

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Terveystenhoitaja

Noora Ekholm & Jonna Mäkelä

KYMEN A-KLINIKKATOIMEN LASTENSUOJELU- JA ASUMISPALVELU-
YKSIKÖIDEN HENKILÖKUNNAN PÄIHDEHOITOTYÖN OSAAMINEN

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

EKHOLM, NOORA	Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalvelu-
MÄKELÄ, JONNA	yksiköiden henkilökunnan päihdehoitotyön osaaminen
Opinnäytetyö	54 sivua + 3 liitesivua
Työn ohjaajat	THM Sinikka Koho, THM Merja Laitoniemi
Toimeksiantaja	Kymen A-klinikkatoimi
Marraskuu 2010	
Avainsanat	A-klinikat, asumispalvelut, lastensuojelulaitokset, päihde- työ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden henkilökunta kokee päihdehoitotyön osaamisensa. Opinnäytetyössä kartoitettiin, miten henkilökunta kokee tiedollisen ja taidollisen osaamisensa sekä ammatillisen asenteensa päihdehoitotyössä.

Tutkimusmenetelmänä oli määrällinen kyselytutkimus. Kysely luotiin mukautetusti Opetusministeriön (2007) laatimasta Päihdetyön koulutuksen minimisisällöstä. Kysely lähetettiin lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden työntekijöille esimiehineen. Yksiköissä työskenteli yhteensä 61 henkilöä. Tiedonkeruu tapahtui verkkokyselynä; sähköpostiin lähetetyllä saatekirjeellä ja linkillä. Kyselyaineistot analysoitiin Survey Gizmo -ohjelman avulla.

Kyselyyn vastasi alle puolet (N=23) lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden työntekijöistä. Kyselyn vastausprosentti oli 38 prosenttia. Tulosten mukaan vastaajat tiesivät parhaiten päihteiden merkityksen psyykkisen- ja fyysisen terveyteen, hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä päihteidenkäyttöön liittyviin kansanterveydellisiin haittoihin. Päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön tunteminen oli osalle vastaajista vaikeampaa. Kyselyn tuloksista voidaan todeta, että päihdehoitotyön osaaminen oli molemmissa yksiköissä hyvällä tasolla.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

EKHOLM, NOORA

MÄKELÄ, JONNA

Bachelor's Thesis

Supervisors

Commissioned by

November 2010

Keywords

Substance Abuse Knowledge of the Personnel of Kymi A-Clinics' Child Welfare and Housing Service Units

54 pages + 3 pages of appendices

Sinikka Koho, MNSc, Merja Laitoniemi, MNSc

Kymi A-Clinic

A-clinics, child welfare units, housing service units, substance abuse

The purpose of this Bachelor's thesis was to find out how the staff of the child welfare and housing service units of Kymi A-clinics experiences their expertise in substance abuse. This thesis clarifies how the staff feels about their knowledge of expertise and professional attitudes in substance abuse work.

The thesis was conducted as a quantitative survey. The questionnaire was created from the minimum content of the substance abuse education by the Ministry of Education (2007). The questionnaire was sent to the child welfare and housing service units, to the employees and to their supervisors. The data was collected by using a web inquiry. The inquiry was sent by e-mail with a covering letter and a link. The data was analyzed by Survey Gizmo -software.

The inquiry was sent to 61 employees, 23 (38%) of whom answered to it. The results showed that the best known field of knowledge was the importance of knowledge of substance abuse in mental and physical health and in well-being and security. They also knew well the bad sides of intoxicant use from the public health's point of view. Some respondents found the laws related to substance abuse difficult. Based on the results, our conclusion is that substance abuse prevention skills were at a good level in both units.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDEHOITOTYÖN PERUSTEET	7
	2.1 Päihdehoitotyö muutoksessa	9
	2.2 Päihdehoitotyön prosessi	11
	2.3 Päihdehoitotyön arvot ja periaatteet	14
3	PÄIHDETYÖ KYMEN A-KLINIKKATOIMESSA	15
	3.1 A-klinikkasäätiö ja Kymen A-klinikkatoimi	15
	3.2 Kymen A-klinikkatoimen lastensuojeluyksiköt	18
	3.2.1 Kymen Stopparit	20
	3.3 Kymen A-klinikkatoimen asumispalveluyksiköt	23
	3.3.1 Sava-yhteisöt	24
4	HOITAJANA PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ	25
	4.1 Hoitajan tiedot päihdehoitotyössä	27
	4.2 Hoitajan taidot päihdehoitotyössä	28
	4.3 Hoitajan ammatillinen asenne päihdehoitotyössä	30
5	TUTKIMUSONGELMAT	31
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
	6.1 Tutkimusmenetelmät ja mittarin laadinta	32
	6.2 Kohderyhmä ja otanta	34
	6.3 Aineiston kerääminen ja analyysi	34
	6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	35
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
	7.1 Vastaajien taustatiedot	39
	7.2 Vastaajien tiedollinen osaaminen päihdehoitotyössä	40
	7.3 Vastaajien taidollinen osaaminen päihdehoitotyössä	41
	7.4 Vastaajien ammatillinen asenne päihdehoitotyössä	41

8 POHDINTA	42
LÄHTEET	49
LIITTEET	

Liite 1. Päihdetyön koulutuksen minimisisältö

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Kvantitatiivinen kysely

1 JOHDANTO

Suomalaisten terveys on jatkuvasti parantunut vuosikymmenien aikana. Kuitenkin yhdessä suhteessa on menty alaspäin. Päihteiden käyttö on lisääntynyt ja niiden aiheuttamat ongelmat kasvavat jatkuvasti. (Alkoholi 2008.) Päihteiden käytön lisääntyessä päihdehoitotyön osaamista tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän (Sairaanhoitajaliitto 2010). Humalahakuinen juomakulttuuri ja alkoholin käyttö kasvavat etenkin nuorten ja naisten keskuudessa merkittävällä nopeudella. Alkoholin ongelmakäyttö ja sen aiheuttamat terveydelliset, sosiaaliset ja taloudelliset haitat ovat yksi tärkeimmistä suomalaisen yhteiskunta- ja terveystalouden haasteista. (Alkoholi 2008.) Vuonna 2007 tilastoitu alkoholinkulutus oli Kymenlaaksossa 9,1 litraa asukasta kohden. Koko maan keskiarvokulutus vuonna 2007 oli 8,7 litraa. Kymenlaaksossa juotiin alkoholia viidenneksi eniten koko Suomessa. Suomessa juotiin vuonna 2007 kirkkaita viinoja eniten koko Pohjoismaista. (Taskumatti 2008: 6–7.) Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitoksen Päihdetilastollisesta vuosikirjasta (2009) käy ilmi, että vuonna 2008 alkoholin tilastoitu kokonaiskulutus Suomessa laski 8,5 litraan asukasta kohden. Kymenlaaksossa alkoholijuomien kulutus vuonna 2008 laski 8,97 litraan asukasta kohden. (Mts. 17,73.)

Vuonna 2008 noin 90 prosenttia aikuisväestöstä ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Suomessa on arvioitu olevan noin 300 000–600 000 alkoholin suurkuluttajaa. Suurkuluttajien määrän ja heidän juomansa alkoholin määrän arvioidaan kasvaneen 2000-luvulla. Alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholikuolemien kasvu on seurausta tämän vuosituhannen alkoholin kulutuksen reilusta kasvusta. Suomessa vuonna 2008 vuodeosastoilla kirjattiin alkoholiin liittyviä hoitajaksoja 26 157. Vuonna 2008 alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset olivat yleisin kuolinsyy työikäisten naisten ja miesten keskuudessa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009: 15.) Yhteiskuntamme on vastattava päihdeongelmiin kehittämällä päihdehoitotyötä sellaiseksi, jotta se vastaisi asiakkaan tarpeita. Ajanmukainen tieto ja sen soveltaminen käytännössä auttavat kohtaamaan nämä tarpeet ja saavuttamaan sitä kautta parempia hoitotuloksia.

Idea opinnäytetyöhön syntyi Kymen A-klinikkatoimen ajatuksesta selvittää päihdehoitotyön osaamista Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköissä. Aihetta lähestyttiin erityisellä mielenkiinnolla, koska Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitoksen (Alkoholiohjelma 2008–2011) hankkeessa Päihdetyön koulutuksen kehittäminen todetaan, että yli 17 400 henkeä valmistuu vuodessa työskentelemään sosiaali- ja

terveysalalla ilman, että kaikilla valmistuneilla on riittävää tietoa ja ammatillista osaamista päihdetyön kysymysten käsittelemiseen asiakkaidensa tai potilaidensa kanssa. Tämä tieto motivoi tekemään opinnäytetyön, josta hyötyisi niin tekijät kuin työelämän yhteistyötahokin.

Päihdehoitotyöllä tarkoitetaan päihdehoitoa ja päihteiden käytön sekä käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Päihdehoitotyön perusosaaminen kuuluu yhtenä osa-alueena terveyden edistämiseen. Päihdeosaaminen ei ole pelkästään päihdetyöntekijöille kuuluvaa erityisosaamista, vaan sitä tarvitaan kaikissa ammateissa, joissa kohdataan ihmisiä. (Päihdetyön koulutuksen kehittäminen 2007.) Päihdeosaamisen tavoitteena on, että kaikki peruspalveluissa lähellä ihmisten arjessa toimivat ammattilaiset hallitsisivat perustiedot ja -taidot ja kykenisivät osaltaan ehkäisemään päihdehaittoja osana kokonaisvaltaista terveyden edistämistä (Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö 2007: 19). Opetusministeriön vuonna 2007 julkaisemassa Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietinnössä kehittämistyöryhmä kartoitti ja arvioi päihdeongelmien ehkäisyn ja hoitoa koskevan koulutuksen nykytilan ja kehittämistarpeet.

Päihdeopetuksen sisällöt ja sen määrä vaihtelevat nykyään eri oppilaitoksissa ja eri koulutusasteilla. Vaihtelu saattaa ilmetä muun muassa siten, että oppilaitoksista ei välttämättä löydy aiheesta kiinnostunutta opettajaa, päihdetyölle määrättyä vastuupettajaa tai omaa päihdetyön tutkimusta. Vain osassa oppilaitoksia annettava opetus vastaa päihdeosaamisen tarvetta. (Päihdetyön koulutuksen kehittäminen 2007.) Käytännön yhtenäistämiseksi Opetusministeriön kehittämistyöryhmässä laadittiin esitys päihdetyön koulutuksen minimisisällöstä (liite 1). Ehdotus on tarkoitettu päihdetyön koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen pohjaksi kaikilla soveltuvilla koulutusaloilla, tarvittaessa alakohtaisin painotuksin, erityisesti sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalla sekä diakonia-, nuoriso-, kasvatusta- ja poliisialalla. (Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö 2007: 3.)

2 PÄIHDEHOITOTYÖN PERUSTEET

Hoitotieteellisen tiedon perustana ovat käsitteet ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyön toiminnot. Nämä käsitteet ovat laajoja sekä abstrakteja ja yhteisiä monien muiden tieteiden kanssa lukuun ottamatta hoitotyön toimintoja. Eri tieteenalojen tuottaman

tutkimustiedon kautta saatavaa yleistietoa käytetään perustana ihmisen kokonaisuuden ymmärtämiselle hoitotyössä. (Lauri & Elomaa 1999: 54.) Ihminen nähdään hoitotyössä psykofyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jonka toimintaan vaikuttavat henkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät (Lausunto terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetetuille kansallisille projekteille 2002).

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organisation) esittämässä määritelmässä terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään taudin tai vamman poissaolo. WHO määrittää terveyden kokonaisvaltaiseksi hyvinvoinniksi, mutta nykyisin terveys ymmärretään usein myös voimavaraksi, jota voidaan kuluttaa, mutta myös uudistaa. Terveyden voidaan ajatella olevan toimintakykyä tai toimintakyvyn edellytys. Terveys voidaan määritellä myös iänmukaisesti toimintakyvyksi: iän myötä toimintakykyä saattavat rajoittaa vanhenemiseen liittyvät muutokset. (Terveys, työ ja toimintakyky 2009.)

Päihdehoitotyössä terveys koetaan laaja-alaisena, dynaamisena ja kulttuuriin sidoksissa olevana, joka on uhattuna runsaan päihteidenkäytön vaikutuksesta. Hoitotyön ympäristöä käsitellään päihdehoitotyössä laajana sekä monitasoisena. Sitä tarkastellaan tilana tai elämäntilanteena, jossa asiakas tai potilas on keskipisteenä. Päihdehoitotyössä ympäristöä on tarpeen myös arvioida konkreettisena hoitoympäristönä sekä laadullisten, symbolisten ominaisuuksien ja yhteistyömahdollisuuksien kannalta. Päihdehoitotyössä ympäristö-käsite ulottuu poliittisiin linjauksiin, kannanottoihin sekä paikallisiin, kunnallisiin ja yhteiskunnallisiin vaikuttamistoimiin. (Havio, Inkinen & Partanen 2008: 14–15.)

Hoitotyön toiminnot ovat hoitotyön auttamismenetelmiä, joita kutsutaan myös hoitotyön keinoiksi tai hoitotyönmenetelmiksi. Hoitotyön toimintojen tavoitteena on vaikuttaa potilaan hyvän edistämiseen. Hoitotyön toiminnot voivat olla konkreettisia potilaan fyysiseen olemukseen vaikuttavia, kuten esimerkiksi potilaan päivittäisissä toiminnoissa avustaminen ja kivun lievittäminen. Tajunnan kautta vaikuttavien hoitotyön toimintojen tavoitteena on lisätä potilaan asioiden hallintakykyä ja vahvistaa hänen tunne-elämänsä eheyttä. Nämä toiminnot voivat olla esimerkiksi potilaan emotionaalinen tukeminen, kuunteleminen tai potilaan asemaan asettuminen. Kustannusvaikuttavia hoitotyön toimintoja ovat potilaan ohjaus ja opettaminen. (Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 2010.) Päihdehoitotyön toiminnot muodostuvat terveyttä edistävästä,

korjaavasta, hoitavasta ja kuntouttavasta päihdehoitotyöstä sekä päihteidenkäyttöä ja sen aiheuttamia sairauksia ja haittoja ehkäisevästä päihdehoitotyöstä (Havio, ym. 2008: 15).

2.1 Päihdehoitotyö muutoksessa

Päihdehuoltolaissa (41/1986) velvoitetaan, että päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluvat sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. (Päihdehuoltolaki.)

Päihteet voidaan luokitella monella tavalla. Laajan määritelmän mukaan päihteisiin kuuluvat kaikki aineet, jotka joutuessaan elimistöön aiheuttavat ihmisessä päihtymyksen tunteen ja/tai humalatilan. (Nuori ja päihdeaineet 2010.) Määrittelyn perusteella päihteiksi jaotellaan alkoholi, tupakka, lääkkeet, tekniset liuottimet, huumausaineet sekä anaboliset steroidit. Osa päihteistä on laillisia, osa laittomia ja osaa aineista ei ole tarkoitettu edes käytettäväksi päihteinä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007: 65.) Tässä opinnäytetyössä päihteillä tarkoitetaan lähinnä alkoholia, tupakkaa, lääkkeitä ja huumausaineita.

Mielenterveyshäiriöihin ja päihdeongelmiin liittyvät kustannukset ovat mittavia. Yleisin työikäisten kuolinsyy on alkoholi. 1960-luvun loppuun verrattuna alkoholin kokonaiskulutus on kolminkertaistunut. Vuoden 2004 alkoholiverotuksen keventymisen myötä alkoi viimeisin jyrkästi nouseva alkoholinkulutuksen kasvuvaihe. Samalla alkoholikuolemat ja -sairaudet ovat lisääntyneet. Huumeiden käyttö yleistyi 1990-luvun lopussa, jolloin myös mielenterveys- sekä päihdeongelmat lisääntyivät selvästi samaan aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 13.) Tähän vaikutti tuolloin vallinnut lama-aika, jolloin päihdepalveluja ajettiin voimakkaasti alas ja erityisesti laitospalveluja supistettiin. (Lappalainen-Lehto, ym. 2007: 11). Nykyisin olisi tärkeää kehittää päihdehoitotyössä laitoshoidon lisäksi myös kuntoutumista tukevaa sekä ongelmia ehkäisevää työtä. Vaikuttaminen näihin on samalla sijoittamista toimintakykyyn ja yksilöiden tuottavuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 13.)

