

# PÄIHDEHOITOTYÖ PÄIVYSTYKSESSÄ

Anu Nyman

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

DIAK etelä, Helsinki

Sosiaali- ja terveysalan koulutus-  
ohjelma

Johtaminen perhe- ja perhehoito-  
työssä

Sairaanhoitaja ylempi AMK

## TIIVISTELMÄ

Nyman Anu. Päihdehoitotyö päivystyksessä. Helsinki, kevät 2011, 69s., 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK etelä Helsinki, Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma, sairaanhoitaja YAMK.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä hoitajien itsensä kuvaamana sekä päihdetyöntekijän hyödyntämisestä päihdehoitotyön kehittämisessä päivystyksessä. Tutkimuksen kohteena olivat Helsingissä Malmin sairaalan päivystyspoliklinikan ja terveyskeskuspäivystyksen hoitajat. Tämä tutkimus on osa Helsingin Terveystieteiden Terve Helsinki hanketta, jossa pyritään kaventamaan terveyseroja sekä ehkäisemään syrjäytymistä Helsingissä.

Aineiston keruu toteutettiin yksilöllisin teemahaastatteluin, joihin osallistui yhteensä 7 hoitajaa. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin 3.5–21.8.2010. Tarkasteltavina olivat hoitajien näkemys päihdepotilaasta, päihdehoitotyöstä päivystyksessä sekä päihdetyöntekijän roolista päivystyksessä. Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällön analyysin avulla.

Tämä tutkimus sijoittuu sosiaali- ja terveysalojen rajapinnalle. Hoitajien mukaan päihdepotilas tarvitsee usein molempien palveluja selvitäkseen arjessa. Hoitajat määrittävät päihdepotilaan tarkoittamaan potilasta, jolla on päihteiden käytöstä johtuen sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Päihdehoitotyö päivystyksessä käsittää vuorovaikutuksen lisäksi somaattista sairaanhoitoa sekä potilaan seurantaa. Päihdehoitotyöhön vaikuttaa päivystyksen kiiretilanne sekä potilaan päihtymyksen aste. Päihdetyöntekijältä odotetaan ohjausta ja koulutusta aiheeseen liittyen sekä potilasvastaanottoa ja yhteistyön tiivistämistä eri tahojen kanssa.

Avainsanat: päihdepotilas, perusterveydenhuolto, päivystyspoliklinikka, akuuttihoitotyö, päihdehoitotyö

## ABSTRACT

Nyman Anu. Substance misuse work in Emergency department. 69p., 4 appendices. Language: Finnish, Spring 2011. Diaconia University of Applied Sciences.

The main purpose of this research was to provide new information about substance misuse work done by qualified nurses in Malmi General Hospital Emergency department, as described by the qualified nurses themselves and how role of a specialised substance misuse nurses is utilized in developing substance misuse services in a emergency care area.

The object of the research was qualified nurses from the Malmi General Hospital Emergency department and out of hours clinic for the Health Care Centre within the Malmi General hospital. This research is part of "Terve-Helsinki" project which aims to narrow inequalities in health and well-being and to prevent social exclusion in the population in Helsinki area.

The research was collected by using individual theme method, in which participated a total of seven qualified nurses. The issues looked at were the interviewed qualified nurses own perceptions of substance misusers, the related work with the substance misusers in the emergency care areas and the role of a specialized substance misuse nurse in the emergency care setting. The interviews were analyzed with using the content of the inductive analysis.

This research borders between health- and social care. According to the interviewed qualified nurses the substance misuse patients/clients they dealt with needed interventions from both these services to manage in their daily activities of living. The term "substance misusers" described by the qualified nurses as meaning a patient that had multiple health and social problems relating to their substance use. The substance misuse work within the emergency department involves both health interaction with these patients, looking after their health needs and monitoring/assessing these patients. How well these interactions and health need interventions work for each individual patient depends on how busy the emergency department area is and how intoxicated the patient is at the time.

The specialized substance misuse nurse's role involves direct patient's education relating to their substance misuse issues, running a substance misuse clinic within the area, co-ordinating and directing work between different multidisciplinary areas.

Key words: Substance misuse, substance misuse work, substance misusers worker, emergency department

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	6
2. PÄIHDEPOLIITTISET LINJAUKSET .....	8
3. PÄIHTEIDEN VAIKUTUS TERVEYTEEN.....	12
4. PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄ PÄIVYSTYKSESSÄ .....	15
4.1 Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen .....	15
4.2 Huumeausaineiden käytön tunnistaminen .....	16
4.3 Mini-interventio ja AUDIT .....	17
4.4 Päihdehoitotyö päivystyksessä.....	19
4.5 Päihteen käytön arviointia suhteessa riskiin.....	22
5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA .....	24
6. TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	26
7. TUTKIMUSMENETELMÄNÄ LAADULLINEN TUTKIMUS .....	27
7.1 Laadullinen tutkimus.....	27
7.2 Opinnäytetyön tekijän suhde tutkimukseen. ....	28
8. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	29
8.1 Tiedonhaku ja kohderyhmä.....	29
8.2 Aineiston hankinta.....	30
8.3 Aineiston käsittely.....	32
9. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	34
9.1 Päihdepotilas päivystyksessä .....	34
9.1.1 Erkaantuminen arjesta.....	34
9.1.2 Itsestä huolehtimisen vaikeus.....	35
9.1.3 Päihteet osana elämää.....	36
9.1.4 Muut esille nousseet asiat.....	37
9.2 Päivystyksessä tehtävä päihdehoitotyö .....	38
9.2.1 Kohtaaminen .....	38
9.2.2 Perushoito.....	39
9.2.3 Kotiolojen huomioiminen .....	40
9.2.4 Jatkoavun varmistaminen.....	40
9.2.5 Potilaan somaattisen tilan arviointi .....	41
9.2.6 Puitteiden ja tilanteen vaikutus päihdehoitotyöhön .....	42
9.3 Päihdetyöntekijä osana päivystyksen toimintaa.....	43
9.3.1 Potilasvastaanotto.....	44
9.3.2 Kouluttaja .....	44

9.3.3 Konsultti .....	45
9.3.4 Tarpeeton.....	45
9.3.5 Muut esille tulleet asiat .....	46
10. TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA .....	47
10.1 Päihdepotilas hoitajien näkökulmasta .....	47
10.2 Päihdehoitotyö päivystyksessä hoitajien kuvaamana.....	48
10.3 Päihdetyöntekijä osana päivystyksen hoitohenkilöstöä .....	50
11. POHDINTA .....	52
11.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	52
11.1.1 Aineiston keruun luotettavuus.....	52
11.1.2 Aineiston analyysin luotettavuus .....	53
11.1.3 Tutkimustulosten ja raportoinnin luotettavuus.....	54
11.2 Tutkimuksen eettiset valinnat.....	56
11.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	58
LÄHTEET .....	61
LIITE 1: AUDIT .....	65
LIITE 2: Haastattelurunko .....	67
LIITE 3: Esimerkki sisällönanalyysistä päihdepotilaan määrittämisessä ....	68
LIITE 4: Esimerkki sisällön analyysistä päihdehoitotyön määrittämisessä.	69

## 1. JOHDANTO

Päihteiden käytön ja käyttötapojen muutos maassamme on ajankohtainen aihe. Esimerkiksi alkoholin käyttö on kolminkertaistunut maassamme viimeisen 40 vuoden aikana. Päihteiden käytön aiheuttamia ongelmia ei voida ymmärtää tai hallita, jos rajaamme tarkastelun koskemaan vain ääri-ilmiöitä tai helposti havaittavia tapauksia eli ns. ongelmakäyttäjiä, päihderiippuvaisia tai päihdesairauksista kärsiviä henkilöitä. Väestötasolla on hyödyllistä yrittää erottaa riskitapaukset riskittömistä ja pyrkiä vaikuttamaan heidän päihteiden käyttöönsä. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 6-7.)

Työikäisten ihmisten suurin kuoleman aiheuttaja on päihteet, tavalla tai toisella. Alkoholiin liittyviä kuolemia on selvästi enemmän kuin esimerkiksi sepelvaltimotaudin aiheuttamia kuolemia. Alkoholin aiheuttamat haitat ovat kasvussa ja niiden ennustetaan kasvavan edelleen. Eniten käytetty päihde on alkoholi. (Aalto 2010, 8, Holmberg 2010, 21 & Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002.) Päihteiden käyttöön liittyy paljon liitännäissairauksia ja sosiaalisia ongelmia, kuten esimerkiksi syrjäytymistä yhteiskunnasta. Päihdepotilaat näkyvät päivystyspoliklinikoiden sekä terveyskeskuspäivystyksen arjessa ja saattavat herättää hoitohenkilökunnassa monenlaisia ajatuksia ja tunteita.

Päivystyspoliklinikoilla tavataan jatkuvasti potilaita, jotka tarvitsisivat jonkin asteista päihdepalvelua tai – ohjausta. Osa päihdepotilaista hakeutuu päivystykseen, koska eivät tiedä minne heidän kuuluisi mennä. Arvion mukaan joka viidennellä terveyskeskuspäivystyksen käyttäjällä on käyntejä, jotka tulisi hoitaa muualla. (Suikkala & Laine 2010, 198) Laki velvoittaa kuntia järjestämään riittävät päihdehuollon palvelut kuntalaisille. Laissa sanotaan myös, että päihdehuoltoa on kehitettävä yleisiä terveys- ja sosiaalipalveluja kehittämällä sekä tarjoamalla erityisesti päihdehuoltoon suunnattuja palveluja. (Päihdehuoltolaki 1986, 3§, 6§.)

Helsingiläisten sosioekonomiset ja alueelliset terveyserot ovat kasvaneet viimeisen 10 vuoden aikana. Tämän takia Helsingin Terveystieteiden tutkimuskeskus on käynnistänyt vuonna 2009 Terve Helsinki hankkeen, jonka tarkoituksena on kohdistaa terveyseroja kaventavia toimenpiteitä syrjäytymisvaarassa tai terveyserojen takia riskiryhmässä oleviin henkilöihin. Hankkeen ensisijaiset toimenpiteet kohdistuvat nuoriin ja työikäiseen väestöön. Hankkeen tarkoituksena on pysäyttää terveyserojen lisääntyminen Helsingissä kehittämällä terveyseroja kaventavia toimintatapoja. Terve Helsinki hanketta ovat rahoittaneet Helsingin kaupunki sekä vuosille 2009–2011 hankkeelle on myönnetty rahoitusta Sosiaali- ja Terveysministeriön terveydenedistämisen määrärahoista. (Helsingin Kaupunki 2010.)

Terve Helsinki hankkeen yhtenä osahankkeena on Päivystyksestä hoitoon projekti, jossa kehitetään Malmin ja Haartmanin sairaaloiden päihdepalveluja. Päihteiden käyttö näkyy päivystyksen jokapäiväisessä toiminnassa. Apua haetaan joko suoraan päihdeongelmaan tai sitten päihteiden käytön aiheuttamiin tapaturmiin ja sairauksiin Päivystyksestä hoitoon projektin tavoitteena on tunnistaa ja ohjata päihteiden suurkuluttajien lisäksi ei-päihteillä oireilevia potilaita olemassa oleviin päihdepalveluihin. Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus on palkannut hankkeen ajaksi Malmin ja Haartmanin sairaalaan päivystykseen päihdetyöntekijän.

Tämän työn tarkoitus on tuottaa uutta tietoa päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä sekä päihdetyöntekijän roolista päivystyksessä hoitajien kuvaamana. Tässä tutkimuksessa ei ole olennaista erotella terveystieteiden tutkimuskeskuksen päivystystä ja sairaalan poliklinikkapäivystystä toisistaan. Jatkossa käytän termiä päivystys kuvaamaan näitä molempia päivystyksiä.

## 2. PÄIHDEPOLIITTISET LINJAUKSET

Väestön alkoholiasenteita tutkimalla voidaan arvioida yhteiskunnan ja kulttuurin kykyä sietää alkoholihaittoja. Asenteita tutkimalla saadaan lisäksi tietoa alkoholipolitiikan hyväksyttävyydestä, mikä puolestaan toimii demokraattisen päätöksenteon tukena. (Härkönen & ym. 2010, 155.) Yhteiskuntaa ohjaa yhteinen lainsäädäntö. Alkoholilain tarkoituksena on ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Alkoholilaissa säädetään alkoholin valmistukseen, myymiseen, maahan tuontiin ja maasta vientiin liittyvistä seikoista. Lisäksi alkoholilaissa on määritelty mainontaan ja anniskeluoikeuteen liittyvät asiat. (Alkoholilaki 1994.)

Päihdehuoltolain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Lisäksi lain tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään päihdepalvelut asukkailleen sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdepalvelujen kehittäminen käsittää yleisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen, mutta myös erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen kehittämisen. Lain mukaan palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avoimuuden toimenpiteinä ja niin, että ne ovat helposti saatavilla, joustavia ja monipuolisia. (Päihdehuoltolaki 1986, 1§-6§.)

Lain pohjalta luodaan poliittiset linjaukset. Alkoholipolitiikan keskeisinä käytännön tavoitteina ovat alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentäminen, alkoholin riskikäyttöön liittyvien haittojen vähentäminen ja alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. Suomen alkoholipolitiikan käännekohtat ovat olleet 1969, 1995 ja 2004. 1969 astui voimaan keskiolutlaki, joka salli keskioluen myynnin elintarvikeliikkeisiin ja kahviloihin. Samalla alennettiin alkoholimyynnin ikärajoja. Vuoden 1995 alkoholilaki poisti muuta alkoholimonopolit kuin vähit-



täismyynnin monopolin, salli alkoholin juomisen julkisella paikalla, helpotti alkoholijuomien matkustajatuontia, vapautti mietojen alkoholijuomien mainontaa ja toi siiderin päivittäistavara-kauppoihin sekä oluen ja siiderin huoltoasemille ja kioskeihin. Vuonna 2004 matkustajien alkoholintuontia rajoittavat kiintiöt muista EU-maista poistettiin ja alkoholiverotusta laskettiin. Tämän jälkeen alkoholiverotusta on kiristetty vuonna 2008, samana vuonna olutpakkausten ja muiden alkoholijuomien monipakkausten paljousalennukset kiellettiin. Samoin kiellettiin ”happy hour” mainokset ravintoloiden ulkopuolella sekä alkoholijuominen mainostaminen televisiossa ja elokuvateattereissa ennen kello 21. Vuonna 2009 kiristettiin alkoholin valmisteveroa. (Härkönen & ym. 2010, 155-156, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 16.)

Vuonna 2004 Euroopan neuvosto hyväksyi EU:n huume-strategian vuosille 2005–2012. Siinä annetaan yleiset suuntaviivat huumausainepolitiikalle, jonka pohjalta komissio laati huumausaineita koskevat toimenpideohjelmat. Strategia jakaantuu huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan rajoittamiseen. Kysynnän rajoittamiseen pyritään ehkäisemällä huumausaineiden käyttöä varhaisella puuttumisella sekä riskikäyttäytymisen tunnistamisella. Erilaisien hoitomuotojen järjestäminen, käyttäjien kuntoutus ja uudelleen sopeuttaminen yhteiskuntaan ovat esimerkkejä kysynnän rajoittamisen keinoista. Tarjonnan rajoittaminen vaatii eri lainvalvontaviranomaisten strategista yhteistyötä järjestäytyneen rikollisuuden torjumiseksi. Operatiivista yhteistyötä tarvitaan huumausaineiden ja huumausaineiden valmistuksessa käytettävien aineiden kauppaa vastaan. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010.)

Huumausainepolitiikalle määriteltiin yleistavoitteet valtioneuvoston toimesta vuonna 2008. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä määriteltiin vuosille 2008–2011 huumausainepolitiikalle yleistavoitteeksi huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä aiheutuvat taloudelliset, terveydelliset ja sosiaaliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieneksi. Eduskunta päätti vuonna 2008 valtioneuvoston linjausten mukaisesti uudesta huumausainelaista, jolla Suomen huumausainelain-

säädäntö saadaan vastaamaan EY-säädöksiä ja tehostetaan huumausainevalvontaa lisäämällä viranomaisten yhteistyötä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 23–24.) Huumausainelain tavoitteena on huumausaineiden laitottoman Suomeen tuonnin, Suomesta viennin, valmistuksen, käytön ja levittämisen ehkäiseminen. Huumausaine laissa kielletään huumausaineiden tuotanto, Suomeen tuonti, Suomesta vienti, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö. Näistä voidaan poiketa lääkinnällisistä syistä. (Huumausainelaki 2008 1§, 5§.)

Suomen päihdehuoltoa ohjaa ja valvoo Suomen sosiaali- ja terveysministeriö, joka on julkaissut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman: *Mieli 2009*. Siinä luodaan ministeriön strategia mielenterveys- ja päihdetyön osalta vuodelle 2015 saakka. Työryhmän tarkoitus oli strategian luomisen lisäksi tehdä ehdotuksia hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009, 3.)

