon osallistua niin päihdepoliklinikka, psykiatrian poliklinikka, sosiaalityö kuin terveystieteiden keskuskin. Yhteispäivystyspoliklinikat ovat osalla potilaista toistuvasti keskeisiä hoitopaikkoja, joiden kautta hakeudutaan laitosvieroitukseen. Yhtenä hoitoa hankaloittavana tekijänä koettiin olevan eri hoitotahojen erillisyys sekä käytössä olevat eri potilastietojärjestelmät, jolloin kokonaiskuvaa potilaan hoitotahoista tai kokonaistilanteesta on hankala muodostaa. Osastolla lyhyillä vieroitushoitajaksoilla ei ehditä aina paneutua potilaan tilanteen syvempään tarkasteluun. Sosiaalityöntekijän puuttuminen osastolta hankaloitti osaltaan jatkohoidon järjestelyitä. Tämä nousi haasteeksi niiden potilaiden kohdalla, joilla päihdehoitoon sitoutuminen on heikkoa.

Yhteispäivystyspoliklinikalla usein asioivien potilaiden kohdalla päihdepalveluiden haasteena korostuu se, ettei päivystyspoliklinikat näe päihdehoidon avopuolen kirjauksia tai koosteita esimerkiksi olemassa olevasta hoitokontaktista tai lähipäivinä olevasta ajanvarauksesta. Avopäihdepalveluiden kanssa koettiin ajoittain haasteita jatkohoidon järjestelyissä, etenkin silloin kun potilas on hakeutunut HUS:in (Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiiri) päivystyspoliklinikan kautta vieroitushoitoon. Tieto tästä ei siirry päihdepoliklinikalle, vaikka potilaalla olisi heillä aktiivinen asiakkuus. Avohoidon oman työntekijän vuosilomat tai muut pidemmät poissaolot, saattoivat mutkistaa jatkohoidon suunnitelmia, varsinkin jos potilas oli hakeutunut viikonloppua vasten hoitoon. Hoitajien kokemana psykiatrian- ja päihdehoidon yhteistyö näyttäytyy edelleen ajoittain jäykkänä. Päihteitä käyttävien potilaiden kohdalla psykiatrisen hoidon saaminen päihdehoidon rinnalle koettiin usein haastavaksi, vaikka selkeä tarve potilaan kohdalla nähtäisiinkin.

”... siis jos miettii nii ku psykiatriseen hoitoon pääsyä Helsingissä, vaikka me tunnistettais että ok tähän juomiseen ois selkeesti syynä voimakas ahdistuneisuushäiriö tai masennus tai joku niin ... psykiatrasta hoitoa, kun sitten vasta kun alkoholiongelma on hoidettu... tää on tämmönen noidankehä vähän siinä et sit sitä helpotusta saattaa hakee lääkkeistä tai muusta ja sit sull on tämmönen pino lääkkeitä ja viinan juontia ja masennus ja ahdistuneisuushäiriö ja sit kukaan ei oikeesti tiedä että kenen potilas sä oot, ni aino paikka mihin pääsee on alkoholikatko...”

”...Jos kaikissa palveluissa on pyritty vähentää sitä luukuttamista, niin tässähän se menee päinvastoin... tässä ollaankin niin ku monenkin oven takana...”

Monipäihdepotilaiden kohdalla hoidon jatkuvuuden merkitys nähtiin tärkeäksi, jottei lyhytaikainen laitosvieroitus jäisi irtonaiseksi tapahtumaksi potilaan kohdalla. Tärkeänä nähtiin yhteistyö kaupungin oman huumevieroitushoitosaston kanssa, jonka koettiin tehostuneen kuluneen vuoden aikana. Huumevieroitusosasto ei kykene vastaanottamaan potilaita niin akuutisti ja päivystyksellisesti kuin alkoholivieroitusosasto, jolloin yhteistyön merkitys nähtiin korostuneeksi. Hoitajat kuvasivat akuuteista alkoholivieroitusoireista kärsivien monipäihdepotilaiden hoidon olevan sujuvaa, jos lyhyen alkoholivieroituksen jälkeen potilaalla olisi mahdollisuus päästä tarvittaessa jatkohoitoon suoraan huumevieroitusosastolle.

Helsingin kaupungilla nähtiin olevan kattavasti ja monipuolisesti päihdepalveluita tarjolla. Lisäksi pääkaupunkiseudulla koettiin olevan runsaasti myös kolmannen sektorin päihdepalveluita moneen erilaisiin tarpeisiin. Osa haastateltavista koki, ettei omat tiedot laajasta palvelutarjonnasta niin kaupungin omissa kuin kolmannen sektorin palveluissa ole riittäviä. Päihdekuntoutuksen pääsyn koettiin vaikeutuneen jonkun verran kuntoutuspaikkojen vähennyttyä kaupungin omissa palveluissa. Lyhyet hoitoajat lisäsivät osaltaan suunnittelemattomien jatkohoitojen järjestelyiden painetta. Toisaalta esiin nousi myös potilaasta riippuvat jatkohoidon toteutuksien haasteet, osalle hyvin suunniteltu jatkohoito ei toteutunut potilaan keskeyttäessä vieroitushoitonsa.

”... tää ”toipumisorientaatio” sehän on just sitä. Sitä kuunnellaan sitä potilasta, että eikä ... et me ei kuunnella sitä...sitä jatkumoa sille jos kerran on monipäihdekäyttäjä sillen voi olla alkokatkon jälkeen olla viel lääkekatko ja sit siihen päälle viel sitä kuntoutusta. Se on niin ku se mun mitä mä ajattelen tästä asiasta...”

6.1.4 Osastovieroitushoidon käytänteet hoitajien kokemana ristiriitaisia

Laitosvieroitushoidon kriteerit ja potilaiden laitostasaisen vieroitushoidon tarve nähtiin ajoittain ristiriitaisena ja epäselvänä. Kriteerit ovat määritelty selkeästi, mutta käytännössä näistä joudutaan paljon joustamaan, osan kokemana ajoittain

jopa luopumaan. Yhdeksi syyksi tällaiseen toimintaan nähtiin osaston käyttöaste ja sen merkitys, laitospaivituksen kriteerien koettiin vaihtelevan juurikin osaston käyttöasteen mukaan. Potilaiden nähtiin myös ohjautuvan vieroitushoito-osastollehoitoon ajoittain muiden terveyspalveluiden kuormittamisen välttämiseksi. Joillain potilailla ei ole ollut tullessa nähtävissä lainkaan vieroitusoireita.

”...Mutta tavallaan se että antaahan se meistäkin niin ku kummallisen kuvan, niin ku jonnekin päivystykseen kun toisena päivänä samalla kriteerillä pääsee ja toisena päivänä ei pääse...riippuen ihan kuka siellä vastaa puhelimeen...”

”...ne kriteerit, jotka on joskus luotu niin niillä ei ole mitään merkitystä sillä kun saadaan vaan osaston tilastot näyttämään hyvältä ja käyttöaste on hyvä, mutta en tiedä palveleeko se sitä potilasta? ...”

Vieroitushoito-osaston toiminnassa näkyy usein päivystyksellisyys. Hoitoajat ovat lyhyitä, keskimäärin kolmesta viiteen päivään ja potilaiden vaihtuvuus on suurta. Uusia potilaita saattaa tulla joinain päivinä useita, joidenkin päivien ollessa uusien tulijoiden suhteen hyvinkin rauhallisia. Päivystykselliset hoitoon hakeutumiset tekevät osastolle tulevien uusien potilaiden ennakoimisesta mahdotonta. Hoitajat kertoivat joinain päivinä uusia potilaita saapuvan hoitoon jopa kaksitoista, jolloin työpäivää kuvastaa usein jonkin asteinen kiire ja hektisyys. Osa potilaista tarvitsee vaikeisiin oireisiinsa välitöntä lääkitystä ja lääkärin tapaamisen akuutisti. Tällaisina työpäivinä hoitajien kuvaamana riittämättömyyden kokemus korostuu ja osastolla jo hoidossa olevien potilaiden yksilöllinen huomioiminen on haastavaa. Ensikertaa vieroitushoitoon saapuvan potilaan kohdalla tämänlainen tilanne korostuu entisestään.

Hoitajat näkevät tärkeänä hoitoon liitettävän sosiaalisen tuen merkityksen etenkin monipäihdepotilailla. Esimerkiksi ryhmätoiminnot ovat osastolla vähäisiä, yksittäiset säännöllisesti pidettävät ryhmät ovat luonteeltaan enemmän informatiivisia kuin keskustelevia. Osa potilaista on alkupäivät huonovointisia, uupuneita ja lääkittyjäkin, ettei ”terapeuttisista” ryhmistä saa välittämättä hyötyä tai potilaat eivät koe niihin kykenevän osallistumaan. Myös ajoittain nopeasti muuttuvat tilanteet ja lyhyellä aikavälillä saapuvat uudet potilaat muokkaavat

osaston päivärytmiä ennalta arvaamattomasti, jolloin säännöllisten ryhmien järjestäminen nähdään ajoittain myös haasteellisena.

”...Ja sitten mä myös en ymmärrä semmoisia päiviä... et jos sattuu että siellä on se ekakertalainen tai parikin... että otetaan vaikka 12 potilasta sisään päivässä...niin ei siin kykene... että se potilas sais tunteen, että me ollaan häntä varten...semmosen tunteenhan potilas tarvii, että me ollaan tässä vain sinua varten...jos kakstoista uutta on...”

”...semmoinen niin kuin, jos joku haluaa jotain tekemistä niin ois sit niiku iltavuorossa ja aamuvuorossa ... et se ei oo pelkästään sitä stalkkaamista ja kattoon tuijottamista ja ahdistumista niiden vieroitusoireiden kanssa, koska sit just se näkyy semmoisena levottomuutena ja kireytenä, kun sitä ei pääse niin ku purkamaan, se keskustelukin ois kyllä hyvä et just monipäihdepotilaalla...”

Hoitajat kokevat osaston fyysiset tilat epäsoviksi vieroitushoito-osaston toimintaan. Potilashuoneet ovat pääsääntöisesti isoja kuuden hengen huoneita, joissa yksityisyyttä ei voida mahdollistaa potilaille. Myös nukkuminen suurissa huoneissa, tuntemattomien potilastovereiden kanssa, on osalla potilaista haasteellista. Osastolla on heikosti tarjota rauhallista tilaa potilaille, esimerkiksi asioidenhoitoa varten tai omaa rauhaa kaipaaville. Hoitajien kokemuksena monipäihdepotilaiden usein tarvitsema pidempi hoitojakso on haastavaa toteuttaa osaston tiloissa. Osaston toiminnan sisällölliset raamit nähtiin haasteellisina pidempien hoitojen toteuttamisessa, osastolla ei ole mahdollisuutta ulkoiluun eikä esimerkiksi kanttiinikäynteihin.