Suomessa laadittiin vuonna 2004 ensimmäinen alkoholiohjelma, johon valtioneuvosto sitoutui. Hallitus päätti jatkaa ohjelman toteuttamista vuosille 2008–2011. Pääkoordinaattorina toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, joka vastaa alkoholiohjelman ohjaamisesta ja ohjelman toteuttamisesta kuntatasolla. Ohjelman tarkoitus nivoutuu valtion, kuntien ja järjestöjen yhteiseen ponnisteluun alkoholihaittojen vähentämiseksi. Tavoitteet jakautuvat kolmeen päälinjaukseen, joita ovat lasten ja perheiden kokemien alkoholihaittojen vähentäminen, alkoholin riskikäytöstä johtuvien haittojen vähentäminen sekä alkoholin kokonaiskulutuksen kääntyminen laskuun. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kehittää sekä tarjoaa toimijoille uusia työmenetelmiä ja hyviä käytäntöjä. Esimerkkinä käytännön työkalusta on terveydenhuollon käyttämä mini-interventio. Sen avulla helpotetaan alkoholinkäytön puheeksiottoa, riskikulutuksen tunnistamista sekä neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseksi. (Alkoholiohjelma 2008–2011.)

Tällä hetkellä Suomessa toteutettava ja valtioneuvoston hyväksymä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011, sisältää kehittämissuunnitelman ja toimenpiteitä myös päihdetyön alueelta. Ohjelma on suunnattu suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden johtamiseen. Ohjelmaan sisältyy 39 toimenpidettä, joita toteuttavat valtio, kunnat ja kuntayhtymät sekä järjestöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c.) Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valtakunnallisista kehittämislinjauksista. Suositus on nimeltään Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelman lähtökohtana on linjata ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhteisesti valtakunnalliselta tasolta. Päihdetyön kannalta keskeistä suunnitelmassa on painottaa asiakkaan aseman vahvistamista, päihteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ja haittojen ehkäisyä sekä hoitoa. Kaikkien ikäryhmien päihdepalvelujen järjestämisen huomioiminen, erityisesti painottaen perus- ja avohoitopalveluiden merkitystä, on yksi suosituksen pääkohdista. Uusia kehittämislinjauksia ovat matalakynnyksisen yhden oven periaatteen korostaminen hoitoon tullessa sekä toisena yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksikköjen perustaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 5.)

Päihteiden aiheuttamat haitat kytkeytyvät moniin olosuhdetekijöihin, joihin joskus hoidolla voidaan vaikuttaa vain vähän tai ei lainkaan. Kuitenkin sekä ammattiauttajien että vertaistuen avulla pystytään hoitamaan ja kuntouttamaan monia päihdeongelmaisia. Päihdeongelmista kärsivien hoitojärjestelmä on monivaiheinen sekä monihaara-

nen. Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja sitä täydentävässä asetuksessa veloitetaan kuntien järjestämään päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan asukkaiden tarpeita vastaavasti. Laki korostaa oma-aloitteista hoitoon hakeutumista, mieluiten jo päihdeongelman varhaisvaiheessa. Päihdepalvelujen tulee olla helposti tavoitettavissa, laadukkaita, monipuolisia ja ne tulisi järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. Palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen sekä muille läheisille. Palveluja tulee olla saatavissa myös päivystysluonteisesti. Päihdehoidossa tarvitaan monen eri ammattiryhmän osaamista ja eri toimijoiden yhteistyötä. Kunnilla on mahdollisuus järjestää päihdehoidon palvelut tuottamalla ne itse tai hankkimalla palvelut toiselta kunnalta, valtiolta tai muulta sektorilta. Päihdehuoltolaki velvoittaa hoitotahoja auttamaan päihteiden ongelmakäyttäjää ratkaisemaan hoidon lisäksi tarvittaessa myös asumiseen, toimeentuloon ja työhön liittyviä ongelmia. (Seppä, Alho & Kiiänmaa 2010: 44.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2002 laaditut Päihdepalvelujen laatusuositukset pyrkivät lisäämään päihdepalvelujen saatavuutta sekä parantamaan niiden laatua. Suositusten laadinnassa on pyritty yksityiskohtaisuuteen ja konkreettisuuteen, jotta niistä olisi hyötyä palvelujen suunnittelijoille, järjestäjille, asiakkaille ja tuottajille. Laadukas päihdehuolto edellyttää vahvaa yhteistä näkemystä sosiaalisesta vastuusta. Koska päihteiden käyttö ja haitat kasvavat sekä kasautuvat väestössä voimakkaasti, päihdepalveluilla tulisi tavoittaa erityisesti niitä, joiden omat edellytykset ovat heikoimmat. Yksinäiset, keski-ikäiset miehet ovat nykyisin merkittävä asiakasryhmä. Myös päihteitä käyttävien nuorten ja päihdeongelmaisten lapsiperheiden tarpeet tulee ottaa huomioon. Päihdehuollon erityispalvelujen järjestäminen edellyttää kuntien välistä yhteistyötä, jotta palvelujen laatu ja saatavuus voidaan turvata. Päihdepalvelujen laatusuosituksissa on otettu kantaa päihdetyön lähtökohtiin ja strategiseen suunnitteluun asiakastyössä, koko palvelujärjestelmän suunnitelmalliseen käyttöön, asiakkaan oikeuksiin ja erityistarpeisiin, toimitilojen tasoon, henkilöstön mitoittamiseen, osaamiseen ja työssä jaksamiseen ja varsinaiseen asiakastyöhön sekä myös arviointiin. (Päihdelinkki 2010.)

2.2 Päihdehoitotyön prosessi

Prosessi on tapahtumasarja, jolla pyritään tavoitteelliseen toimintaan ongelman ratkaisemiseksi. Tämä muodostuu ongelmien kartoituksesta, toteutuksesta ja arvioinnista. Prosessin vaiheet seuraavat toisiaan johdonmukaisesti, ja ne voivat olla samanaikaisia

tai päällekkäisiä. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 1998: 36.) Hoitotyön prosessi voidaan jakaa tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toimeenpanoon sekä arviointiin (Roper, Logan & Tierney 1992: 22). Hoitotyön prosessi on vuorovaikutukseen perustuvaa ongelman ratkaisua sekä päätöksentekoa hoitotyön tavoitteiden tunnistamiseksi ja saavuttamiseksi. Tätä prosessia voidaan soveltaa potilaaseen, perheeseen tai ryhmään. (Iivanainen, ym. 1998: 36.)

Hoitotyön prosessi auttaa hoitajaa jäsentämään hoitotyötä sekä prosessiajattelu toimii teoreettisen tietopohjan täsmentäjänä. Tietopohjaan sisältyy empiirinen tieto, esteettinen, eettinen sekä persoonallinen tieto. Soveltamista prosessiajatteluun hoitotyössä ovat edistäneet terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset. Hoitotyön prosessimalli on järjestelmällinen tapa kuvata hoitotyötä. Hoidon toteuttamisen perustana toimii potilaan hoidon tarpeen määrittäminen ja sitä seuraava päätöksenteko. Toteuttamisen jälkeen seuraa toimintojen tuloksellisuuden arviointi. (Punkanen 2001: 35.) Hoitotyön lähestymistavat vaihtelevat prosessin eri vaiheissa, asiakas- tai potilaslähtöisen tiedon mukaan, hoitamisen eri aloilla, toiminnan luonteen sekä tietoperustan suhteen (Havio, ym. 2008: 34).

Päihdehoitotyön prosessin ensimmäisessä vaiheessa pyritään tunnistamaan potilaan tarpeet ja ongelmat. Tähän tarpeen määrittelyyn sisältyy tietojen kerääminen potilaalta, saatujen tietojen käsittely, potilaan ongelmien tunnistaminen sekä niiden priorisointi eli ongelmien asettaminen tärkeysjärjestykseen. Tietoja hoitaja saa havainnoimalla, haastatteleamalla, tutkimalla, erilaisilla mittauksilla sekä laboratoriokokeilla. Jos saatu tieto on tärkeää, se kirjataan hoitotyön suunnitelmaan. Apuna tiedon keruussa käytetään myös aikaisempia sairauskertomuksia ja perheenjäseniä. Asiakkaan tai potilaan kokonaisvaltainen huomointi niin fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten osa-alueiden kautta on erityisen tärkeää. (Punkanen 2001: 35–36.) Päihdehoitotyössä järjestelmällisen ja arvioitavan päihdehoitotyön kehittämisen peruskivijalkana toimii totuudenmukainen ja ajantasainen kirjaaminen (Havio, ym. 2008: 34).

Päihdehoitotyön prosessin toisessa vaiheessa laaditaan hoitotyön suunnitelma. Suunnitelman tavoitteena on estää tunnistettujen mahdollisten ongelmien toteutuminen, ratkaista jo olemassa olevat ongelmat ja lievittää niitä ongelmia, joita ei voida ratkaista sekä auttaa asiakasta tai potilasta selviytymään niistä. Suunnitelmaa laadittaessa asetetaan ongelmille tavoitteet yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa. Tavoitteet ilmaistaan

lyhyesti sekä toimintaa ilmaisevin verbein. Tavoitteiden tulee olla realistisia, saavutettavissa olevia, ja niihin liitetään aikamäärä. Tavoitteiden pohjalta kirjataan suunnitellut hoitotyön keinot, joita voi olla useampia, kukin hoitaja voi valita tilanteeseen sopivan toimintamuodon. (Punkanen 2001: 37.) Päihteenkäyttäjän hoitotyön suunnitelmaan sisältyy fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tavoitteita. Keskeisinä ja tärkeinä tavoitteina päihdehoitotyössä voidaan pitää päihteenkäyttäjän saattamista tietoiseksi omasta päihdeidenkäytöstään sekä hänen motivoimistaan omaan hoitoon sekä myöhemmin jatkohoitoon. (Havio, ym. 2008: 36–37.) Hoitosuunnitelman toteuttamisvaiheessa aloitetaan ja päätetään ne toimenpiteet, joiden katsotaan olevan välttämättömiä asiakkaan tai potilaan tarpeiden tyydyttämiseksi. Tässä vaiheessa hoitajan älylliset-, tekniset- sekä vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä roolissa. (Punkanen 2001: 37.) Päihdehoitotyön prosessissa tavoitteiden asettaminen, hoidon suunnittelu, tai prosessiajattelun toteutuminen eivät aina ole selvärajaisia. Niiden kietoutuminen hoitotyön auttamismenetelmien sisälle on tavanomaista. (Havio, ym. 2008: 34.)

Päihdehoitotyön prosessin kolmas ja viimeinen vaihe on arviointi. Arviointi on jatkuva prosessi eikä sitä voi rajoittaa tiettyyn ajankohtaan. Arviointia tehdään jatkuvasti päivittäis- ja muiden sairauskertomusmerkintöjen yhteydessä. Arvioimalla toimintaansa hoitaja osoittaa kantavansa siitä vastuun ja ilmaisee olevansa kiinnostunut asiakkaasta tai potilaasta sekä pyrkivänsä toimimaan hänen ongelmien ratkaisemiseksi. Arviointi voi paljastaa tarpeenmääritys-, suunnittelu- ja toteuttamisvaiheessa tapahtuneet mahdolliset laiminlyönnit. Arvioitaessa tarkastellaan sitä, miten asiakas tai potilas on reagoinut suunniteltuihin toimenpiteisiin, joskus tuloksena hoitotyön suunnitelmaa voidaan joutua muuttamaan tai laatimaan kokonaan uusi suunnitelma. Kirjallinen hoitosuunnitelma takaa hoidon jatkuvuuden sekä se takaa jokaiselle asiakkaan tai potilaan hoitoon osallistuvalla samansuuntaiset tavoitteet ja ongelmanratkaisumallit. (Punkanen 2001: 39–40.) Päihdehoitotyössä päihteenkäyttäjän hoitoprosessin arviointi ja seuranta sisältävät hoidon tarpeen määrittelyn onnistuneisuuden, yksilöllisyyden ja kattavuuden toteutumisen. Arvioinnissa katsotaan myös asetettujen tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus ja konkreettisuus sekä valittujen auttamismenetelmien ja niistä saatujen tulosten vastaavuus ja vaikuttavuus. (Havio, ym. 2008: 39.)

2.3 Päihdehoitotyön arvot ja periaatteet

Hoitotyön periaatteena on toimia terveyttä edistävästi, sairauksia ja haittoja ehkäisevästi, korjaavasti, kuntouttavasti sekä autetaan yksilöä kuoleman lähestyessä (Havio, ym. 2008: 14). Päihdehoitotyössä korostuvat kymmenen periaatetta. Yksilöllisyyden periaatteessa asiakkaan tai potilaan elämäntilanne ja kokemukset otetaan vastaan aidosti kuunnellen, hyväksyvästi, aikaa antaen ja ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakas- tai potilaslähtöisyyden periaatteessa asiakkaan tai potilaan oma käsitys tilanteestaan huomioidaan hoidon lähtökohdaksi silloin, kun se on realistisesti mahdollista. Tällä pyritään siihen, että asiakas tai potilas saa todellisen kokemuksen osallisuudestaan hoitoprosessinsa suunnittelussa. Terveyskeskeisyyden periaatteessa asiakas tai potilas kohdataan voimavarojensa näkökulmasta. Voimavarakeskeisesti työskentelevä hoitaja uskoo päihteenkäyttäjän omiin voimavaroihin ja auttaa häntä löytämään sekä vahvistamaan niitä. Itsemääräämisen ja omatoimisuuden periaatteessa kunnioitetaan päihteenkäyttäjän itsemääräämiskykyä ja -oikeutta aina silloin, kun se ei ole hänen tai ympäristön turvallisuuden vastaista. Omatoimisuuden periaatteeseen sisältyy myös päihteenkäyttäjän oikeus saada tietoa omasta hoidostaan ja tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista, jotta hän kykenisi itsenäisesti tekemään hoitoa koskevia päätöksiä. (Havio, ym. 2008: 19.)

Jatkuvuuden periaate on päihteiden käytön ongelmista kärsivän asiakkaan tai potilaan avunsaamisen perusedellytys. Luottamus ja tieto erilaisista hoitopalveluista ovat tärkeässä roolissa jatkuvuuden kannalta. Hoidon jatkuvuuden periaatteeseen nivoutuu realistinen ja tavoitteellinen ajantasainen hoitosuunnitelma sekä tietoisuus siitä, että terveystottumusten muutosprosessi on pitkä ja monivaiheinen. Turvallisuuden periaatteessa huomioidaan mahdollinen väkivalta ja ehkäistään vaaratilanteet, koska voimakkaista vierotusoireista, levottomuudesta ja sekavuudesta kärsivä päihteenkäyttäjä voi olla arvaamaton. Perhekeskeisyyden periaatteessa päihteenkäyttäjän perhe, läheiset sekä sosiaalinen verkosto otetaan huomioon hoidon suunnittelussa. Perhekeskeisessä työskentelyssä korostuu hoitajien pyrkimys asiakas- tai potilaskeskeisyyteen, dialogisuuteen, tasapuolisuuteen, neutraaliuteen ja perheen voimavarojen vahvistumiseen. (Havio, ym. 2008: 19–20.)

Verkostokeskeisyyden periaate auttaa ymmärtämään ja jäsentämään päihteenkäyttäjän sosiaalisen verkoston kokonaisuutta. Verkostokeskeisessä työskentelyssä voidaan ja-

kaa eri sektoreihin esimerkiksi perhe, ystävät, koulu- ja työelämä ja viranomaiset. Tämä jaottelu voi auttaa päihteenkäyttäjää jäsentämään ihmissuhdeverkostoaan. Verkostokeskeistä periaatetta voidaan hyödyntää myös verkostokokouksissa, jotka voivat olla asiantuntijakokouksia, hoidollisia kokouksia tai terapeutteja prosessikokouksia. Yhteisöllisyyden periaatteessa siirretään päihdehoitotyön tarkastelunäkökulmaa laajemmin asiakkaan tai potilaan lähiyhteisöön, työyhteisöön, asumisyhteisöön ja vapaa-aikaan. Kokonaishoidon periaatteella tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan kohtaamista kokonaisuutena. Hänet kohdataan leimaamatta, jakamatta, tuomitsematta eli sellaisenaan kuin hän siinä elämäntilanteessa on. Päihdehoitotyössä kokonaishoidon periaate on hoidollisen toiminnan kehys, hoitotyön koko prosessi ensimmäisestä hoitokontaktista hoitosuhteen päättymiseen. (Havio, ym. 2008: 21.)