Työryhmä teki useita ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Näistä esimerkkeinä mainittakoon palveluiden piiriin pääsemisen tasa-arvaisuus ja kohtelu niissä yhdenvertaiseksi puuttamalla valloilla oleviin asenteisiin kouluttamalla henkilökuntaa. Mielenterveys- ja päihdepalvelut halutaan matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella tuoda kaikkien saataville. Lisäksi halutaan, että kunnat sisällyttävä mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Ehdotuksessa tuodaan lisäksi esille, että kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia sekä konsultaatiopalveluja. Tällä luodaan edellytys sille, että laitospaikkojen tarve vähenee. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009, 15–16.)

Valtioneuvosto on puolestaan asettanut Hyvinvointi 2015 – ohjelman Sosiaalialan kehittämishankkeeksi. Siinä työryhmän tehtävänä on ratkaista lähiajan kiireellisemmät kehittämistarpeet sekä varmistaa sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen. Kiireellisinä kehittämistarpeina jo vuosituhannen

alussa on aloitettu palvelujen saamisen ja laadun turvaaminen, palvelurakenteen ja toimintojen kehittäminen sekä henkilöstön saanti, osaamisen ja työolojen kehittäminen. Syrjäytyminen ja uudenlaiset sosiaaliset ongelmat luovat paineita osaltaan julkisille palveluille. Hyvinvointi 2015 – ohjelmalla arvioidaan ja ennakoidaan muuttuvan toimintaympäristön asettamia lisääntyviä vaatimuksia sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi että niiden ratkaisemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 7-8.)

Hyvinvointi 2015 ohjelman tavoitteena on etsiä keinoja, joilla tehostetaan varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä. Se pyrkii etsimään keinoja ihmisten hyvinvoinnin, sosiaalisen turvan ja toimeentulon parantamiseksi. Hyvinvointi 2015 ohjelman avulla haetaan malleja, joilla edistetään kaikilla politiikan lohkoilla hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta, sekä ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntyä. Siinä etsitään ratkaisuja yksilöllisen selviytymisen ja yhteisöllisen tuen tasapainottamiseksi sekä arvioidaan valtion, kuntien, järjestöjen ja yksityisten yritysten asemaa ja roolia sosiaalipalveluiden järjestämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 7-8.)

Päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä varten ja tueksi on valmisteltu päihdepalvelujen laatusuositukset. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat, joita voidaan soveltaa paikallisesti kunkin kunnan ja kuntalaisten tarpeista lähtien. Laatusuosituksesta käy ilmi, että jokaisella kunnalla tulee olla oma päihdestrategia, jossa määritellään miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä, miten päihdepalvelut on toteutettu sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 16.)

Helsingin kaupungin strategia ohjelmaan vuosille 2009-2012 on kirjattu tavoitteeksi, että kaupunkilaisten keskinäinen eriarvoisuus vähenee ja että kaupunkilaisten tyytyväisyys kaupungin palveluihin paranee. Lisäksi strategia ohjelmassa on huomioitu terveyden edistäminen asettamalla tavoitteeksi terveyserojen kaventaminen sekä alkoholijuomien kokonaiskulutuksen vähentämisen edistäminen, johon Helsingin kaupunki osaltaan pyrkii. (Helsingin Kaupunki 2011.) Terve Helsinki hankkeen myötä on lähdetty kehittä-

mään terveyseroja kaventavia sekä syrjäytymistä ehkäiseviä toimenpiteitä. Hankkeen tavoitteena on, että helsinkiläisten työikäisten kuolleisuus muun muassa alkoholisairauksiin, tapaturmiin ja itsemurhiin vähenee 2% vuoteen 2015 mennessä. Hanke kohdistuu pääosin nuoriin sekä työikäiseen väestöön. (Helsingin kaupunki 2010.)

Terve Helsinki hankkeen yksi osahanke on Päivystyksestä hoitoon projekti, jossa Malmin ja Haartmanin sairaaloiden päivystysten päihdehoitotyötä kehitetään. Marian ja Malmin sairaalan päivystyksessä työskentelee erityistyöntekijänä päihdetyöntekijä, joka ottaa vastaan niitä päivystyksessä käyviä asiakkaita, joilla päivystyksen hoitaja tai lääkäri toteaa olevan tarvetta erityistyöntekijän tapaamiseen. Päihteidenkäytön tunnistamisessa hyödynnetään AUDIT –lomaketta. Tarvittaessa hoitaja ja lääkäri voi myös konsultoida päihdetyöntekijää. Hankkeen aikana henkilökunnalle suunnataan koulutusta liittyen syrjäytymisvaarassa olevan henkilön tunnistamiseen, puheeksiottamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. (Helsingin kaupunki 2010.)

### 3. PÄIHTEIDEN VAIKUTUS TERVEYTEEN

Päihteet ovat työikäisen väestön suurin kuoleman aiheuttaja, tavalla tai toisella. Lisäksi päihteiden on todettu liittyvän läheisesti työikäisten ihmisten masennukseen ja itsemurhavaaraan. Eniten käytetty päihde on alkoholi. Alkoholiin liittyviä kuolemia on selvästi enemmän kuin esimerkiksi sepelvaltimotaudin aiheuttamia kuolemia työikäisen väestön keskuudessa. Lisäksi alkoholin aiheuttamien sairauksien perusteella myönnettyt eläkkeet ovat lisääntyneet viime vuosina. (Aalto 2010, 8 & Holmberg 2010, 21)

Liiallista alkoholin käyttöä voidaan tarkastella terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta. Hyvin koulutetut, rikkaat ja arvostetuissa ammateissa toimivat elävät pidempään ja terveempinä verrattuna huonosti koulutettuihin, köyhiin

ja vähemmän arvostetuissa ammateissa toimiviin. Ylemmissä koulutusryhmissä käytetään alkoholia useammin, mutta pienempiä määriä kerrallaan. Kun taas suurkuluttajia ja useimmin humalahakuisesti juovia oli eniten alemmissa koulutusryhmissä. (Mäkelä 2010, 251.) Alkoholin liiallinen käyttö ei ole pelkästään vapaasti valittu vaan myös sosiaalisesti määräytynyt elintapa. Sosioekonomiset kuolleisuuserot (johon myös liiallinen alkoholin käyttö luetaan) ilmenevät sekä kokonaiskuolleisuudessa että useimmissa kuolinsyyloukissa. Masennukseen, itsemurha-ajatuksiin ja –yrityksiin liittyy usein työelämän ulkopuolella oleminen, huono sosiaalinen asema ja heikko asumisen taso tai asunnottomuus. Työssä olevat ovat vähiten masentuneita ja heillä on harvemmin itsemurhayrityksiä. Kaikista huonoimmassa asemassa olevien kohdalla on vaara, että heidän masennuksensa psykologisoitetaan ja medikalisoitetaan. He tarvitsevat konkreettista apua elämänsä ongelmien ratkaisuun. Tällöin pelkkä lääkehoito ja terapia eivät välttämättä riitä parantamaan heidän terveyttään. (Palosuo, Sihto, Keskimäki, Koskinen, Lahelma, Manderbacka & Prättälä 2004, 19–23.)

Päihdepotilaan käsitys omasta terveydestä voi olla hyvin erilainen kuin ammattihenkilön arviointi. Maailman terveysjärjestön, WHO:n, määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jota on myöhemmin tarkennettu korostamalla terveyden dynaamisuutta sekä spirituaalisuutta. Terveys koetaan nykyäänä jatkuvasti muuttavana tilana, johon vaikuttavat sairaudet sekä fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta myös ihmisen kokemus omasta terveydentilasta. (Huttunen 2009)

Hoitotyössä terveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, inhimilliseksi voimavaraksi, mahdollisuudeksi, hyväksi oloksi, tasapainoisuudeksi, tietoisuuden kasvuksi ja kyvyksi toimia ja suoriutua itsenäisesti. Päihdehoitotyössä terveys saa erityisen merkityksen. Terveys ajateltuna laaja-alaisena, dynaamisena, kulttuuriin sidoksissa olevana sekä yksilön itsensä kokemana on vaarassa hänen runsaan päihteidenkäyttönsä vuoksi. Runsas päihteidenkäyttö voi vaikeimmillaan synnyttää, ylläpitää ja syventää päihderiippuvuutta. Tällöin haittaa aiheutuu paitsi päihteiden käyttäjälle itselle, niin myös hänen

perheelleen, läheisille, ystäville, yhteiskunnalle. (Havio, Inkinen & Partanen. 2008. 14–15.)

Päihdeongelmaiset eivät osaa tai pysty hakeutumaan aina oikeaan hoitopaikkaan. Päivystys on auki ympärivuorokauden ja se on kaikista hoitopaikoista se matalimman kynnyksen omaava. Suikkala & ym. (2010, 195.) toteavat, että matalan kynnyksen terveyskeskuspäivystys on tulevaisuuden tavoite. Ajatuksena on, että siellä työskentelee moniammatillinen tiimi, jolla on päivystystyön erityisosaamisen lisäksi asiantuntemusta sosiaalisissa kysymyksissä ja palveluohjaamisessa. Lisääntyvien terveyserojen aiheuttamat palvelutarpeiden muutokset vaativat uudenlaista toimintaa. Tällaisesta toiminnasta hyötyvät eniten ne, joilla on fyysisten oireiden lisäksi psykososiaalisia ongelmia. Tärkeitä päivystyksen osa-alueita ovat potilaan kokonaistilanteen ymmärtäminen, puheeksi ottaminen ja varhainen puuttuminen.

Erilaiset valtakunnalliset politiikkaohjelmat kuvaavat terveyskeskusten toiminnan tulevaisuuden haasteita. Lisäksi ne ohjaavat päivystysten toimintaa. Näissä politiikka ohjelmissa on pyritty ottamaan huomioon, että jotkut palvelun käyttäjät hakeutuvat päivystykseen silloinkin kun heillä ei – palvelujärjestelmän näkökulmasta – ole siihen tarvetta. Tällöin asiakkaan tarpeen ja päivystyksen perustehtävän välillä on ristiriita. Kaikki asiakkaat eivät tule autetuksi pelkästään terveydenhuollon keinoin, vaan he tarvitsevat lisäksi sosiaalihuollon palveluja. Poliittika ohjelmilla pyritään parantamaan sosiaali- ja terveystalouden tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä. (Suikkala & ym. 2010 196–197.) Alkoholin kulutuksen kasvun taustalla on taloudellisia, alkoholipoliittisia sekä suomalaisen yhteiskunnan sosiaaliseen ja kulttuuriseen muutokseen liittyviä tekijöitä. Alkoholin kulutukseen vaikuttaa myös, kuinka paljon kukin yhteiskunta tai kulttuuri sietää siitä johtuvia haittoja kunakin ajankohtana. Aiheellista on kysyä, kuinka salliva suomalainen alkoholikulttuuri on ja toisaalta siedämmekö alkoholin haittoja liian paljon? (Härkönen & Österberg 2010, 155)

## 4. PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄ PÄIVYSTYKSESSÄ

### 4.1 Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen

Ensiapupoliklinikoilla tavataan varsin usein alkoholin ongelmakäyttäjiä. Alkoholiongelman havaitseminen kiireisessä ympäristössä ei ole aina helppoa ja se voi viedä aikaa. Lisäksi, vaikka ongelma tunnistettaisiin, sitä ei välttämättä kirjata. (Seppä, Lahtinen, Anttila & Aalto 2004, 262.) Hoitajat perusterveydenhuollossa tunnistavat alkoholin suurkuluttajat sanallisen vuorovaikutuksen sekä havainnoinnin, tutkimusten ja yhteistyön avulla. Toisaalta alkoholin suurkulutusta hoitajat tunnistavat pitkälti ulkoisten tunnusmerkkien avulla, kun alkoholin käytön vaikutukset näkyvät jo päällepäin. (Behm 2005, 85–86.)

Alkoholin runsas kulutus aiheuttaa monenlaisia oireita. Tyypillistä on, että ongelmat alkavat kasaantua ja potilas voi käydä lääkärin vastaanotolla (päivystyksessä tai terveysasemalla) monta kertaa ilman mitään ilmeistä syytä. Oireiden moninaisuuden ja paljouden vuoksi alkoholin suurkuluttajat käyttävät runsaasti terveydenhuollon palveluja. On osoitettu, että potilaat pyrkivät tulemaan lääkärin vastaanotolle alkoholia nauttimatta. Suuntaa antavina ohjeina terveydenhuollossa potilaan alkoholin suurkulutuksesta voidaan pitää: jos potilaan alkoholi pitoisuus on

- 1) ajanvarausvastaanotolla yhtä suuri tai suurempi kuin 1 promillea tai
- 2) päivystysvastaanotolla yhtä suuri tai suurempi kuin 3 promillea tai
- 3) päivystysvastaanotolla yhtä suuri tai suurempi kuin 1,5 promillea ilman humalan merkkejä. (Behm 2005, 24.)

Alkoholiriippuvuuden tunnistamisessa tärkeintä on keskustelu. Henkilön alkoholin käyttöön keskittyminen voi näkyä siinä, että harrastukset, ystäväpiiri tai jopa kaikkein läheisimmät ihmiset eivät välttämättä ole enää niin merkityksellisiä. Riippuvainen voi edelleen pitää näitä asioita tärkeinä ja hänellä voi olla myönteisiä tavoitteita näiden asioiden suhteen, mutta käytännössä

alkoholin käyttö ei mahdollista tavoitteiden mukaan toimimista. Alkoholien käytön jatkuminen sen aiheuttamista haitoista huolimatta liittyy läheisesti pakonomaiseen tarpeeseen ja hallinnan menettämiseen. (Aalto 2010, 41.)

Päihteiden käytön puheeksi ottamista varotaan yhä, vaikka vuorovaikutustaidot ovat hoitotyön ydinosaamisaluetta. Varovaisuuteen saattaa vaikuttaa, että päihdekysymykset on koettu enemmän sosiaalisina kuin terveydellisinä kysymyksinä. Elämäntapa riskejä on muitakin, kuten tupakanpolto ja liikalihavuus, mutta näiden puheeksi ottamiseen on onnistuttu luomaan toimivia käytäntöjä. Näistä elämäntapariskeistä alkoholiin liittyy edelleen vahvin tunnelataus. (Behm 2005, 32–33.)

Terveydenhuollossa käytetään useita erilaisia tapoja selvittää potilaan käyttämän päihteen määrää. Mini-interventiolla pyritään herättämään keskustelua potilaan päihteiden käytöstä ja kartoittamaan potilaan käyttämän päihteen määrää. Jos esimerkiksi alkoholinkäyttö on melko säännöllistä, niin sanotulla määrä-tiheys-kysymyksillä (”Kuinka paljon kerralla tavallisesti juot?” ”Kuinka usein tavallisesti juot?”) päästää yleensä hyvään tarkkuuteen. Tarkkuutta voidaan lisätä esimerkiksi juomapäiväkirjalla. Aina potilas ei pysty näihin kysymyksiin vastaamaan tai halutaan lisää tarkkuutta vastauksiin, silloin voidaan käyttää esimerkiksi AUDIT-kyselyä apuna. (Aalto 2010, 32–33.)

## 4.2 Huumausaineiden käytön tunnistaminen

Huumausaineiden käytön tunnistamisessa tärkeimpänä keinona on puheeksi ottaminen. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa se on turvallisempaa ja helpompaa. Työntekijältä edellytetään perustietämystä huumausaineista, niiden vaikutuksesta, käytöstä sekä huume kulttuurista. Huumausainetestejä voidaan käyttää huumeongelman hoidossa, mutta niitä ei ole tarkoituksen omaista käyttää rutiinisti huumeongelman tunnistamisessa. Jos testejä käytetään, tulee ne tehdä valvotusti. Huumausainetesteissä tulee huomioida mah-



dolliset virhelähteet (esim. lääkeaineet) sekä huumausaineiden erilaiset puoliintumisajat. Positiivinen testi ei välttämättä kerro sen hetkisestä huumausaineiden vaikutuksen alaisuudesta. Eikä negatiivinen testi kerro, ettei henkilö olisi huumausaineita käyttänyt. Parhaiten huumausainetestin käyttö soveltuu hoidon tueksi luottamuksellisessa ja käyttäytymisen muutokseen tukevassa hoitosuhteessa. (Partanen & Aalto 2009, 23.)

Huumeiden käytön takia hoitoon hakeutuneet olivat vuoden 2009 tilaston mukaan keski-ikältään nuoria aikuisia, noin 30-vuotiaita. Naiset olivat noin kaksi vuotta nuorempia kuin miehet. Asiakkaat olivat syrjäytymisriskin alla tai jo syrjäytyneitä. Heidän koulutustasonsa oli matala ja kaksi kolmasosaa oli työttömänä. 12 prosenttia asiakkaista oli asunnottomia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 26.)

Huumeiden käytön kasvu on lisännyt päihdepalvelujen kysyntää. 2000-luvulla merkittävä muutos päihdehuollon huumeasiakkaiden keskuudessa on ollut bubrenorfiinin päihdekäytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrän voimakas kasvu. Vuonna 2009 se oli ensisijainen päihde 33 prosentilla päihdehuollon huumeasiakkaista, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 7 prosenttia. Suurimmalla osalla, 55 prosentilla, huumeidenkäyttäjistä ensisijaisena päihteenä on opiaatti. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 23.)