”...eihän toi osasto oo millään tavalla tarkoitettu laitosvieroitusosastoksi, sit siinä kokonaisuudessa, että eihän se oo... että kyllä kun eletään tätä päivää, niin kyllä noi huoneet turhan isoja on, kuuden hengen huoneita... ei ne oo tätä päivää enää... pitkät hoidot tällaisessa...”

”... jos ajatellaan että on tällainen monipäihdeongelmainen ja heillä on kuuden hengen huoneita... niin kyllä se voi olla niin ku sanotaan jos on rytmi sekaisin kun sä oot tullu ja sit sut tainnutetaan lääkkeillä niin kyllä se sun rytmis ei siitä välttämättä korjaannu jos oot herkkä uninen ...”

6.2 Miten monipäihdepotilaan hoitoa tulisi kehittää

6.2.1 Potilaan osallisuuden mahdollistaminen

Päihdehoidossa tapahtuneiden suurien rakenteellisten muutoksien mukana nähtiin potilaan oman vastuun ja osallistumisen päihdeongelmansa hoitoon vähentyneen. Potilaan osallistumisen tukeminen nähtiin selkeänä kehittämisen kohteena, tätä tulisi edelleen vahvistaa päihdepalveluissa. Potilaan tukeminen vastuunottoon omasta päihdeongelmastaan, yhdessä ammattilaisten kanssa nähdään tärkeänä muutoksen mahdollistajana. Helsingin kaupungin päihdepalveluiden viitekehyksenä toimii toipumisorientaatio, jonka elementtien lisäämistä käytännön työhön, arkeen ja osaston toimintaan nähtiin kannattavana. Laitosvieroitushoidossa koetaan tärkeänä tavoitteena tukea potilasta pysähtymään päihdeongelmansa äärelle. Potilaan oma tavoite hoitojaksolle tulisi näkyä hoidossa selkeämmin, se mitä hän itse ajattelee, toivoo ja tavoittelee hoidon suhteen. Muutokseen motivointia tulisi kyetä tarjoamaan myös akuutilla vieroitushoitojaksolla, lyhyet hoitojaksot ja suuri potilasvaihtuvuus vaikeuttavat tämän toteuttamista käytännössä. Kuitenkaan hoitojaksojen säännönmukaisella pidentämisellä ei nähdä olevan suoraa helpotusta tämän asian kehittämisessä. Osastohoitoa tulisi hoitajien näkemänä kehittää enemmänkin sisällöllisesti ja yhteistyössä avohoidon kanssa.

”...mitä he itse, siis jos ajatellaan monipäihdeihmistä, kun se tulee akuutille vieroitushoitojaksolle, niin mikä hänen oma ajatus on siitä, mitä hän tarvitsisi, että mikä on se mikä sitten auttaisi... Se motivaation herättely, sehän se sitten on. Motivaatiopuhe itsensä kanssa... meidän lyhkäisillä jaksoilla, siinä ei oikeastaan pääse edes alkuun siinä asiassa...”

”... vähän sitä potilaiden vastuuttamista siitä omasta päihdeproblematiikasta. Että se ei oon niiku et kun meet päihdepoliklinikalle ja otat vielä mennessäs yhen huikan ja sit puhallat ja tämmöstä... että se on niin ku automaatio sillä tavalla että osastolle...”

Vieroitushoitoon ohjaamisessa kehitettäväksi kohteeksi nähtiin hoidon suunnitelmallisuuden lisääminen ja oikea ajoitus niissä tilanteissa, kun se on mahdollista. Vieroitushoidon toteuttamista laitososuhteissa ei aina nähty

parhaaksi hoidoksi potilaille, joskus tämän nähtiin olevan helpoin keino käytettäväksi. Vieroitusoireiden ollessa lieviä, avohoidossa toteutettavaa vieroitushoitoa toivottiin käytettävän enemmän. Laitosvieroituksen linjatut kriteerit nähtiin ajantasaiseksi ja toimiviksi, ohjaamaan ne potilaat laitostasoiseen vieroitukseen, jotka oireidensa ja tilanteensa vuoksi tätä tarvitsevat, mikäli näitä kriteerejä voitaisiin aina noudattaa. Toistuvasti laitosvieroituksessa asioiville potilaille nähtiin tarpeellisenä kehittää uusia hoitolinjauksia, jotka tukisivat potilaiden päihdehoitoon kiinnittymistä. Toistuvat ja usein keskeytyksiin päätyvät hoidot koettiin ylläpitävän ja osaltaan mahdollistavan potilaan päihdeongelman jatkumista. Yhteistyötä avohoidon kanssa yhtenäisten linjauksien ja ohjauksen toteuttamiseksi toivottiin lisättävän, keinoja tähän ei noussut esille.

"... niille, jotka käy pyöröovena, et tavallaan, kun ei sitoudu yhtään mihinkään, lähtee maanantaina ja tulee taas perjantaina ja he tulee aina päivystyksen kautta, että he ei sitoudu oikein sinne päihdepolillekkaan, niin joku semmoinen linjaus, että sä meet niin ku päihdepolin kautta ja sä kyllä selviät viikonlopun yli ja sinne ... tavallaan et saadaa tää ihminen pysähtymään ja tavallaan juuri se mitä hänkin hakee, se vastuu. Niin että ei aina niin kun tarjota sitä helpointa vaihtoehtoo..."

"...ideaali ois semmoinen, jos ei oo nyt ihan niin ku just kriisi päästä tänään tai huomenna, niin voisitteks te miettii siellä ja palata että teil ois joku suunnitelma et otetaan sit katkolle ja siitä jatkumona johonkin. Kun se hoito (alkokatolla) on niin lyhyt, että tavallaan niin ku asiakkaatkin toki turhautuu siinä..."

"...Haluais kuulla sitten sen päihdepolinkin mielipiteen taas meistä, että missä me voisit parantaa..."

Osaston ryhmätoimintojen kehittäminen ja vertaistuen lisääminen vieroitushoitoon nähtiin tärkeänä. Osaston toimintaa toivottiin voivan kehittää monipäihdepotilaan hoitoa tukevammaksi, ryhmätoimintoja ja vertaistyon osuutta lisäämällä. Keskusteluun painottuvien ryhmien nähtäisiin auttavan potilaita keskittymään oman päihdeongelmansa kohtaamiseen jo osastohoidon aikana. Lisäksi ryhmät ehkäisisivät osaltaan levottomuutta, ahdistusta ja mahdollista kireyttä potilaissa.

Vertaisohjaaja osastolla nähtiin hyvin merkityksellisenä, hoitotyön ammattilaisten tarjoaman hoidon lisäksi täydentävänä ja potilaita vahvasti hyödyttävänä lisänä.

Kokemukset osastolla vertaisohjaajan läsnäololla olivat pelkästään positiivisia. Vertaisohjaajan päivittäinen läsnäolo osastolla nähtiin ideaalisena.

”... se on niin loistava (vertsi), potilaat tykkää siitä, se on helposti lähestyttävä, sillä on omakohtainen kokemus, se on suora, se puhuu samaa kieltä, sillä on tietämys kaikista näistä. Ja se on uskottava... Ja se ei välillä, kun kuuntelee siinä... niin ku miten se antaa sen palautteen niin ku siitä potilaan siitä selittämisestä... Se on se mitä mä meidän potilaille oikeesti haluaisin, joka päivä saataville tuolla osastolla”

”...Kun meillä ei oo mitään ryhmiä juurikaan... Se ei tue se meidän osasto nykyään semmoist monipäihdekäyttäjää..... ois kiva että Laaksossakin ois sillee (ryhmätoimintoja)...”

6.2.2 Osaamisen kehittäminen

Räätälöity koulutus monipäihdeongelmasta ja monipäihdepotilaan hoidosta nähtiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi päihteiden käytön muuttuessa jatkuvasti yhteiskunnassa. Helsingin kaupungilla on kattavasti ja monipuolisesti erilaisia koulutuksia tarjolla ja työnantaja tukee näihin osallistumista. Varsinaista monipäihdepotilaan hoitoon ja monipäihdeongelmaan liittyvää koulutusta ei koettu kuitenkaan olevan tarjolla. Koulutuksella voitaisiin lisätä ymmärrystä itse ongelmasta, hoitoon liittyvistä erityispiirteistä sekä vähentää monipäihdepotilaisiin liittyviä ennakkoluuloja ja stigmaa. Psykiatrasta osaamista tarvitaan lisääntyvästi monipäihdepotilaiden hoidossa, mihin kaupungilla on kattavasti koulutusta tarjolla.

”... niin ehkä sitä koulutusta ja jotakin... mitä siihen tarttis että ihmiset ymmärtäis sen asian, jotakin. Sit ehkä se kohtaaminen ja kaikki muukin onnistuisi näitten ihmisten kanssa ja hoito ja kaikki muu kun ymmärrettäis sitä asiaa enemmän...”

”... mut ei meill oo yhtään semmoista koulutusta mikä tukis tätä meidän työtä...”

Työnkierron lisääminen ja siihen kannustaminen nähtiin yhdeksi mahdolliseksi keinoksi osaamisen kehittämiseen. Helsingin kaupunki tukee ja kannustaa työnkierron hyödyntämistä, mikäli työntekijä on itse tähän halukas. Osa haastateltavista hoitajista oli työskennellyt monipuolisesti erilaisissa

päihdepalveluissa, jolla nähtiin olevan positiivinen vaikutus laajempaan osaamisen karttumiseen ja kokonaisvaltaisen hoidon ja erilaisten hoitoketjujen ymmärtämiseen.

”... Työkiertoa pitäis olla enemmän...”

”... Omiin palveluihin tutustumista...”

Vieroitushoito-osaston yhteisiä pelisääntöjä ja niihin sitoutumista toivottiin edelleen näkyvämmäksi ja tehokkaammaksi. Osastohoidon yleiset linjaukset tulisivat olla kaikille työntekijöille selkeät, ja niitä tulisi noudattaa sekä ylläpitää aktiivisesti. Hoidon tulee olla tasalaatuista riippumatta siitä kuka tai ketkä potilasta hoitavat. Osalle työntekijöistä sovitut linjat ja käytänteet olivat selkeästi tiedossa, mutta ajoittain nämä tuntuivat helposti unohtuvan arjen hoitotyössä. Myös yhteinen linja laitosvieroitus hoidon kriteerien suhteen todettiin olevan keskeistä ja tätä haluttiin selkiyttää. Moniammatillisesti laaditut kriteerit linjaavat laitosvieroitusta vain silloin kun näitä pystytään noudattamaan.