3 PÄIHDETYÖ KYMEN A-KLINIKKATOIMESSA

3.1 A-klinikkasäätiö ja Kymen A-klinikkatoimi

A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu päihdealan järjestö. A-klinikkasäätiön toiminta perustuu päihde- ja riippuvuusongelmaisten ja heidän läheistensä aseman parantamiseen vaikuttamalla yhteiskuntapolitiikkaan sekä tarjoamalla monipuolisia ja luottamuksellisia hoitopalveluita päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiville. Valtakunnallinen toiminta rahoitetaan pääosin Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. Hoito- ja toimintayksiköiden palvelujen käytöstä on solmittu ostopalvelusopimuksia yli sadan kunnan kanssa. (A-klinikkasäätiö 2008.) A-klinikoilla kävi 47 359 asiakasta vuoden 2008 aikana. Asiakkaiden määrä on lisääntynyt kolme prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009: 19.)

A-klinikkasäätiö toimii alueellisesti, valtakunnallisesti sekä kansainvälisesti. Kansainvälinen toiminta painottuu lähialueiden lisäksi Euroopan unionin alueelle. A-klinikkasäätiö ylläpitää A-klinikoita, nuorisoasemia, katkaisuhuoltoasemia, kuntoutumisyksiköjä, terveysneuvontapisteitä, päivätoimintakeskuksia sekä Järvenpään sosiaalisairaala. (Toiminta 2009.) Hoitopalveluja järjestetään Espoossa, Helsingissä, Hämeenlinnassa, Kokemäellä, Kouvolassa, Kotkassa, Lahdessa, Mikkelissä, Salossa, Sastamalassa, Tampereella, Järvenpäässä ja Turussa. (Hoitopalvelut 2009.) A-klinikkasäätiö järjestää myös päihdealan koulutusta, kehittää ja tutkii päihdehuollon menetelmiä sekä harjoittaa viestintä- ja julkaisutoimintaa (Toiminta 2009).

A-klinikat ja A-klinikkatoimen muut yksiköt, kuten esimerkiksi katkaisuhuoltoasemat, nuorisoasemat sekä kuntoutumisyksiköt, ovat päihde- ja riippuvuusongelmissa auttavia hoitopaikkoja. Palvelut ovat tarkoitettu sekä ongelmista kärsiville että heidän läheisilleen. Avohoitokäynnit A-klinikoilla sekä nuorisoasemilla ovat asiakkaille yleensä maksuttomia, eikä niihin tarvita lähetettä. Laitos- ja yhteisohoidon maksuista asiakkaan maksettavaksi jää aina omavastuuosuus, johon hän voi hakea kotikunnastaan maksusitoumussopimuksen. A-klinikkatoimessa hoitoon sisältyy tyypillisesti terapiakeskusteluita, jotka käynnistetään elämäntilanteen kartoituksella ja hoidon tarpeen arvioinnilla. A-klinikkatoimen yksiköissä osa työstä muodostuu neuvonnasta tai ohjauksesta. Hoidossa keskeisintä on herättää päihderiippuvaisen oma halukkuus muuttaa käyttäytymistään sekä edesauttaa jo mahdollisesti käynnistynyttä muutosprosessia. A-klinikkatoimessa ei ole yhtä näkemystä päihdeongelman luonteesta, sen kehittymisestä tai siitä toipumisesta. Käytössä on erilaisia hoitomenetelmiä ja niitä ohjaavat erilaiset ajattelutavat. A-klinikkapohjaisten yksiköiden palveluihin kuuluvat myös paikkakunnasta ja yksiköstä riippuen mm. vaikutustoiminta, ehkäisevä työ, työnohjaus-, konsultaatio- ja koulutuspalvelut sekä jälkihoito/seuranta. (Asiakkaana A-klinikkatoimessa 2009.)

Kymen A-klinikkatoimi on yksi A-klinikkasäätiön alueyksiköistä, jonka toiminnan alueena on Etelä-Kymenlaakso. Kymen A-klinikkatoimi vastaa myös asumis-, lastensuojelu-, hyvinvointi- ja koulutuspalveluista koko maassa. Kymen A-klinikkatoimen hoito- ja kuntoutuspalvelut ehkäisevät riippuvuus- ja päihdeongelmia sekä auttavat näistä ongelmista kärsiviä ja heidän läheisiään hallitsemaan elämäntilannettaan ja parantamaan selviytymistään elämässä. Kymen A-klinikkatoimi ylläpitää päihdehuollon avohoitto-, laitoshoidon- ja asumispalveluyksiköitä. Hoitopalveluyksiköissä tuotetaan yksiköistä riippuen myös ennaltaehkäisevää ja varhaisvaiheen päihdetyötä, työnohjausta, koulutusta, tiedotusta ja vaikuttamista sekä kehittämis- ja tutkimustyötä. (A-klinikkasäätiön Kymen A-klinikkatoimi 2010.)

Kymen A-klinikkatoimen palveluiden lähtökohtana ovat asiakkaan ja hänen avun, tuen ja hoidon tarve. Päihdeiden käyttöön ja niihin liittyviin ongelmiin vastataan kaikissa Kymen A-klinikkatoimen hoitopalveluissa. Nämä hoitopalvelut vastaavat kuntien asukkaiden tarpeisiin monipuolisesti päihdepalvelujen akuuteista päivystyspalveluista pitkäaikaiseen kuntoutumiseen ja –asumiseen. (A-klinikkasäätiön Kymen A-klinikkatoimi 2010.) Seudullisista palveluista on laadittu ostopalvelusopimukset Kot-

kan ja Haminan kaupunkien sekä Pyhtään, Miehikkälän, Ruotsinpyhtään sekä Virolahden kuntien kanssa. Lastensuojelun laitoshoidosta on laadittu puitesopimuksia useiden kuntien kanssa. (Organisaatio 2010.)

A-klinikkatoimen yksiköiden toimintaa ohjaavat seuraavat arvot ja periaatteet (kuva 1). A-klinikkatoimen yksiköihin hoitoon hakeutuminen on pääsääntöisesti vapaaehtoista. Asiakas saa myös päättää siitä, kuinka kauan hän käyttää palveluita. Tämä toimintatapa perustuu siihen näkemykseen, että asiakkaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita vaikeissakin ongelmatilanteissa. Asiakas asettaa hoitonsa tavoitteita yhdessä työntekijän kanssa. Elämäntilanteesta riippuen tavoitteena voi olla täysraittius, kohutuukäyttö tai ihmisarvoisen elämisen luominen kärsimyksiä lievittämällä. Joskus asiakkaan elämäntilanne voi olla hoitoon hakeutuessa niin kriisiytynyt, ettei hän kykene ilmaisemaan hoidollisia tavoitteitaan. Tällöin työntekijä voi ammatillisen kokemuksensa perusteella suositella hyvinä pitämiään tavoitteita ja toimintatapoja kuitenkin asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Hoitopalvelut 2009.)

A-klinikkatoimen auttamistyön perustana on ihmisyyden ja sen vajavaisuuksien ymmärtäminen. A-klinikkatoimi ei valitse asiakkaitaan eikä hylkää apua hakevia elämäntilanteen, yhteiskunnallisen hyödyn tai päihdeongelman laajuuden perusteella. Hoitoon hakeutumisen kynnys halutaan pitää mahdollisimman alhaisena. Hoidon tavoitteita voivat olla pienetkin muutokset asiakkaan päihteiden käytössä kuten esimerkiksi päihteiden käytön haittojen vähentäminen, päihdeongelmaisen ja hänen läheistensä tilanteen rauhoittaminen sekä elämänlaadun kohottaminen. Asiakkaille tarjotaan hoitoa ja tukea yhä uudelleen toivoen, että yksilön kyky ottaa elämänsä hallintaan vähitellen kasvaa. (Hoitopalvelut 2009.)

A-klinikkatoimessa toteutettavan hoidon luottamuksellisuudesta on säädetty laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) luvussa kolme. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Työntekijä ei rangaistuksen uhalla saa paljastaa hoitoon liittyviä asioita ulkopuolisille. On olemassa kuitenkin muutamia poikkeuksia esimerkiksi lastensuojelulaki (13.4.2007/417), joista asiakas saa tietoa hoitosuhdetta aloitettaessa. Asiakkaalle kuitenkin kerrotaan, että hoidon onnistuvuuden kannalta olisi hyvä tehdä yhteistyötä myös muiden hoitotahojen kanssa. Suostumus yhteydenottoihin kysytään asiakkaalta aina etukäteen. (Hoitopalvelut 2009.)

A-klinikkatoimen palvelut sisältävät erilaisia hoitovaihtoehtoja ja niiden yhdistelmiä. Hoitotavoitteet sekä hoito- ja työskentelytavat laaditaan yksilöllisesti ja ne vaihtelevat asiakkaan elämäntilanteen, ongelmien, tarpeiden ja voimavarojen mukaan. Lähtökoh- tana voimavarakeskeisessä ajattelutavassa on, että työskentely- ja hoitosuhde perustuu asiakkaan omiin voimavaroihin ja kykyyn auttaa itseään. Yhdessä työntekijän kanssa löydetään elämäntilanteeseen uusia näkökulmia sekä toimintamalleja. Hoitopaikka ja työntekijä ovat tässä muutosprosessissa asiakkaan tukena ja muutoksen ylläpitäjänä. A-klinikkatoimessa työskentelee monia eri ammattiryhmiä. Ammattialoista edustet- tuina ovat muun muassa sosiaalityö, sosiaaliterapia, psykologia, hoitotyö ja lääketiede. Moniammatillisuus ja hoitotoiminnan monimuotoisuus koostuvat terapeuttisen ja hoi- dollisen sekä lääketieteellisen ja lääkkeellisen tiedon asiantuntemuksesta. (Hoitopalve- lut 2009.)



Kuva 1. Kymen A-klinikkatoimen arvot ja periaatteet

3.2 Kymen A-klinikkatoimen lastensuojeluyksiköt

Hyvin organisoitua laitoshoidoa voidaan usein pitää parhaana ratkaisuna lapsen sijaishuollon järjestämiseksi silloin, kun lapsen sijoitus on väliaikainen, ja kun laitoshoi- toon liittyy kiinteästi työskentely lapsen vanhempien kanssa sekä tiivis yhteydenpito lapsen ja hänen vanhempiensa välillä. Laitoshoido on usein paras mahdollinen ratkaisu myös sijaishuollon tarpeessa olevalle murrosikäiselle lapselle. Lastensuojelulaitoksia, joissa voidaan järjestää lapsen sijaishuoltoa ja laitoshuoltoa ovat lain mukaan lasten-

kodit, nuorisokodit ja koulukodit. Lisäksi lastensuojelulaitoksina voidaan pitää muita näihin rinnastettavia yksiköitä, esimerkiksi vastaanottokoteja. Lastensuojelulaitoksia ylläpitävät lähinnä valtio, kunnat tai yksityiset yhteisöt. Lapsen kasvatuksessa ja kasvuolojen järjestämisessä on noudatettava lapsenhuoltolain (8.4.1983/361) säädöksiä. Laitoksessa annetun huollon sisältö määräytyy lapsenhuoltolain nojalla. (Sosiaaliportti 2008.)

Lastensuojelulaitosten toiminnan yleisistä edellytyksistä säädetään lastensuojelulaissa (13.4.2007/417). Säännöksen mukaan lastensuojelulaitoksessa on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä tarpeellinen määrä sosiaalihuollon ammattilaisia sekä tarvittaessa muuta henkilöstöä. Laitoksen hoitopaikkojen ja sosiaalihuollon ammatillisten henkilöstön määrästä säädetään asetuksella. Laitoksen toimitilojen voidaan katsoa olevan riittävät ja asianmukaiset silloin, kun lapsella on mahdollisuus riittävään yksityisyyteen. Lapsella on oltava mahdollisuus rauhalliseen yksinoloon ja oman identiteetin kannalta omaan alueeseen. Laitoksessa on oltava lisäksi tilat yhteistä käyttöä varten. Lastensuojelulaitoksessa on yksi tai useampi asuinyksikkö. Useampiyksikköisen laitoksen yksiköt voivat myös toimia erillisinä. Asuinyksikössä saadaan hoitaa yhdessä enintään seitsemää lasta tai nuorta sekä samaan rakennusryhmään sijoitettuna enintään 24 lasta tai nuorta. (Sosiaaliportti 2008.)

Lastensuojelulaitoksessa tulee asuinyksikköä kohden olla lasten ja nuorten tarvitsemaan huoltoon sekä hoitoon nähden riittävästi henkilökuntaa, kuitenkin vähintään seitsemän hoito- ja kasvatustehtävissä toimivaa työntekijää. Henkilöstön määrä suhteutetaan hoidettavien lasten tai nuorten lukumäärään, heidän tarvitsemaansa hoitoon ja kasvatukseen sekä laitoksen toiminnan realiteetteihin. Koska sijaishuoltoon otetuilla lapsilla on nykyisin monesti takanaan useita sijoituksia kodin ulkopuolelle ja paljon muitakin traumatisoivia kokemuksia, heille on erityisen tärkeää, että sijaishuoltopaikan henkilöstöllä on työhönsä koulutukseen perustuvaa riittävää asiantuntemusta ja että henkilöstö on riittävän kokenutta sekä ammattitaitoista. Jokainen lapsi on yksilö, joten tarvitaan erilaisia palveluja sekä henkilöstöltä hyvin laaja-alaista ammattitaitoa sekä kykyä työskennellä usein haastavissa tilanteissa. (Sosiaaliportti 2008.)

Lastensuojelulaitoksessa voidaan toteuttaa rajoitustoimenpiteitä. Näitä toimenpiteitä voidaan käyttää vain silloin, kun nuoren oma tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus tai nuoren huostaanoton tarkoituksen toteuttaminen sitä vaatii. Rajoitustoimenpi-

teet toteutetaan aina mahdollisimman turvallisesti sekä ihmisarvoa kunnioittaen ja ne lopetetaan, kun niiden käytöllä ei enää ole lainmukaisia perusteita. (Kymen A-klinikkatoimi 2009: 5.)

A-klinikkasäätiön mukaan nuorten ongelmien moninaisuus vaatii nykyisin entistä profiloituneempaa ja laaja-alaista osaamista sekä eriasteisia laitospalveluita, joissa voidaan vastata nuoren tarpeisiin yksilöllisten hoitosuunnitelmien avulla hyödyntäen yhteishoidon keinoja. (Kymen A-klinikkatoimi 2008a.) Yhteishoidossa harjoitellaan toisten huomioimista ja avun vastaanottamista muilta ihmisiltä. Hoitopaikassa on päiväohjelma ja säännöt, jotka tuovat elämiseen rytmin ja synnyttävät rajat. Nuoret osallistuvat työntekijöiden kanssa yhdessä kaikkiin päivittäisiin askareisiin. Tärkeänä osana hoitoa ovat erilaiset ryhmät ja harrastustoiminta. Lääkkeitä pyritään käyttämään mahdollisimman vähän. Jokaiselle nuorelle laaditaan oma hoito- ja kuntoutumissuunnitelma. Hoitoon kuuluu myös tärkeänä osana nuoren perheen ja tukiverkoston osallistuminen neuvotteluihin ja nuoren asioiden käsittelyyn. (A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2008: 19.)

3.2.1 Kymen Stopparit

Kymen Stoppareiden hoitoketju tarjoaa kiireellisesti sijoitetuille tai huostaanotetuille nuorille hoidollista pysäytystä, hoidon tarpeen arviointia, kuntouttavaa ja korjaavaa hoitoa. Kymen Stoppareiden tavoitteena on edistää päihde- ja mielenterveysongelmaisten nuorten sekä heidän perheidensä kuntoutumista ja hyvinvointia. (Kymen Stopparit 2010.) Stopparit muodostavat laaja-alaisen palveluketjun 13–21-vuotiaiden nuorten hoitotyöhön. Tällä tarkoitetaan nuoren hoidon etenemistä ja jatkuvuutta saman palvelun sisällä. Kaikissa Stoppareissa tarjotaan myös mahdollisuutta suoraan sijoitukseen. Stoppareiden asiakkaaksi tullaan asuinkunnan sosiaalityöntekijän tekemällä huostaanottopäätöksellä. (Lastensuojelun laitoshoido 2010.)

Stoppareissa korostetaan etenkin perhetyönäkökulmaa lastensuojelun päihdepalveluissa. Hoitoprosessien kuvaaminen osoittaa kaikille asianosaisille hoitoon osallistumisen ja sitoutumisen tärkeyden nuoren hoidossa. Periaatteena on, että jokaisella on oikeus tulla kuulluksi ja tuoda hoidon onnistumisen kannalta merkittävä tieto esiin. Yksi vahvuus nuorten hoitotyössä on hoidon mukauttaminen arkeen henkilökunnan ollessa asiantuntijoina nuorten päihdeongelmissa, psykososiaalisissa ongelmassa sekä yhteishoidollisten menetelmien toteuttajina. Kymen Stoppareissa on käytössä samoja

yleisiä arvoja ja periaatteita kuin muissakin A-klinikkatoimen yksiköissä, joita ovat humanisuus, luottamuksellisuus, asiakaslähtöisyys sekä moniammatillisuus. (Kymen A-klinikkatoimi 2008a.)