### 4.3 Mini-interventio ja AUDIT

Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin käytön puheeksiottoa ja riskikulutuksen tunnistamista sekä neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi. Mini-interventio on tutkimusten mukaan tehokas ja edullinen tapa ehkäistä ja vähentää alkoholihaittoja ennen alkoholi-riippuvuuden kehittymistä. (Aalto 2010, 36.)

Lyhytneuvonnan pituus ja sisältö vaihtelevat potilaan mukaan. Lyhimmillään se kestää noin viisi minuuttia, mutta useimmiten aikaa tarvitaan hiukan

enemmän. Lyhytneuvonnan kohderyhmänä ovat terveydenhuollossa tavattavat riskikäyttäjät ja alkoholi haitallisesti käyttävät. Neuvonnassa käydään läpi tehtyjä havaintoja. Keskeisintä on keskustella alkoholin käyttömääristä ja niiden mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, sairauteen ja hoitoon. (Aalto 2010, 36.)

Mini-intervention lisäksi on mahdollista käyttää AUDIT kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test), joka on maailman terveystieteiden kehittäminen (Katso Liite 1). AUDIT sisältää kymmenen kysymystä, jotka jokainen pisteytetään nolasta neljään, joten maksimipistemäärä on 40 Riskikäytön rajana on useimmiten pidetty kahdeksaa pistettä tai yli. Raja-arvo voi kuitenkin vaihdella käyttötarkoituksen mukaan. Esimerkiksi nuorilla riskikäytön pistemäärä on alhaisempi. Mitään absoluuttista pisterajaa ei ole olemassa, jolla yksiselitteisesti todetaan liiallinen alkoholin käyttö. (Aalto 2010, 33–34 & Heinänen 2007, 37.)

AUDIT kyselyn luotettavuutta voidaan pitää varsin hyvänä työikäisen väestön keskuudessa. Pisterajalla kahdeksan se tunnistaa keskimäärin 80 % alkoholin ongelmakäyttäjistä. Alkoholiriippuvaisten ohella se tunnistaa hyvin myös alkoholi liiallisesti käyttävät. Kuitenkin on pidettävä mielessä se, että 20% niistä, jotka AUDIT testin mukaan juovat liikaa eivät sitä todellisuudessa tee. AUDIT ei siis yksin riitä erottamaan luotettavasti riskikäyttöä, haitallista käyttöä ja alkoholiriippuvuutta toisistaan. Toisaalta mitä suurempi pistemäärä, sitä vaikeammasta ongelmasta yleensä on kysymys. (Aalto 2010, 35 & Heinänen 2007, 27.)

Aalto jatkaa vielä ja puhuu mini-intervention tehokkuudesta alkoholin käytön hillitsemiseksi. Hänen mukaan mini-interventio on yksi tutkituimmista päihdehoitomuodoista. Mini-intervention vaikutuksesta ainakin 10 % riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan ja hoitovaikutus kestää 1-2 vuotta. Lisäksi mini-interventio on kustannuksiltaan edullista toteuttaa. Suomessa muutama vuosi sitten tehtyjen laskelmien mukaan yhtä lyhyt neuvonnan saanutta kohden

kustannukset ovat 84–241 euroa riippuen siitä, miten kattavasti potilaan alkoholin käyttöä seulotaan. (Aalto 2010, 37.)

Palveluohjaus osana mini-interventiota näkyy päivystyksen arjessa. Päivystyksen henkilökunta ohjaa päivittäin potilaita muihin palveluihin. Tätä voidaan kutsua palveluohjaukseksi. Palveluohjauksella tarkoitetaan usein asiakaslähtöistä ja asiakkaan etua korostavaa työskentelyä ja sitä, että palvelukokonaisuus ja asiakkaan tarvitsema tuki räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaan. Päivystyksessä palveluohjaus edellyttää potilaan tilanteen huolellista kartoittamista ja jatkohoidon suunnittelua yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Palveluohjauksen tueksi tarvitaan yhtenäisiä ohjeita ja toimintamalleja. Yhteistyötä voi tiivistää esimerkiksi sosiaalipäivystyksen ja terveyskeskuspäivystyksen yhteisillä kokouksilla tai päivystykseen voidaan palkata erityistyöntekijä esimerkiksi sosiaalialalta. (Suikkala & Laine 2010, 202–203.)

#### 4.4 Päihdehoitotyö päivystyksessä

Päivystyspoliklinikalla hoitaja kohtaa monen tasoisia päihdepotilaita. Päihdehoitotyötä voidaan jäsentää mallilla, joka tarkastelee toimintaa prevention kolmella eri tasolla: 1) Primaaripreventiotasolla, jolloin ehkäistään kokeilua ja käyttöä, 2) sekundaaripreventiotasolla, jolloin ehkäistään riskejä ja haittoja, 3) tertiaaripreventiotasolla, jolloin hoidetaan päihderiippuvuutta sekä ehkäistään terveyshaittojen ja kärsimyksen pahenemista. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö sijoittuu sekundaaripreventiotasolle, kun taas korjaava, hoitava, lievittävä ja kuntouttava päihdehoitotyö sijoittuu tertiaaripreventiotasolle. (Behm 2005, 19–20.)

Primaariehkäisyksen rinnalla sekundaaripreventio on viime vuosina kehittynyt erityisesti päihdeongelmien varhaisen tunnistamisen ja varhaisvaiheen hoidon suhteen. Päihdehoitotyö on pääasiassa terveysneuvontaa ja muutoksen itsehoidon tukemista. Jotta päihdehaitat eivät lähitulevaisuudessa lisääntyisi,

tulee hoitajien painopistettä suunnata ehkäisevään työhön. Varhaisvaiheen päihdehoitotyötä tarvitaan riskikäyttäjien ja heidän juomatapojensa muuttamisen tueksi. (Behm 2005, 20–21.) Päivystykset kuormittuvat enenevässä määrin päihdepotilaista. Hoitohenkilökunta joutuu kohtamaan lisäksi päihdeongelman taustalla olevia tekijöitä. Ristiriita tulee siitä, että päihdepotilas ei välttämättä tarvitse apua juuri sillä hetkellä, mutta hakeutuminen päiväai-kaan oikean tahon puoleen voi olla hankalaa. (Suikkala & ym. 2010 198–199.)

Jan Holmbergin (2008, 19–20) mukaan hoitotyön peruseriaatteen toteutuvat myös päihdehoitotyössä. Ydinosuamista hoitotyössä ovat hoitotyön ongelmien määrittäminen potilaan elämäntilanteesta, voimavaroista ja ongelmista käsin niin, että potilas saavuttaisi lopulta riippumattomuuden hoitotahosta. Potilaan osallistuminen hoitoon sekä hoitoon liittyvään päätöksentekoon on sairaanhoitajan lähtökohta päihdehoitotyöhön.

Päihdehoitotyö tarkoittaa hoitotyön osaamisaluetta, jossa hoitotyön keinoin edistetään terveyttä, ehkäistään päihteiden käyttöä ja vähennetään päihdehaittojen riskejä tai hoidetaan ja kuntoutetaan päihteistä riippuvaista ihmistä ja hänen perhettään. Keskeinen tavoite päihdehoitotyössä on saada päihteiden käyttäjä tietoiseksi päihteiden käytöstään. Tietoisuuden kasvussa auttavat virheellisten käsitysten korjaaminen, asiallinen, avoin ja rehellinen puhuminen asioista niiden oikeilla nimillä ilman moralisointia. (Behm 2005, 20–21.)

Päihdehoitotyön toteutumiseen vaikuttavat työ- ja hoitoympäristö, sairaanhoitajan yhteistyösuhteet, millaisen vuorovaikutussuhteen hän onnistuu luomaan päihteiden käyttäjän ja tämän läheisiin sekä millaisia hoitotyön menetelmiä hän käyttää. (Havio & ym. 2008, 15 & Holmberg 2008, 20.) Lisäksi nuorten päihteiden käyttöön on havaittu vaikuttavan paljon vanhempien suhtautuminen päihteisiin. Vanhempien suhtautuminen vaikuttaa merkittävästi nuorten päihteiden käytön aloitusikäen, kuinka usein nuori päihteitä käyttää sekä nuoren käyttämien päihteiden määrään. Vanhempien myönteinen suhtautuminen nuoren alkoholin käyttöön lisää nuoren alkoholin kulu-

tusta. Puolestaan nuorten aikuisten elämään kuuluu vilkas sosiaalinen elämä, johon usein kuuluu myös päihteitä. (Havio & ym. 2008. 42–43.)

Päihdehoitotyön toteutumiselle yksi iso haaste on päihderiippuvuus. Silloin, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain, eikä hän enää hallitse suhdettaan riippuvuuden kohteeseen: päihteeseen, voidaan puhua *päihderiippuvuudesta*. Päihderiippuvuus määritellään krooniseksi ja relapsoivaksi (toipumisen alettuakin helposti toistuvaksi) sairaudeksi. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista tai vaihtoehtoisesti kaikkia näitä eri yhdistelmissä tai yhdessä. Päihderiippuvuuteen liittyy toleranssi, jolla tarkoitetaan, että elimistö tottuu päihteeseen ja halutessaan saada aiemman kaltaisen vaikutuksen, ihminen joutuu käyttämään kasvavia määriä päihteitä. (Havio & ym. 2008, 42.)

Päihderiippuvuus vaikuttaa henkilön kykyyn hakea palveluja oikeasta paikasta. Lisääntyvässä määrin päivystystä kuormittavat potilaat, joilla on erilaisista päihdyttävistä aineista johtuvia ongelmia. Matalan kynnyksen päihdepalveluja ei ole riittävästi. Päihteiden käytön lisäksi päihdepotilailla on usein myös psyykkisiä häiriöitä, fyysisiä vammoja ja sairauksia. Päivystyksessä asioinnin taustalla on usein monia elämäntilanteeseen liittyviä kuormittavia tekijöitä, kuten yksinäisyyttä sekä vakavia ja monimuotoisia ihmishuhdevaikeuksia. Lisäksi elämää voi varjostaa köyhyys ja asunnottomuus sekä niihin liittyvä avun tarve. Osalla syrjäytymisen vaarassa olevilla on ensisijaisesti sosiaalitoimen palveluiden tarve, mutta he hakeutuvat päivystykseen usein iltaisin tai viikonloppuisin saamaan apua kokemiinsa fyysisiin oireisiin tai saadakseen keskustella jonkun kanssa. (Suikkala & ym. 2010, 200–201.)

Päivystyspoliklinikat ja terveyskeskuspäivystykset toimivat virkaajanpuolella ja tarjoavat apua kiireellisissä sairastapauksissa. Kaikki potilaat eivät saa apua terveyskeskuspäivystyksistä, vaan jäävät päivystyksen marginaaliin tullessaan torjutuksi, käännytetyksi. Päivystyspisteissä potilaita hoidetaan kiireellisyyden perusteella. On arvioitu, että kiireellisyyden luokittelu toimii hyvin vähennettäessä päivystyksen käyntimääriä. Kiireellisyys

luokittelee ajan, minkä sisällä potilaan on päästävä lääkärin tutkittavaksi. A-ryhmän potilas tarvitsee hoitoa välittömästi, kun taas E-luokan potilas ei vaadi kiireellistä hoitoa, vaan hoitoa annetaan, kun kiireellisempien päivystyspotilaiden hoidolta jää aikaa. Heidät voidaan myös ohjata hakeutumaan päiväaikaan omalle terveysasemalle tai muiden tukitoimien piiriin. (Suikkala & ym. 2010, 197–199.)

#### 4.5 Päihteen käytön arviointia suhteessa riskiin

Mauri Aalto kirjoittaa (2010, 8, 10.), että kohtuullisesti alkoholia käyttävällä on vähäinen riski saada alkoholin haittoja. Sen sijaan riskikäyttö aiheuttaa hänen mukaansa huomattavan vaaran saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Riskikulutuksessa ylittyvät riskikulutuksen rajat, mutta alkoholi riippuvuutta ei vielä ole. Suomessa riskikäytön rajoina on pidetty miehillä yli 24 alkoholiannosta viikossa tai vähintään 7 annosta kerrallaan. Naisilla vastaavat luvut ovat 16 ja 5 annosta.

Alkoholiannoksen määritelmä: (Aalto 2010, 33.)

Yksi alkoholiannos	Pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä
	Lasi (12cl) mietoa viiniä
	Pieni lasi (8cl) väkevää viiniä
	Ravintola-annos (4cl) väkeviä
Esimerkkejä	0,5l tuoppi keskiolutta tai siideriä on 1,5 annosta
	0,5l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä on 2 annosta
	0,75l pullo mietoa viiniä on 6 annosta
	0,5l pullo väkevää alkoholijuomaa on 13 annosta

Turvallisia alkoholin käytön rajoja on vaikea määritellä, eivätkä ne ole yksiselitteisiä. Ongelmallista alkoholin käyttöä voi esiintyä jo pienemmilläkin määrillä. On myös erityisryhmiä, kuten raskaana olevat, alaikäiset, ikääntyneet, päihderiippuvaiset tai joitain sairauksia potevia, joille nämä riskikäytön rajat eivät sovellu. Esitetty riskikäytön raja on vain ohjeellinen ja suuntaa antava. Riskikäytön rajoja voidaan käyttää yhtenä apukeinona, kun arvioidaan, kuinka paljon yksittäinen henkilö voi käyttää alkoholia suhteellisen turvallisesti. (Aalto 2010, 10–11.) Riskikuluttajaksi voidaan määritellä henkilö, jonka päihteiden kulutus ylittää tason, jolta alkaen sosiaalisten ja terveydellisten haittojen todennäköisyys kasvaa voimakkaasti. (Behm 2005, 23.)

Päihteiden riskikäyttö näkyy kouluterveyskyselyistä vuosilta 2000–2009. Siitä selviää, että ammattiin opiskelevat pojat polttavat tupakkaa ja juovat humalahakuisesti selvästi useammin kuin vastaavasti lukiolaiset pojat. Toisaalta toisella asteella juuri poikien humalajuominen oli tyttöjä yleisempää. Lisäksi poikien tietämys päihteistä oli tyttöjä huonompaa. Päihteiden riskikäyttäjiin voidaan lukea toisen asteen koulutuksen saanut nuori aikuinen mies. (Luopa, Lommi, Kinnunen & Jokela 2010, 72. & Jantunen 2010.)

Päivystyksessä hoitotyön arkeen vaikuttaa se, että suomalaiset juovat alkoholia yhä enemmän ja yhä useammin. Juomisessa otetaan enemmän riskejä kuin aiemmin ja humalahakuinen juominen on lisääntynyt. Alkoholia voidaan pitää yhtenä suomalaisten pahimpana terveysongelmana nyt ja lähitulevaisuudessa. Alkoholi on ja tulee pysymään ensisijaisena päihteenä. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 3.)

## 5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (TAYS) päivystyksessä päihdepotilaiden määrän lisääntyminen johti päivystyksen, tarkkailuosaston sekä päihdepoliklinikan yhteiseen kehittämisprojektiin. He kehittivät vuokaavion helpottamaan päihdepotilaan tunnistamista ja ohjausta sekä edistämään yhteistyötä sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Vaikka päihdepotilaan päivystykseen tuova vaiva ei aina ole yhteydessä päihdeiden käyttöön, tavoittaa päivystys lukumäärällisesti suuren joukon päihdepotilaita. Keskimäärin neljännes (25 %) päivystyksen potilaista voidaan lukea päihdeiden suurkuluttajiin. Näistä 91 % ei ollut koskaan kokeillut tai käyttänyt huumeita. ( Seppä, Aalto, Pekuri, Anttila, Lahtinen & Alaja 2001, 2249–2253.)

Vuokaavion toimintalähtökohtana on päivystykseen tulosyy. Päihdepotilas voi tulla päihtyneenä, jolloin *päihtymys* on vuokaavion lähtökohta. Vastavasti päihdepotilas voi tulla ensisijaisesti terveydellisen haitan takia, jolloin lähtökohta on *terveyshaitta* tai hän voi tulla vieroitusstilassa, jolloin *vieroitus* on lähtökohta tai myrkytyksen vuoksi, jolloin lähtökohta on *myrkytys*. Kun lähtökohta on selvillä, vuokaavion täyttävä klinikko vastaa alla oleviin kysymyksiin kyllä tai ei. Esimerkiksi jos päihtymys kohdassa vastaus alkoholi kohtaan on kyllä ja päihtymyksen syynä todennäköisesti alkoholi, potilas puhallutetaan alkometriin. Jos epäsuhtaa lukeman ja potilaan kliinisen tilan välillä ei ole, ratkaistaan selviämishoidon toteutus sairaalan tarkkailussa tai potilas kotiutetaan. Jos potilas kotiutetaan, hänelle lähetetään postissa kotiin AUDIT testi sekä opas halittua juomista koskien. Näiden mukaan laitetaan saatekirje, missä kehoitetaan perehtymään aineistoon ja tarvittaessa, jos itsestä tuntuu tai AUDIT pistemäärä on vähintään kahdeksan, ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon. (Seppä & ym. 2001, 2249–2253.)