”... Ne yhteiset linjat oikeesti jos haluttais hoitaa se ihminen niin ku kaikki samalla lailla hyvin, eikä se että sä oot paska hoitaja kun sä haluat vaan puhuu mun kaa ja toi antaa lääkettä...”

”...Yhteiset linjat ja linjaukset korostuu etenkin monipäihdepotilaan kohdalla ...empatiaa pitää olla, mutta rajat on rakkautta...”

6.2.3 Potilaan hoitopolun kehittäminen yhteistyötahojen kanssa

Monipäihdepotilaiden hoidossa nähdään tärkeänä yhteistyö kaupungin oman huumevieroitus hoito-osaston kanssa. Akuuttien alkoholivieroitusoireiden takia hoitoon hakeutuneilla monipäihdepotilailla, alkaa usein hoidon aikana nousta esiin esimerkiksi opiaatti- tai bentsodiatsepiini vieroitusoireita alkoholivieroitusoireiden helpottuessa. Tällöin potilaan suora siirtyminen huumevieroitus hoito osastolle jatkohoitoon, nähtiin tuloksekkaana potilaiden jatkohoidon turvaamiseksi. Kuluneen vuoden aikana koettiin tätä vieroitus hoito-osastojen yhteistoimintaa tulleen hyödynnetyksi hyvin joidenkin potilaiden kohdalla. Tämän yhteistyön lisääminen jatkossa koettiin merkitykselliseksi ja kannattavaksi monipäihdepotilaiden vieroitus hoidon kehittämiseksi. Tarvittaessa

saumaton siirtyminen huumevieroitushoito-osastolle koettiin yhdeksi monipäihdepotilaan hoidon merkittävämmäksi tavoitteeksi tulevaisuudessa.

”... tällaista yhteistyötä, että me voitaisiin sanoo, että nyt alkovieroitusoireet on poistunut, että oisko tälle nyt varattavissa joku nopeasti, nopeahkosti saatava vaikka huumeapaikka. ...”

”...Pitäis joo olla ohituskaista (huumevieroitukseen)... kaks tai kolme siirtynyt viime aikoina suoraan, mikä on mun mielestä tosi poikkeuksellista koska viimevuodelta mä muistan ehkä yhen... niin että saataisko silläkin luotuu sitten sellast kanavaa.”

Yhteistyön vahvistaminen ja tiivistäminen avohoidon kanssa koettiin tärkeäksi. Erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joilla ei ollut osastolle tullessaan jatkohoidon suunnitelmaa, toivottiin avohoidon kanssa kontaktia ja yhteistyötä jo vieroitushoidon aikana. Tämä nähtiin keskeisenä ja merkityksellisenä mahdollisen jatkohoidon suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Toistuvasti yhteispäivystystä hoitoon hakeutumisen reittinä käyttävien potilaiden kohdalla, toivottiin sovittua linjausta ohjaamisesta päihdepoliklinikalle, aina silloin kun se potilaan voinnin puolesta on mahdollista. Psykiatrisen konsultaation mahdollisuutta osastohoidon aikana toivottiin kehitettävän ja lisättävän. Psykkinisesti voimakkaasti oireilevat, itsemurhaa edeltävästi yrittäneet tai akuutissa elämän kriisissä olevien potilaiden turvallinen ja sujuva siirtyminen tarvittaessa psykiatrisen hoidon pariin nähtiin ajoittain toimivan heikosti ja tähän toivottiin muutosta.

”... Ihan sama kenenkä tahansa potilaan niin ylipäättänsä se yhteistyö niin, ku avohoidon ja jatkohoidon ja koko sen potilaan hoitoketjun kanssa mun mielestä pitäis olla saumattomampi...”

”... se hoitosuunnittelu pitää alkaa jo siitä kun se ihminen menee vastaanotolle. Siit pitää lähtee se polku niin ku eteenpäin. Vaikka mejän kautta Auroran vieroitukseen... ja sit jos siel on niin ku jotain mielenterveydellisiä ongelmia nii pureutuu sit katkaisun jälkeen siihen koska... ku sithän siin on niin ku riittävä raitis pätkä.... Et ois semmoinen selkee linja niin ku mitä kohti menee eikä niin ku tule meille ei oo mitään, et koko ajan se putoo pois ja aloittaa uudelleen katkaisusta...”

Keskeiseksi kehittämiskohteeksi nousi osaston sosiaalityön osuuden lisääminen. Kokopäiväisen sosiaaliohjaajan tai sosiaalityöntekijän työpanos osana osaston

moniammatillista tiimiä on merkittävä. Sosiaaliohjaajan ammattitaitoa ja osaamista arvostettiin korkealle ja sosiaalityön mukana olo potilaan jatkohoidon järjestelyissä koettiin välttämättömäksi. Mahdollisten jatkohoidon päätöksien teko on mahdollista vain siihen oikeudet omaavalla sosiaalityöntekijällä, jonka puuttuminen osastotyöstä nähtiin hankalaksi. Useilla potilailla on myös akuuttia tarvetta toimeentulon ja muiden tukien kanssa, joissa sosiaalialan ammattilainen on oikea henkilö auttamaan ja ohjaamaan potilasta.

”...Laaksossa sais olla kokoaikainen sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja et niin ku se huomattavasti helpottais sitä kontaktia sinne päihdepolille kun sit sulla ois oikeesti se ihminen... niin ku sanoin et kun sossut tekee päätökset...”

”... haluaisin, että se ois koko päiväinen, että se osallistuisi siihen hoitotyöhön sen omalla ammattiosaamisella. Ja rakentaa sitä jatkumoa sille hoidolle, eikä niin että hän on siellä ja täällä...”

Helsingin kaupungin päihdepalveluiden tarjonta koettiin monipuoliseksi ja kattavaksi, mutta osa hoitajista koki, ettei tunne itse kaikkia palveluja tarpeeksi hyvin, jotta osaisi hyödyntää näitä potilaan jatkohoidon ohjaamisessa ja motivoinnissa. Vuonna 2019 toteutetuissa koulutussarjasta ”Yhteinen työ näkyväksi- päihdepalvelut esittäytyvät” – koettiin hyödylliseksi palvelutarjonnan tiedottamiseen. Tällaisia yhteisiä seminaareja toivottiin jatkossa toteutettavan lisää. Vierailut ”avoimien ovien” tyyliä eri toimipaikoissa nähtiin hyvänä keinona tutustua omiin palveluihin ja verkostoitua kollegoiden kanssa. Kolmannen sektorin toimijoilta toivottiin vierailuja ja esittäytymisiä osastolla. Kolmannen sektorin palvelut nähtiin erittäin merkittävänä osana monipäihdepotilaan kokonaisvaltaista tukea osastohoidon jälkeen.

”... Se vaatis just meidän tietoisuutta niist palveluista... Mä tiedän sen palvelun olemassaolon, mutta mä en välttämättä tiedä tarkalleen mitä siellä on...”

”...Toihan oli hyvä toi palvelut tutuksi juttu.... Dokumenttia löytyy Helimestä...”

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti tutkijan tulee noudattaa kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä. Vain tällöin tutkimus voi olla luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää ja sen saavuttamat tulokset uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön perustana on rehellisyys, joka on keskeistä läpi tutkimuksen, alusta loppuun asti. Tutkija on aina itse vastuussa tutkimuksensa eettisyydestä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Jotta on mahdollista noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, on tutkijan jo ennen tutkimuksen aloittamista perehdyttävä näihin aiheisiin ja ymmärrettävä niitä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön tutustuin tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisiin perehtymällä ja tarkastelemalla ohjeisiin perustuen omaa tutkimustani kriittisesti ja kohta kohdalta. Tutkimuksessa noudatin ehdotonta rehellisyyttä ja työskentelin hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaisesti.

Tutkimuksessa tulee käyttää tiedeyhteisöissä hyväksytyjä ja eettisesti kestäviä menetelmiä, niin tiedonhauissa kuin tutkimus- ja arviointimenetelmienkin kohdalla. Tutkimussuunnitelman ja raportoinnin kohdalla tulee noudattaa määrätietoisesti ja systemaattisesti niitä vaatimuksia, joita tieteelliselle tiedolle on asetettu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Hyvä tieteellinen käytäntö korostaa huolellisia ja tarkkoja merkintöjä tutkimuksessa käytetyistä lähteistä. (Vilkkä 2015, 44). Opinnäytetyössä käytetyt lähteet merkitsin noudattaen tarkkuutta ja huolellisuutta ja lähdemerkinnät tehtiin asiallisesti ohjeiden mukaisesti.

Jo tutkimusaiheen valintaa tehdessä tulee kiinnittää eettisiin kysymyksiin huomiota ja pohtia suunniteltua aihetta kriittisesti. On syytä punnita myös eettistä oikeutusta omalle tutkimusaiheelle, miksi juuri tätä aihetta on perusteltua tutkia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 3.1; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta ei ole juurikaan tutkittu Suomessa. Helsingin kaupungin päihdepalveluissa toteutetut organisaatio uudistukset ja laitosisvieroitushoidon muutoksien jälkeen on

aiheellista kartoittaa hoitajien kokemuksia tehtyjen muutoksien jälkeen, jotta hoitoa voitaisiin edelleen kehittää huomioiden kentältä nousevat kokemukset. Tutkijan tulee olla myös aidosti kiinnostunut omasta aiheestaan ja uuden tiedon löytämisestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013; 211). Aihe oli itseäni kiinnostava ja alusta alkaen koin sen olevan merkittävä ja tärkeä uudistettujen palveluiden vuoksi. Näin myös muuttuvien päihteiden käytön ymmärtämisen merkittäväksi.

Tutkimuslupa haettiin ohjeiden mukaisesti, eikä aineistoa kerätty tätä ennen. Tässä tutkimuksessa aineiston hankkimisen menetelmänä oli haastattelu, joka on tieteellisesti hyväksytty ja yleinen tapa hankkia aineistoa. Tutkimusmenetelmään perehdyttiin ennen niiden toteutuksia kirjallisuuden avulla. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista tutkittaville ja tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa tutkittaville, jotta he kykenevät tekemään oikean tiedon valossa ratkaisunsa osallistumisestaan tutkimukseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Haastatteluihin osallistuminen oli hoitajille täysin vapaaehtoista ja kaikki halukkaat osallistuivat haastatteluihin. Ennen haastattelun alkua mainittiin vielä erikseen aineiston taltioimisesta nauhoittaen. Litteroinnin jälkeen äänitallenteet tuhottiin sopimuksen mukaisesti. Litterointi toteutettiin sanatarkasti, litteroinnin teki opinnäytetyön tekijä itse.