Kymen Stoppareissa on käytössä neljä selkeää hoitotyön menetelmää. Omahoitaja tai omaohjaajatyöskentelyn avulla pyritään pääsemään selville nuoren omista tavoitteista, ydinarvoista ja tavoitteiden merkityksistä. Omahoitajuus rakentaa nuoren kanssa muodostettua yhteistyösuhdetta ja toiveikkuutta. Tärkeintä omahoitajatyöskentelyssä on säilyttää nuorta arvostava ja kunnioittava asema. Yhteisöhoidolliset menetelmät ovat koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteisöllisyyttä toteutetaan Stoppareissa niissä rajoissa, kuin se on huostaanotettujen nuorten kanssa mahdollista. Yhteisöhoidolliseen menetelmään kuuluu vastuunkantaminen yhteisössä erilaisten asioiden hoitamisessa ja työtehtävien tekemisessä. (Hoitotyön menetelmät 2010.)

Ryhmähoidon avulla nuori oppii ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan ja elämästään. Tämä tapahtuu kasvatuksen, ohjauksen ja hoidon avulla, missä omatoimisuutta kehitetään toimimalla yksin tai yhdessä erilaisissa arjen toiminnaissa. Ryhmässä opitaan sääntöjä ja rajoja sekä sosiaalista vuorovaikutusta. Järjestettyjen ryhmien menetelmät ja sisällöt muuttuvat hoitotyön ja nuorten tarpeiden sekä henkilökunnan osaamisalueiden mukaan. Perhetyöntekijän osaamista voidaan käyttää suurissa perhekriiseissä kaikissa Stoppareiden yksiköissä. Perheille tiedotetaan perhetyön olevan osa hoitoa ja hoidollisesti merkittävät asiat tulevat myös nuoren omahoitajien tietoon. Perhetyöntekijän tehtävänä on tukea nuoren ja hänen vanhempiansa vuorovaikutusta ja toimia saumattomasti laitoshoidossa työskentelevien kanssa. (Hoitotyön menetelmät 2010.)

Stoppari-Hamina toimii lastensuojelulain mukaisena laitousyksikkönä, jonka tavoitteena on hoitotyön ja tarvittaessa lastensuojelulain rajoitteiden avulla pysäyttää nuoren haitallinen elämäntapa, kuten kasvuvaikeudet, rajattomuus, päihteenkäyttö tai rikollisuus. Pysäytys- ja päihdehoito tapahtuu yksikössä lääkkeettömästi. Pysäytysjakson aikana nuorelle tehdään hoidontarpeen arviointi ja suunnitellaan jatkohoito yhdessä nuoren ja hänen lähiverkostonsa kanssa. (Kymen A-klinikkatoimi 2009: 2.) Pysäytyshoito on prosessi, jossa nuoren hoitotyö etenee ja liikkuminen laitoksen ulkopuolella lisääntyy seitsemän päivän jaksoina. Hoitajakson kesto on 30–60 vuorokautta. Pysäytushoidossa vastataan nuoren yksilöllisiin tarpeisiin hyödyntäen yhteisöhoidon keino-

ja. Nuoren tilanearviointi pysäytysjaksolla perustuu tiimi- ja parityöskentelyyn. Nuoren tilanearvioinnissa kerätään tietoa nuoren elämänvaiheista, jotka ovat johtaneet haitalliseen elämäntapaan. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään EuroADAD-haastattelua. Haastatteluun sisältyy seitsemän pääongelma-alueita: fyysinen, psykologinen, sosiaalinen, koulu/työ, perhe, rikos, alkoholi ja huumeet. Haastattelun tuloksena saadaan arvio nuoren elämän ongelmista ja se määrittää hoidon tarpeen kullakin osa-alueella. Nuoren perhe pidetään tiiviisti mukana hoidossa ja yhteydenpitoa lähiverkostoon tuetaan. (Kymen A-klinikkatoimi 2009: 5–6.)

Stoppari-Valkama on pieni strukturoitu, yhteisöhoitoa toteuttava laitoshoidoyhteisö moniongelmaisille ja tarvittaessa lääkehoitoa vaativille alaikäisille ja huostaan otetuille nuorille. Yhteisöhoidonmalli pyrkii edistämään päihde- ja mielenterveysongelmaisten nuorten ja heidän perheidensä kuntoutumista ja hyvinvointia. Stoppari-Valkaman nelipaikkaisessa ja kodinomaisessa hoitoyhteisössä omahoitajuus, terapeutit ja perhetyö kuuluvat osaltaan nuoren hoitokokonaisuuteen. Hoitojakson tavoitteita suunniteltaessa huomioidaan hoitojakson kokonaispituus realistisin lähtökohdin. Jakson päivä- ja viikko-ohjelmaan sisältyy työtehtäviä, harrastus- ja virkistystoimintaa sekä itsenäistymiseen tähtäviä toimia. Yksilöllisesti suunniteltu hoitojakso koostuu tiiviistä lähihoidosta ja lähihoidosta (Kymen A-klinikkatoimi 2009: 2.)

Tiiviin lähihoidon tavoitteena on saada nuori sitoutumaan hoitopaikkaan. Tiiviin lähihoidon tarkoituksena on rajoittaa tarvittaessa nuoren sosiaalisia suhteita, yhteydenpitoa, liikkumista, ajankäyttöä ja tekemisiä. Rajoitusten asettamisella nuori ei pääse henkilökunnan tietämättä poistumaan yksiköstä, eikä yksikköön pääse tulemaan kukaan ei-toivottu henkilö. Rajoittaminen on mahdollisimman lyhytkestoista, tavoitteena ei ole nuoren oman elämän ongelmista erossa oleminen vaan niihin ratkaisun löytäminen vuorovaikutuksessa omaohjaajien kanssa. Lähihoidon vaiheessa on tavoitteena saada nuori sitoutumaan varsinaiseen hoitoon. Tällöin esimerkiksi retkahtaminen päihteisiin ei ole syy lopettaa hoitoa vaan retkahduksesta seuraa hoidon arviointi ja tarvittaessa hoidon tehostaminen. (Lähihoito 2010.) Tarvittaessa lähihoidosta on mahdollisuus siirtyä tuettuun asumiseen. (Kymen A-klinikkatoimi 2009: 2.) Tuetun asumisen tavoitteena on tukea nuoren päihteettömän arjen sujumista ja valmentautumista itsenäiseen elämään. (Lähihoito 2010).

Stoppari-Pyhtää on lastensuojelun laitousyksikkö, jossa tarjotaan yhteisöhoitollisin keinoin huostaanotettujen nuorten psykososiaalisiin ongelmiin kuntouttavaa ja korjaa-
vaa hoitoa. Kuntouttavan hoidon pohjana toimii lastensuojelulain mukainen työskentely nuoruusiän kehityshaasteiden parissa sekä päihdeongelmien tuntemus, ammatillisuus, yhteisöllisyys ja toiminnallisuus. Kuntouttava hoito on tarkoitettu pääsääntöisesti 15–21-vuotiaille nuorille, jotka tarvitsevat pidempiaikaista kuntouttavaa laitoshoidoa psykososiaalisten ongelmien vuoksi. Hoitajaksolle asetetaan tavoitteet realistisesti jakson pituuden mukaan. Nuoren kuntouttava hoito jakaantuu kasvua ohjaavaan ja valmentavaan vaiheeseen. Hoitovaiheiden jälkeen on mahdollisuus myös tuettuun itsenäistymisasumiseen. Kuntouttava hoito sisältää korjaavia, kuntouttavia ja turvallisia tunnekokemuksia, joilla nuori etenee vaiheittain kohti itsenäisyyttä. Keskeisiä työmuotoja Stoppari-Pyhtäässä ovat omahoitajatyöskentely pareittain, perheen tukeminen, erilaiset opiskelu-, työkokeilu- ja työharjoittelumahdollisuudet, toiminnallisuus sekä hoidolliset ryhmät. Hoidossa käytettävä toimintamalli muuttaa muotoaan nuoren kuntoutuksen edetessä kasvun tukemisesta ja ohjaamisesta, itsenäistymisen valmentamiseen ja tukemiseen. (Kymen A-klinikkatoimi 2008b.)

3.3 Kymen A-klinikkatoimen asumispalveluyksiköt

Pitkään jatkunut päihdeongelma johtaa usein työpaikan ja asunnon menettämiseen sekä omatoimisuus arjen pyörittämiseen heikkenee. Varsinaisen laitoshoidon jatkeeksi tai vaihtoehdoksi on tarjolla asumispalvelua, jossa saa tukea päihdeettömään elämiseen ja omatoimisuuden palautumiseen. (Seppä ym. 2010: 46.) Vuonna 2008 päihdehuollon asumispalveluja käytti 4 015 asiakasta (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009: 19). Asumispalvelut ovat tarkoitettu päihdeongelmaisille, joiden toimintakyky on alentunut päihderiippuvuuden, päihteiden käytöstä aiheutuneiden muistihäiriöiden tai muiden liitännäis-sairauksien vuoksi. Kymen asumispalveluyksiköissä asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitoa ja päihdeettömyyttä ohjataan asiakaslähtöisen ja asiakasystävällisen hoidon keinoin. (Asumispalvelut 2010.)

Hoitoon voi sisältyä muun muassa elämän laadun parantamista, arjenhallintaa, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä, psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitoa sekä lisääntymistä. Tarkoituksena on myös saavuttaa asiakkaan kanssa hänen häiriönsä tai sairautensa tunnistaminen, sen hyväksyminen sekä sairauden hoitaminen mahdollisimman itsenäisesti. Vuorovaikutustaitojen kehittyminen ja toisen

ihmisen huomioon ottaminen ovat myös osana hoitoa. (Asumispalveluyksiköt 2010.) Asumispalvelut tarjoavat päihteettömän asuin ympäristön, jossa asukkaita hoitaa ja ohjaa päihdetyöhön koulutettu henkilökunta. Perushoitotyön, huolenpidon ja kodinhoitopalveluiden lisäksi asumispalveluissa vastataan asiakkaiden erityistarpeisiin päihde- ja mielenterveysongelmien hoidossa. (Asumispalvelut 2010.)

Kymen A-klinikkatoimen 14-paikkainen Kesärantakoti on tarkoitettu henkilöille, jotka päihdedementian takia eivät selviydy kotihoidossa tai muussa asumispalveluyksikössä. Kesärantakoti toimii palvelutalo Leporannan yhteydessä. Leporannan palvelutalo on tarkoitettu ikääntyneille päihdeongelmallisille, joilla on päihderiippuvuutensa vuoksi vaikeuksia päästä muihin vanhusten asumispalveluyksiköihin. Palvelutalossa on 19 paikkaa, jotka ovat varattu tehostetulle palveluasumiselle. Leporannassa käy myös asiakkaita lomapaikoilla, silloin jos asiakas tarvitsee tilapäistä asumista tai kuntoutumista, paikkatilanteen salliessa. Kesärantakoti ja Leporannan palvelutalo tarjoavat asukkaalle asunnon, ravintopalvelut, perushoidon, ympärivuorokautisen valvonnan sekä tuen. Kiviniemikoti on tarkoitettu iäkkäämmille päihteenkäyttäjille, jotka ovat omatoimisia ja toimintakykyisiä. Kiviniemikoti tarjoaa asiakkaillensa valvotun ympäristön päihteettömän elämäntavan tukemiseksi. Toiminnan tarkoituksena on edistää päihteenkäyttäjän toimintakykyä ja turvallisuutta sekä auttaa päihteenkäyttäjää elämänhallinnassa. Asiakkaita tuetaan olemassa olevin keinoin raittiimpaan ja inhimillisempään elämään, kuitenkin ottaen huomioon heidän elämänsähistoriansa. Kiviniemikodissa asiakaspaikkoja on 19. (Asumispalvelut 2010.)

3.3.1 Sava-yhteisöt

Sava-yhteisöt tarjoavat päihteettömän asuin ympäristön sekä laadukasta asumispalvelua, jota hoitaa päihdetyöhön koulutettu henkilökunta. Asumispalvelut edistävät elämänhallintaa tukemalla asiakasta yksilö-keskustelun, ryhmähoidon, lääkehoidon ja yhteisöhoiton keinoin. Sava-yhteisöt tarjoavat päihdeongelmallisille moniammatillista päihdetyön asiantuntijuutta yhteistyössä tilaaja-asiakkaiden kanssa. Sava-yhteisön yksiköt tarjoavat ympärivuorokautisesti henkilökunnan tukea sekä mahdollisuuden muun muassa suorittaa yhdyskuntapalvelun, työskennellä työtoimintaprojektissa tai kannustusrahalta sekä yksiköt antavat tukea päivittäisten asioiden hoidossa. (Sava-yhteisöt 2010.)

Sava-yhteisön Tulevaisuudentalo on 20-paikkainen asumispalveluyksikkö, joka on tarkoitettu aikuisille päihdeongelmaisille. Tulevaisuudentalon asiakkaina ovat ne, jotka eivät yrityksistä huolimatta ole onnistuneet saamaan elämäntilannettaan hallintaan. Yhteisön jäsenet ovat sitoutuneet Tulevaisuudentalossa ollessaan päihteettömään elämäntapaan. Asumisjaksot voivat talossa vaihdella yli vuoden kestävästä jaksosta muutaman viikon intervallijaksoihin. Koti- ja pihatöiden lisäksi asukkaat voivat osallistua esimerkiksi metsänhoitoon sekä erilaisiin remonti- ja kunnostustöihin. Perustehtävänä on tukea asukasta saamaan asuminen sille tasolle, että elämänmuutos on mahdollista vaikeasta päihdeongelmasta huolimatta. Sava-yhteisön yhteisökoti Miehikkälä on 8-paikkainen asumispalveluyksikkö. Se on tarkoitettu Tulevaisuudentalon kuntoutuneille asiakkaille, joilla ei elämäntilanteensa vuoksi ole mahdollisuutta käyttää muita asumis- tai laitospalveluita. Miehikkälän yhteisökodissa voi jatkaa päihteettömän elämäntavan opettelua ja itsenäistä asioiden hoitamista kuitenkin tarvittaessa henkilökunnan tuella. (Sava-yhteisöt 2010.)

4 HOITAJANA PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Hoitajan toimenkuva päihdehoitotyössä on erittäin moniulotteinen. Päihdehoitotyötä toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Sosiaalitoimen alaisuudessa olevissa erityispalveluissa työskentelee suurin osa päihdehoitajista muun muassa A-klinikoilla, katkaisu-, kuntoutus- ja vieroitussyksiköissä. Näissä paikoissa päihteenkäyttäjää kutsutaan usein potilaan sijasta asiakkaaksi. Hoitaja kohtaa päivittäin eri toimipisteissä lukuisia ihmisiä, jotka kärsivät päihteidenkäyttöön liittyvistä haitoista sekä päihdesairauksista. Asiakas voi olla sattunainen kuluttaja, kokeilukäyttäjä, omainen tai suurkuluttaja ja iältään minkä ikäinen tahansa. Hoitajalta vaaditaan korostunutta itseohjautuvuutta ja vahvaa kykyä toimia tiedonantajana, neuvojana, tukijana sekä motivoijana. Kokonaisvaltainen päihdehoitotyö vaatii moniammatillista yhteistyötä, ja hoitajan roolina on olla oman alansa asiantuntija tässä verkostossa. (Havio ym. 2008 11–12.)

Päihdehoitajat pyrkivät edistämään ja tukemaan päihteiden ja riippuvuuden kannalta terveitä elämäntapoja, vähentämään päihteiden riskikäyttöä sekä hoitamaan ja kuntouttamaan päihde- ja muiden riippuvuusongelmien vuoksi sairastuneita. Suurin osa päihdehoitotyöstä toteutuu omien asiakkaiden kanssa, usein pitkäkestoisissa hoitosuhteissa. Näiden lisäksi erityispalveluissa on myös päivystysluonteisia, ajoittain käyviä

ja jälkipoliklinisia asiakkaita lyhytkestoissa hoitosuhteissa. Päihdehoitotyöhön liittyvää moniammatillista yhteistyötä toteutetaan parityönä, tiimin kanssa, yhteisohjoudossa sekä verkostopalavereissa ja hoitoneuvotteluissa. Työhön sisältyy paljon myös asiakkaan läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista. Yhteistyötä tehdään jatkuvasti useiden tahojen kanssa, erityisesti muiden päihdehoitoon erikoistuneiden, mielenterveys- ja psykiatristen, sosiaalityön yleisten ja perusterveydenhuollon palveluiden työntekijöiden kanssa. Päihdehoitajan hoitotyössä painottuu palveluohjaustyyppinen työ arviointineen, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen ja asiakkaiden neuvonta sekä opettaminen. Fyysisistä tarpeista lähtevässä päihdehoitotyössä painotetaan lääkehoidon toteuttamista ja vieroitustiloihin liittyvää hoitoa. Työn painoutuessa psyykkiseen hyvinvointiin päihdehoitaja kohtaa masentuneita, levottomia tai aggressiivisia asiakkaita ja tukee heitä tilanteeseensa. (Havio ym. 2008: 12–13.)