Peijaksen päivystyksessä Vantaalla on tehty tutkimus päivystyksen kuormittuvuudesta päihdepotilaiden osalta. Tutkimuksen mukaan päihderiippuvaisia



tai päihtyneitä potilaita oli yhteensä 27 % kävijöistä, painottuen viikonloppuun. Tähän ryhmään laskettiin mukaan myös ne potilaat, jotka arvioitin päihderiippuvaisiksi. Tutkimuksessa todettiin, että alkoholiongelmainen potilas työllistää päivystyksen henkilökuntaa keskimäärin enemmän kuin muut potilaat. Päihtyneenä tai päihteen käytön jälkitilan tai komplikaation takia hän on usein levoton, sekava, vaativa, impulsiivinen tai aggressiivinen. Lisäksi perussairaudet ovat hoitamatta ja lääkitykset ottamatta. Usein löytyy uusia sairauksia, jos päästään tekemään alustavia tutkimuksia. Päihdepotilas viipyy päivystyksessä usein pitkään, lisäksi käynnit kasaantuvat viikonloppulle ja yöhön, jolloin päivystyksen miehitys voi olla pienempi kuin yleensä. Päihtyneen tai merkittävästä päihdeongelmasta kärsivän päivystyspotilaan vaikutus päivystystoimintaan on käyntimäärää huomattavasti suurempi. (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006, 4923-4927.)

Minna-Mari Behm (2005, 35.) on tutkinut varhaisvaiheen päihdehoitotyötä terveysasemilla. Hän selvitti, millä tavalla sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tunnistavat alkoholin suurkuluttajan. Lisäksi hän selvitti, minkälaisia toimintamalleja ja työmenetelmiä he käyttivät tämän potilasryhmän hoidossa ja hoidon arvioinnissa sekä mikä on hoitajien käsitys omasta merkityksestään varhaisvaiheen päihdetyössä.

Behmin (2005, 92–94) mukaan perusterveydenhuollossa alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen jälkeen eteneminen on tilanne- ja yksikkö sidonnaisista. Selkeitä hoitopolkuja kaivataan perusterveydenhuoltoon päihdehoitotyön avuksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon pirstaleisuus tuo oman haasteensa päihdehoitotyöhön, käytännössä hoidetaan vain sitä osaa ihmisestä, minkä vuoksi hän on hoitoon hakeutunut, vaikka samaan aikaan korostetaan kokonaisvaltaista työtettä. Kokonaisvaltainen työote mahdollisesti lisää työmäärää ja vaatii enemmän osaamista, joten sen toteutuminen vaatii koulutuksellisia ja hallinnollisia järjestelyjä.

## 6. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä hoitajien itsensä kuvaamana sekä päihdetyöntekijän roolista päihdehoitotyön kehittämisessä päivystyksessä. Tutkimus on osa Terve Helsinki – hanketta, jossa pyritään terveyserojen kaventamiseen Helsingissä.

Tässä tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Minkälaista päihdehoitotyötä hoitajat tekevät päivystyspoliklinikalla ja terveyskeskuspäivystyksessä?
- 2) Mikä on päihdetyöntekijän rooli päihdehoitotyön kehittämisessä päivystyksessä?

Tätä tutkimusta voidaan käyttää päivystyksessä tehtävän päihdehoitotyön kehittämisessä. Se antaa ehdotuksia, miten päihdetyöntekijää voidaan käyttää päihdehoitotyön kehittämisessä päivystyspoliklinikalla. Tutkimus tuo lisää tietoa hoitajien päivystyksessä tekemästä päihdehoitotyöstä ja sen kehittämismahdollisuuksista. Lisäksi tutkimuksesta on hyötyä Helsingin Terveystieteiden keskukselle, joka Terve Helsinki - hankkeen myötä on palkannut päihdetyöntekijän osaksi päivystyksen hoitotiimiä. Tutkimusta voidaan hyödyntää päihdetyöntekijän työnkuvaa ja hyödynnettävyyttä suunniteltaessa sekä työyhteisön koulutuksia suunniteltaessa.

## 7. TUTKIMUSMENETELMÄNÄ LAADULLINEN TUTKIMUS

### 7.1 Laadullinen tutkimus

Tässä tutkimuksessa tavoiteltiin hoitajien näkemyksen ymmärtämistä päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä. Tämän tutkimuksen menetelmälliseksi lähestymistavaksi valittiin laadullinen tutkimus, jonka tehtävänä on maailman käsitteellinen ymmärtäminen. (Eskola & Suoranta 2001, 19.) Laadullinen tutkimus on ymmärtävää tutkimusta. Ymmärtäminen ihmisistä tutkivien tieteiden metodina on tietynlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.)

Laadullista tutkimusta tehdessä on tärkeää joka kerta erikseen määrittää, mitä on tekemässä. Näin siksi, että laadullinen tutkimus käsitteenä on laaja ja voi tarkoittaa monenlaista tutkimusta. Tutkijan on tiedettävä mitä tekee. Se ei koske pelkästään tutkimuksen teknistä toteutusta vaan se liittyy lisäksi tutkijan eettiseen vireyteen. Tutkijan tietoisuus omista tekemisistään korostuu, koska erilaisista yleisistä ohjeista huolimatta jokainen tutkimus sisältää omat eettiset ongelmansa. Tieteellisen ilmaisun kannalta on asiaankuuluvaa perustella tutkimuksessa tekemät valintansa. (Tuomi & ym. 2009, 66–67.) Tässä tutkimuksessa perusteltu opinnäytteen tekijän tekemistä valinnoista tutkimuksen aikana on kirjattu.

Kaikki laadullisella tutkimusmenetelmällä tuotettu tieto on siinä mielessä subjektiivista, että tutkimuksen tekijä päättää omasta tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. Lisäksi yksilön käsitys tutkittavasta ilmiöstä, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan tai millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään vaikuttavat tutkimuksen lopputulokseen. (Tuomi & ym. 2009, 20.) Tässä tutkimuksessa on huomioitu opinnäytteen tekijän ym-

määräyksen vaikutus tutkittavaan ilmiöön ja kirjattu se. Tämä tutkimus on tekijänsä ensimmäinen tutkimus.

## 7.2 Opinnäytetyön tekijän suhde tutkimukseen.

Tämä tutkimus on tekijänsä ensimmäinen tutkimus, minkä takia moni sen vaiheista kesti ajallisesti pitkään. Tutkimuksen perustana on hyvä tutkimussuunnitelma ja realistinen aikataulu. Tutkimussuunnitelmaan nojaa koko tutkimus. Tutkimusasetelma esitellään tutkimussuunnitelmassa. Tämän tutkimuksen yhteydessä tekijällä oli ymmärättäviä ihmisiä ympärillä, jotka auttoivat luomaan tutkimusasetelman sellaiseksi, että se on mahdollista toteuttaa.

Laadullinen tutkimus ja sen ymmärtävä asenne tutkittavaan ilmiöön oli tekijälle mieluinen valinta. Laadullisen tutkimuksen ymmärtävä asenne mahdollisti jo ennestään tutun aiheen käsittelemisen syvällisemmin. Tutkimuksen aikatauluttaminen oli vaikeaa, koska ensikertalaisena oli vaikea arvioida esimerkiksi kuinka kauan tutkimusluvan saaminen kestää tai kuinka kauan litterointiin menee aikaa. Aiheen tunteminen ennestään helpotti opinnäytteen tekijää tutkimuksen aloittamisessa, koska taustatiedon etsiminen ei ollut niin työlästä. Toisaalta täysin ulkopuolisella opinnäytteen tekijällä olisi mennyt kauan aikaa hahmottaa päivystyksen hektinen työtahti. Päivystys on oma maailmansa ja sillä on oma luonteensa. Ulkopuolinen tutkimuksen tekijä ei välttämättä pääse niin syväälle hoitajien antamiin merkityksiin ja tulkitoihin, kuin mihin tämän tutkimuksen tekijä on päässyt.

## 8. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 8.1 Tiedonhaku ja kohderyhmä

Tiedonhaku suoritettiin Nelli tiedonhakuportaalin avulla. Hakulausekkeissa käytettiin erilaisia yhdistelmiä sekä suomen että englanninkielisiä sanoista päihde, päihdepotilas, perusterveydenhuolto, päivystyspoliklinikka, akuuttihoitotyö ja päihdehoitotyö. Haut rajattiin koskemaan viimeisen kymmenen vuoden ajan julkaisuja. Artikkelit valittiin jatkokäsittelyyn otsikon perusteella. Tämän jälkeen artikkeleista luettiin tiivistelmät ja tiivistelmän perusteella otettiin käsittelyyn ne, jotka käsittelivät tutkimusongelmaa.

Päihdehoitotyön tutkimukset on pitkälti tehty päihdekuntoutuksen näkökulmasta. Tutkimusta päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä löytyi varsin vähän. Niinpä tämän tutkimuksen teoreettinen osuus muodostuu pitkälti tieteellisistä artikkeleista, asiantuntijoiden tuottamasta kirjallisuudesta sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tuottamista ohjeistuksista, asetuksista ja tutkimuksista.

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat Malmin sairaalan päivystyksessä työskentelevät hoitajat. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kaikki vapaaehtoiset otettiin mukaan tutkimukseen, koska heidän määrä ei ylittänyt alun perin suunniteltua osallistujamäärää. Yhteyden tutkimukseen osallistujiin tutkija sai päivystyksen ylihoitajan ja päivystyksen osastonhoitajan kautta.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 7 hoitajaa. Näistä 5 oli sairaanhoitajia ja 2 perushoitajaa. Sairaanhoitajien työkokemus vaihteli noin vuodesta aina yli kahdenkymmenen vuoden kokemuksen, perushoitajien työkokemus viiden-toista ja kahdenkymmenen vuoden välillä.

Haastattelut suoritettiin Malmin sairaalan tiloissa, päivystyksen normaalin arjen lomassa kesän 2010 aikana. Päihdetyöntekijä aloitti työnsä 2.8.2010. Haastattelut tehtiin valtaosin ennen tätä, vain kaksi haastattelua tehtiin päihdetyöntekijän aloittamisen jälkeen, joten hänen työpanoksensa ei ole suuresti vaikuttanut haastateltavien näkemyksiin ja sitä kautta tämän tutkimuksen tuloksiin.

## 8.2 Aineiston hankinta

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan lähteä liikkeelle mahdollisimman puhtaalta pöydältä ilman ennakoasettamuksia tai määritelmiä. Aineistolähtöisessä analyysissä pelkistetyimmillään tarkoitetaan teorian rakentamista empiirisestä aineistosta käsin. Haasteena tässä on aineiston rajaus siten, että analysointi on mielekästä ja järkevää. (Eskola & ym. 2001, 19.)

Tämän tutkimuksen aineiston keruu suoritettiin 3.5–21.8.2010 haastatteleamalla hoitajia. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastattelu etenee tiettyjen ennalta sovittujen teemojen mukaan. Tarkoitus on, että haastattelu etenee tutkijan ja tutkittavan keskusteluna, pysyen sovitussa teemoissa. Teemahaastattelu sopi tähän tutkimukseen, koska siinä ei määritellä, kuinka syvälle aiheen käsittelyssä mennään, eikä se anna valmiita vastausvaihtoehtoja. Lisäksi tässä haastattelumuodossa korostetaan ihmisen tulkintoja asioista, heidän asioilleen antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Valmiit teemat ohjaavat haastattelijaa pysymään aiheessa ja viemään haastattelua eteenpäin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48, Tuomi & ym. 2009, 74–75, Eskola & ym. 2001, 86.)

Avoimuudessaan teemahaastattelu, eli puolistrukturoitu haastattelu on lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten, etukäteen valittujen teemojen jaa niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Tässä haastattelumuodossa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioilleen antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät

vuorovaikutuksessa. Vaikka teemahaastattelu on aika avoin tiedonkeruumuoto, ei siinä voi kysyä ihan mitä tahansa. Kysymyksillä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen tai ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & ym. 2009. 74–75.) Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja tutkija on alustavasti selvittellyt tutkittavan ilmiön tärkeitä osia, rakenteita ja kokonaisuutta. Haastattelurunkoa laadittaessa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teemaluettelo (kts. Liite 2). (Hirsjärvi & ym. 2000, 48.)

Aineiston keruuseen liittyy vapauksia, vaikka haastattelun teemat ovat etukäteen sovittuja. Kysymysten järjestyksen ei tarvitse olla sama kaikissa haastatteluissa, kunhan edeltä sovitut teemat käydään läpi. Ihmisten asioille ja ilmiöille antamat tulkinnat ja merkitykset korostuvat tässä tiedonkeruumenetelmässä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009. 97.) Tässä tutkimuksessa haettiin tietoa hoitajien tekemästä päihdehoitotyöstä päivystyksessä heidän itsensä kuvaamana. Haettiin heidän kokemuksia, asioiden merkityksiä ja heidän tulkintoja päivystyksessä tapahtuvasta päihdehoitotyöstä.

Haastattelutilanteessa haastattelija tarkkailee haastateltavaa, mutta unohtaa helposti, että hänen omalla toiminnallaan on vaikutusta haastateltavan toimintaan. Näin nauhoittaminen mahdollistaa sen, että haastatteluvuorovaikutuksen kulkua voidaan tarkastella ja analysoida. Haastattelua uudelleen kuuntelemalla saadaan esille sellaisia asioita, joita ei ensi kuulemalla välttämättä huomaa. Esimerkiksi haastateltavan viivyttävän vastauksen tai haastattelijan johdattelevan kysymyksen. Nauhoitus mahdollistaa haastattelun tarkemman raportoinnin. (Tiittula & Ruusuvuori 2005. 14–15.)

Tässä tutkimuksessa tehtiin esihaastattelu. Esihaastattelu tapahtui toisessa, samantyyppisessä yksikössä, kuin missä tutkimus on tehty. Esihaastattelun perusteella tutkija muotoili joitakin kysymyksiä uudelleen. Lisäksi tutkija kiinnitti huomiota muutamaa johdattelevaan kysymykseen. Esimerkiksi tutkija esitti lisäkysymyksenä esihaastateltavalle ”*Ovatko päihdepotilaat*

*aggressiivisia?”*, kun esihaastateltava oli puhunut päihdepotilaiden arvaamattomuudesta. Varsinaisissa haastattelutilanteissa tutkija pyrki välttämään johdattelevia kysymyksiä.

Haastattelut nauhoitettiin ja lupa nauhoittamiseen kysyttiin tutkimukseen ilmoittautumisen yhteydessä. Tiittulan & ym. (2005, 14.) mukaan useimmiten tutkimushaastattelut nauhoitetaan. Se antaa mahdollisuuden palata haastattelutilanteeseen uudestaan, jolloin nauhoitus toimii sekä muistiapuna että tulkintojen tarkastamisen välineenä.

### 8.3 Aineiston käsittely

Nauhoittamisen jälkeen haastattelut litteroitiin. Litteroitua tekstiä oli yhteensä 63 sivua rivivälillä 1,5 kirjoitettuna. Yksittäisen haastattelun pituus kirjoitettuna vaihteli viiden ja kahdentoista sivun välillä. Litteroinnin jälkeen perehdyttiin aineistoon lukemalla litteroitua tekstiä ja kuuntelemalla nauhoitettuja haastatteluja uudelleen. Litterointi toimii hyvänä muistiapuna ja se helpottaa tärkeiden yksityiskohtien havaitsemista aineistosta. Litteroinnin tarkkuus on riippuvainen tutkimuskysymyksistä sekä käytetystä tutkimusmetodista. (Tuomi & ym. 2009, 108–109, Tiittula & ym. 2005, 16.) Tässä tutkimuksessa kirjoitettiin kaikki haastattelut auki sanasta sanaan. Tämä auttoi analyysin tekoa, koska kirjoitetut paperit oli helppo levittää ja tarkastella isompana kokonaisuutena.

Sisällön analyysin tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta on mahdollista tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa ensin hajotetaan aineisto osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla, loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & ym. 2009. 108.)



Tässä tutkimuksessa käytettiin aineiston analysoimisessa induktiivista sisällön analyysiä. Aineistosta etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja ne listataan. Sen jälkeen niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja niitä yhdistellään alaluokiksi. Alaluokkia yhdistelemällä saadaan yläluokkia ja yläluokkien yhdistämisestä saadaan kokoavia käsitteitä. Tämän tutkimuksen analyysi on lähtenyt aineistosta käsin, se on luokiteltu aineistosta nousevien asioiden perusteella. Tulosten muodostamisessa ei ole käytetty valmiiksi määriteltyjä luokkia. (Tuomi & ym. 2009, 108–109.)

Tässä tutkimuksessa sisällön analyysi lähti liikkeelle keräämällä autenttisia kuvauksia kysytystä aiheesta. Sen jälkeen nämä autenttiset kuvaukset ryhmiteltiin niin, että samaa tarkoittavat kuvaukset laitettiin samaan ryhmään ja tämä ryhmä sai yhteisen käsitteen, eli pelkistetyn ilmaisun. Nämä pelkistetyt ilmaisut listattiin ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin alaluokkiin. Alaluokkia yhdistelemällä saatiin puolestaan yläluokkia. (Kts Liitteet 3 & 4.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista etenemistapaa, jossa tarkoituksena on edetä aineistosta käsin. (Tuomi & ym. 2009, 108–109) Teemahaastattelurunko oli laadittu niin, että haastateltavat joutuivat määrittelemään päihdepotilaan ennen päihdehoitotyötä. Aineiston analyysivaiheessa huomataan, että päihdepotilaan määrittelyyn nousee paljon elementtejä. Ilman päihdepotilaan määrittelyä ei voi puhua päihdehoitotyöstä, siksi tutkimusten tulosten esittelyssä on päihdepotilaan määrittely otettu omana isona osiona mukaan, vaikka se ei ole tutkimuskysymyksiin asetettu.