Kaikki tutkimukseeni liittyvät aineistot on säilytetty, kirjallisen sopimuksen mukaisesti erikseen lukituissa tiloissa ja sähköiset aineistot salasanojen suojaamissa tiedostoissa. Tietosuojan huolellinen noudattaminen on yksi hyvän tieteellisen käytännön lähtökohta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimukseen liittyvien henkilötietojen osalta on tietosuojalakia sekä EU:n tietosuoja-asetusta 2016/679 noudatettu tarkasti. (EU 2016/679; Tietosuojalaki 1050/2018) Tutkimuksesta on tehty tieteellisen tutkimuksen tietosuojailmoitus, jossa selvitetty henkilötietojen käsittely ja tarkoitus. Haastateltavista ei kerätty yksilöiviä henkilötietoja, kuten ikää sukupuolta tai työvuosien määrää vieroitushoito-osastolla tai arkaluonteisia henkilötietoja.

Tutkijan tulee pysyä uskollisena ja lojaalina niin tutkimuskysymyksille kuin haastateltavien tuottamalle aineistolle. Tutkijan ei tule tehdä tuloksista tulkintoja ja johtopäätöksiä kritiikittömästi. (Hirsjärvi ym. 2009; 26) Omassa

tutkimuksessani tähän oli kiinnitettävä erityistä huomiota koko ajan, koska tutkimuksen kohde on osa samaa organisaatiota, jossa työskentelen. On huomioitavaa, että saadun alkuperäisen aineiston muokkaaminen, valikoiminen tai ”siistiminen” on havaintojen vääristelyä, joka on vakavaa hyvän tieteellisen käytännön loukkausta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkijan tulee olla koko ajan valppaana tämän suhteen, jotta tutkimuksen ja tulosten luotettavuus on ehdoton. Tähän kiinnitin aktiivista huomiota tutkimusta tehdessäni ja alkuperäistä litteroitua tekstiä sekä analyysiani tarkastin säännöllisin väliajoin, varmistaakseni raportin luotettavuutta suhteessa alkuperäiseen aineistoon.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole yksiselitteisesti toteutettavissa eikä siihen ole olemassa vain yhdenlaista tapaa. Keskeistä on arvioida tutkimusta kokonaisuutena (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 140). Laadullisenkin tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan tarkastella tutkimuksen uskottavuutta (credibility) vahvistettavuutta (dependability, auditability), reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä (transferability), jotka ovat kansainvälisesti yleisesti käytettyjä luotettavuuden arvioinnin kriteerejä (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Tutkimuksen uskottavuutta ja vahvistettavuutta voidaan lisätä siten, että tutkimusmenetelmät, tutkimuksen toteutus analyyseineen sekä tulokset ovat kuvattu ymmärrettävästi, täsmällisesti ja selkeästi tutkimusraportissa. Tutkimuksen lukijan tulee ymmärtää se, miten tutkija on päässyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. (Hirsjärvi ym. 2009; 232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013; 198, Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olen kuvannut käyttämäni tutkimusmenetelmää sekä tutkimukseni kulkua ja sen vaiheita selkeästi ja ymmärrettävästi raportissani. Analyysin tekoa kuvasin käyttäen esimerkki taulukoita luokittelun eri vaiheista. Tutkimusraportissa aineiston suorien lainauksien käytön katsotaan vahvistavan osaltaan tutkimuksen uskottavuutta ja antaa lukijalle tilaisuuden nähdä osia alkuperäisestä aineistosta (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198). Kaikkien alaluokkien kohdalle olen käyttänyt alkuperäisiä, autenttisia lainauksia haastatteluista.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä antaa riittävää taustatietoa niin tutkittavasta asiasta kuin tutkimukseen osallistuvista henkilöistä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Raportissani olen selvittänyt tutkimuksen kontekstin tarkasti, tutkittava ilmiö on tunnistettavissa ja selkeästi määritelty sekä keskeiset käsitteet ovat avattu. Tutkijan reflektiivisyys merkitsee sitä, että tutkija on jo alusta alkaen tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja ymmärtää tämän (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Koko opinnäytetyön tutkimuksen tekemisen ajan olen arvioinut ja pohtinut omaa ajattelua, toimintaa ja sen vaikutusta itse tutkimukseen ja analysoinut erilaisia valintojani kriittisesti. Tässä apuna oli omassa käytössä muistiinpanot nimellä ”matkan varrelta”, joihin palasin pohtimaan ajatuksiani ja valintojani.

Tutkijan objektiivisuus ja sen tarkastelu on keskeinen osa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Tutkijan täydellinen objektiivisuus ei ole mahdollista, tämä seikka on syytä tiedostaa ja tunnustaa heti aluksi. Keskeistä onkin se, että tutkija pysyy alati valppaana sille, etteivät hänen omat asenteensa, uskomukset ja mielipiteet pääse vaikuttamaan tuloksiin sokeasti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 3.2.) Analyysin ja tulosten kirjoittamisen aikana palasin useasti lukemaan alkuperäistä litteroitua tekstiä tarkastaakseni miten asiat olivat ilmaistu ja tukeeko se kirjoitettua raporttia. Luokittelua täsmennettiin vielä tässä vaiheessa. Aineiston analyysiin ja luokituksiin palasin vielä raportin kirjoittamisen alussa, tarkastelun ja harkinnan jälkeen päädyin yhdistämään kaksi alaluokkaa toisiinsa vielä tässä vaiheessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on syytä tarkastella myös tutkijan puolueettomuuden näkökulmaa. On kysyttävä, pyrkiikö tutkija kuulemaan ja ymmärtämään haastateltavien antamaa aineistoa objektiivisesti vai suodattuuko saatu tieto tutkijan omien käsitysten ja ennakkoasenteidensa läpi muokkaantuen. (Tuomi & Sarajärvi 2009; 135-136) Omat mielipiteet ja käsitykset itselle tutusta aiheesta voivat sekoittua aineistoon, mikäli ei näitä aktiivisesti pyri tunnistamaan ja huomioimaan. Tämä asia korostui tutkimuksessani erityisesti aiheen ja ympäristön ollessa itselleni tuttu. Olen työskennellyt aikaisemmin

sairaanhoidajana Laakson vieroitushoito-osastolla, jolloin voi olla riskinä sekoittaa omia aikaisempia kokemuksiaan ja käsityksiään tutkittavasta asiasta. Alkuperäiseen litteroituun tekstiin palasin useasti raporttia kirjoittaessani, varmistaen sen tuottaako aineisto ja alkuperäiset ilmaisut kyseessä olevat asiat.

Tutkijan on syytä tiedostaa niin sanottu ”holistisen harhaluulon” (holistic fallacy) mahdollisuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkijalle muodostuu ja vahvistuu virheellinen johtopäätös oman tutkimuksensa tuloksista. Yksin työskentely tutkimuksen aikana saattaa aiheuttaa sokeutumista omille käsityksilleen ja tulkinnoille tutkimuksen aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Tätä riskiä pyrin välttämään tiedostamalla tämän riskin olemassaolon, oman työn kriittisellä tarkastelulla sekä säännöllisillä ohjauskeskusteluilla ohjaavan opettajan kanssa. Ajoittaisilla tauoilla tutkimusta tehdessä oli myös merkittävä vaikutus, niin analyysivaiheessa kuin keskeisiä tutkimustuloksia pohtiessa, tämä ehkäisi myös osaltaan sokeutumista omalle tekstilleen.

Luotettavuutta pohdittaessa on kiinnitettävä huomiota myös siihen seikkaan, että onko tutkijalla ollut riittävästi aikaa tehdä tutkimus huolella noudattaen hyvää tutkimuskäytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142). Tämä on ollut merkittävää ymmärtää jo tutkimusaihetta valitessa, sillä tiedossa on ollut, että aika on tässä tutkimuksessa lyhyt opinnäytetyön ollessa kyseessä. Itse tutkimusaihe ja -tehtävät ovat tarkkaan harkittuja ja aiheen selkeä rajaaminen korostui. Riittävä aika suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen mahdollistaa huolellisen analyysin ja saatujen tuloksien luotettavuutta.

On ymmärrettävä, että jokainen laadullinen tutkimus on aina ainutlaatuinen ja uniikki. Luotettavuuden arviointiin ei voi suoraan käyttää tutkimuksen toistettavuutta; vaikka aineisto olisi sama, niin eri tutkijat saattavat silti päätyä erilaisiin tuloksiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ja kuvaamaan asioita ja ilmiöitä, eikä sillä tavoitella löytämään absoluuttisia totuuksia. (Vilkkä 2015 197, 120)

7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata vieroitushoito-osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroituksesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa aiheesta ja muodostaa tulosten perusteella kehitysehdotukset, joiden avulla osastolla voidaan kehittää edelleen monipäihdepotilaan akuuttia alkoholivieroitushoitoa.

Monipäihdekäytön on todettu olevan kasvava ongelma niin Suomessa kuin muualla maailmassa ja se nähdään korostuvan nuoremmissa ikäluokissa. Ajankohtaisissa tutkimuksissa alkoholi näyttäytyy yleisenä päihteenä monipäihdekäytössä ja tähän liittyy selkeästi lisääntynyt bentsodiatsepiinien väärinkäyttö. (Kuussaari ym. 2017, 2154; Maffli & Astudillo 2018, 180,182 -184 McHugh ym. 2020,2; Pätsi, Lintonen & Karjalainen 2020, 189,191.)

Tämän tutkimuksen mukaan vieroitushoito-osastolla potilaiden muuttuneet päihteiden käyttötavat ja lisääntynyt monipäihdekäyttö näkyivät selkeästi hoitajien kokemuksissa. Alkoholia ainoana päihteenä käyttävien potilaiden osuus oli merkittävästi vähentynyt ja nuorempien potilaiden kohdalla tämä nähtiin jo jokseenkin harvinaisena. Yleisimpinä alkoholin kanssa käytettyjä päihteitä oli PKV-lääkkeet, joista bentsodiatsepiini valmisteet olivat eniten edustettuina. Laittomista huumausaineista amfetamiini ja opiaateista buprenorfiini näyttäytyivät myös kohtalaisen yleisinä. Suomessa monipäihdekäytön lisääntyminen on nähty kasvavana ongelmana erityisesti isojen kaupunkien päihdehuollon erityispalveluissa (Väyrynen ym. 2015, 286).