Päihdehoitajan neuvonnan ja opettamisen sisällöt painottuvat päihteisiin, päihdehaittoihin, päihdehoitoon ja terveyteen sekä sosiaaliseen tilanteeseen liittyviin asioihin. Päihdehoitajan ja asiakkaan hoidollisissa keskusteluissa ovat asiakkaan elämäntilanteen, tavoitteiden, voimavarojen, muutoshalukkuuden, ihmissuhteiden käsitteleminen ja toivon tunteen sekä vastuunottamisen edistäminen. Tärkeitä sisältöjä ovat myös päihteenkäyttäjän tunteet, retkahdus, omat ratkaisut, päihteenkäyttötilanteet, rajat ja riippuvuus. Päihdehoidon menetelmistä hoitajat käyttävät paljon ratkaisukeskeistä terapiaa, motivoivaa haastattelua, kognitiivistaterapiaa ja retkahduksen ehkäisyä. (Havio ym. 2008: 12–13.)

Levänen (2006) on tutkimuksessaan selvittänyt muun muassa päihdetyötä tekevien sairaanhoitajien osaamisalueita. Osaamisalueet jakautuvat tuloksien mukaan kolmeen isompaan osa-alueeseen: hoitotyön yleiset taidot, mielenterveystyön osaaminen ja päihdehoitotyön osaaminen. Hoitotyön yleiset taidot liittyvät esimerkiksi potilaslähtöisyyteen, vuorovaikutustaitoihin, neuvottelutaitoihin, terveyden edistämiseen, uuden tiedon etsintään, toivon vahvistamiseen ja tavoitteellisuuteen. Mielenterveyden osaamiseen kuuluu itsetuntemus ja tietoperusta, sillä usein päihteidenkäyttäjillä on taustalla myös mielenterveydellisiä ongelmia. Päihdehoitotyön osaamiseen liittyy taas erityinen osaaminen ja asennoituminen päihdehoitotyöhön. Tarvitaan perustietoa päihteistä, päihdesairaudesta ja riippuvuuden ilmiöstä. Vaaditaan rohkeutta, aitoutta ja rehellisyyttä puhua asioista, tarvitaan lähimmäisen rakkautta ja uskoa ihmisen kykyyn muut-

tua. Työn ennakoimattomuuden ja yllätyksellisyyden vuoksi kysytään lisäksi muun muassa ennakkoluulottomuutta, luovuutta, joustavuutta ja periksiantamattomuutta. Lisäksi hoitajan pitää huolehtia myös omasta työkunnosta, jotta potilaat voivat saada laadukasta hoitoa. (Mts. 33–38, 41–42.)

4.1 Hoitajan tiedot päihdehoitotyössä

Päihdehoitotyössä tarvitaan paljon tieteellistä tietoa, jota hoitaja omaksuu jo ammatillisessa koulutuksessaan. Hoitajan on tärkeää tietää yleisesti ihmisen kasvusta ja kehityksestä eri ikäkausina, riippuvuus- ja riippumattomuuskäyttäytymisestä, terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hoitamisesta, vuorovaikutuksesta, vuorovaikutuksen elementeistä, hoitavasta kohtaamisesta sekä ympäristön ja yhteiskunnan välisistä suhteista. Päihdehoitotyössä työskentelevä hoitaja tarvitsee erityistietoa erilaisista päihteistä, niiden vaikutusmekanismeista ja terveysvaikutuksista. Hänen tarvitsee tietää päihteenkäytön tasoista, päihdeongelman luonteesta, päihderiippuvuuden kehittymisestä, päihdeongelman kieltämisestä ja kieltämisprosessista, päihteen käytön haittojen vähentämisestä, muutosprosessin vaihemallista, päihdehoitotyön prosessista ja sen erityispiirteistä, päihdehoitotyön menetelmistä sekä hoitopaikoista ja -vaihtoehdoista. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000: 17–18.)

Erityisesti hoitajan tieto päihdeongelman muutos-, kieltämis-, ja retkahtamisprosessin luonteesta auttaa tunnistamaan ja kohtaamaan päihteitä käyttävän ihmisen ongelmat. Päihdehoitajan työssä korostuu myös esteettinen tieto. Esteettistä tietoa hyödyntävässä päihdehoitotyössä hoitaja tunnistaa eri elämäntilanteissa olevia päihteenkäyttäjiä yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla, käsittelee päihteenkäyttöä aktiivisesti vuorovaikutustilanteissa, ohjaa, motivoi ja neuvoo päihteenkäyttäjiä, kykenee luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen asiakkaan kanssa, hoitaa päihteenkäytöstä aiheutuneita haittoja yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla ja lisäksi osaa käyttää laajasti, monipuolisesti ja tarkoituksenmukaisesti päihdehoitotyön auttamismenetelmiä. (Inkinen ym. 2000: 17–18.)

Inkiläinen (2010) toteaa tutkimuksessaan, että päihdehoitotyössä työskentelevien hoitajien tehtäväkuva on muuttunut entistä vaativammaksi ja eettisen toiminnan tärkeys korostuu jatkuvasti muuttuneessa päihdehoitotyön ympäristössä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat käsittivät ammattietiikan niin omaa työtä ohjaavana kuin ajatteluakin stimuloivana tekijänä. He eivät kokeneet ristiriitoja ammattietiikan ja oman eettisen

ajattelun välillä, koska työtä tehdään omien arvojen kautta. (Mts. 1) Päihdehoitotyössä tekevän hoitajan eettistä tietämistä ohjaavat yleisellä tasolla terveydenhuollon ja sosiaalihuollon valtakunnalliset tavoitteet, säännöt ja toimintaohjeet. Hoitaja toimii työssään lakien, ammattikunnan lakisääteisten velvollisuuksien, oikeuksien ja säädösten alaisena. Terveydenhuollon eri ammattikuntien yhteiset ja ammattikuntakohtaiset säännöt, laatuvaatimukset ja periaatteet luovat osaltaan eettistä pohjaa päihdehoitotyölle. Hoitajan eettinen tietäminen tarkoittaa arvoihin ja etiikkaan liittyvää tietoisuutta, jatkuvia eettisiä valintoja ja sitoutumista tarkastelemaan omia eettisiä valintojaan päivittäin. Eettisen tiedon alueella hoitaja joutuu työstämään omia asenteitaan päihdehoitotyötä ja päihteenkäyttäjien hoitoa kohtaan. Myös oman suhteen tiedostaminen ammatilliseen auktoriteettiin ja valtaan sisältyy eettisyyteen. Eettistä pohdintaa aiheuttavat myös tilanteet, jolloin asiakasta voidaan olla siirtämässä vastentahtoiseen hoitoon tai huomataan päihdeongelmasta kärsivä kollega työpaikalla. (Inkinen ym. 2000: 18-19) Päihdehoitotyössä eettinen tietoisuus on työntekijälle keskeinen elementti ammatillisen vuorovaikutuksen ja ammatti-identiteetin rakentumisessa. Hoitajien eettisiä ohjeita, esimerkiksi itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta, pitää hyödyntää työssä ja ne usein auttavat erityisesti eettisissä ristiriitatilanteissa, joita syntyy päihdeongelmaisten hoidossa usein. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 241.)

Päihdehoitotyön minimisisällössä (Mitä asioita päihdekoulutuksen tulisi sisältää? 2008) keskeisinä tiedollisina asioina tärkeimmiksi ovat koettu, että päihdehoitotyössä työskentelevä hoitaja tuntee oman alansa lainsäädännön päihdetyön näkökulmasta, tiedostaa ehkäisevän päihdetyön, päihdehaittojen ehkäisyn ja niiden vähentämisen sekä päihdehoidon merkityksen. Ymmärtää ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön järjestelmän kokonaisuuden sekä työelämän päihdestrategioiden peruspiirteet. Hoitajan on tiedettävä oma työroolinsa ehkäisevässä ja korjaavassa päihdehoitotyössä hyödyntäen yhteistyö- ja palveluverkoston. Hoitajalla on myös oikeus ammatilliseen tukeen työssään, johon usein liittyvät kiinteästi vertaistuki ja työnohjaus.

4.2 Hoitajan taidot päihdehoitotyössä

Hoitamisen taitoa käyttävä hoitaja kykenee luovasti ja taitavasti hyödyntämään sekä soveltamaan monipuolista tietoperustaa päihdehoitotyössään. Taito ilmenee yksilöllisissä ja luovissa päätöksenteko- ja ongelmanratkaisuprosesseissa sekä hoitajan tekemissä valinnoissa. (Inkinen ym. 2000: 18.) Päihdehoitotyössä on erityisen tärkeää olla

motivoitunut asiakastyöhön. Työn tulee olla yksilölähtöistä, asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävää hoitotyötä. Päihdehoitotyö vaatii hoitajalta kuuntelutaitoa, kykyä arvioida asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä sekä asiakkaan motivointia päihteiden käytön vähentämiseksi. (Havio ym. 2008: 11.)

Päihderiippuvaisten asiakkaiden hoitamisessa tiukka, mutta asiallinen ja rauhallisen empaattinen lähestymistapa on koettu toimivaksi. Hoitovaihtoehtojen tulisi olla joko tai -vaihtoehtojen sijaan sekä että -vaihtoehtoja. Vaihtoehtojen tulisi nousta asiakkaan arjen tarpeista ja voimavaroista. Itsetuntoa tukevien onnistumisen kokemusten avulla hoitaja voi opettaa asiakastaan motivoitumaan saamaansa hoitoon ja luottamaan yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan. Hetkellinen retkahtaminen takaisin päihteiden käyttöön tulisi hoitajan nähdä rangaistavan teon sijasta oppimiskokemuksena. (Holmberg 2005: 20.) Päihdeasiakkaiden hoitaminen voi kuitenkin aiheuttaa usein erilaisia ristiriitoja. Ristiriitojen selvittäminen helpottuu, kun hoitaja ymmärtää päihderiippuvuuden ilmiönä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 242.) Hoitajalla tulee olla ymmärrystä ja tietämystä päihteenkäyttäjän henkilökohtaisen kokemuksensa moninaisuudesta sekä kykyä asettua hänen asemaansa (Inkinen ym. 2000:18). Päihderiippuvaisen hoitaminen ja kohtaaminen vaatii myös monenlaista sietämistä, sillä usein heidän asiansa ovat huonosti monella eri elämän osa-alueella. Hoitajalla on oltava taitoa tunnistaa oma rajallisuutensa ja tiedostaa myös se, että muutos lähtee ihmisestä itsestään. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 242.)

Ammatillisessa päihdehoitotyössä tärkeintä olisi olla menemättä mukaan asiakkaan kaikkiiin hoitoa koskeviin toiveisiin ja pidättäytyä tekemästä asioita liiaksi asiakkaan puolesta. Vastuu hoidon vastaanottamisesta ja hoidossa pysymisestä jää näin toimittaessa asiakkaalle. (Holmberg 2005: 20.) Tiukat rajat auttavat usein asiakasta vaikeissa tilanteissa ja vievät toipumista eteenpäin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 243.) Mitä rajattomammin asiakas käyttäytyy sitä perustellumpaa on johdonmukainen hänen hoitonsa toteuttamisen puitteiden vaaliminen. Rajaaminen onnistuu hoitotilan, hoitajien ja hoitostrategian valinnalla sekä turvallisuussuunnitelman laatimisella. (Holmberg 2005: 20.) Hoitajan terve epäluuloisuus ja asioiden kyseenalaistaminen päihdehoitotyössä on aiheellista, sillä usein kaikki ei ole sitä, miltä näyttää tai miltä asiakas haluaa asioiden näyttävän. Tämä ei saa kuitenkaan johtaa asiakkaan aliarvioimiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 243.)

Päihdehoitotyössä hoitajan tulee osata ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiallista sekä ajantasaista tietoa päihteistä sekä niiden käytöstä. Hoitajalla on oltava taito tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjät sekä hänen läheisensä. Hänen tulee arvioida asiakkaan päihteidenkäytön riskejä ja haittoja yhdessä asiakkaan kanssa sekä ohjata asiakas tarvittaessa eteenpäin päihdehoitotyön palvelujärjestelmässä. Hoitajan tulee käyttää varhaisen puuttumisen menetelmiä oman ammattiroolinsa puitteissa sekä tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammattillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassaan. Lisäksi on tärkeää, että hoitaja osaa etsiä ja löytää ajantasaista tietoa päihdehoitotyöstä. (Mitä asioita päihdekoulutuksen tulisi sisältää? 2008.) Asiakkaalle tulisi tarjota hoitosuhteessa normaalin elämän mallia ja olla tukena moninaisissa arjen ongelmatilanteissa. (Holmberg 2005: 21).

4.3 Hoitajan ammatillinen asenne päihdehoitotyössä

Päihdeongelmaiset asiakkaat ja heidän hoitonsa koetaan yhteiskunnassamme usein huomattavana rasituksena. He voivat olla ulkoisesti epämiellyttäviä ja erittäin vaikeahoitoisia, joiden paranemisennuste on usein heikko. Tällaisessa tilanteessa hoitajan voi olla vaikea sulkea pois omia kielteisiä tunteitaan ja arvostuksiaan hoitotilanteessa. Näissä tilanteissa on tärkeää, että hoitaja pystyy tutkimaan tunteitaan rehellisesti ja avoimesti. Päihdehoitotyössä työskentelevän hoitajan ammatillisuus kehittyy työkokemuksen, oman ammatillisen kasvun, jatkuvan kehittymisen sekä kouluttautumisen myötä päihdehoitotyön asiantuntijuuteen. Päihdehoitajan ammatillisuuteen kuuluu tärkeänä osana oman persoonan käyttö työvälineenä. Päihdehoitotyössä tämä tarkoittaa muun muassa kykyä tiedostaa oma suhtautumisensa päihteisiin ja niiden käyttöön sekä päihteidenkäyttäjiin. Hoitajan, joka on käsitellyt oman suhteensa päihteisiin, on helpompi kohdata päihteitä käyttävä asiakas. Mikäli hoitaja ei ole käsitellyt suhtautumistaan päihteisiin, ammatillisuus päihdehoitotyössä voi helposti jäädä vajaaksi asenne- ja tunnetasolla. (Havio ym. 2008: 181–184.)

Neutraali ammatillinen asenne ja omien rajojen tunteminen päihdehoitotyössä auttavat pitkällekin kroonistuneen asiakkaan hoidossa. (Holmberg 2005: 21). Neutraalius tarkoittaa sopivaa fyysistä etäisyyttä, inhimillistä asennoitumista, rauhallista käyttäytymistä, kunnioitusta ja levollisuutta asiakasta kohtaan. Hoitajan neutraali asiallisuus ja päihteidenkäyttäjän kohtaaminen aikuisena ihmisenä herättää luottamusta ja antaa päihteidenkäyttäjälle tunteen siitä, että hän itse vastaa itsestään ja voi valita, mitä haluaa kul-

loinkin itsestään tai elämäntilanteestaan paljastaa. Neutraali asenne suojaa myös hoitajaa, hänen ammatillista rooliaan ja henkilökohtaista koskemattomuuttaan. (Inkinen ym. 2000: 132.)

Hoitajan on työssään ymmärrettävä, että päihteidenkäyttö on ilmiönä monitahoinen sekä laaja-alainen ja sitä voidaan tarkastella monen tieteenalan näkökulmasta. Päihteidenkäytön puheeksiotto kuuluu ammatilliseen perusosaamiseen ja siihen liittyvä laadukas ehkäisevä työ kannattaa aina. Hoitajan tulee asennoitua päihteisiin niin, että niiden käytöllä on negatiivinen vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä kansanterveyteen. Päihteidenkäytön haittoja tulee kuitenkin pystyä lievittämään ja uskoa siihen, että päihderiippuvuudesta toipuminen on mahdollista. Oman osaamisen jatkuva päivittäminen on tärkeää, jotta ammatillisuus pysyisi korkeana ja hoitotyö laadukkaana. (Mitä asioita päihdekoulutuksen tulisi sisältää? 2008.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten Kymen A-klinikkasäätiön lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden henkilökunta kokee päihdehoitotyön osaamisensa.