## 9. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 9.1 Päihdepotilas päivystyksessä

Päihdepotilas tarkoittaa päivystyksen hoitajille hyvin moninaista potilasjoukkoa. Kuvataan liikaista ja haisevaa asunnotonta, huonossa kunnossa olevaa henkilöä, mutta toisaalta puhutaan työssäkäyvästä siisti pukeutuneesta ja asiallisesti käyttäytyvästä potilaasta.

*Siis joskus on törmännyt siihen, että joku ihan siisti heppu on tullut vanhan murtuman kanssa, eikä muista missä on kätensä satuttanut... Ja sitten voi olla vaikka et joskus aikaisemminkin on ollut vastaavanlaista. Et kyl siinä silloin alkaa miettimään... (H3)*

Yhteistä tälle potilasryhmälle on päihteiden käytön säännöllisyys.

*... käyttää sitten jotain päihdettä, on se sitten alkoholia tai huumeita tai mitä näitä nyt onkaan... Niin käyttää sitä niin kun säännöllisesti. (H6)*

Hoitajien mukaan päihdepotilaalla päihteet ovat osana elämää. Lisäksi heillä on havaittavissa erkaantumista arjesta sekä itsestä huolehtimisen vaikeutta. Näiden lisäksi neljänneksi yläluokaksi tuli kohta ”muut”, joka on esitelty myöhemmin. Haastattelujen mukaan päihdepotilaalla on ongelmia näillä kaikilla neljällä osa-alueella. Tästä päätellen riskiryhmään kuuluvat sellaiset henkilöt, jotka ovat vaarassa saada ongelmia näillä alueilla tai joilla on jo ongelmia joillakin osa-alueista.

#### 9.1.1 Erkaantuminen arjesta

Kun potilaalla on ongelmia päihteiden käytön hallinnassa ja siitä johtuen vaikeuksia selvitä arjesta, puhutaan erkaantumisesta arjesta.

*Hän on henkilö, jolla on niin kun erilaisista päihhteistä johtuen vaikeutta selvitä arjessa. (H3)*

Erkaantuminen arjesta käsittää hoitajien mukaan arjen ongelmat sekä syrjäytymisvaaran. Päihteiden hankkimiseen kuluva energia, nopean helpotuksen hakeminen ahdistaviin tilanteisiin päihteistä sekä vaikeudet selvitä arjen rutiineista kertovat potilaan arjen ongelmista. Päihteiden hankkiminen voi päihdepotilaalle olla arjen prioriteeteista se suurin.

*Se päihteen hankkiminen vie paljon energiaa ja huomioo. (H2)*

Vieraantuminen sosiaalisista suhteista, asunnottomuus, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet kertovat hoitajien mukaan syrjäytymisvaarassa olevasta henkilöstä. Syrjäytymisvaarassa olevaa potilasta pidetään moniongelmaisenä.

*Päihdepotilas... Siis tälläinen moniongelmainen. Onhan niillä somaattisestikin usein aika paljon sairauksia, sitten lisäksi on asunnottomuutta, on sosiaalisia ongelmia, ei ole rahaa... Kun ihmisellä ei välttämättä ole kotiavainta... (H7)*

Vieraantuminen sosiaalisista suhteista ja yhteiskunnasta on haaste, joka lisää käyntejä päivystyksessä.

*...ja se vieraannuttaa niin kun siitä sosiaalisista suhteista. Ja sit kun käyttää päihteitä ja on vielä yksin, niin tännehan ne sit jossain vaiheessa tulee. (H5)*

Asunnottomuus, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet voivat ajaa sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Ihminen eristäytyy ja joillekin päihteet ovat yksi keino selvitä tilanteesta.

*...onhan se yksi keino selviytyä päivästä toiseen. (H5)*

### 9.1.2 Itsestä huolehtimisen vaikeus

Itsestä huolehtimisen vaikeudella tarkoitetaan häiriötä kaikessa tai osassa itsensä huolehtimiseen liittyvistä asioista. Heikko yleiskunto, liitännäissairaudet ja epäsiisteys ovat hoitajien kertoman mukaan asioita, joista huomaa potilaalla olevan itsestä huolehtimisen vaikeutta.

Heikolla yleiskunnolla tarkoitetaan jalkojen kantamattomuutta, kaatuilua sekä pystyssä pysymisen vaikeutta.

*...ei tarte olla vanhakaan, mut jos vaan jalat ei kannaa. Siis ei pysy pystyssä.*  
(H7)

Liitännäissairauksilla tarkoitetaan sairauksia, joita päihdepotilaalla on päihdeiden käytön rinnalla. Osa näistä liitännäissairauksista johtuu päihdeiden käytöstä, osa ei.

*... onhan niillä kaikenlaista somaattistakin vaivaa aina siinä rinnalla.*  
(H2)

*...usein niillä tuntuu olevan joku psyykinen sairaus masennus tai persoonallisuushäiriö sen päihdeongelman lisäksi* (H5)

Toisaalta päihdeiden käytön nähdään vaikuttavan aivojen toimintaan ja pahentavan somaattisia ja psyykkisiä sairauksia. Päihdepotilaat eivät aina käytä heille määrättyjä lääkkeitään ja se voi pahentaa potilaan perussairautta.

*Kyllähän se pahentaa sitä perussairautta, masennusta... Ja sitten ollaan kierteessä, joka on vaikea katkaista.* (H1)

*Kyllähän ne kaiken kaikkiaan on usein aika huonossa kunnossa, niin kun vaikka et lääkkeit jääny ottamatta esimerkiksi diabeetikolla insuliinit ja sit tullaan tänne kun vapisee ja oksentaa ja jalat ei kannaa...* (H6)

Epäsiisteys on hoitajien mukaan yksi päihdepotilaan tunnusmerkki. Likaisuus, ravitsemuksen puute tai huono laatu näkyy ajan myötä potilaan huonontuneena tilana.

*No siis nehän tarttee tietysti sen sairaanhoidollisen avun, mut sit moni tarttee myös päästä pesulle, puhdasta vaatetta, ruokaa...* (H4)

### 9.1.3 Päihteet osana elämää

Päihteet osana elämää tarkoittaa tässä kohtaa sitä, että henkilön elämässä päihteet ovat merkittävässä roolissa. Tässä tutkimuksessa päihdepotilasta määriteltäessä puhutaan päihdeiden merkittävästä osuudesta elämässä. Haastatteluisia tuli esille myös, että päihdepotilas ei aina ole päihtynyt, kun hän

tulee päivystykseen, mutta päihteet vaikuttavat vahvasti potilaan arkeen ja elämään. Tämän yläluokan alaluokaksi muotoutui päihteiden käyttäjä sekä päihtynyt.

*Siis eihän ne aina ole päihtyneitä. Ne voi tulla hirveessä krapulassa vapisevina tai sit just jonkun vanhan murtuman tai haavan takia, kun eivät ole tuoreeltaan älynneet tai kehdanneet tulla. (H4)*

Hoitajat toivat esille, että päihteiden käyttäjä voi hakeutua päivystykseen myös sellaisen syyn takia, mikä ei suoraan johdu päihteistä.

*Voihan niil olla vaik joku sairaus, minkä takia ne tulee. Ei se aina ole se päihde tai humala se syy. (H7)*

Toisaalta haastatteluista ilmeni myös, että päihtynyt potilas ei välttämättä ole päihdepotilas.

*Voihan sitä sattua kenelle tahansa. Siis vaik jossain juhlissa kaatuu, eikä ole edes kovassa humalassa, mut ottanut lasillisen tai pari ja sit täällä puhallutetaan... (H6)*

Päihdepotilaan määrittelyssä päihteiden merkittävä rooli henkilön elämässä ja arjessa korostui.

#### 9.1.4 Muut esille nousseet asiat

Yläluokka muut sisältää päihteiden käytön pitkäaikaisuuden sekä itsemääräämisen. Päihteiden käytön pitkäaikaisuudessa tulee esille, että ennen kuin päivystyksen hoitaja määrittelee potilaan olevan päihdepotilas, on potilaan päihteidenkäyttö kestänyt tavalla tai toisella jo jonkin aikaa. Mitään selvää ajan määrittä hoitajat eivät tuoneet esiin. Lähinnä hoitajat kuvasivat tässä kohtaa päihdepotilaan olevan ennestään tuttu, päivystyksen vakiokävijä.

*... mä sanoisin, et se [päihdepotilas] on ennestään tuttu... Siis jopa vuosien takaa... (H1)*

Toisaalta ensimmäinen käynti, jos se tapahtuu päihteen takia voi leimata potilaan päihdepotilaaksi, mutta silloin vaivasta voi päätellä päihteen olleen osana elämää jo jonkin aikaa.

*...no ei kuka vaan kourista alkon takia... Kyl siin on ollu sit pidempi putki... (H4)*

Itsemäärääminen tarkoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tehdä valintoja elämässään. Hoitajat toivat esiin, että jokaisella on oikeus tehdä valintoja elämässään ja päihteet ovat yksi valinta.

*Kyllähän se on tietyllä tapaa valinta... (H2)*

Toiset hakevat päihteistä apua ahdistukseen.

*...onhan se sellanen nopea apu ahdistaviin tilanteisiin... (H3)*

## 9.2 Päivystyksessä tehtävä päihdehoitotyö

Hoitajien haastatteluissa esiin tulleiden asioiden perusteella päihdehoitotyö päivystyksessä on vaihtelevaa, mutta parhaimmillaan potilasta kunnioittavaa keskustelua ja opastamista. Päihdehoitotyötä tehdään päivystyksessä, mutta hoitajien kuvauksen perusteella kohteena ovat lähinnä päihteiden ongelmakäyttäjät.

### 9.2.1 Kohtaaminen

Päihdehoitotyö päivystyksessä lähtee potilaan kohtaamisesta. Usein ensikohtaaminen vaikuttaa potilaan koko hoidon onnistumiseen päivystyspoliklinikalla ja jatkossa osastolla tai jatkohoitopaikassa merkittävästi. Päivystyksen ensikohtaaminen voi vaikuttaa jopa potilaan hoitoon sitoutumiseen ylipäänsä.

*Mä ymmärrän se, et mistä se nyt lähtee, et mistä se nyt tavataan se potilas. (H4)*

Ensihoitoa annetaan potilaalle joko päivystyksessä tai se on alkanut jo ambulanssissa.

*Et jos se tännekin tulee, niin ensihoitoa sille päihteiden käyttäjälle nyt alkuun... (H2)*

Kohtaamisella tarkoitetaan tässä päihdeasioiden puheeksi ottamista, päihde-ongelmaan puuttumista, ihmisyyden huomaamista ja ihmisen kunnioittamista.

*Kohdataan se potilas niin kuin muutkin ihmiset...* (H6)

Päihdepotilas nähdään yhtenä potilaana muiden joukossa, jolla on omat erikoispiirteensä. Päihdepotilaan kanssa kommunikoidessa vaikuttaa potilaan ymmärrys omaan käyttäytymiseen.

*Täytyyhän se kattoo, et kuin paljo se pystyy vastaanottaa yhtään mitää.* (H2)

*Oma puhe ja sit ohjeet on annettava niin selkeesti, et ei jää arpomista siitä mitä tarkotettiin.* (H3)

### 9.2.2 Perushoito

Perushoito on osa päivystyksessä tehtävää päihdehoitotyötä. Perushoidolla käsitetään tässä tutkimuksessa ravitsemukseen, puhtauteen ja vaatehuoltoon liittyvät asiat. Potilaita ohjataan pesulle tai heidät huonon yleisvointinsa vuoksi pestään tarvittaessa.

*Jos tarttee pestä, niin sitten pestään...* (H5)

*...tarvittaessa ohjataan pesulle.* (H2)

Päihdepotilas ei välttämättä ole huolehtinut ravitsemuksestaan, joten heille tuodaan juotavaa ja tarvittaessa syötävää päivystyksen ruokarytmin mukaisesti.

*Voi olla, ettei se ole viikkoon syönyt... et sitten sitä ruokaa annetaan... siis vähän niin kuin muillekin, tarpeen mukaan.* (H3)

Päihdepotilas ei välttämättä vaadi paljon.

*Kyllähän se niin on, et lasillinen mehua, sänky ja puhtaat sukat on se, mitä ne tarttee. Et joku vähän välittää.* (H2)

Malmin sairaalassa on sosiaalivaatevarasto, josta potilaille voidaan hakea puhdasta vaatetta, jos omat vaatteet ovat menneet käyttökelvottomiksi.

*...joskus haetaan sosiaalivaatevarastosta vaatteita...* (H1)

Aina potilaalla ei itsellään edes ole olemassa vaihtovaatteita.

*Siis eihän niillä välttämättä ole vaatteita, mitä vaihtaa...*

### 9.2.3 Kotiolojen huomioiminen

Kotiolojen huomioiminen tässä tutkimuksessa tarkoittaa kotiuttamisen haasteita sekä yhteydenpitoa omaisiin. Potilaan kotiuttamisen yhteydessä joudutaan miettimään missä potilas asuu, kenen kanssa, onko perhettä tai ystäviä ympärillä. Hankala on kotiuttaa potilasta, jos ei ole kotia, minne kotiuttaa.

*Kyl sitä välillä mieltii, et mihis se nyt... kun ei oo paikkaa minne mennä... (H6)*

Kotiuttamisen yhteydessä voidaan joutua järjestämään asuntolapaikkaa tai toisaalta arvioimaan potilaan yleisvointia sen kannalta, pärjääkö hän kotona ylipäätään.

Päihdeongelma ei ole vain potilaan itsensä ongelma. Usein siinä on perhettä ympärillä, joka lisäksi tarvitsee tukea ja apua.

*No siis... omaiset soittaa... älä päästä sitä kotiin tai sit ne ihan suoraan kysyy neuvo, et mitä pitäis niin ku tehdä... (H5)*

Kotiinlähdestä voi tulla päihdepotilaan kohdalla iso kysymys. Omaiset voivat vastustella sitä tai potilaan kunto on liian huono kotiin, mutta toisaalta ei ole suoranaista sairaalahoidon tarvetta.

### 9.2.4 Jatkoavun varmistaminen

Jatkoavun varmistaminen käsittää tässä tutkimuksessa jatkohoidon järjestämisen ja yhteyden sosiaalitoimen kanssa. Sillä tarkoitetaan kaikkea potilaan jatkohoitoon liittyvää työtä. Se voi tarkoittaa osastopaikan järjestämistä, jatkohoitopaikan selvittämistä, sosiaaliavun varmistamista, A-klinikalle soittamista ja potilaan ohjeistamista jatkosuunnitelmista.

Hoitajien mukaan päivystyksessä tehtävän päihdehoitotyön aikaa vievin osuus on päihdepotilaan kohdalla jatkoavun järjestäminen. Hoitaja joutuu



käyttämään paljon aikaa puhelimesta selvittääkseen, mihin potilas voi mennä ja koska.

*No siis... yleensä se on sitä puhelimesta istumista ja asioiden selvittämistä. (H1)*

*Niin no... Katkollehan harva pääsee tästä suoraan, et se on sit joko osasto tai sit koti... (H4)*

#### 9.2.5 Potilaan somaattisen tilan arviointi

Potilaan somaattisen tilan arviointi käsittää potilaiden somaattisen sairanhoidon sekä potilaan tilan seurannan. Somaattinen sairaanhoito pitää sisällään kaiken sen somaattisen hoidon, mitä potilas päivystyksessä ollessaan tarvitsee, suonensisäisen nesteytyksen, haavojen ompelun, lääkitsemistä jne.

*Ihan siis... somaattisten vaivojen hoitamista... ja lääkitsemistä... (H3)*

Potilaan tilan seuranta käsittää päivystyksessä tapahtuvaa potilaan seuranta. Seurannan aikana kiinnitetään huomiota esimerkiksi päihtymyksen asteen muutokseen, tajunnan tason muutoksiin, verenpaine- ja verensokeriarvoihin sekä lääkityksen vasteeseen. Esimerkiksi kouristuskohtauksen jälkeen potilaan vointia seurataan tietyn aikaa ennen kuin hänet voidaan kotiuttaa.

*Usein niitä tarttee seurata jonkun aikaa... yleensä ne nukkuu aamuun ja sitten katotaan (H4)*

Päivystyksessä tehtävä päihdehoitotyö sisältää potilaan somaattisen tilan arviointia ja hoitoa. Yleensä päivystykseen tulon syynä on jokin somaattinen vaiva: kouristaminen, haava, yleistilan lasku, murtuma, yliannostus, infektio, vatsakipu jne.

*Pitkältihän se on sitä haavan ompelua... kouristajan seuraamista... intoksin seuraamista... sit jonkun verran tulee noit murtumii... (H2)*

Toisaalta joskus jatkohoitopaikka asettaa edellytyksiä potilaan kunnolle, jolloin se tulee arvioida päivystyksessä ennen potilaan lähettämistä kyseiseen paikkaan.