Hoitajien kokemusten mukaan monipäihdekäyttöön liittyi vahvasti potilaiden erilaiset kasaantuneet ongelmat. Tämän vuoksi hoitajat kokivat tarvitsevansa osaamista myös itse päihdetyön ulkopuolelta ja erityisesti psykiatrisen hoitotaidon osaaminen korostui. Akuutissa vieroitushoidossa työskentelevien hoitajien on todettu tarvitsevan laaja-alaisia tietoja ja taitoja ja tämä tulisi huomioida jo hoitotyön koulutuksessa (Ling, Watson & Gehrs 2017, 112-113).

Samanaikainen psyykkinen oireilu sekä kaksoisdiagnoosit esiintyivät yleisenä monipäihdekäyttäjien keskuudessa. Masennus ja ahdistusoireistot korostuivat

osalla potilaista osastohoidon aikana. Monipäihdekäyttöön on todettu liittyvän selkeästi lisääntyntä huono-osaisuutta sekä mielenterveysongelmia ja monipäihdekäytön on nähty lisäävän mielenterveyden häiriöitä sekä edistävän psyykkistä sairastavuutta. Alkoholin, lääkkeiden ja laittomien huumeiden yhteiskäyttöön liittyy paljon arvaamattomia vaikutuksia ja tätä kautta myös lisääntyneitä somaattisia terveyshaittoja. (Connor ym. 2014; 271-273, Kuussaari ym. 2017, 2157-59).

Järvenpään sosiaalisairaalassa tehdyssä tutkimuksessa (2012) saatiin saman suuntaisia tuloksia muuttuneesta päihteidenkäytöstä, kun käytiin läpi toteutuneita laitoshoidojaksoja. Pelkästään alkoholia päihteenä käyttävien potilaiden osuus oli alle 15 prosenttia ja useampaa kuin kahta päihdettä käytti 68 prosenttia hoidossa olleista potilaista. Bentsodiatsepiinit olivat alkoholin lisänä yleisimpiä päihteitä. Psykiatrisia diagnooseja oli yli 30 prosentilla ja itsemurhayrityksiä tai -ajatuksia oli yli 55 prosentilla kaikista potilaista. Hoitajien kokemana potilaat olivat psyykkisesti huonossa voinnissa hoitoon tullessa. (Weckroth 2011, 8, 19-20.)

Rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö liittyy tiiviisti muiden päihteiden väärinkäyttöön ja alkoholin ongelmakäyttäjillä sekä opiaattiriippuvaisilla rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö nähdään olevan yleistynyttä (Votaw ym. 2019, 51; Pätsi, Lintonen & Karjalainen 2020). McHugh ym. (2020) tutkivat bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä alkoholiriippuvaisilla potilailla, jotka olivat vieroitus- tai kuntoutushoidossa alkoholinkäytön vuoksi. Kaikista tutkimukseen osallistuneista potilaista (n=256), yli 30 prosenttia oli käyttänyt pitkäaikaisesti ja säännöllisesti bentsodiatsepiinejä väärin. Keskeiseksi syyksi lääkkeen väärinkäytölle oli potilaan kokemana keino pyrkiä helpottaa ahdistustaan. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että kaikki potilaat, joka olivat käyttäneet bentsodiatsepiinejä väärin viimeisen vuoden aikana, olivat käyttäneet sitä yhteiskäyttönä muiden päihteiden kanssa. Alkoholin osuus toisena päihteenä esiintyi yli 60 prosentissa tapauksista. Tuloksissa nähtiin myös hoitamattomien psykiatristen ongelmien liittyvän alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttöön. (McHugh ym. 2020; 4-5.)

Tärkeä huomio samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien esiintymisessä on niiden korkeampi riski uusiutua ja potilaiden tiheä

päivystyspalveluiden käyttö. Haasteelliseksi samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien (kaksoisdiagnoosin) tunnistamisen tekee se, että alkoholin ongelmakäyttö lisää itsessään ahdistusta, mielialan laskua sekä unihäiriöitä, jotka voivat liittyä itsenäisesti myös päihteiden käyttöön tai niiden vieroitusoireisiin. Tarvittaessa psykiatrinen arvio tulisikin tehdä päihtymystilan poistuttua tai vieroitushoidon jälkeen. Mielenterveys- ja päihdeongelmien integroidun hoidon kehittämisessä ja lisäämisessä nähdään olevan vielä paljon tehtävää. Tämä asia korostui hoitajien kokemuksissa myös tässä tutkimuksessa. Näyttöön perustuvaa tutkimusta aiheesta tarvitaan lisää. Lisäksi monipäihdepotilaiden hoitokäytänteet nähdään yleisesti heikommin kehittyneiksi muiden päihdehoitoihin verrattuna, sillä monipäihdepotilaan hoitoon ei ole esimerkiksi Suomessa olemassa omaa käypähoitosuosittelua. (Connor ym. 2014, 271-272; Kuussaari ym. 2017, 2152; Yule & Kelly 2019, 62-63.)

Alkoholin ongelmakäyttö itsessään tuo mukanaan laajasti myös sosiaalisia haittoja. Potilailla on haasteita niin ihmissuhteissa, toimeentulon sekä työelämän kanssa (Härkönen, Mäkelä & Warpenius 2018, 53). Tässä tutkimuksessa vieroitushoidossa olevien potilaiden monenlaiset elämänhallinnan haasteet korostivat sosiaalityön merkitystä potilaiden kokonaishoidossa. Hoitajat näkivät sosiaaliohjaajan roolin osastolla tärkeäksi osana moniammatillista tiimiä ja toivoivat tätä edelleen lisättävän.

Helsingin kaupungilla laitospäihdehoito-osaston potilaat katsotaan kuuluvan paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden ryhmään, jolloin monialainen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kesken on tärkeää ja tavoiteltavaa potilaan kokonaishoidon sekä toimivan hoitopolun mahdollistamiseksi. Hoidon jatkuvuuteen nähtiin tuovan osaltaan haastetta se, ettei osastolla ole omaa sosiaalityöntekijää, joka voisi tehdä tarvittavat päätökset esimerkiksi jatkokuntoutuksen osalta, jos tämä nähdään tarpeelliseksi suoraan osastohoidon jatkoksi. Sosiaalityön osuus nähdään keskeiseksi heikossa asemassa olevien ja paljon palveluita tarvitsevien potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi (Wahlbeck ym. 2018, 73-75). Toisaalta Helsingin kaupungilla on kattavat avopäihdepalvelut, mutta laitospäihdehoidon ja avohoidon yhteistyöhön nähtiin liittyvän vielä jossain määrin haasteita. Helsingin kaupungin päihdepalveluissa kehitetään ajankohtaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden

kokonaispalveluita ja sitä kautta pyritään löytämään ratkaisuja esiintyviin tarpeisiin.

Vieroitushoidossa työskentelevät hoitajat kokivat ajoittain työn kuormitusta niin potilaiden kuin palvelujärjestelmien osalta. Toistuvat hoitajaksot samojen potilaiden kohdalla sekä useat hoidon keskeytykset aiheuttivat ajoittain turhautumisen tunteita ja ristiriitaisia ajatuksia hoidon sekä hoitojärjestelmän merkityksellisyydestä ja toimivuudesta. Potilaiden omat ristiriitaiset tavoitteet, hoitoon kiinnittymättömyys ja lyhytjänteisyys näyttäytyivät olevan usein yhteydessä kuormittumisen määrään. Epäselvyys potilaiden todellisesta päihteiden käytöstä nähtiin yhtenä vaikeuttavana tekijänä hoidon onnistumisessa. Yhteisten sovittujen käytäntöjen noudattaminen koettiin työyhteisössä tärkeänä ja näihin toivottiin työyhteisöltä enemmän sitoutumista. Tämä kokemus näkyi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Halonen & Paakkeli-Kurronen 2006,36; Lampela & Jounila 2010, 64,80).

Johansson ja Wiklund-Gustin (2016) tutkimuksessa psykiatrisen sairaalan vieroitushoitoa totuttavien hoitajien kokemuksissa, nousi esiin paljon samankaltaisia tuloksia. Hoitajat kokivat vieroitushoidossa työskentelyn vaativan heiltä ”monipuolista valppautta” potilaiden vieroitusoireiden ja monenlaisten ongelmien suhteen. Tärkeänä nähtiin potilaiden osallistaminen hoitoon ja tukeminen ottamaan vastuuta omista ongelmistaan ja toipumisistaan. Potilaiden kyky manipuloida hoitajia tai työryhmää lisäsi henkisen kuormittumisen riskiä ja sen nähtiin toteutuessa johtavan jopa puutteelliseen hoitoon. Yhteiset rajat ja linjaukset nähtiin tärkeiksi ja niiden tuli toimia tukena myös potilaille. Keskeytyneet hoitajaksot, potilaiden lääkehakuisuus sekä organisaation tavoitteet ja käytännön työn ristiriidat aiheuttivat hoitajille ajoittain turhautumisen tunteita ja työssä kuormitusta. Toisaalta useat hoidot nähtiin kuitenkin liittyvän riippuvuussairauksien luonteeseen ja yhdeksi osaksi toipumiseen. (Johansson & Wiklund-Gustin_2015, 305-307).

Alkoholivieroitusta osasto-olosuhteissa tutkinut Yedlapati ja Stewart (2018) totesivat tuloksissaan, että lähes 60 prosenttia hoidetuista potilaista palaa osastotaseeseen vieroitushoitoon vuoden sisällä ja 20 prosenttia kuukauden kuluessa. Lisääntyneenä riskinä tähän nähtiin esimerkiksi samanaikainen

muiden päihteiden käyttö sekä mielenterveysongelmat. (Yedlapati & Stewart 2018, 450-451).

Tutkittaessa mielenterveys- ja päihdepalveluita Yhdessä mielin -hankkeessa, havaittiin eriarvoisuutta esimerkiksi niiden monipäihdekäyttäjien kohdalla, joilla on heikko toimintakyky, sosiaalista syrjäytymistä ja kyvyttömyyttä toimia niin kuin palvelujärjestelmä heiltä odottaa. Käyntikertoja ja hoitajaksoja saattaa kertyä, mutta hoidontarpeeseen ei kyetä vastaamaan eikä hoitoketjua synny. Päihdepalveluissa nähtiin myös lisääntyneen laskennallisen tehokkuuden ja mahdollisen asiakkaiden valikoinnilla olevan eriarvoistumista lisäävä vaikutus. Syrjäytymisen ja eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää toimivaa yhteistyötä eri organisaatioiden kesken. Merkittävänä yhteistyökumppanina nähdään myös kolmannen sektorin palvelut sekä kokemusasiantutijat ja vertaistyöntekijät. (Wahlbeck ym. 2018, 63-65.)