Täsmennetyt tutkimusongelmat ovat:

1. Miten Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden hoitava henkilökunta kokee päihdehoitotyön osaamisensa?
 - 1.1 Miten henkilökunta kokee tiedollisen osaamisensa päihdehoitotyössä?
 - 1.2 Miten henkilökunta kokee taidollisen osaamisensa päihdehoitotyössä?
 - 1.3 Miten henkilökunta kokee oman ammatillisen asenteensa päihdehoitotyössä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmät ja mittarin laadinta

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin kvantitatiiviseen menetelmään opinnäytetyön aiheen sekä aineistonkeruumenetelmän vuoksi. Opinnäytetyössä käytettiin survey-tutkimuksen tutkimusstrategiaa. Survey-tutkimuksessa kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tavallisesti aineisto kerätään jokaiselta yksilöltä standardoidussa muodossa, joko kyselylomakkeella tai haastattelemalla. Standardointi kyselyssä tarkoittaa, että asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001: 122.) Tässä työssä aineisto kerättiin sähköpostiin lähetetyllä linkillä, joka avautui strukturoituun sähköiseen kyselyyn. Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleisesti sillä saatavaa laajaa tutkimusaineistoa. Kyselytutkimus säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä ja on siksi tehokas. Jos lomake on suunniteltu huolellisesti, se voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2001: 182.) Opinnäytetyön kannalta kvantitatiivinen menetelmä oli parhain, koska vastaajajoukko oli tätä menetelmää käyttämällä helpommin tavoitettavissa. Toteuttamalla opinnäytetyö sähköisellä kyselyllä, vastaajajoukko saatiin määriteltyä koskemaan vain ennalta sovittuja yksiköitä, jotka olivat Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköt. Sähköpostiviesti lähetettiin työntekijöille, jotka työskentelivät ainoastaan näissä yksiköissä. Tavoitettavuus myös parani, koska vastaajat pystyivät vastaamaan kyselyyn silloin kuin heille parhaiten sopi eikä se ollut sidottuna niin kiinteästi aikatauluun, kuin esimerkiksi haastatteluin toteutetussa kyselyssä.

Tutkimuksen aihe on yleensä tärkein vastaamiseen vaikuttava asia, mutta vastaamiseen voidaan vaikuttaa myös lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla. Nämä tehostavat tutkimuksen onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2001: 187.) Sähköinen kysely pyrittiin laatimaan niin, että se vastaisi mahdollisimman tarkasti tutkimusongelmiin. Kyselyn alkupäähän sijoitettiin yleiset taustakysymykset, jotka kartoittivat muun muassa vastaajien työyksikköä, työkokemusta ja ammattia. Kysymysten sisältö saatiin muokattua Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän (2007) laatimasta Päihdetyön minimisisällöstä. Sähköinen kysely jakautui neljään osaan kartoittamaan vastaajien taustoja, päihdehoitotyön tietoa, taitoa ja ammatillista asennetta. Kyselyn lopuksi oli myös mahdollisuus antaa kyselystä palautetta

avoimen vastauksen muodossa. Kysymyksiä kyselyssä oli yhteensä 25. Kysymysten yleisyys päihdehoitotyöstä oli kyselyssä tarkoituksenmukaista, koska kyselyn tuloksena haluttiin kuvata vastaajien antamaa yleiskuvaa päihdehoitotyön osaamisestaan.

Taustatietoja kartoittavat kysymykset olivat spesifisiä eli rajattuja monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samoihin kysymyksiin niin, että vastauksia voidaan vertailla keskenään, ja ne tuottavat selkeämpiä vastauksia kuin avoimet kysymykset. Monivalintakysymykset auttavat vastaajaa tunnistamaan paremmin kysytyn asian sen sijaan, että vastaajan pitäisi muistaa se. Tästä syystä vastaaminen on helpompaa. Lisäksi monivalintakysymykset tuottavat vastauksia, joita on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2001: 188.) Osaamista mittaavat kysymykset laadittiin kyselyyn Likertin-asteikkoa hyväksi käyttäen. Asteikot ovat tavallisimmin 5- tai 7-portaisia ja vaihtoehdot muodostavat joko nousevan tai laskevan skaalan. (Hirsjärvi ym. 2001: 187.) Tässä opinnäytetyössä käytetyssä kyselyssä asteikko oli 5-portainen ja vaihtoehdot muodostivat nousevan skaalan. Kyselyssä numero yksi tarkoitti huonosti, kaksi kohtalaisesti, kolme tyydyttävästi, neljä hyvin ja viisi erittäin hyvin. Vastausohjeet olivat kyselyssä kerrottu ensimmäisellä sivulla, josta kysely alkoi.

Kyselyä laadittaessa voidaan käyttää apuna esitutkimusta. Esitutkimuksen avulla voidaan tarkistaa ja korjata kysymysten muotoilua varsinaista tutkimusta varten. Lomakkeen kokeilu on välttämätöntä kyselyn onnistumisen kannalta. Kysely kootaan, kun kysymykset ovat saatu valmiiksi. Kyselyn tulee näyttää helposti täytettävältä sekä mahdollisille avovastauksille tulee olla riittävästi tilaa. Myös ulkoasun tulee olla miellyttävä. (Hirsjärvi ym. 2001:191). Opinnäytetyössä kysymykset laadittiin yhdessä työelämän yhteistyötahon Kymen A-klinikkatoimen apulaisjohtajan kanssa. Kymen A-klinikkatoimen apulaisjohtaja kokosi sähköisen kyselyn itsenäisesti opinnäytetyön tekijöiden opastuksella Survey Gizmon avulla. Kysymysten esitestaus suoritettiin yhteensä viidellä eri esitestaajalla. Esitestaajat olivat Kymen A-klinikkatoimen kuntoutumiskodista sekä Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasemalta.

Saatekirje laaditaan kertomaan kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä. Saatekirjeen tarkoituksena on rohkaista vastaamaan kyselyyn sekä kertoa kyselyn merkityksestä vastaajalle. Saatekirjeessä tulee ilmoittaa mihin mennessä lomake on palautettava. (Hirsjärvi ym. 2001:191.) Tässä opinnäytetyössä saatekirje (liite 2) lähetettiin Kymen A-

klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden työntekijöille sähköpostitse. Sähköpostiviestissä saatekirjeestä kävi ilmi kyselyn tarkoitus ja mitä kyselyllä haluttiin kartoittaa, keille kysely oli tarkoitettu, mihin mennessä kyselyyn olisi vastattava sekä mitä hyötyä kyselyyn vastaamisella mahdollisesti olisi. Kysymykset (liite 3) avautuivat vastaajalle saatekirjeessä olevan linkin kautta.

6.2 Kohderyhmä ja otanta

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden henkilökunta esimiehineen. Kymen A-klinikkatoimen lastensuojeluyksiköt muodostuvat Stoppareista, jotka ovat Stoppari-Hamina, Stoppari-Valkama ja Stoppari-Pyhtää. Asumispalveluyksiköistä mukana olivat Kesärantakoti, Leporannan palvelutalo, Kiviniemikoti sekä Sava-yhteisöt. Yksiköissä työskentelee yhteensä 61 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista. Kyselyyn vastanneet olivat eri ammattiryhmistä. Kaikkien yksiköissä työskentelevien ammattiryhmien ottaminen mukaan kyselyyn antoi tarkemman ja realistisemmän kuvan päihdetyön osaamisesta näissä yksiköissä. Työelämän yhteistyötaho toivoi myös moniammatillista kyselyä. Kyselyn kysymykset laadittiin niin, että myös muutkin kuin vakituudessa työsuhteessa olevat henkilöt pystyivät vastaamaan kyselyyn.

6.3 Aineiston kerääminen ja analyysi

Sähköisen kyselyn tarkoituksena oli saada ainakin puolet yksiköissä työskentelevistä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista vastaamaan kyselyyn. Aineisto kerättiin sähköisenä kyselynä Survey Gizmoa apuna käyttäen. Saatekirje sekä linkki kyselyyn lähetettiin 61 työntekijälle sähköpostilla. Yksiköiden esimiehet sekä työelämän yhteistyötaho lupautuivat muistuttamaan ja varmistamaan, että työntekijät vastaisivat kyselyyn aikamäärään mennessä. Sähköinen kysely lähetettiin vastaajille elokuun alussa 2010 ja vastausajan tarkoituksena oli loppua elokuun lopussa 2010. Kyselyyn oli varattu vastausajaksi 23 päivää, jotta kaikki halukkaat pystyisivät vastaamaan kyselyyn. Ajankohta kyselyn toteuttamiseen ajoittui juuri loma-aikaan, jolloin vastausaikaa pidennettiin alun perin kaavaillun 14 päivän sijaan. Vastausten vähäisyyden vuoksi vastausaikaa pidennettiin kuitenkin vielä syyskuun 2010 alkupuolelle, jolloin vastausajaksi muodostui 33 päivää. Kyselyn aikana henkilökuntaa muistutettiin vastaamisesta kaksi kertaa sähköpostin välityksellä sekä esimiesten toimesta suullisesti.

Sähköisen kyselyn tulokset analysoitiin Survey Gizmo ohjelmaa hyödyntäen syksyllä 2010. SurveyGizmo.com on Internetissä toimiva erilaisten kyselyiden tekemisen mahdollistava sivusto. Sivuston avulla on mahdollista toteuttaa monipuolisia kyselyitä ja äänestyksiä, joita voidaan käyttää esimerkiksi apuna tutkimuksissa. Sivuston käyttö vaatii käyttäjätunnuksen, joka mahdollistaa kyselyiden tekemisen. Käyttäjätunnuksen avulla kyselyntekijä luo uuden kyselyn lisäten haluamansa kysymykset sivuston tarjoamien monipuolisten työkalujen avulla. Tehtyyn kyselyyn vastataan jokaiselle kyselylle luotavan yksilöllisen linkin avulla. Valmiin kyselyn voi lähettää esimerkiksi sähköpostilla henkilöille, jolle kysely on tarkoitettu. Kyselyä voi myös jakaa eri yhteisöpalvelujen kautta. Sivusto tekee kyselyyn tulleista vastauksista automaattisesti yhteenvedon, jonka perusteella voidaan analysoida kyselyn tuloksia. (Survey Gizmo 2009.) Sähköisen kyselyn vastaukset tilastoitiin Survey Gizmo ohjelmalla jokaisen kysymyksen osalta. Tuloksista ohjelma teki automaattisesti yhteenvedon kyselyn päätyttyä.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulosten validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus vaihtelevat. Tutkimusta tehdessä pyritään kuitenkin välttämään virheiden syntymistä. (Hirsjärvi ym. 2001: 213.) Tässä opinnäytetyössä virheiden syntymistä vältettiin luomalla pätevä kysely, analysoimalla huolellisesti kyselyn tulokset, käyttämällä luotettavaa lähdemateriaalia sekä käymällä riittävän useasti opinnäytetyön ohjauksessa. Virheitä on kuitenkin voinut tapahtua. Sähköinen kysely on voinut olla joidenkin vastaajien mielestä riittämätön mittaamaan päihdehoitotyön osaamista. Sähköisen kyselyn luotettavuus pyrittiin varmistamaan testaamalla lomaketta pienellä ryhmällä ennen varsinaista kyselyä. Esitestikyselyt lähetettiin apulaisjohtajan toimesta kahdelle Kymen A-klinikkatoimen kuntoutumiskodissa työskentelevälle työntekijälle sekä kolmelle Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuitolaitoksen työntekijälle. Kaksi esitestaajista oli sitä mieltä, että kysely oli selkeä. Toinen koki kyselyn ehkä liiankin helpoksi, mutta arveli sen takaavan suuremman osallistumisprosentin. Toinen puolestaan koki kysymysten sisältävän kaiken oleellisen ja, että kysymyksiin on helppo vastata. Tämä tukee arviota siitä, että kysely on ollut vastaajille selkeä ja kysymykset ymmärrettävissä. Katkaisuhuitolaitokselle lähetettyjen esitestauskyselyiden palaute saapui kuitenkin vasta sitten, kun

sähköinen kysely oli jo lähetetty todellisille vastaajille. Myöhästyneessä palautteessa kävi ilmi, että kyselyyn olisi voinut tehdä useampiakin korjauksia.

Myöhästyneessä palautteessa sukupuolta koskeva kysymys koettiin huonona. Kysymys jäi kyselyyn, mutta tuloksissa jakaumaa ei käytetty, koska vastanneet miehet olisivat voineet olla tunnistettavissa. Myös muun koulutuksen kohtaan vastanneiden tarkempi koulutustausta jätettiin tuloksista julkaisematta, jotta vastaajat eivät olisi olleet tunnistettavissa. Kysymys koulutustaustasta olisi esitestaajien palautteen mukaan voinut olla muodossa ammattikoulutus ja sukupuolta koskeva kysymys vaihdettuna koskemaan kysymystä muu ammattikoulutus. Ehdotus oli ihan hyvä, mutta tulosten kannalta tällä ei ollut lopputulokseen merkitystä. Päihdehoitotyön lisäkoulutusta kartoitettavaan kysymykseen kaksi esitestaajista toivoi tarkennusta. Kysymyksen tarkennus lisäkoulutuksen laadusta ja pituudesta olisi antanut heidän mukaansa tarkentavaa tietoa. Lisäkoulutusta tarkentava kysymys oli lisätty kyselyyn kuitenkin jo ennen myöhästyntä palautetta, joten tätä palautetta päästiin hyödyntämään käytännössä. Päihdehoitotyön työkokemusta kartoittavassa kysymyksessä alarajaksi asetettua alle kahta vuotta tarkoittavaa vaihtoehtoa pidettiin liian korkeana. Esitestaajan mukaan alarajan olisi pitänyt olla muutamasta kuukaudesta korkeintaan puoleen vuoteen, jolloin osaamista olisi pystytty mittaamaan paremmin. Tämä voi olla myös totta, mutta kyselyä laadittaessa päädyttiin selkeyden vuoksi käyttämään alle kahden vuoden alarajaa. Kysymystä päihdeidenkäyttöön liittyvistä ylläpitävistä tekijöistä ja niiden tunnistamisesta olisi pitänyt esitestaajan mukaan tarkentaa. Vastausten perusteella kysymys on ollut kuitenkin ymmärrettävissä ja tällä ei ole ollut merkitystä vastausten saamisen kannalta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Tutkimuksessa käytettävän mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998: 206.) Kyselyn luotettavuus pyrittiin varmistamaan esitestaamisen kautta. Esitestaattavien määrä olisi voinut olla suurempi ja testaukseen käytetty aika pidempi. Tällöin mahdolliset kyselyssä olevat puutteet ja tulkinnanvaraisuudet olisivat saattaneet tulla vielä paremmin esiin ja kyselyyn olisi voitu tehdä tarvittaessa enemmän muutoksia. Kysely pyrittiin jakamaan selkeästi eri osiin ilmoittamalla aina otsikoilla, mitä aihetta seuraavat kysymykset koskevat. Näin pyrittiin saamaan vastaajille tunne siitä, että he tietävät, mitä heiltä kysytään. Kyselyn kysymykset laadittiin niin, että ne merkitsevät samaa jokaiselle vastaajalle. Lisähaastetta kysymysten laadintaan toi vastaajien

erilaiset työpaikat. Kysymykset eivät saaneet koskea vain toista yksikköä vaan niiden piti olla yleistettävissä molempiin yksiköihin. Aineisto kerättiin sähköisesti ja siihen vastattiin anonyymisti. Tämä on voinut lisätä rehellisten vastausten määrää huomattavasti.

Tutkimuksen reliabelius eli luotettavuus tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta sekä sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toistettavuudella tarkoitetaan sitä, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, jolloin tulosta voidaan pitää reliabelina. Tässä opinnäytetyössä molemmat arvioijat päätyivät saatujen vastausten perusteella samoihin tuloksiin. Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkijan on tarkoitus tutkia. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat eivät välttämättä ole käsittäneet kysymyksiä samalla tavalla kuin tutkija. (Hirsjärvi ym. 2001: 213–214.)