*Mä en nyt muista missä se oli... mut sinne pitää olla siinä kunnossa, et pystyy portaita kulkee...(H7)*

#### 9.2.6 Puitteiden ja tilanteen vaikutus päihdehoitotyöhön

Puitteet ja tilanteet vaikuttavat päivystyksessä tehtävään päihdehoitotyöhön. Tämän tutkimuksen mukaan puitteet ja tilanteet käsittävät päihdehoitotyön vähäisyyden, ajan merkityksen, päivystyksen tilat sekä potilaan tilan merkityksen tehtävään päihdehoitotyöhön. Hoitajien mukaan päivystyksessä tehtävä päihdehoitotyö on vähäistä ja vähyyteen vaikuttaa usein kiire.

Hoitajien mukaan kiire on usein se, mikä hankaloittaa päihdehoitotyön toteutumista päivystyksessä.

*Kyllähän me täällä tehdään niin kun omalla tavallamme, et ohjataan katkolle tai A-klinikalle, mut... Ei sitä täällä niin kun hirveesti kerkee... (H1)*

*Täällä annetaan ehkä enemmänkin sellasta valistusta täällä päivystyksessä, et ei me varmaan keretä sen kummemmin sitä päihdehoitotyötä täällä...(H2)*

Päivystyksen tilat tai niiden käyttö eivät aina tue päihdehoitotyön toteuttamista. Potilaan sijoittaminen päivystyksessä voi vaikuttaa tehtävään päihdehoitotyöhön.

*No ei siin käytävällä paljon viitti alkaa [tekemään päihdehoitotyötä]... Kaikkihan siinä kuulee..." (H3)*

Toisaalta potilaan tila voi vaikuttaa hoitoon ja ohjaukseen.

*No täytyyhän se kattoo, et kuin paljo se pystyy ottaa vastaan. Joskus on parmepi, et nukkuu ensin vähän ja sit mietitään. (H2)*

Vähäistä päihdehoitotyötä hoitajat selittävät jatkohoitoon ohjaamisella. Potilaan ohjaaminen muualle siirtää vastuun jatkohoidosta pois itseltä ja ajatellaan, että potilas saa paremman avun oikeassa paikassa.

*Ehkä täällä enemmänkin kehoitetaan hakeutumaan johonkin jatkohoitopaikkaan, missä sitten voidaan paremmin tehdä päihdehoitotyötä.” (H3)*

Jos on rauhallisempaa, on mahdollista perehtyä potilaan asioihin paremmin ja perusteellisemmin, silloin keskustelulle jää enemmän tilaa. Kiireessä päihteiden käyttöön puuttuminen jää vähemmälle.

Päihdehoitotyö päivystyksessä vaatii moniammatillista osaamista. Sen lisäksi, että potilaiden somaattisten sairauksien hoitaminen vaatii osaamista, niin täytyy huomioida heidän päihdeongelmansa, psyykensä sekä sosiaalinen tilanne

*... kyllä siinä vaaditaan moniammatillista osaamista... Ei vaan psykiatrista ja päihdetyön osaamista, vaan siis ihan sosiaalipuolen osaamista...” (H2)*

Päihdepotilaat eivät välttämättä osaa pitää omista oikeuksistaan kiinni ja huolehtia omista etuisuksistaan.

*Välillä ihan hirvittää alkaa kysymään esimerkiksi taloudellisesta tilanteesta. Saattaa olla vuokrat rästissä, häätö uhkaa, ei tuloja, eikä ole hakenut esimerkiksi työttömyyskorvausta...” (H4)*

*”... joutuu niin kun monenlaisiin asioihin ottamaan kantaa, et tääl on tämmönen moniammatillinen tiimi: psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä... sit me, et kaikenlaiseen otetaan kantaa... Ei pelkästään siihen, et ihminen lopettaa päihteiden käytön vaan on kaikkea muutakin siihen liittyvää... Niin kun lastensuojelu... ja tämmöset.” (H6)*

### 9.3 Päihdetyöntekijä osana päivystyksen toimintaa

Hoitajien mukaan päihdetyöntekijä pitää potilasvastaanottoa, toimii kouluttajana ja konsulttina.. Lisäksi päihdetyöntekijältä odotetaan toimintamallien luomista sekä yhteistyökumppaneiden etsintää. Toisaalta esiin nousi näkemys siitä, että päihdetyöntekijä on tarpeeton päivystyksessä.

### 9.3.1 Potilasvastaanotto

Tässä tutkimuksessa potilasvastaanotto käsittää potilaiden vastaanoton lisäksi ajan merkityksen potilaalle. Hoitajien mukaan päihdetyöntekijällä on mahdollisuus antaa aikaa ja selvittää potilaan kokonaistilannetta.

*Olis joku, jolla on aikaa näille potilaille (H3)*

*Se [päihdetyöntekijä] voim keskittyä näiden [päihdepotilaiden] asioihin, sillä olis aikaa. (H2)*

Potilasvastaanoton puitteissa päihdetyöntekijä voi kartoittaa potilaan tilannetta päihteiden suhteen.

*...no siis kartottaa sitä tilannetta, et missä mennään ja mihin tästä eteenpäin. (H5)*

Vastaanoton yhteydessä päihdetyöntekijä voi antaa potilasohjeistusta ja neuvontaa. Potilasvastaanottoa perusteltiin ajankäytöllä ja tilanteen rauhallisuudella.

*...et olis se rauhallinen paikka ja se oma aika näille asioille... (H1)*

### 9.3.2 Kouluttaja

Kouluttajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa opettamista ja asenteiden muutosta päivystyksessä. Hoitajien mukaan opettaminen tapahtuu yleisissä koulutuksissa tai osaston sisäisissä koulutuksissa esimerkiksi osastotuntien yhteydessä.

*Se [päihdetyöntekijä] varmaan tietäis kaikist näist yleisistä koulutusju-  
tuista... osais sit suositella niitä. (H4)*

*...vois järjestää koulutuksia näistä päihdeasioista. (H1)*

*...pitäis osastotunteja... (H2)*

Käytännöt muuttuvat ja uusia asioita tulee koko ajan, joten koulutuksella voidaan pitää henkilökunta ajan tasalla asioista.

*Sais ehkä paremmin sitä tietoo sit siitä, mikä muuttuu. (H7)*

Koulutus on hoitajien mukaan yksi keino muuttaa hoitohenkilökunnan asenteita päihdepotilaita kohtaan.

*...et se [päihdetyöntekijä] kouluttas meitä hoitajia... Vaikuttas nyt valloilla oleviin asenteisiin...(H6)*

### 9.3.3 Konsultti

Konsulttina tässä tutkimuksessa käsitetään neuvon antaja, mielipiteen antaja sekä kysymyksiin vastaaja. Hoitajat mieltävät päihdetyöntekijän konsultoivana hoitajana, moni haastateltava vertasi häntä konsultoivaan psykiatriseen sairaanhoitajaan.

*... et siltä vois niin kun kysyä neuvoa... Ja sit sais selkeät ohjeistukset miten toimitaan, kun hän ei ole täällä. Vähän niin kun toi psykiatrinen sairaanhoitaja.” (H3)*

Konsultin ominaisuudessaan päihdetyöntekijältä voi kysyä neuvoa, jos tuntee olonsa epävarmaksi tai ei tiedä, miten toimia. Häneltä voi kysyä mielipidettä, miten edetä erilaisissa tilanteissa. Lisäksi toivottiin käytännön neuvoja ja vastauksia kysymyksiin päihdepotilaan kanssa esiin tulevissa kysymyksissä. Päihdepotilaan moninaiset ongelmat herättävät hoitajissa kysymyksiä ja niihin toivotaan apua päihdetyöntekijältä.

*... no et kun näillä [päihdepotilailla] on kaikenlaista... siis ihan raha-huolista alkaen ja sit noi terveysongelmat... Niin vois joltain kysyy, et mites nyt tehään. (H6)*

### 9.3.4 Tarpeeton

Täysin kritiikittä ei päihdetyöntekijän tuloa päivystykseen hyväksytty. Tarpeettomuudella tarkoitetaan, että potilas ei hyödy päihdetyöntekijästä ja että itse pystytään tekemään samat asiat, kuin päihdetyöntekijä. Hoitajien mukaan monikaan päihdeongelmainen ei päihdetyöntekijästä hyödy.

*Voi olla, et moni [päihdepotilas] ei hyödy yhtään mitään... Et on yhtä tyhjän kanssa. (H1)*

Tai vastaavasti epäiltiin, pystyykö yhden ihmisen palkkaamisella saamaan aikaiseksi mitään isompaa muutosta.

*En mä nyt tiää, pystyyks yks ihminen nyt mitään niin ihmeitä tekemään...*  
(H2)

Toisaalta hoitajat kokivat, että itse voidaan tehdä samat asiat, mihin päihdetyöntekijän on palkattu.

*Kyllä mä tiään itekin, mihin mä voin soittaa, tuol on seinällä noit numeroita...* (H4)

### 9.3.5 Muut esille tulleet asiat

Yläluokan muut alle jäi toimintamallien luominen sekä yhteistyökumppaneiden etsiminen. Toimintamalleilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa selkeitä ohjeistuksia, miten tietyissä tilanteissa toimitaan.

*Et onks se sit jotenkin, et kaikille humalassa tulleille annetaan joku esite vai miten...* (H3)

Hoitajat kaipasivat selkeitä ja käytännön läheisiä ohjeistuksia, joita on helppo noudattaa silloinkin, kun päihdetyöntekijä ei ole paikalla.

*Siis selkeet ohjeet, et miten toimitaan sit kun se [päihdetyöntekijä] ei ole täällä.* (H7)

Päihdetyöntekijän halutaan luovan kontakteja yhteistyötahoihin, jotta jatkohoidon järjestäminen ja hoitoon ohjaus helpottuisi.

*Kyllähän sitä toivoo, et tää systeemi jotenkin helpottuis... Niille [päihdepotilaille] olis joku paikka, mihin ohjata ja tietäis, et siel ollaan vastassa.”* (H2)

Jatkohoidon järjestäminen on helpompaa, kun tietää mahdollisuuksista ja rajoitteista. Näissä auttaa yhteistyökumppaneiden tunteminen.

## 10. TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien tekemää päihdehoitotyötä päivystyksessä sekä selvittää päihdetyöntekijän roolia osana päivystyksessä tehtävää päihdehoitotyötä. Tutkimuksessa on tarkasteltu päivystyksen päihdehoitotyötä päihteiden käyttäjien tunnistamisen, hoidon ja terveyden edistämisen viitekehyksessä.

### 10.1 Päihdepotilas hoitajien näkökulmasta

Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat päihdepotilaan tarkoittamaan monen kirjavaa potilasjoukkoa. Sen lisäksi, että päihdepotilas käyttää päihdettä on hänellä vaikeutta selvittää arjessa ja huolehtia itsestä. Päihdepotilaan ajatellaan käyttäneen päihdettä jo jonkin aikaa niin, että päihdehaittoja on havaittavissa. Behmin (2005, 85–86.) mukaan hoitajat perusterveydenhuollossa tunnistavat alkoholin suurkuluttajan havaintojen, sanallisen vuorovaikutuksen sekä tutkimuksen ja yhteistyön avulla. Alkoholiriippuvuuden tunnistamisessa tärkeintä on keskustelu. Alkoholin käytön jatkaminen sen terveyshaitoista huolimatta on alkoholiriippuvaiselle tyypillistä. (Aalto 2010, 41.) Huumeiden käytön tunnistamisessa puheeksi ottaminen on tärkein keino. Hoitohenkilökunnalla pitää lisäksi olla perustietämys huumausaineista. (Partanen & ym. 2009, 23.)

Tässä tutkimuksessa hoitajat määrittelivät päihdepotilaan. Nykyään puhutaan lisäksi päihteiden riskikäyttäjistä. Riskikäyttäjä on sellainen henkilö, jolla ei vielä ole päihteistä johtuvaa terveydellistä tai sosiaalista haittaa, mutta on päihteiden käytön takia vaarassa saada näitä haittoja. (Aalto 2010, 10 & Behm 2005, 23.) Päihdeongelmaisen tunnistaminen on tärkeää samoin ongelmaan puuttuminen. (Aalto 2010, 32 & Behm 2005, 23.) Tulevaisuutta ajatellen otollisempaa on tunnistaa riskikäyttäjät ja pyrkiä puuttumaan heidän päihteiden käyttöönsä ennen kuin heille kehittyy päihderiippuvuus.

(Mäkelä & ym. 2010, 7.) Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat päihdepotilaalla olevan päihteiden lisäksi muita ongelmia. Arjessa selviytyminen voi olla hankaloitunut, henkilön voi olla vaikea huolehtia arkiaskareistaan, kaupassa ja lääkärissä käynneistä, ruuan laitosta, siivoamisesta jne. Itsestä huolehtiminen ei enää onnistu samalla tavalla kuin ennen, ei peseydytä yhtä usein, määrätyt lääkkeet ovat ottamatta, perussairaudet ovat kokonaan toteuttamatta tai niiden hoito on laiminlyöty päihteen takia. Lisäksi hoitajat kuvasivat, että päihteiden käyttö on usein jatkunut jo hyvän aikaa ja päihdepotilas on usein hoitajille ennestään tuttu. Näiden seikkojen lisäksi hoitajat nostivat esiin seikkoja, jotka kertovat riskikäyttäjien tunnistamisesta. Esimerkiksi siististi pukeutunut työssä käyvä henkilö voi tulla vanhan murtu-  
man kanssa päivystykseen, kun ei ole edellisenä iltana kehdannut tai osannut tulla. Tai muuten asiallisen ja siistin henkilön hengityksestä haisee vanha viina.

Tässä tutkimuksessa hoitajat toivat esiin, että päihdettä käytetään hetkellisen mielihyvän hakemiseen, ahdistavan olon nopeaan poistamiseen. Päihdepotilaan subjektiivinen näkemys omasta terveydestä voi poiketa paljon terveydenhuollon ammattihenkilön tekemästä arviosta. Tällöin päihdeongelma voi ylläpitää väärää kuvaa omasta terveydestä. Päihde tuo hetkellisen hyvän olon ja helpotuksen tunteen, jolloin ei ole huolia eikä murheita. Kun päihdettä ei ole riittävästi saatavilla, tulee vieroitusoireita ja krapula, jolloin henkilön olo on epä mukava ja hän voi kokea terveytensä huonoksi. (Havio & ym. 2008, 14–15 & Huttunen 2009.)

## 10.2 Päihdehoitotyö päivystyksessä hoitajien kuvaamana

Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat tekevänsä päihdehoitotyötä osana omaa työtään päivystyksessä. Päihdehoitotyö käsittää potilaan kohtaamista, perushoitoa, kotiolojen huomioimista, jatkoavun varmistamista, somaattisen tilan arviointia. Lisäksi puitteet ja tilat vaikuttavat päivystyksessä tehtävään päihdehoitotyöhön.



Hoitajien mukaan potilaan kohtaaminen päihdepotilaan kohdalla tarkoittaa päihdeasioiden puheeksi ottamista, päihdeongelmaan puuttumista, ihmisyyden huomaamista ja ihmisen kunnioittamista. Päihdepotilas nähdään potilaana muiden joukossa. Päihdehoitotyön ydinosa-aluetta on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus. (Holmberg 2008, 19–20 & Behm 2005 20–21.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaan tila sekä päivystyksen olosuhteet vaikuttavat hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Jos potilaan kunto on sellainen, että hän ei pysty informaatiota ottamaan vastaan, ei hoitaja sitä välttämättä lähde tarjoamaan. Toisaalta potilaan sijoittaminen päivystyksessä julkiselle paikalle tai päivystyksessä vallitseva kiire voivat rajoittaa päihdehoitotyön tapahtumista.

Päihdehoitotyön tavoitteena on auttaa potilasta pohtimaan oman elämänsä ja sen tapahtumia sekä auttaa häntä tulemaan tietoisiksi virheellisistä käsityksistään. (Behm 2005, 20–21 & Aalto 2010 58.) Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat potilaan kohtaamisen olevan osa päivystyksessä tehtävää päihdehoitotyötä. Keskusteleminen ja päihteistä kysyminen sekä tarvittaessa päihteiden käytön kyseenalaistaminen koettiin tarpeelliseksi.

Tässä tutkimuksessa hoitajat määrittelivät päihdehoitotyön tarkoittamaan laajaa aluetta koskien henkilöä itseään, mutta myös tämän läheisiä ja ympäristöään. Kotiolojen huomioiminen tulee esiin potilaan kotiutusvaiheessa ja arvio siitä, voiko potilaan kotiuttaa. Tämä vaatii potilaan somaattisen tilan arvioinnin lisäksi arviointia hänen kotioloistaan. Onko kotia olemassa ja onko se sellaisessa kunnossa, että sinne voi potilaan kotiuttaa. Aalto (2010, 41) toteaa, että alkoholiongelmaiselle ympärillä olevat asiat, kuten perhe, ystävät ja harrastukset, jäävät vähemmälle huomiolle päihteiden käytön takia. Tällöin asumisolojen ja perheen huomioiminen jäävät vähemmälle ja kotona pärjääminen voi olla päihderiippuvaiselle vaikeaa

Tässä tutkimuksessa hoitajat toivat esille, että jatkopaikan järjestäminen päihdepotilaalle on toisinaan työlästä. Päihdepotilaan hoito kokonaisuutena koettiin haasteelliseksi sen moninaisuuden vuoksi. Pitää huomioida potilas

somaattisena, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Päihdepotilas työllistää päivystyksen henkilökuntaa keskimäärin enemmän kuin muut. Hän voi olla sekava, vaativa, impulsiivinen, aggressiivinen ja hänen perussairaudet voivat olla hoitamatta tai löytyy sairauksia, joista päästää tekemään vasta alustavia tutkimuksia. Noin neljännes päivystyksen potilaista on päihdepotilaita. (Kantonen & ym. 2006, 4923–4927.)