Erityispiirteenä akuutilla alkoholivieroitushoito-osastolla on osaston toiminnan päivystyksellisyys. Osastolle tulevien uusien potilaiden määrää ei ole ennakoon arvioitavissa ja siinä esiintyykin suurta vaihtelua. Potilaat tapaavat lähettävän tahon usein päivystyksellisesti, jolloin vastaanottoaika on rajallinen. Suuri osa potilaista tulee hoitoon päihdepoliklinikan päivystysvastaanoton VIA:n (vastaanotto ilman ajanvarausta) osa yhteispäivystyksien kautta. Potilaiden tilanne on usein akuutti eikä lähettävällä taholla ole ollut mahdollisuutta selvittää tai järjestää potilaan jatkosuunnitelmaa tarkemmin. Monipäihdepotilaiden kokonaisvaltainen hoito näyttäytyi hoitajille ajoittain pirstaleisena, jakautuen usean eri hoitotahon kesken ja ajoittain laitospäivystysvastaanotto nähtiinkin potilaan elämässä irtolaisena tapahtumana. Siirtyminen avohoitoon ei aina toteutunut toivotulla tavalla ja tähän syitä oli nähtävissä niin potilaan lyhytjänteisyydestä kuin hoitojärjestelmästä. Laitoshoidosta avohoitoon siirtymisessä nähdään esimerkiksi ennen uloskirjoitusta tapahtuvat tapaamiset avohoidon työntekijöiden kanssa onnistumista tukevana toimena. (Wahlbeck ym. 2018, 71.)

Useat hoitotahot ja siihen olennaisesti liittyvät tiedonkulun haasteet koettiin vaikeuttavan potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista sekä jatkohoitoon siirtymistä. Samanlaisia tuloksia on saatu tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sote-

ammattilaisten monialaista yhteistyötä paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Keskeisinä haasteina sujuvalle yhteistyölle nähtiin eri ammattilaisten ristiriitaiset näkemykset hoidon tarpeista, puuttuvat sovitut yhteistyökäytännöt sekä tiedonkulun ongelmat erilaisien tietojärjestelmien vuoksi. Lähes kaikkien vastanneiden ammattilaisten (95%) kokemuksenä oli että, asiakkaan asiakas- tai/ ja potilashistoria tunnetaan huonosti ja asiakas joutuu selvittämään ongelmansa aina uudestaan ammattilaisen tai hoidontarjoajan vaihtuessa. (Hujala ym. 2019; 594,597.)

Helsingin kaupungin päihdepalveluissa on useamman vuoden ajan toiminut kaksi erillistä vieroitushoito-osastoa, jotka ovat profiloituneet hoitamaan erikseen alkoholi- ja huumevieroituksia. Tämä on osaltaan mahdollistanut akuuttitoimintojen kehittämisen alkoholivieroitusoireisen potilaan tarvetta vastaaviksi ja mahdollistanut ympärivuorokautiseen potilaiden vastaanottamiseen, mutta on voinut myös osaltaan edesauttaa riippuvuushäiriöiden erottelua ja sitä kautta niihin suhtautumista. Ennakkoasenteet monipäihdepotilasta kohtaan voivat olla negatiivisia ja tuoda siten kielteisiä mielikuvia tämän potilasryhmän hoitamiseen. Monipäihdekäyttöön (sekäkäyttö terminä) tiedetään liittyvän terveydenhuollossa negatiivisia ennakkoasenteita ja se on aikaisemmin liitetty vahvasti lähinnä huumeiden käyttäjien keskuuteen. (Väyrynen ym. 2017, 284-285, 287.)

Haasteita monipäihdepotilaan hoidon kehittämiseksi osastolla hoitajat kokivat vieroitushoito-osaston fyysiset puitteet. Pidemmät hoidot, joita monipäihdepotilaan huume- tai lääkevieroitus edellyttäisi nähtiin haasteellisen toteuttaa isoissa kuuden hengen potilashuoneissa, joissa yksityisyyttä ja hoitorauhaa on vaikea mahdollistaa. Tämä seikka on tärkeä tiedostaa ja huomioida monipäihdepotilaiden hoitoa kehittäessä.

7.4 Kehittämisehdotukset

Monipäihdekäytön lisääntyminen oli nähtävissä vieroitushoito-osastolla selkeästi. Muuttuneet päihteiden käyttötavat haastavat edelleen kehittämään akuuttia alkoholivieroitushoitoa vastaamaan palvelunkäyttäjien muuttuneisiin tarpeisiin. Lisääntyvä monipäihdekäyttö, jossa alkoholin tiedetään olevan yhtenä keskeisenä päihteenä mukana tuo tulevaisuudessa mahdollisesti haasteita potilaalle sopivan vieroitushoitopaikan valintaan. Tämä luo tarvetta tiedon ja osaamisen vahvistamiseen muiden päihteiden aiheuttamista vieroitusoireista ja niiden huomioimisesta vieroitushoitoon hakeutuvien potilaiden kohdalla. Tieto ja ymmärrys monipäihdekäytöstä sen monine tasoineen auttaa oikea-aikaisen hoidon toteuttamista ja potilaan asianmukaisen hoitopaikan valintaa sekä vähentää osaltaan mahdollisesti kielteisiä ennakkoasenteita.

Räätälöity lisäkoulutus ja työnkierto

Vieroitushoito-osastolle suunniteltu koulutuskokonaisuus, jossa keskityttäisiin monipäihdepotilaiden yleisimmin käytettyihin pähteisiin, niiden erityispiirteisiin sekä vieroitusoireisiin voisi olla toimiva tapa lisätä tietoa ja ymmärrystä niin hoidon tarpeen arvioinnissa kuin potilastyössä. Koulutuksen suunnittelussa on tärkeä huomioida osaston hoitohenkilökunnan toiveet ja tarpeet, päihdetyön ammattilaisille lisäkoulutus tulee olla räätälöityä ja kohdennettu siihen tarpeeseen mikä on tunnistettu. Työnkierto voisi toimia erinomaisena taitovaihtona vieroitushoito-osastojen välillä, molemminpuolinen ymmärrys lisää yhteistyömahdollisuuksia monipäihdepotilaan vieroitushoidon kehittämiseksi.

Vieroitushoito-osastojen yhteiset kehittämispäivät ja yhteistyötiimit

Yhteistyön lisääminen kaupungin huumevieroitushoito-osaston kanssa näyttäytyy kannattavana monipäihdepotilaiden hoitopolun kehittämiseksi. Hoitajilla oli positiivisia kokemuksia yhteistyöstä huumevieroitusosaston kanssa monipäihdepotilaiden kohdalla, joilla akuutit alkoholivieroitusoireet ovat vaatineet välitöntä hoitoa osastolla, mutta hoidon tarve on jatkunut muun päihdekäytön vuoksi, jolloin potilas on päässyt suoraan jatkamaan hoitoa huumevieroituksen puolelle. Yhteiset kehittämispäivät tai/ja osastojen väliset yhteistyötiimit voisivat olla toimivia toteuttamistapoja.

Selkeät yhtenäiset käytänteet ja linjaukset

Monipäihdepotilaiden laitosvieroitushoidon tarpeen arvioinnissa esiintyi haastateltavien keskuudessa ajoittain epäselvyyttä siitä, milloin monipäihdekäyttäjä tarvitsee akuuttia alkoholivieroitushoitoa osastolla. Keskeisenä hoidon kriteerinä tulisi olla selkeästi akuutit, osasto-olosuhteita vaativat alkoholivieroitusoireet, vaikka potilaan käytössä olisi muitakin päihteitä. Hoidon tarvetta arvioitaessa tulisi keskittyä alkoholivieroitusoireiden potentiaaliseen henkeä uhkaavuuteen ja päivystyksellisen hoidon tarpeen arviointiin tästä näkökulmasta. Lähettävältä taholla tulisi olla ajankohtaista tietoa potilaiden mahdollisesta muusta päihteidenkäytöstä, jotta potilas ohjautuisi oikea-aikaisesti tarpeensa mukaiselle osastolle.

Yhtenäiset ohjeet ja sovitut käytännöt monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta näyttäisi tarvitsevan selkeytystä. Näistä tulisi käydä keskustelua päihdepalveluissa myös keskijohdon taholla. Lisääntyvä tarve esimerkiksi räätälöidyille vieroituksille näyttää olevan tulevaisuudessa kasvussa. Selkeiden toimintaohjeiden ja linjauksien jalkauttaminen päihdepalveluissa näyttäytyy myös tärkeänä, jotta potilaan kokonaishoidon ja hoitopolun onnistumista voitaisiin tukea yhteistyössä avo- ja laitospalveluiden kesken.

Kokemusasiantuntijan ja kolmannen sektorin hyödyntäminen osastolla

Kokemukset vertais- ja kokemusasiantuntijuudesta osastolla olivat pelkästään positiivisia. Kokemusasiantuntijan tai vertaistyöntekijän vetämät ryhmät voisivat toimia osana ryhmätoimintojen kehittämisessä. Kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä olisi hyvä tehostaa myös laitospalveluissa. Osastolla järjestettävät tietoa antavat lyhyet ryhmät kolmannen sektorin laajasta tukitarjonnasta voisivat hyödyttää potilasta omien tavoitteiden suhteen myös osastohoidon jälkeen.

LÄHTEET

Alho, M., Jokelainen, K. & Aalto, M. 2015. Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K & Lindroos, L. (toim.) Alkoholi riippuvuus. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 20.1.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi>

Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Alkoholisuositustyöryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 19.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi>

Connor, J., Gullo, M., White, A. & Kelly, A. 2014. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*. 27(4), 269-275.

EMCDDA. 2019a. Centre for Drugs and Drug Addiction: Finland, Country Drug Report 2019. Luettu 20.8.2020. <http://www.emcdda.europa.eu>

EMCDDA. 2019b. Centre for Drugs and Drug Addiction. Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project 2017. Lissabon, 3/2019.

EU Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679.

Hakkarainen, P., Hautala, S., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kataja, K., Kuussaari, K., Savonen J & Tigerstedt, C. 2019. Monikasvoinen sekakäyttö, Suomen akatemian rajoittaman MiksMix -tutkimusprojektin keskeiset tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (2), 188-196.

Hakkarainen, P., Karjalainen, K. & Tigerstedt, C. 2018. Missä määrin ja kuinka usein alkoholia, huumeita ja lääkkeitä käytetään yhdessä? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. 89-96

Halonen, P & Paakkeli-Kurronen, P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoidon osastolla -asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Hanpatchaiyakul, K., Eriksson, H., Kijssomporn, J. & Östlund, G. 2016. Healthcare providers' experiences of working with alcohol addiction treatment in Thailand. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession*. 52(1), 59-73.