Laaditussa kyselyssä oli kysymyksissä myös kaksoismerkityksiä, jotka ovat voineet vaikuttaa vastaajaan. Esimerkiksi vastaaja on voinut kokea osaavansa ottaa puheeksi päihdeidenkäytön erittäin hyvin, mutta kokee osaavansa antaa niiden käytöstä ajantasaista tietoa vain kohtalaisesti, jolloin hän on voinut vastata kysymykseen keskiarvoosaamisensa mukaisesti. Tämä on voinut vaikuttaa saatujen tulosten luotettavuuteen. Kysely lähetettiin 61 henkilölle ja vastauksia kyselyyn saatiin 23. Vastausprosentti jäi näin ollen 38 prosenttiin. Vastausprosentin jäädessä alhaiseksi tuloksia ei voida pitää täysin luotettavina mittaamaan kyselyyn osallistuneiden yksiköiden päihdehoitotyön osaamista. Tuloksista voidaan päätellä vain vastaajajoukon osaamista päihdehoitotyössä. Alhaiseen vastausprosenttiin on voinut vaikuttaa kyselyn ajankohta. Kysely toteutettiin elokuussa, jolloin osa henkilökunnasta on voinut olla kesälomalla. Sähköinen kysely on voinut karsia myös vastaajien määrää.

Kysely on voitu kokea tarpeettomaksi tai se ei ole herättänyt mielenkiintoa henkilökunnan mielestä. Kysely on voinut jäädä myös huomaamatta lukuisten muiden sähköpostien joukosta, joita henkilökunta on mahdollisesti saanut kyselyn toteuttamisen ajankohtana. Muistutus vastata kyselyyn on voinut jäädä pelkästään sähköpostimuistutuksen varaan, vaikka tarkoituksena oli muistuttaa henkilökuntaa säännöllisin väliajoin esimiesten taholta myös suullisesti. Luotettavuutta voi myös heikentää se, että kyselyyn on voinut mahdollisesti vastata sama henkilö useampaan kertaan, koska

lähetetty kysely ei sulkeutunut työntekijän sähköpostista kyselyyn vastaamisen jälkeen.

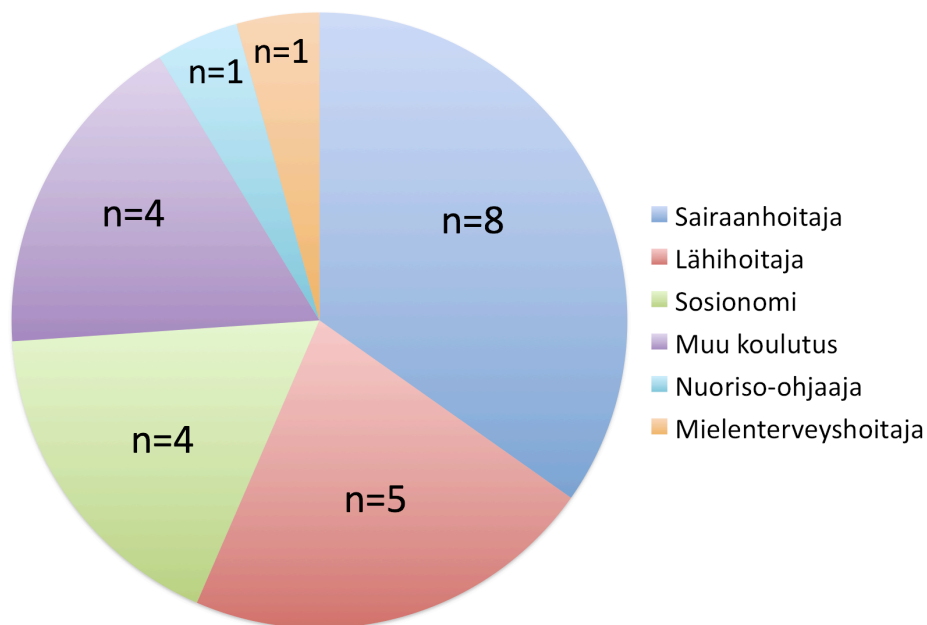
Tässä opinnäytetyössä tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön tekemiseen on hankaloittanut tulosten analysointia, sillä käytössä ollut ohjelma teki vastauksista yhteenvedon suoraan työelämän yhteistyötahon kautta eikä opinnäytetyön tekijöillä ollut mahdollisuutta päästä vastauksia analysoimaan henkilökohtaisesti. Saadut tulokset on pyritty kuitenkin raportoimaan huolellisesti ja ymmärrettävästi, jotta tulkinta olisi lukijalle mahdollisimman helppoa. Tulokset koottiin niin, ettei tarkkoja analyyseja saatu yksittäisen vastaajan vastauksista. Saaduista vastauksista olisi pystynyt erottelemaan esimerkiksi miten eri yksiköissä osaaminen jakaantuu, mutta pienen vastausprosentin vuoksi yksiköiden välistä vertailua ei koettu tarpeellisenä. Vastajat ovat voineet vastata kyselyyn myös epärehellisesti, jolloin tulosten luotettavuus pienenee. Jokainen kokee osaamisen eritavalla kuin toinen, joten vastaaja on itse määritellyt osaamisensa käytetyllä asteikolla omantuntonsa ja kokemuksensa mukaisesti, jolloin tekijöiden on ollut vaikea arvioida, osaako vastaaja todella ilmoittamansa asian esimerkiksi hyvin vai tyydyttävästi. Kyselystä saadun lopullisen palautteen perusteella kysely on ollut hyvä, selkeä ja ytimekäs. Lisäksi sitä ei koettu liian monimutkaisena. Pientä tarkennusta yläotsikoihin olisi palautteen perusteella haluttu. Tarkennuksella tarkoitettiin lähinnä kysymysten pohjustusta, jotta vastaajan olisi ollut helpompi ymmärtää, mitä kullakin kysymysosalla haetaan.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat välinpitämättömyys ja epärehellisyys. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002). Opinnäytetyötä tehdessä on pyritty huomioimaan nämä asiat jokaisessa työvaiheessa. Tieteellinen käytäntö on tiedostettu ja sitä on pyritty noudattamaan täsmällisesti. Opinnäytetyössä esiintyviä tietoja ei ole keksitty eikä havaintoja ole vääristelty vaan ne on ilmaistu tässä työssä niin kuin ne on lähdelehdissä havaittu. Sähköistä kyselyä varten lupa haettiin A-klinikkatoimen tutkimuskoordinaattorilta sekä vastaajille ilmoitettiin selkeästi, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja aineisto tullaan hävittämään tutkimuksen loputtua asianmukaisesti. Kyselyn tulokset on julkaistu opinnäytetyössä totuudenmukaisesti vastauksia vääristelemättä.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi alle puolet (N=23) lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden työntekijöistä. Osallistuneista vastaajista kymmenen työskenteli lastensuojeluyksiköissä ja 13 asumispalveluyksiköissä. Koulutusta vaihteli vastaajilla. Vastaajista kahdeksan oli sairaanhoitaja, lähihoitajia oli viisi ja sosionomeja oli neljä. Mielenterveyshoitajia vastaajista oli yksi. Muun koulutuksen saaneita vastaajista oli neljä. Yksi vastaajista oli koulutustaustaltaan nuoriso-ohjaaja. Kuvassa 2 näkyy vastaajien koulutustaustan jakauma.



Kuva 2. Vastaajien koulutustausta (N=23)

Vastaajien työkokemus yleisesti hoitoalalla oli suurimmalla osalla pitkä. Kymmenen ilmoitti työkokemuksensa kestäneen yli kymmenen vuotta. Toiseksi suurin ryhmä muodostui vastaajista, jotka olivat työskennelleet hoitoalalla 2–5 vuotta. Heitä oli vastaajista kuusi. Viisi vastaajista ilmoitti hoitoalan työkokemuksensa kestäneen 5–10 vuotta. Yksi ilmoitti työskennelleensä alle kaksi vuotta hoitoalalla. Yksi vastaajista ei vastannut hoitotyön työkokemuksesta käsitelleeseen kysymykseen. Vastaajien työkokemus puolestaan päihdehoitotyössä jakaantui neljään kyselyssä olleeseen vaihtoehtoon. Suurin osa vastaajista eli yhdeksän ilmoitti työkokemuksensa päihdehoitotyössä kestäneen 2–5 vuotta. Toiseksi eniten vastaajista eli seitsemän oli ollut päihdehoitotyössä 5–10 vuotta. Yli kymmenen vuotta päihdehoitotyössä työskennelleitä vastaajia oli nel-

jä. Vastaajista kolme oli työskennellyt päihdehoitotyössä alle kaksi vuotta. Päihdehoitotyön lisäkoulutusta vastaajista oli saanut 17. Suurin osa vastaajista (n=11) oli saanut A-klinikkasäätiön omaa päihdetyön koulutusta eli Pätyä. Vastaavasti ilman päihdehoitotyön lisäkoulutusta vastaajista oli jäänyt kuusi.

7.2 Vastaajien tiedollinen osaaminen päihdehoitotyössä

Tiedollista osaamista kartoittavassa aihealueessa vastausten keskiarvoja tarkasteltaessa vaihtelua esiintyi 3,5–4,3 välillä (taulukko 1). Neljä vastaajaa koki tietävänsä perustiedot päihteistä ja niiden käytöstä tyydyttävästi. Suurin osa eli 14 vastaajista koki tietävänsä asian hyvin ja viisi vastaajista erittäin hyvin. Viisi vastaajista ilmoitti hallitsevansa perustiedot päihteistä ja niihin liittyvistä riskeistä ja haitoista tyydyttävästi, 11 vastaajaa hyvin ja seitsemän erittäin hyvin. Yksi vastaajista koki osaavansa oman päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön huonosti, yksi kohtalaisesti, yhdeksän tyydyttävästi, yhdeksän hyvin ja kolme erittäin hyvin.

Päihdehoitotyön moniammatillisen palveluverkoston, hoitomuotojen ja kuntoutuksen perustiedot vastaajat ilmoittivat hallitsevansa seuraavasti. Vastaajista kuusi ilmoitti hallitsevansa asian tyydyttävästi, kymmenen hyvin ja seitsemän erittäin hyvin. Omasa laitospäiväkirjässä tapahtuvasta asiakkaan päihteiden haitallista käyttöä ehkäisevistä ja ylläpitävistä tekijöistä neljä koki tietävänsä asian tyydyttävästi, yksitoista hyvin ja kahdeksan vastaajaa erittäin hyvin. Vastaajista yksi koki tunnistavansa päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän sekä hänen läheisensä tyydyttävästi, 13 hyvin ja yhdeksän erittäin hyvin.

Taulukko 1. Henkilökunnan tiedollinen osaaminen päihdehoitotyössä (N=23)

Toteamus	Keskiarvo
Hallitsen perustiedot päihteistä ja niiden käytöstä	4,0
Hallitsen perustiedot päihteisiin liittyvistä riskeistä ja haitoista	4,1
Tunnen päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön	3,5
Tiedän perustiedot päihdehoitotyön moniammatillisesta palveluverkostosta, hoitomuodoista ja kuntoutuksesta	4,0
Tunnistan asiakkaan päihteiden haitallista käyttöä ehkäisevät ja ylläpitävät tekijät omassa laitospäiväkirjässäni	4,2
Osaan tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän sekä hänen läheisensä	4,3

7.3 Vastaajien taidollinen osaaminen päihdehoitotyössä

Vastaajien taidollinen osaaminen päihdehoitotyössä jakaantui keskiarvotarkastelussa 3,9–4,3 välille (taulukko 2). Päihteidenkäytön puheeksiottamisen sekä asiallisen ja ajantasaisen tiedon antamisen koki viisi vastaajista osaavansa tyydyttävästi. Vastaajista 11 koki osaavansa asian hyvin ja seitsemän erittäin hyvin. Osaaminen päihteidenkäytön riskien ja haittojen arvioimisessa yhteistyössä asiakkaan kanssa jakaantui vastauksissa tasaisesti tyydyttävän ja erittäin hyvän välille. Vastaajista kuusi ilmoitti osaavansa arvioida riskejä ja haittoja yhdessä asiakkaan kanssa tyydyttävästi, kymmenen hyvin ja seitsemän erittäin hyvin. Asiakkaan ohjaaminen eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä jakoi vastaajien osaamista kohtalaisen ja erittäin hyvän välille. Vastaajista kaksi koki osaavansa ohjata asiakkaan tarvittaessa eteenpäin kohtalaisesti, viisi tyydyttävästi, viisi hyvin ja 11 vastaajista erittäin hyvin.

Vastaajista yksi ilmoitti osaavansa kohtalaisesti moniammatillisen yhteistyöverkoston etsimisen ja hyödyntämisen työssään. Viisi koki osaavansa asian tyydyttävästi, 12 hyvin ja viisi erittäin hyvin. Vastaajista neljä koki osaavansa löytää ja etsiä päihdehoitotyöhön liittyvää ajantasaista tietoa tyydyttävästi, kahdeksan hyvin ja 11 erittäin hyvin.

Taulukko 2. Henkilökunnan taidollinen osaaminen päihdehoitotyössä (N=23)

Toteamus	Keskiarvo
Osaan ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiallista sekä ajantasaista tietoa niiden käytöstä	4,1
Osaan arvioida asiakkaan päihteidenkäytön riskejä ja haittoja yhteistyössä hänen kanssaan	4,0
Osaan ohjata asiakkaan tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä	4,1
Osaan tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassani	3,9
Osaan etsiä ja löytää ajantasaista päihdehoitotyön tietoa	4,3

7.4 Vastaajien ammatillinen asenne päihdehoitotyössä

Keskiarvot kaikkien ammatillista asennetta koskevien kysymysten välillä vaihtelivat 4,1–4,9 välillä (taulukko 3). Päihdehaittojen merkityksen työympäristössä sekä puuttuminen asiakkaan päihteidenkäyttöön työyhteisössä koki neljä vastaajista tietävänsä tyydyttävästi. Vastaajista 12 ilmoitti tietävänsä asian hyvin ja seitsemän erittäin hyvin.

Päihteidenkäytön monitahoisena ja laaja-alaisena ilmiönä koki tietävänsä yksi vastaajista kohtalaisesti. Viisi vastaajaa ilmoitti tietävänsä asian hyvin ja 17 erittäin hyvin. Kysymyksestä, jossa kartoitettiin vastaajien tietämystä päihteiden merkityksestä psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta sekä tietämystä päihteidenkäyttöön liittyviin haittoihin kansanterveydelliseltä kannalta vastaajista kolme koki tietävänsä asian hyvin ja 20 erittäin hyvin. Oman päihdetyön osaamisen päivittämisen tärkeyteen vastaajista yksi vastasi tietävänsä päivittämisen tärkeyden tyydyttävästi, neljä hyvin ja suurin osa vastaajista eli 18 erittäin hyvin. Omien asenteiden merkityksen päihdehoitotyössä vastaajista kuusi koki tiedostavansa hyvin. Vastaavasti 17 vastaajista koki tietävänsä asenteiden merkityksen erittäin hyvin.

Taulukko 3. Henkilökunnan ammatillinen asenne päihdehoitotyössä (N=23)

Toteamus	Keskiarvo
Tiedän päihdehaittojen merkityksen työympäristössä ja osaan puuttua asiakkaan päihteidenkäyttöön omassa työyhteisössäni	4,1
Tiedän, että päihteidenkäyttö on ilmiönä monitahoinen ja laaja-alainen	4,7
Tiedän, että päihteillä on suuri merkitys psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta ja päihteidenkäyttöön liittyvät haitat heikentävät kansanterveyttä	4,9
Tiedän, että oman päihdetyön osaamisen jatkuva päivittäminen on tärkeää	4,7
Tiedän, että omilla päihdeasenteilla on keskeinen merkitys päihteidenkäytön käsittelyssä ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa	4,7

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päihdetyön osaamista Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköissä henkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien päihdehoitotyön osaamisesta näissä yksiköissä. Opinnäytetyön tulokset jaettiin tutkimusongelmien mukaisesti lastensuojelu- ja asumispalveluysiköiden henkilökunnan kokemuksiin omasta päihdeosaamisen tiedosta ja taidosta sekä ammatillisesta asenteesta. Tutkimusongelmat koostuvat yhteen Päihdehoitotyön minimisisällöstä (kts. liite 1) mukautetusti laaditut aihealueet. Aihealueet koskivat päihdehoitotyössä osattavaa tietoa, taitoa ja ammatillista asennetta. Näitä aihealueita hyödynnettiin opinnäytetyössä sekä kysely- että tulos-teemoina.

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että yksiköiden henkilökunta koki päihdetyön osaamisensa jokaisella alueella pääosin hyväksi. Tähän voivat vaikuttaa monet tekijät. Havio ym. (2008) kirjoittaa, että päihdehoitotyön asiantuntijuuteen liittyy hoitajan työkokemus, jatkuva kehittyminen ammatillisesti sekä kouluttautuminen. (Mts. 183). Kyselyyn osallistuneista vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia, joilla yleensä on laajempi koulutustausta verrattaessa esimerkiksi lähihoitajien koulutukseen. Yli kymmenen vuotta hoitoalan työkokemusta löytyi suurimmalta osalta vastaajista. Vastaajien työkokemus päihdehoitotyöstä vaihteli kahden ja kymmenen vuoden välillä, joka kertoo suhteellisen vahvasta osaamisesta.