### 10.3 Päihdetyöntekijä osana päivystyksen hoitohenkilöstöä

Tämän tutkimuksen mukaan päihdetyöntekijän toimenkuva koostuu päivystyksessä potilasvastaanoton pitämisestä sekä kouluttajan ja konsultin tehtävistä. Hänen oletetaan luovan toimivia käytäntöjä päihdepotilaan hoitopolkuun päivystyksessä ja jatkohoidon järjestämisessä. Päihdetyöntekijän halutaan kehittävän yhteistyötä eri tahojen kanssa, jotta päihdepotilaiden ohjaaminen jatkohoitoon olisi sujuvampaa. Kun tätä vertaa Tampereella kehitettyyn vuokaavioon päihdepotilaan tunnistamisesta ja ohjaamisesta (Seppä & ym. 2001, 2249–2253.), voidaan ajatella, että päihdetyöntekijältä toivotaan samantyyppisiä ratkaisuvaihtoehtoja, selkeitä ohjeistuksia, kouluttamista ja käytännön neuvoja arkipäivän tilanteisiin. Vuokaavion tarkoituksena on helpottaa päihdepotilaan tunnistamista ja ohjausta sekä edistää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Päihdetyöntekijältä toivotaan apua arkipäivän tilanteisiin päihdepotilaiden kanssa.

Päivystyksen potilaista noin neljännes (27 %) on päihdepotilaita ja he työllistävät hoitohenkilökuntaa muita potilaita enemmän. (Kantonen & ym. 2006, 4923.) Päihdepotilaan kokonaisvaltainen huomioiminen on tärkeää, mutta se puolestaan lisää työmäärää. (Behm 2005, 92–94.) Tässä tutkimuksessa hoitajat toivat esille, että päihdehoitotyö koostuu monesta eri osa-alueesta. Potilaan hoidossa on huomioitava somaattisen tilan lisäksi psyykinen vointi sekä sosiaalisia asioita. Päihdetyöntekijältä odotetaan neuvoja ja ohjeistuksia lähinnä päihdepotilaan sosiaalisiin kysymyksiin sekä apua jatkohoitopaikkojen järjestämisen sujuvuuteen.

Tässä tutkimuksessa ilmenee, että päivystyspoliklinikoilla tehdään päihdehoitotyötä, mutta käytännön toteutus on kirjavaa. Päihdepotilaan kohdalla ei ole olemassa selvää hoito käytäntöä, minkä mukaan edetään vaan jokainen tilanne hoitajan tulee arvioida erikseen. Hoitajien mukaan yhteystietoja eri päihdehoitopaikkoihin on olemassa ja niitä käytetään hoitajan oman aktiivisuuden ja päivystyksessä vallitsevan kiireen mukaan. Seppä & ym. (2001, 2249-2353.) mukaan päihdepotilaiden hoitoon kehitetyllä vuokaaviolla on pyritty parantamaan päivystyksessä tapahtuvaa päihdepotilaan tunnistamista sekä hoitoa. Selkeä toimintamalli auttaa hoitohenkilökuntaa toimimaan järjestelmällisesti saman kaavan mukaan aina päihdepotilaita kohdattaessa.

Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat päihdepotilaan tarkoittamaan päihdeiden käyttäjää, jolla on päihdeiden käytöstä johtuen sosiaalisia, psyykkisiä tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi he kuvaavat itsensä tekemän päihdehoitotyön päihdeongelmaisen hoitona. Toisaalta hoitajat tuovat esiin, että on olemassa päihdeiden riskikuluttajia. Päivystyksessä tehtävä päihdehoitotyö ei kohtaa näitä riskikuluttajia, joten päihdetyöntekijä on tärkeä lisä päivystyksen hoitotiimiin. Mäkelä & ym. (2010, 7.) toteavat tulevaisuuden näkökulmasta, että puuttuminen riskikuluttajien päihdeiden käyttöön on tärkeää. Päihdetyöntekijän kohderyhmä voidaan pitää nimenomaan riskikuluttajia.

## 11. POHDINTA

### 11.1 Tutkimuksen luotettavuus

#### 11.1.1 Aineiston keruun luotettavuus

Käsiteltäessä luotettavuus kysymystä laadullisessa tutkimuksessa, on otettava huomioon myös puolueettomuus kysymykset. Puolueettomuus nousee esiin mm siinä, pystyykö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehysten läpi. Esimerkiksi vaikuttaako tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus, virka-asema tms. siihen, mitä hän kuulee ja havainnoi. Periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa ei tällaiselta voida välttyä, koska tutkija on tutkimuksen luoja ja tulkitsija. (Tuomi & ym. 2009, 136.) Tämän opinnäytteen tekijä itse on työskennellyt päivystyspoliklinikalla (ei tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä) useita vuosia. Tutkimuksen tekijä itse on toiminut päihde- ja mielenterveysshoitotyön vastuu henkilönä työssään ja näin päihdeasiat päivystyksessä ovat tekijälle ennestään varsin tuttuja. Teemahaastattelurunkoa suunniteltaessa tekijä käytti apunaan opiskelijatovereitaan niin sosiaali- kuin terveysalalta. He auttoivat muokkaamaan haastattelurungon puolueettomaksi. Lisäksi tekijä suoritti koehaastattelun, jonka jälkeen haastattelurunkoon tehtiin joitakin muutoksia, lähinnä sanamuotoja muokattiin. Koehaastattelua ei otettu mukaan tutkimukseen.

Laadullista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin, jolloin hän saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä varoitellaan, millä tarkoitetaan sitä, että tutkimusprosessin kulessa tutkija on yhä vakuuttuneempi johtopäätöstensä oikeellisuudesta ja että hänen muodostama mallinsa kuvaa todellisuutta. Näin ei todellisuudessa välttämättä ole. (Kankkunen & ym. 2009, 159–160, Tuomi & ym. 2009 134–135.) Tämän opinnäytteen tekijä on tutkimuksen yhteydessä pyrkinyt

tutkimuspäiväkirjan ja opettajan sekä kollegoiden kanssa käytyjen reflektiivisten keskustelujen myötä huomioimaan erinäkökulmia tutkittavaan aiheeseen. Aika ajoin pidetyt pidemmät tauot tutkimuksen tekemisessä ovat auttaneet ottamaan etäisyyttä tutkittavaan ilmiöön, mikä on puolestaan auttanut pohtimaan totuutta ja oikeellisuutta. Tutkimuksen tekijä ei enää työskentele päivystyksessä, mikä on osaltaan auttanut etäisyyden ottamisessa tutkimukseen.

Haastattelujen nauhoittaminen on auttanut tutkimuksen tekijää palaamaan haastattelutilanteeseen. Litteroidussa tekstissä kirjoitettu ilmaus on joissakin tapauksissa saanut uuden merkityksen, mutta kun kuuntelee haastattelun uudelleen huomaa haastateltavan tarkoittaneen jotain muuta. Esimerkkinä mainittakoon eräässä haastattelussa esiin tuotu päihdepotilaiden päivystyksessä asioinnin toistuvuus. Kirjoitettuna lausahdus vaikutti negatiiviselta, mutta kuunneltaessa nauhalta, haastateltavan äänenpaino ja puheen rauhallisuus antoivat ymmärtää, että kyseessä on lähinnä toteamus. Tämän puolesta puhuu myös opinnäytteen tekijän muistikuva haastattelutilanteesta.

### 11.1.2 Aineiston analyysin luotettavuus

Jotta lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet, täytyy tutkimuksen tekijän kuvata tulokset ja tutkimusprosessi niin selvästi, että siihen ei jää tulkinnan varaa. Tällöin puhutaan tutkimuksen uskottavuudesta. Näin toisaalta tarkastellaan analyysiprosessia ja toisaalta tulosten validiteettia, eli sitä kuvaako tulokset ylipäätään sitä, mitä oli alun perin tarkoitus kuvata. Uskottavuus kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen & ym. 2009, 160) Tutkimukseen osallistuneiden riittävä kuvaus ja arvio kerätyn aineiston totuuden mukaisuudesta tulee näkyä tutkimusraportissa. Toisaalta vastaavatko tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä on myös yksi uskottavuuden osatekijä. (Tuomi & ym. 2009, 138)

Tässä tutkimuksessa käytän paria esilukijaa, jotka osaavat tarvittaessa kysyä kysymyksiä ilmaisuni, jos tulkinnan mahdollisuutta on. Keskustelu opiskelijoiden kesken pienryhmissä opinnäytetyön prosessin aikana avaa silmiä näkemään asioita monelta kantilta ja se osaltaan helpottaa kirjoittamista. Analyysiprosessia olen avannut paitsi tutkimusraportin tekstiosuudessa myös liitteenä olevissa taulukoissa.

### 11.1.3 Tutkimustulosten ja raportoinnin luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuuden tarkastelussa kriteereinä käytetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, siirrettävyyttä ja reflektiivisyyttä. (Tuomi & ym. 2009, 139 & Kankkunen & ym. 2009, 161.) Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimuksen tekijä onnistuu kuvaamaan tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta ja kerätyn aineiston totuudenmukaisuudesta. (Tuomi & ym. 2009, 160–161.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta osaltaan lisää suorien lainausten käyttö haastateltavien käsitysten kuvaamisessa. Haastateltavat työskentelivät päivystyksessä haastattelujen aikaan ja kohtasivat päihdepotilaita päivittäin, joten voidaan olettaa, että heillä on riittävästi tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, päihdehoitotyöstä päivystyksessä. Tämä lisää myös osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & ym. 2009 159–160.)

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että lukija voi seurata tutkimusprosessin kulkua vaihe vaiheelta niin halutessaan. Tärkeää on tutkimuksen aikana tehtyjen ratkaisujen raportointi siten, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan tekemiä päätelmiä. (Kankkunen & ym. 2009, 160, Tuomi & ym. 2009, 139–140.) Tämän tutkimuksen raportoinnissa on kerrottu mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteuttamiseen liittyvistä vaiheista aina tiedonhaun toteuttamisesta tutkimustulosten käsittelyyn asti. Lisäksi tutkijan tekemät valinnat on perusteltu niin, että lukijan on mahdollista seurata opinnäytteen tekijän päätelmiä siitä, miksi ja miten lopputulokseen on päädytty.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan mahdollisuutta siirtää tutkimustulokset muihin vastaaviin tilanteisiin toisessa ympäristössä. Siirrettävyyden varmistaminen edellyttää aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkape- räistä kuvausta. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa esitetään autenttisia, suoria lainauksia esimerkiksi haastattelutekstistä. Tällä pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuutta sekä antaa lukijalle mahdollisuus pohtia aineistonkeruun polkua. (Kankkunen & ym. 2009, 160.) Tutkimusten tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Toisaalta tulosten siirrettävyys on yleensä mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleistykset eivät olisikaan mahdollisia. (Tuomi & ym. 2009, 138–139.)

Malmin sairaalan päivystyspoliklinikka on niin sanottu ”sekapäivystys”, jonne tulee paljon erilaisin vaivoin ihmisiä. Potilaiden erikoisalut vaihtelevat kirurgiasta sisätauteihin ja yleislääketieteestä neurologiaan. Osa näistä potilaista lähetetään jatkohoitoon erikoissairaanhoidon, osa hoidetaan konsultaation perusteella perusterveydenhuollossa. Tällaisia päivystyspoliklinikoita on useita Suomessa. Maantieteellisesti ottaen Helsinki on siinä mielessä erityisasemassa, että täällä väestö pohja on iso ja päihdekulttuuri saattaa erota johonkin pieniin paikkakuntiin verraten. Yhtä kaikki, päihdepotilaita on joka puolella, oli kaupunki tai päivystys mikä tahansa. Soveltuvien osin tämä tutkimus on siirrettävissä muihin päivystyksiin.

Laadullisen tutkimuksen tulos on tutkijan oma näkemys asiasta. Tutkijan esiymmärrys asiasta ei kuitenkaan saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Refleksiivisesti luotettavassa tutkimuksessa tutkija tarkastelee omaa esiymmärrystään. (Tuomi & ym. 2009, 139.) Tämän tutkimuksen tekijä on työskennellyt useita vuosia muutamalla eri päivystyspoliklinikalla. Päihdeasiat ovat olleet hänen vastuualueitaan työssään. Vaikka tutkijalla oli osittain tiedossa päivystyksessä tehtävän päihdehoitotyön sisältö, on tulokset analysoitu ilman tutkijan vaikutusta. Induktiivisen lähestymistavan avulla lisättiin tutkimuksen luotettavuutta, sillä luokat muodostettiin suoraan tulosten pohjalta ilman valmiita, teoriaan pohjaavia luokkia, joihin vastaukset olisi voinut sijoittaa.

Tutkimusraportista tulee käydä ilmi, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein, tällöin puhutaan riippuvuudesta. Kun tehdyt tulokset saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista, puhutaan tutkimuksen vahvistuvuudesta. (Tuomi & ym. 2009, 139.) Tässä tutkimuksessa on otettu huomioon aikaisempi tutkimus aiheesta, jota löytyi yllättävän vähän. Yliopistoissa on tehty pro gradu tutkielmia aiheeseen liittyen, mutta väitöskirjoja on harvassa, jotka suoraan liittyvät tähän aiheeseen. Olen ottanut mukaan tutkimukset, jotka liittyvät aiheeni teoreettiseen viitekehykseen tai jotka antavat perusteita päihdehoitotyön moniulotteiselle kehittämiselle päivistyspoliklinikalla.

## 11.2 Tutkimuksen eettiset valinnat

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimuksen etiikkaa on kehitetty monella tieteen alalla jo useita vuosia, mutta ennen kaikkea se on alun perin lähtenyt kehittymään lääketieteen saralla, jossa tutkimuksen kohteet ovat pääasiassa ihmisiä. Tutkimusetiikka määritellään usein normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen & ym. 2009, 172.) Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkimuksen tekijän tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Tätä jälkimmäistä etiikan ja tutkimuksen yhteyttä kutsutaan varsinaisesti tieteen etiikaksi. (Tuomi & ym. 2009, 125–126.)

Tutkimusaiheen valintaan kiinnitetään huomiota silloin kun tarkastellaan tutkimuksen eettisiä ratkaisuja. (Eskola & ym. 2001) Päihdepotilaan hoitoon liittyvä tutkimus on ajankohtainen tällä hetkellä, koska päihdepotilaiden määrä on koko ajan kasvussa. Lisäksi koko ajan tulee markkinoille uusia päihdyttäviä aineita ja niiden vaikutuksesta ihmiseen ei välttämättä ole heti tarkkaa tietoa. (Havio & ym. 2008) Laitoshoitopaikkoja on rajallinen määrä



ja yhä useampi päihdepotilas on avohoidon varassa. Päivystyksessä on usein ruuhkaa ja tämä tarkoittaa sitä, että hoitajalla on vähemmän aikaa yhtä potilasta kohden. Päihdepotilaan hoitopolun ja ohjauksen kehittäminen aiempaa vaikuttavammaksi on tärkeää, sillä oikein kohdennetun ohjauksen avulla voidaan tukea päihdepotilaiden itsehoitoa ja päihteettömyyttä. Päivystyksessä hoitajien ohjaukseen käytettävissä oleva aika on rajallinen ja selkeän toimintatavan luominen auttaa ohjauksen toteuttamisessa. Tutkimusaihe ei myöskään ole potilaiden tai hoitajien kannalta epäeettinen, sillä tarkoitus on toiminnan kehittäminen potilaiden tarpeita vastaavaksi sekä hoitajien työtä helpottavaksi.

Useimmissa tutkimusetiikkaa koskeissa säännöissä ja sopimuksissa painotetaan tutkimuksen tekijän käyttämien keinojen näkökulmaa. (Tuomi & ym. 2009, 126.) Tiedonhankintaan liittyy myös eettisiä ongelmia. Tällaisia ovat tutkimuslupaan, vastaajille koituvaan haittaan ja tutkimusaineiston käsitteilyyn liittyvät tekijät. (Eskola & ym. 2001.) Tämän tutkimuksen toteuttamiseen saatiin asianmukainen lupa Helsingin Kaupungin Terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä. Eettistä ennakoarviointia ei ollut tarpeellista hakea, sillä tutkimuksen kohteena eivät olleet potilaat, eikä kyseessä ollut vastaajien kannalta arkaluontoinen aihe. Vastaajat osallistuivat tutkimukseen työajallaan, joten heille tutkimuksesta ei koitunut ylimääräistä haittaa. Tämän tutkimuksen aineisto on käsitelty nimettömänä ja luottamuksella niin, että niistä ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä henkilöä. Haastattelut nauhoitettiin digitaaliselle nauhurille ja nauhurin muisti tyhjennetään sekä litteroidut tekstit hävitetään raportin valmistuttua. Näin vastauksia ei voida jälkikäteen käyttää osallistuneiden vahingoittamiseen tutkimuksen päättymisen jälkeen.