Heiskanen, S. 2009. Katkaisuhoidopotilaan voimavarojen tukeminen sairaanhoitajan kuvaamana. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu - tutkielma.

Helsingin kaupungin päihdepalveluiden ohjeita. 2019.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2009. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A. & Surakka V-M. 2019. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Päihdelinkki. Verkkojulkaisu. Luettu 6.12.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>.

Hujala, A., Taskinen, H., Oksman E., Kuronen, R., Karttunen A. & Lammintakainen, J. 2019. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö, Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. Yhteiskuntapolitiikka 84 (5-6), 592-600.

Huttunen M. 2018. Alkoholiriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Elektroninen aineisto. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 19.12.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Huumeongelmaisen hoito, 2018. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 14.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi/>

Jaakkola, V. 2018. Toipumisorientoitunut hoitojärjestelmä. Luentomateriaali.

Johansson, L. & Wiklund-Gustin, L. 2015. The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. Scandinavian Journal of Caring Sciences 30, 303-311.

Kallio, M. & Karttunen N. 2017. Bentsodiatsepiinit. Päihdelinkki, Tietopankki. Elektroninen aineisto. Luettu 10.1.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma pro

Karriker-Jaffe KJ., Witbrodt J., Subbaraman MS. & Kaskutas. 2018. What Happens After Treatment? Long-Term Effects of Continued Substance Use, Psychiatric Problems and Help-Seeking on Social Status of Alcohol-Dependent Individuals. Alcohol and alcoholism 53(4), 394-402.

Karttunen, S., Laitinen, K. & Ryhänen S. 2018. Opioidit, bentsodiatsepiinit ja vieroitus korostuvat lääkekysymyksissä. Lääkärilehti 40 (73), 2275-2279.

Kataja K., Väyrynen, S., Hakkarainen, P., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kuussaari, K & Tigerstedt, C. 2016. Riskinotto, hallinta ja käyttäjäidentiteetit huumeiden sekakäytössä. Analyysi sekakäyttöepisodeista. Yhteiskuntapolitiikka 81(1), 43-54.

Kuoppasalmi K., Heinälä, P & Lönnqvist J. 2019. Psykiatria, Päihteille altistuminen, Päihdehäiriö. Elektroninen aineisto. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 11.1.2020. <https://www.oppiportti.fi>

Kuussaari, K., Karjalainen, K., Kataja K., & Hakkarainen P. 2017. Sekakäyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Duodecim 133 (22), 2152-2160.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laakson vieroitushoito-osaston ohjeita. 2019.

Laakson vieroitushoito-osaston tilasto 2019.

Lampela, E & Jounila, M 2010. ”Se ei ole niin yksoikoinen juttu...”. Kuntoutuksellinen näkökulma katkaisuhuoltoon Lapin alueella. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Latvala, T., Lintonen T. & Nevalainen J. 2018. Miten alkoholin riskikäyttö, muiden päihteiden ja tupakkatuotteiden käyttö sekä rahapelaamine liittyvät toisiinsa? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. 78-85.

Ling, S., Watson, A. & Gehrs, M. 2017. Developing an Addictions Nursing Competency Framework Within a Canadian Context. Journal of Addictions Nursing. Vol. 28 (3), 110-116.

Lintonen, T & Mäkelä, P. 2018. Kuinka suuri osa juomisesta on alkoholin riskikäyttöä? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo, 39-48.

McHugh, K., Votawc, V., Taghiana, N., Griffin, M. & Weiss, R. 2020. Benzodiazepine misuse in adults with alcohol use disorder: Prevalence, motives and patterns of use. Journal of Substance Abuse Treatment 117, 1-6.

Maffli, E. & Astudillo, M. 2018. Multiple substance use among patients attending treatment for substance-related problems in Switzerland. Drugs and alcohol today. 18.(3), 178-187.

Mäkelä, P. 2018. Miten käyttötavat ovat muuttuneet? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. 26-38.

Niemelä, S. 2011. Alkoholivieroitusoireiden hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127(13), 1373-7.

Nordling, E. 2017. Recovery – toipumisorientaatio. THL- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveysyksikkö.

Ojanperä, I. & Kriikku, P. 2018. Huumausaine- ja lääkelöydökset myrkytyskuolemissa. Teoksessa Aalto, M., Alho, M & Niemelä, S. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1.painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 20.1.2020. <https://www.terveysportti.fi>

Ohje terveydenhuollon yksiköille: Potilaiden lähettäminen alkoholivieroitukseen Laakson akuutille vieroitushoito-osastolle. 2019. Helsingin kaupungin, päihdepalvelut.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdelinkki. Tietopankki. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tyontueksi/alkoholineuvonnan-opas/motivointi-muutokseen>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. THL. Alkoholit ja huumeet. Yliopistopaino: Helsinki.

Pätsi S-M., Lintonen, T. & Karjalainen K. 2020. Lääkkeiden väärinkäyttö suomalaisessa aikuisväestössä. Lääkärilehti 75 (2), 188-210.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma pro oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Elektroninen aineisto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietopankki. Luettu 1.12.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Saavalainen, J. 2015. Onko lääkkeiden valuminen katukauppaan ongelma? Sic! Fimea, lääketietolehti terveydenhuollon ammattilaisille 1, 12-13.

Seppälä T., 2015. Alkoholiriippuvuus. Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksen mekanismit. Terveysportti pitkäaikaissairaudet. Elektroninen aineisto. <https://www-terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/dtk/pit/inf04473>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL Ruiskuhuumejäätutkimus 2017. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Elektronien lähde. Luettu 3.1.2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet>.

Tietosuojalaki.1050/2018

Tigerstedt, C., Mäkelä, P. & Karlsson, T. 2018. Mikä on muuttunut 2000-luvulla, mikä ei? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo, 251-257.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Valtioneuvoston asetus 583/2017 kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat

mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89.

Weckroth, A., Vaittinen, M., Lindqvist, M., Kujanen, T., Kaskela, T., Pitkänen, T. & Tourunen, J. 2011. Selvitys palveluvakuutusmallin käyttöönotosta Järvenpään sosiaalisairaalassa vuonna 2011 – toteutuneet hoitojakson ja mallista annettu palaute. A-klinikkasäätiön tutkimusyksikkö.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: PS-kustannus.

Vorna, H. 2018. Sekakäytön yleisyys ja muodot. Teoksessa Aalto, M., Alho, M. & Niemelä, S. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1.painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 28.12.2019. <https://www.terveysportti.fi>

Votaw, V., Witkiewitz, K., Valeri L., Bogunović, O & McHugh, K. 2019. Nonmedical prescription sedative/tranquilizer use in alcohol and opioid use disorders. Addictive Behaviors 88, 48-55.

Väyrynen, S., Kataja K., Hakkarainen P., Kailanto S., Karjalainen K., Kuussaari, K. & Tigerstedt C. 2015. Säätelystä, kaoottisuutta ja itsetutkiskelua. Sekakäytön määritelmiä ja merkityksiä päihdetyön ammattilaisen ja käyttäjien tulkitsemana. Janus 23(3), 284-299.

Yedlapati, S. and Stewart, S. 2018. Predictors of Alcohol Withdrawal Readmissions. Alcohol and alcoholism, 53(4), 448-452.

Yule, A & Kelly, J. 2019. Integrating Treatment for Co-Occurring Mental Health Conditions. Alcohol Research; Bethesda 40 (1), 61-73.

Hyvä päihdetyön ammattilainen!

Pyydän Sinua osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata vieroitushoito-osaston hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan hoidosta akuutin alkoholivieroitushoidossa. Osallistumisesi tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisesi, milloin tahansa, syytä ilmoittamatta. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Helsingin kaupungin päihdepalveluista, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena ja aineiston keräys tapahtuu haastattelemalla Laakson vieroitushoito-osaston hoitotyön ammattilaisia. Haastattelut toteutetaan ryhmähaastatteluina Laakson sairaalan tiloissa erikseen sovittuina aikoina keväällä 2020 työajalla. Yhteen ryhmään toivotaan osallistuvan viisi osastolla työskentelevää hoitajaa. Haastatteluja tehdään kahdessa ryhmässä ja yhden haastattelun kesto on noin 1,5 tuntia.

Ryhmähaastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ja haastattelun teemat käsittelevät monipäihdepotilaan hoidon erityispiirteitä, hoitajien kokemuksia ja hoitajien kehitysehdotuksia. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen ne puretaan tekstiksi. Opinnäytetyön valmistuttua taltioitu aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Sinulta pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Valmistuttua opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus- tietokannassa.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Yhteistyöterveisin,

Anne Nieminen

Kliininen asiantuntijaopiskelija, mielenterveys- ja päihdetyö (YAMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

E-mail: anne.nieminen@tuni.fi puhelinnumero: XXX-XXXXXX

Liite 1: 2(2)



Hoitajien kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroituksesta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta Laakson vieroitushoito-osastolla sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, milloin tahansa, syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. Hoitajien kokemukset monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta
2. Monipäihdepotilaan hoidon kehittäminen lyhytaikaisessa vieroitushoidossa

Liite 3. Aineiston analyysi

Tutkimustehtävä 1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on monipäihdepotilaan akuutista alkoholivieroitushoidosta osastolla?

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA
Lisääntynyt monipäihdekäyttö Potilailla paljon samanaikaisia ongelmia Haasteelliset vieroitusoireet Potilaat eivät tiedosta monipäihdekäyttöä tai sen riskejä Vaatii hoidollista ja lääketieteellistä osaamista Hoito edellyttää moniammatillisuutta	Työntekijöiltä edellytetään laajaa osaamista
Potilaat usein lyhytjänteisiä Potilaiden tavoitteiden ristiriitaisuus Potilaiden todellinen päihdekäyttö epäselvää Hoitajien ristiriitaiset tuntemukset hoidosta Negatiivinen suhtautuminen monipäihdepotilaisiin Osaston yhtenäiset linjaukset korostuvat	Monipäihdepotilaan hoito on kuormittavaa hoitajille
Haasteena hoidon oikea-aikaisuus Päivystyksellinen hoitoon tulo haasteena Hoitajien kokemana hoidon pirstaleisuus haasteena Hoidon jatkuvuuden merkitys korostuu	Vieroitushoidon haasteet potilaan kokonaishoidossa
Laitosvieroituksen kriteerit eivät ole yhtenäiset Osaston toiminnan päivystyksellisyys ei tue hoitoa Osaston fyysiset tilat	Hoitajien kokemana osastovieroituksen käytänteet ovat ristiriitaisia

Tutkimustehtävä 2. Miten monipäihdepotilaisen hoitoa lyhytaikaisessa vieroitushoidossa tulisi kehittää?

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
Potilaan vastuunoton ja muutosmotivaation tukeminen Ryhmätoimintojen ja vertaistoiminnan kehittäminen	Potilaan osallisuuden mahdollistaminen
Räätälöityä täydennyskoulutusta Osaston sosiaalityön lisääminen Työnkierron hyödyntäminen Kaupungin päihdepalvelutarjontaan tutustuminen Osaston yhtenäiset pelisäännöt ja niihin sitoutuminen	Osaamisen kehittäminen
Yhteistyön lisääminen huumevieroituksen kanssa Yhteistyön tiivistäminen potilaan hoitoketjun kanssa Hoidon suunnitelmallisuuden kehittäminen yhdessä avohoidon kanssa	Potilaan hoidon kehittäminen yhteistyötahojen kanssa

Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkija, julkaisuvuosi, tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuskohde, aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Hujala, Taskinen, Oksmann, Kuronen, Karttunen A.& Lammintakainen , J. 2019.	Tutkimuksen tarkoituksen oli tarkastella sote-kentällä työskentelevien ammattilaisten näkemyksiä paljon palveluja tarvitsevien yhteisiasiakkaiden hoidon ja palvelun nykytilanteesta sekä palvelujen yhteensovittamisen vaatimasta monialaisesta yhteistyöstä.	Tutkimus oli osa Itä-Suomen yliopiston Onnistu sote-integraatiossa - tutkimushanketta, johon osallistui 37 moniammatillista tiimiä. Toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella sähköisenä Webropol-kyselynä. Lomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä. Vastausprosentti oli 44 (n=98)	Yhteisiasiakkaiden tilanne nähtiin heikkona ja tuloksissa nähtiin sote:n johtamisen olevan edelleen sektori-organisaatiokeskeistä. Yhdistetyissä palveluissa yhteistyö näyttäytyi sujuvampana. Yhteistyölle on rakennettava organisaatioissa yhteisesti hyväksytyt toimintatavat, jotta yhteistyö ei jää pelkästään työntekijöiden oman aktiivisuuden varaan. Työntekijöiden ja asiakkaiden osallistaminen kehittämistyöhön on uudistamisen edellytys.
Johansson & Wiklund-Gustin. 2015.	Tarkoituksena oli kuvata vieroitushoitoa ja päihdehäiriöitä hoitavien sairaanhoitajien kokemuksia ja ajatuksiaan työstään.	Tutkimus oli osa sairaalan kehityshanketta. Laadullinen tutkimus psykiatrisen sairaalan osastolla, jossa hoidetaan päihdehäiriöistä kärsiviä potilaita. Aineiston keruu yksilöhaastatteluina. Analyysitapana sisällön analyysi.	Tuloksissa nousi keskeiseksi teemaksi hoitajien kokemus monipuolisesta valppaudesta vieroitushoitotyössä, työ nähtiin vaativana. Valppautta koettiin tarvittavan myös työhyvinvoinnin näkökulmasta. Haasteita löytyi mm. organisaation tavoitteiden ja käytännön työn kesken.
Kuussaari, Karjalainen, Kataja & Hakkarainen. 2017.	Tarkoituksena oli kuvata niitä sosiaali- ja terveydenhuollon päihdeasiakkaita, jotka käyttivät useampaa kuin yhtä päihdettä.	Aineistona vuonna 2015 päihdetapauslaskennan päihde-ehtoista asioinnit yhteensä 6712 tapausta. Analyysimenetelminä ristiintaulukointi sekä logistinen regressioanalyysi.	Monipäihdekäyttö on yleisempää suurissa kaupungeissa. Alkoholi ja lääkkeet yleisin yhdistelmä. Mielenterveyden ongelmat ja väkivaltainen käytös näyttivät liittyvän monipäihdekäyttöön selkeästi.

Ling, Watson & Gehrs 2017.	Tarkoituksena kehittää ja kartoittaa riippuvuushoitotyössä tarvittavaa osaamista ja saada pätevää tietoa hoitotyön koulutuksen ja päihdetyön perehdyttämissuunnitelman kehittämiseksi.	Psykiatrisen ja päihdehoidon opetussairaala Kanadassa.	Akuutissa päihdehoidossa todettiin tarvittavan laajasti erityisosaamista sekä monipuolista monialaista osaamista kokonaisvaltaisesta. Lisäksi psykiatrisen osaaminen nähtiin tärkeäksi.
McHugh, Votawc, Taghiana, Griffin & Weiss. 2020.	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä aikuisilla, joilla oli diagnosoitu alkoholiriippuvuus. Tavoitteena oli saada lisätietoa esiintyvyydestä.	Psykiatrisen sairaalan päihdehoito-osaston potilaat. (n=258). Yksilöhaastattelu sekä lomakekysely. Tutkimus oli kuvaileva, mutta siinä käytettiin myös regressioanalyysia.	Bestsodiatsepiinien käyttö oli yleistä, 30 % tutkituista potilaista käytti bentsodiatsepiineja väärin. Nuorempi ikä, ahdistuneisuus ja monipäihdekäyttö näytti korostuvan. Bentsodiatsepiineja käytettiin yleensä toisten päihteiden kanssa.
Maffli & Astudillo 2018.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa monipäihdehäiriöstä, monipäihdekäytön yleisyydestä ja yleisimmin käytetyistä päihdeyhdistelmistä	Aineisto saatiin kansallisesta tietokannasta, joka oli käytössä niin avopalveluissa kuin sairaalassakin. Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan henkilöt, joilla oli todettu päihdehäiriö (n =10009)	Tärkeimpänä tuloksena oli alkoholin yleisyys päihteenä monipäihdekäytössä.
Pätsi, Lintonen & Karjalainen 2020.	Tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää lääkkeiden väärinkäyttäjyryhmiä, käyttötarkoituksia sekä hankintatapoja	Aineistona oli terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Päihdetutkimus 2014 – aineisto, josta poimittiin systemaattisella satunnaisotannalla 15–69-vuotiaasta suomalaisväestöstä. (n=3485). Kyselylomake.	Yleisimpinä lääkkeinä olivat rauhoittavat- ja unilääkkeet. Käyttö oli yleisempää nuoremman väestön keskuudessa. Tarkoituksina nähtiin olevan päihtyminen, kokeileminen tai kivun tai muun vaivan omatoiminen hoito.
Votaw, Witkiewicz, Valeri Bogunović, & McHugh. 2019..	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ei lääkinnällisissä käytössä esiintyvää bentsodiatsepiinien käyttöä aikuisten alkoholivieroitushoitoon hakeutuneiden potilaiden keskuudessa. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä käytön syistä.	Aineistona oli (n=461) potilasta, joilla oli alkoholin käyttöhäiriö diagnoosi ja jotka olivat alkoholinkäytön johdosta vieroitushoidossa osastohoidossa.	Bentsodiatsepiinien väärinkäyttö on yleistä alkoholiongelmaisten keskuudessa. Suurimmaksi syyksi bentsodiatsepiinien väärinkäytölle näyttyä potilaan kokema ahdistus.
Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen. 2018.	YhdessäMieliin -hankkeen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päättäjille. Keskeisenä näkökulmana korostui näyttöön perustuvien tai hyviksi käytännöiksi todettujen hoitomallien painottaminen.	Tutkimus toteutettiin monin metodein; kirjallisuuskatsauksena, asiantuntijahaastatteluinä, väestökyselynä ja kokemusasiantuntijoiden fokusryhmätyöskentelynä	Päähavaintona nousee esille uusien ihmislähtöisten, osallisuutta ja vertaisuutta tukevien toimintamallien luomat mahdollisuudet uudistaa mielenterveys- ja päihdepalveluja.

Väyrynen, Kataja, Hakkarainen, Kailanto, Karjalainen, Kuussaari & Tigerstedt. 2015.	Tutkimuksessa tarkasteltiin päihteiden käyttäjien ja päihdetyön ammattilaisten määritelmiä päihteiden sekakäytölle.	Empiirisenä aineistona käytettiin päihteiden käyttäjien haastatteluja ja päihdetyön ammattilaisille suunnattua sähköpostikyselyä. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.	Käyttäjien ja ammattilaisten määritelmät olivat moniulotteisia ja toisiinsa kietoutuneita. Määritelmiä ohjaavat vahvat sekakäyttöön liitetty mielikuvat, jotka heijastuvat aineistossa tuotettuun ymmärrykseen päihteiden käytöstä ja käyttäjistä. Sekakäyttöä ilmenee eritasoisena ja käsitteen katsotaan olevan leimaava. olevan eritasoista.
Yedlapati & Stewart 2018.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia alkoholinvieroitushoitojaksojen uusiutumiseen liittyviä tekijöitä ja toistuvien hoitojen osuutta.	Aineistona käytettiin vuoden 2013 tietokannassa olevia vieroitushoitojaksoja.	Tuloksista nähtiin uusien hoitojaksojen tapahtuvan kuukauden sisällä lähes 20 % potilaista. Toistuvat hoidot olivat yleisiä ja niille nähtiin altistavan lääkehoidon laiminlyönti, mielenterveysongelmat, erityisesti psykoosit sekä huumeiden käyttö.
Weckroth, A., Vaitinen, M., Lindqvist, M., Kujanen, T., Kaskela, T., Pitkänen, T. & Tourunen, J. 2011.	Tutkimus kohdistui uuden toiminnon toimintamallin arviointiin. Palveluvakuutusmallilla pyrittiin tukemaan kuntien päihdetyön kehittämistä, parantamaan laitospalveluiden saatavuutta, kehittää asiakkaiden hoitojatkumoa sekä yksinkertaistaa potilashallintoa. Tarkoituksena oli saada tietoa millaisia kokemuksia potilailla ja lähettävien kuntien työntekijöillä oli toteutuneista hoitojaksoista ja palveluvakuutusmallista.	Palveluvakuutusmallia ja siihen kohdistuneita odotuksia arvioitiin toteutuneiden hoitojaksojen ja niistä sekä itse mallista kerätyn palautteen avulla. seuranta-aineiston keruu toteutettiin vuoden 2011 aikana. Tutkimuksessa kartoitettiin, millaisia hoitojaksoja toteutettiin ja millaisia potilasryhmiä hoidettiin.	Kaikkein yleisimpinä päihteitä näkyivät alkoholi, bentsodiatsepiinit, kannabis ja lääkeopioidit. Monipäihdekäyttö oli yleistä. Psykiatrinen diagnoosi oli 30% potilaista. Työntekijät arvioivat päättyvää hoitojaksoa ja sen toimivuutta potilaita kriittisemmin.