Tutkittavien kohteluun liittyvistä eettisistä tekijöistä toinen on vapaaehtoisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että ketään ei voida pakottaa osallistumaan tutkimukseen. Tutkittavilla tulee olla myös mahdollisuus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tutkimusta tahansa ilman, että siitä koituu heille mitään haittaa. (Hirsjärvi & ym. 2000.) Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat löydettiin osastonhoitajan

sekä apulaisosastonhoitajien kautta. Haastatteluun ilmoittautuminen katsottiin suostumukseksi osallistumiselle, joten mitään erillistä lupalomaketta ei käytetty. Koko osaston hoitohenkilökunnalle välitettiin ennen haastattelujen alkua informatiivinen sähköposti tutkimuksen aiheesta. Siinä yhteydessä tutkimuksen tekijä kävi päivystyksen osastotunnilla kertomassa tutkimuksesta.

Tulosten raportointi anonymisti lisää tutkimuksen eettisyyttä tiedonhankinnan alueella. Huomioitavaa on myös, että tulokset esitetään sisällöstään huolimatta sellaisina kuin ovat. (Eskola & ym. 2005, Hirsjärvi & ym. 2000.) Tämän tutkimuksen suorat lainaukset on esitetty täysin anonymisti. Vastaukset on esitetty tutkimuksen tulokset osiossa juuri sellaisina kuin ne olivat, huolimatta niiden sisällöstä ilman, että yhtään vastausta olisi muutettu tai jätetty huomiotta. Lisäksi tutkimuksen raportointi on suoritettu rehellisesti vaihe vaiheelta, mikä lisää osaltaan tutkimuksen eettisyyttä.

### 11.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tässä tutkimuksessa tavoiteltiin kuvailevaa tietoa päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä sekä päihdetyöntekijän työkuvasta hoitajien kuvaamana. Tässä tutkimuksessa keskityttiin päihdepotilaan tunnistamiseen ja hoitoon liittyviin kysymyksiin päivystyksen näkökulmasta. Tutkittavasta ilmiöstä oli vähän aikaisempaa tutkimustietoa.

Päivystyksen hoitotyön arkeen vaikuttaa suomalaisten juomatapojen muuttuminen siten, että alkoholia nautitaan yhä useammin, enemmän ja enemmän riskejä ottaen. Alkoholin kulutus kasvaa ja alkoholisairaudet ja –kuolemat yleistyvät. Samanaikaisesti tietoisuus alkoholihaittoihin vaikuttavista tekijöistä ja keinot niihin vaikuttamisesta lisääntyvät. Alkoholi on yleisin käytetty päihde ja tulee asemansa säilyttämään lähitulevaisuudessa. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 16–20 & Holmberg 2010, 21.) Päihdetyöntekijä päivystyksessä on vastaus päihdepalvelujen parantamiseksi Hel-

singissä. Kunnilla on velvollisuus huomioida päihdepotilaiden saama hoito strategiassaan ja käytännössä järjestää palvelut riittävällä tavalla. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 16–18 & Päihdehuoltolaki 1986 & Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009, 3 & Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007, 7-8.)

Päivystyspoliklinikalla tavataan paljon päihdepotilaita, osalla heistä ei ole muuta hoitokontaktia olemassa, koska oikeaan paikkaan hakeutuminen virka-aikaan voi olla mahdotonta. Päivystys on kaikista hoitopaikoista se matalimman kynnyksen omaava, jonne on helppo hakeutua pelkäämättä tulevan sa leimatuksi. (Suikkala & ym. 2010, 198–200) Se, että somaattisten sairauksien ja vammojen hoidon lisäksi hoitohenkilökunnan tulee tietää Helsingin kaupungin sosiaalipalvelujen tarjonnasta, on kohtuuton vaatimus. Yhteistyö sosiaalipalvelujen kanssa on tulevaisuuden haaste ja tarve. Päihdetyöntekijä sijoittuu tähän terveys- ja sosiaalialan rajapinnalle, yhteishenkilöksi sosiaalitoimen ja terveystoimen välille.

Tämä tutkimus lisäsi tietämystä päivystyksessä tehtävästä päihdehoitotyöstä. Lisäksi tämä tutkimus kuvaa päihdetyöntekijän roolia päivystyksessä. Tämän tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää päivystyksissä, joissa hoidetaan päihdeongelmaisia potilaita. Käytännön työssä paikallisuus, seudullisuus ja niiden eri ulottuvuudet tuovat oman haasteensa päihdehoitotyön kehittämiseen – esimerkiksi AUDIT-testin ja mini-intervention kattavaan käyttöönottoon. Järkevää on hyödyntää jo olemassa olevia malleja ja varsinkin Tampereella kehitettyä vuokaaviota kannattaa tarkastella, miltä osin se olisi hyödynnettävissä Helsingissä. Tässä kohtaa olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi toimintatutkimuksen avulla, miten tällainen vuokaaviomalli saadaan toimimaan ja millä tavoin se hyödyntää tai helpottaa päivystyksen hoitohenkilökunnan työtä.

Päihdehoitotyön osaamisen lisääminen on haaste päivystykselle. Tämä tuomukanaan tarpeen tutkia osaamisen kehittymistä ja osaamisen mittaamiseen tarvittavia välineitä. Lisäksi päihdetyöntekijän hyödyllisyydestä suhteessa päihdepotilaiden saamaan apuun olisi mielenkiintoista saada tutkittua tietoa.

Päivystyksessä tietoa päihdehoitotyön toimintamallien kehittämiseksi tarvitaan siitä, miten potilas on kokenut ohjaustilanteen ja toisaalta mikä on hänen kokema hyöty interventtiosta ja hoidosta.

## LÄHTEET

Aalto Mauri 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä Kaija, Alho Hannu & Kiiänmaa Kalervo (toim.) Alkoholiriippuvuus. Duodecim: Helsinki.

Alkoholilaki 8.12.1994/1143.

Behm Minna-Maria 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro gradu tutkielma Itä-Suomen yliopisto.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010. EU drugs strategy 2005-2011. Verkkojulkaisu Luettu 14.3.2010. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>.

Eskola Jari & Suoranta Juha 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Havio Marjaliisa, Inkinen Maria & Partanen Airi 2008. Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Heinänen Marja 2007. AUDIT-testi. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Helsingin Kaupunki sosiaalivirasto: Helsinki.

Helsingin kaupunki 2011. Strategia ohjelma 2009-2012. <http://www.hel2.fi/taske/julkaisut/2009/Strategiaohjelma.pdf>. Luettu 15.3.2011.

Helsingin kaupunki 2010. Terve Helsinki –hanke. [www.hel2.fi/tervehelsinki](http://www.hel2.fi/tervehelsinki). Luettu 6.2.2010.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Holmberg Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämän hallintaan. Edita Prima: Helsinki.

Holmberg Jan 2008. Mitä on mielenterveys ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg Jan, Hirschovits Tanja, Kylmänen Petri & Agge E. (toim) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki.

Huttunen J. 2009. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecimin verkkojulkaisu, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Luettu 11.4.2010.

Huumausainelaki 30.5.2008/373.

Härkönen Janne & Österberg Esa 2010. Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa Mäkelä Pia, Mustonen Heli & Tigerstedt Cristoffer (toim.) Suomi juo. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Jantunen Katariina 2010. Ylihoitaja, Malmin sairaalan päivystyspoliklinikka. Henkilökohtainen tiedonanto 02/2010.

Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro: Helsinki.

Kantonen Jarmo, Niittynen Kaisa, Mattila Juho, Kuusela-Louhivuori Päivi, Manninen-Kauppinen Eila & Pohjola-Sintonen Sinikka 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen lääkärilehti 47/2006 vsk 61.

Luopa Pauliina, Lommi Anni, Kinnunen Topi & Jokela Jukka 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Yliopistopaino: Helsinki.

Metso Leena, Ahlström Salme, Huhtanen Petri, Leppänen Minna & Pietilä Eija 2009. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Yliopistopaino: Helsinki.

Mäkelä Pia, Mustonen Heli & Tigerstedt Christoffer 2010. Mistä kirjassa on kyse? Teoksessa Mäkelä Pia, Mustonen Heli & Tigerstedt Christoffer (toim.) Suomi Juo. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Mäkelä Pia 2010. Miten yhteiskunnallinen asema vaikuttaa juomiseen? Teoksessa Mäkelä Pia, Mustonen Heli & Tigerstedt (toim.) Suomi Juo. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Palosuo Hannele, Sihto Marita, Keskimäki I. Koskinen S. Lahelma E. Manderbacka K. & Prättälä R. 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia si-  
soekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Edita Prima: Helsinki.

Partanen Airi & Aalto Mauri 2009. Huumausaineet. Teoksessa Mielenterveys ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdepalvelujen laatusuosituksat 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto: Helsinki.

Seppä Kaija, Aalto Mauri, Pekuri P. Antila S. Lahtinen T. & Alaja R. 2001. Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Suomen lääkärilehti 20/2001 vsk 56.

Seppä Kaija, Lahtinen T, Anttila S, & Aalto Mauri 2004. Alcohol drinking among emergency patients – alcometer use and documentation. Artikkelit lehdessä Alcohol & Alcoholism Vol. 39 s. 262-265 / [www.alcalc.oupjournals.org](http://www.alcalc.oupjournals.org).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Hyvinvointi 2015 –ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Suikkala Arja & Laine Terhi 2010 Terveyskeskuspäivystys – osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää? Teoksessa Laine T. Hyväri S & Vuokila-Oikkonen P. (Toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Riika, Latvia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Tiittula L. & Ruusuvuori J. 2005. Johdanto. Teoksessa: Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.



## LIITE 1: AUDIT

### 10 HENKILÖKOHTAISTA KYSYMYSTÄ ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄSI

Valitse vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskionolutta tai tilkan viiniä.
 

0p. Ei koskaan	3p. 2-3 kertaa viikossa
1p. Noin kerran kuussa tai harvemmin	4p. 4 kertaa viikossa tai useammin
2p. 2-4 kertaa kuussa	
  
2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Kts. taulukko alkoholiannoksen määrittelystä)
 

0p. 1-2 annosta	
1p. 3-4 annosta	3p. 7-9 annosta
2p. 5-6 annosta	4p. 10 annosta tai enemmän
  
3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?
 

0p. Ei koskaan	
1p. Harvemmin kuin kerran kuussa	3p. Kerran viikossa
2p. Kerran kuussa	4p. Päivittäin tai lähes päivittäin
  
4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholin käyttöä, kun aloit ottaa?
 

0p. Ei koskaan	
1p. Harvemmin kuin kerran kuussa	3p. Kerran viikossa
2p. Kerran kuussa	4p. Päivittäin tai lähes päivittäin
  
5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
 

0p. Ei koskaan	
1p. Harvemmin kuin kerran kuussa	3p. Kerran viikossa
2p. Kerran kuussa	4p. Päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
- 0p. Ei koskaan  
 1p. Harvemmin kuin kerran kuussa                      3p. Kerran viikossa  
 2p. Kerran kuussa    4p. Päivittäin tai lähes päivittäin
7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
- 0p. Ei koskaan  
 1p. Harvemmin kuin kerran kuussa                      3p. Kerran viikossa  
 2p. Kerran kuussa    4p. Päivittäin tai lähes päivittäin
8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
- 0p. Ei koskaan  
 1p. Harvemmin kuin kerran kuussa                      3p. Kerran viikossa  
 2p. Kerran kuussa    4p. Päivittäin tai lähes päivittäin
9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
- 0p. Ei    4p. Kyllä, viimeisen vuoden aikana  
 2p. On, mutta ei viimeisen vuoden aikana
10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?
- 0p. Ei    4p. Kyllä, viimeisen vuoden aikana  
 2p. On, mutta ei viimeisen vuoden aikana

Nyt laske pisteesi yhteen. Omat pisteeni: \_\_\_\_\_

Alkoholin riskit:

0-7p. Vähäiset

8-10p. Lievästi kasvaneet

11-14p. Selvästi kasvaneet

15-19p. Suuret

20-40p. Erittäin suuret

(Heinänen 2007, 24-25 & Aalto 2010, 34.)

## LIITE 2: Haastattelurunko

### TEEMA 1: HOITAJIEN TEKEMÄ PÄIHDEHOITOTYÖ

Kerro, mitä sinun mielestä tarkoittaa

- päihdepotilas
- päihdehoitotyö

Kuuluuko työnkuvaasi päihdehoitotyö nyt?

- Minkälaista päihdehoitotyötä teet päivystyksessä? Kerro omin sanoin.
- Mitkä seikat vaikuttavat tekemääsi päihdehoitotyöhön?

Kerro, minkälaisiin tilanteisiin olet joutunut päihdepotilaan kanssa päivystyksessä.

- Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet tilanteen etenemiseen?
- Miten tilanne/tilanteet ovat päättyneet tai miten ne on ratkaistu?

Kerro, mikä on mielestäsi haasteellisinta päihdepotilaan hoidossa päivystyspoliklinikalla?

- Mitkä asiat/seikat siihen vaikuttavat?

### TEEMA 2: HOITAJIEN ODOTUKSIA PÄIHDETYÖNTEKIJÄN TYÖNKUVASTA

Kerro, mitä odotat päihdetyöntekijältä?

- Miten luulet sen vaikuttavan omaan työnkuvaasi?
- Mitä haluat päihdetyöntekijän tekevän päivystyksessä?

Millaisena näet päihdetyöntekijän työnkuvan päivystyksessä?

- Mitä päihdetyöntekijä voi tehdä virka-aikana tai sen ulkopuolella päivystyksessä?
- Onko mielestäsi päihdetyöntekijästä enemmän hyötyä virka-ajalla vai sen ulkopuolella? Perustele vastauksesi.

Voidaanko mielestäsi päihdetyöntekijän palkkaamisella vaikuttaa päihdehoitotyöhön tekemiseen päivystyksessä?

- Miten?
- Miten päihdetyöntekijä voi hyödyttää päivystyksen hoitohenkilökunnan työskentelyä päihdepotilaiden kanssa?
- Mikä on mielestäsi potilaiden saama hyöty päihdetyöntekijästä päivystyksessä?
- Minkälaista apua päihdepotilas mielestäsi tarvitsee päivystyksessä?

Onko mielessäsi vielä jotain, minkä haluat sanoa ja tuoda esille?

- Liittyen päihdepotilaaseen?
- Liittyen päihdehoitotyöhön päivystyksessä?
- Liittyen päihdehoitotyön laatuun päivystyksessä?
- Liittyen hoitajien rooliin?

### LIITE 3: Esimerkki sisällönanalyysistä päihdepotilaan määrittämisessä

#### Päihdepotilaan määrittäminen

Autenttinen lainaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokka
”Päihdepotilas on henkilö, jolla on päihteistä johtuen vaikeutta selvitä arjessa.”	ARJEN SELVIYTYMISEN VAIKEUS		
”...no sen huomio niin kun keskittyy siihen päihteeseen.”	HUOMIO KESKITTYY PÄIHTEESEEN		
”Niiden [päihdepotilaiden] kaikki energia menee sen päihteen hankkimiseen.”	ENERGIA PÄIHTEEN HANKKIMISEEN		
”...kyllähän ne hakee sillä jonkunlaista helpotusta.”	HELPOTUKSEN HAKEMINEN	ARJEN ONGELMAT	
Ne on vieraanunut niin ku niitten sosiaalisista suhteista.”	VIERAANTUMINEN SOSIAALISISTA SUHTEISTA		
”... onhan siellä taustalla vaikka mitä... niinku esimerkiksi työttömyyttä...”	TYÖTTÖMYYS		
”Ei niillä välttämättä ole kotia.”	ASUNNOTTOMUUS		
”...sit niillä voi olla vaikka mitä velkoja, vuokrat voi olla maksamatta, sähkötkin on poikki ja vaikka mitä.”	TALOUSVAIKEUDET	SYRJÄYTYMISVAARA	ERKAANTUMINEN ARJESTA

## LIITE 4: Esimerkki sisällön analyysistä päihdehoitotyön määrittämisessä

### Päihdehoitotyön määrittelyä päivystyksessä

---

Autenttinen lainaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokka
”...ihan vaan kysyy, et mites toi päihteiden käyttö...”	KYSYMINEN		
”Onhan se, että puhuu potilaan kanssa...”	PUHUMINEN		
”No se, et puuttuu siihen [päihdeongelmaan] alkuun ihan vaan vaik kysymällä ja puhumalla.”	PUUTTUMINEN PÄIHDEONGELMAAN	PUHEEKSI OTTAMINEN	
”Kohdataan se potilas niinku muutkin ihmiset.”	KOHDTA IHMINEN		
”...sen päihtymyksen takana on ihminen.”	HUOMATAAN IHMINEN	IHMISYYS	KOHTAAMINEN

---