Yksi tärkeimmistä osaamista tukevista havainnoista huomattiin kysymyksen kohdalla, missä kartoitettiin vastaajien saamaa päihdehoitotyön lisäkoulutusta. Lisäkoulutusta olivat saaneet lähes kaikki kyselyyn osallistuneet vastaajat. Tämä voisi selittää korkealle arvioidun osaamisen päihdehoitotyössä. Lisäkoulutus oli ollut suurimmalla osalla vastaajista (n=11) nimeltään PäTy. A-klinikkasäätiö järjestää 15 opintopisteen mittaista päihdetyön ammatillista täydennyskoulutusta työntekijöilleen, jossa annetaan perusvalmiudet päihdetyöhön, vahvistetaan ja monipuolistetaan päihdetyön osaamista ja laatua, kehitetään vuorovaikutustaitoja sekä edistetään ammatillista yhteistyötä. (Kts. A-klinikkasäätiön päihdetyön koulutus 2009.) Kyselyssä ei käynyt kuitenkaan ilmi, ketkä vastaajista olivat saaneet päihdehoitotyön lisäkoulutusta, joten suoranaista päätelmää hyvästä osaamisesta koulutustaustallisesti ei voi tehdä. Todennäköisintä on, että lisäkoulutusta ovat saaneet jo pidempään työtä tehneet vastaajat, koulutustaustasta riippumatta.

Kyselyn perusteella suurimmalla osalla yksiköiden henkilökunnasta oli hyvät valmiudet tiedollisessa osaamisessa. Vastauksissa ilmeni kuitenkin myös heikompaa osaamista kuvaavia mielipiteitä. Heikkoon osaamistasoon on voinut vaikuttaa vastaajien itsekriittisyys. Itsekritiikki on voinut olla niin korkealla, että vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin liian varovaisesti. Kysymysten monimuotoisuus on voinut vaikuttaa heikompien vastausten esiintyvyyteen, näin ollen vastaaja on voinut kokea osaavansa hyvin esimerkiksi perustiedot päihteisiin liittyvistä riskeistä, muttei niiden haitoista, jolloin vastaaja on voinut vastata keskiarvon mukaisesti. Heikompien vastausten taustalla on voinut olla myös vastaajien rehellinen kokemus omasta osaamisesta, jota ei ole koettu riittäväksi.

Eniten jakaantumista vastaajien kesken tapahtui kohdassa, jossa kysyttiin vastaajilta päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön tuntemista. Päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön tietäminen oli osalle vastaajista vaikeampaa. Tämä tulos oli merkittävä, sillä päihdehoitotyön lainsäädännön tunteminen on yksi edellytys laadukkaalle ja hyvälle päihdehoitotyön toteuttamiselle. (Vrt. Mitä asioita päihdekoulutuksen tulisi sisältää 2008). Lainsäädännön kysymys oli lisäksi kyselyssä ainoa, jonka jokaiseen vaihtoehtoon tuli vastaus. Alempan osaamisen tasoon voi vaikuttaa tässä monet tekijät, mutta vaihtoehtoja voidaan luoda olettamalla, että vastaajilla on ollut vähemmän kokemusta päihdehoitotyöstä tai päihdehoitotyöhön liittyviä lakeja on paljon ja yksiköissä niiden kaikkien tunteminen eivät kuulu vastaajien mielestä jokapäiväiseen arkityöhön.

Tiedollisen osaamisen alueella tuli vain muutama vastaus asteikon heikompaan päähän. Vastaajat osasivat hyvin perustiedot päihteistä ja niiden käytöstä. Tiedollisen kysymysosion vahvimpana osaamisen alueena vastaajat kokivat päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän sekä hänen läheisensä tunnistamisen. Tämä on voinut johtua siitä, että vastaajat työskentelevät yksiköissä, minne päihteidenkäyttäjä tulee sovitusti eli häntä ei tarvitse tunnistaa pelkän ulkoisen olemuksen tai päihteidenkäytön seurauksena tulleen sairauden vuoksi, kuten joskus esimerkiksi perusterveydenhuollossa joudutaan tekemään. Työhön sisältyy paljon asiakkaan läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista, joten tunnistaminen on tästäkin syystä varmasti helppoa (Vrt. Havio ym. 2008: 12–13). Mahdollista on myös, että vastaajat ovat työskennelleet päihdehoitotyössä jo niin pitkään, että heidän on helppo tunnistaa päihteitä käyttävä henkilö.

Taidollinen osaaminen vastaajilla oli myös hyvällä tasolla. Vastaukset jakautuivat kuitenkin enemmän kuin tiedollisen osaamisen alueella. Vastauksia tuli myös kohtalaisen ja tyydyttävän osaamisen alueelle. Eniten vastaukset jakautuivat kysymyksissä, joissa kartoitettiin asiakkaan ohjaamista eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä sekä moniammatillisen yhteistyöverkoston tunnistamista, etsimistä ja hyödyntämistä. Se, miksi näissä kysymyksissä koettiin taidollinen osaaminen huonommaksi voi johtua joidenkin vastaajien lyhyemmästä työurasta päihdepuolella, palvelujärjestelmiä tai yhteistyöverkostoja ei tunneta tarpeeksi tai niiden kanssa ei tehdä riittävästi yhteistyötä. Kysymyksien asettelu on voinut olla vaikeasti ymmärrettävissä. Toisaalta, ymmärrettävyydestä kertoo kuitenkin se, että kaikki ovat näihin kysymyksiin vastanneet ja suu-

rin osa vastaajista on vastannut kysymyksiin osaavansa asian joko hyvin tai erittäin hyvin. Tyydyttävää osaamista ilmaisevia vastauksia ilmeni tässäkin alueessa useita, mutta vastauksiin on voinut vaikuttaa edellisen aihealueen tavoin kysymysten monimuotoisuus, itsekriittisyys tai asioiden heikompi hallinta.

Ammatillista asennetta kartoittanut aihealue oli kyselyn vahvinta osaamisaluetta. Koko kyselyn parhain osaamisen alue löytyi kysymyksestä, jossa kartoitettiin vastaajien tietämystä päihteiden merkityksestä psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta sekä tietämystä päihteidenkäyttöön liittyviin haittoihin kansanterveydelliseltä kannalta. Tämä voi johtua siitä, että näitä asioita käydään jo sosiaali- ja terveysalalla ammattiin valmistavassa koulutuksessa, jolloin perusasiat tulevat tutuiksi. Ajankohtaisuus voi olla myös yksi syy, sillä päihteidenkäyttöön liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita julkaistaan eri tiedotusvälineissä jatkuvasti ja pitää näin myös alan ammattilaiset ajan tasalla.

Erityisen hyvin vastaajat tiedostivat myös omien päihdeasenteidensa merkityksen vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa. Tämä tieto oli tärkeä, sillä päihdehoitotyötä on vaikea tehdä ilman, että hoitaja on itse selvittänyt oman suhteensa päihteisiin. Hoitajan, joka on käsitellyt oman suhteensa päihteisiin, on helpompi kohdata päihteitä käyttävä asiakas (Vrt. Havio ym. 2008: 184.) Jonkin verran tyydyttävää osaamista koettiin päihdetyön osaamisen päivittämisessä sekä päihdehaittojen merkityksestä työympäristössä ja niihin puuttumisissa. Tähän voi syynä olla se, että vastaaja on voinut ymmärtää päivittämisen tarkoittavan koulutuksia, joihin yleensä pääsee harvemmin. Yksi vastaajista tiesi päihteidenkäytön ilmiönä kohtalaisesti. Kohtalainen tietämys päihteidenkäytöstä ilmiönä antaa kuvan puutteellisesta päihdetyön osaamisesta.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös siitä, että kyselyyn vastanneet kokevat oman päihdetyön osaamisensa pääosin hyväksi. Tämä on yksi merkki siitä, että henkilökunta on ammattitaitoista ja perehtynyt omaan työhönsä. Tulosten perusteella voidaan kehittää ammattitaitoa edistäviä koulutustilaisuuksia kyselyyn osallistuneissa yksiköissä ja mahdollisesti myös muualla A-klinikkatoimessa. Täysin yleistettävissä tulokset eivät kuitenkaan ole, sillä saatuja vastauksia oli alle puolet lähetetyistä. Olisi ollut mielenkiintoista tietää, miten loput henkilökunnasta kokee oman päihdehoitotyön osaamisensa ja olisiko se ollut samansuuntainen jo vastanneiden työntekijöiden kanssa. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, miten muissa Ky-

men A-klinikkatoimen yksiköissä koetaan päihdehoitotyön osaaminen. Jatkotutkimusaiheena voisi myös tutkia päihdetyössä työskentelevien henkilöiden mielipidettä siitä, millaista päihdehoitotyön koulutuksen sisällön tulisi olla, jotta se tukisi ammattitaitoa ylläpitävää osaamista. Jatkotutkimukset voisi toteuttaa kvantitatiivisilla kyselylomakkeilla tai kvalitatiivisesti haastattelemalla. Näitä menetelmiä käyttämällä vastausprosentti saattaisi olla suurempi kuin sähköisenä kyselynä toteutettavassa opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön tekeminen on aina haastavaa, ja se asettaa tekijänsä uudenlaisten asioiden eteen. Tämän opinnäytetyön aihe on saatu suuremmasta hankkeesta nimeltään PÄTEVÄKSI- Etelä-Kymenlaakson päihdetyöntekijäksi. PÄTEVÄKSI-projektin lähtökohtana oli vaikeutunut riittävän henkilöstön saaminen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköihin. Projekti on kuitenkin toistaiseksi jäänyt toteuttamatta rahoitusvaikeuksien vuoksi. Omaa kiinnostusta selvittää päihdetyön osaamista näissä yksiköissä lisäksi Sairaanhoidtajaliiton toteuttama Toimintamallit käytännöiksi -projekti, joka päättyi maaliskuussa 2009. Projektissa kartoitettiin ja kehitettiin toimintamalleja sekä työmenetelmiä päihdeongelmaisten ihmisten tunnistamiseksi erityisesti terveydenhuollossa. Projektin tuloksena saatiin lisättyä ammattilaisten tietotaitoa ja uusia toimintatapoja sekä tuettiin moniammatillista ja organisaatioiden rajoja ylittävää yhteistyötä. (Karttunen 2008: 1.)

Tämän opinnäytetyön suunnitteleminen aloitettiin talvella 2008 yhteistyössä työelämän yhteistyötahon Kymen A-klinikkatoimen apulaisjohtajan kanssa. Syksyllä 2009 järjestettiin toinen tapaaminen työelämän yhteistyötahon kanssa, jolloin sovittiin uusi aikataulu ja käytännön ohjeistukset nykyisten tekijöiden kanssa. Työelämän yhteistyötaho oli mukana suunnittelemassa opinnäytetyön toteuttamista ja esitti toiveensa kyselyn järjestämisestä. Kysely toteutettiin työelämän yhteistyötahon toiveiden mukaisesti. Opinnäytetyön koostaminen aloitettiin kartoittamalla kirjallisuutta päihdehoitotyöstä. Sitä oli saatavilla runsaasti. Tutkimuksia vastaan tuli useita, mutta ne eivät olleet suoraan verrannollisia opinnäytetyön aiheen kanssa.

Opinnäytetyöhön etsittiin tutkimuksia, jotka olisivat kartoittaneet pelkästään hoitajien osaamista päihdehoitotyössä, etenkin lastensuojelu- tai asumispalveluyksiköissä päihdetyön näkökulmasta. Aihetta sivuavan tutkimuksen oli tehnyt Levänen (2006), joka oli tutkinut päihdetyössä työskentelevien sairaanhoidtajien toivoa päihdehoitotyössä.

Tutkimuksessa sivuttiin sairaanhoitajien tarvitsemia kompetensseja eli pätevyyskäsitteitä päihdehoitotyössä. Opinnäytetyössä tutkimusten osuus jäi vähäiseksi, mutta muualta kirjallisuudesta saatu perusteellinen tieto oli riittävää. Haasteellisinta teoriaosuuden työstämisessä oli tiedon rajaaminen. Oleellisen materiaalin poimiminen koettiin välillä vaikeaksi. Teoriatietoa oli paljon saatavilla, jolloin työn teoriaosuus olisi voinut käsitellä aihetta liian laajasti. Yhteistyössä opinnäytetyön ohjaajien kanssa teoriaosuus saatiin koottua tutkimusongelmia vastaavaksi. Opinnäytetyössä käytettiin pääasiassa kotimaisia lähteitä. Internet-lähteiden määrä tässä työssä oli runsas, koska suurin osa tarvittavista teoriatiedoista löytyi Internetistä. Käytetyissä Internet-lähteissä pyrittiin huomioimaan sekä arvioimaan tarkasti sivustojen alkuperäisyys sekä luotettavuus.

Opinnäytetyön pitkittyneeseen valmistumiseen ovat vaikuttaneet monet tekijät. Työn tekeminen jäi hetkellisesti taka-alalle, kunnes syksyllä 2009 työlle saatiin kaksi tekijää. Opinnäytetyön tekeminen alkoi tuolloin tavallaan myös alusta, koska uuden tekijän kanssa käytiin lävitse aikaisemmin sovittuja asioita työelämän yhteistyötahon kanssa sekä sovittiin uusista käytännöistä yhteisessä palaverissa. Välillä opinnäytetyön tekemistä ovat hankaloittaneet aikataulujärjestelyt. Koulun ja työnteon yhteensovittaminen opinnäytetyön kanssa on välillä ollut haastavaa. Yhteydenpito lähes kokonaan sähköpostitse työelämän yhteistyötahon kanssa koettiin välillä myös hankalaksi, koska tiedonkulku oli hidasta. Toisen tekijän muutettua kauas toiselle paikkakunnalle toi myös lisähaastetta opinnäytetyön loppuvaiheen tekemiseen.

Ajatustenvaihtoa sekä työn kokoamista käytiin kesän ja syksyn 2010 aikana Internetin välityksellä Messenger-ohjelmaa hyödyntäen. Opinnäytetyön aikataulua olisi pitänyt alusta asti sitoutua noudattamaan tiukemmin, jotta opinnäytetyö olisi valmistunut sovitussa aikataulussa. Suurena tekijänä opinnäytetyön ennakoitua myöhäisempään valmistumiseen ovat vaikuttaneet myös tekijöiden aikaisempi kokemattomuus tieteellisen tiedon kirjoittamisessa sekä tulosten raportoinnissa. Opinnäytetyön tekemiseen olisi toivottu enemmän tukea ja ohjausta työelämän yhteistyökumppanilta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tämä olisi voinut myös nopeuttaa opinnäytetyön valmistumista.

Opinnäytetyön yleiseen ilmeeseen tekijät ovat erittäin tyytyväisiä. On kuitenkin selvää, että paljon olisi voinut tehdä myös toisin. Opinnäytetyön kokoaminen olisi kannattanut aloittaa heti palaverien jälkeen. Kirjoittamisen aloitus venyi oletettua pidem-

mälle, mikä vei paljon hyvää aikaa. Tämä asia olisi pitänyt huomioida paremmin. Tutkimustiedon syvällisempi hyödyntäminen opinnäytetyössä olisi voinut olla vieläkin parempaa, mutta kirjallisuudesta löytyi kuitenkin tarvittava tieto tätä opinnäytetyötä ajatellen. Sähköisen kyselytutkimuksen sijaan olisi ehkä järkevintä ollut toteuttaa kysely haastattelemalla pientä valittua joukkoa lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköistä. Tällä tavalla olisi välttytty paremmin vastaamattomuudelta eli kadolta, mikä osoittautui sähköisessä kyselyssä varsin suureksi. Haastattelemalla olisi voitu myös kysyä tarkentavia kysymyksiä päihdehoitotyön osaamiseen liittyen. Tässä opinnäytetyössä käytetty kysely oli tarkoituksella tehty melko pinnalliseksi selvittämään päihdehoitotyön osaamista, mutta jälkikäteen ajateltuna pienemmällä joukolla toteutettu kysely olisi tuottanut syvällisempiä vastauksia, joista olisi voinut käydä paremmin ilmi vastaajien kokemus osaamisestaan erityisesti oman yksikkönsä päihdehoitotyössä. Esitestausta olisi voinut myös hyödyntää paremmin. Jos palaute olisi tullut ajoissa kolmelta esitestaajalta, joitakin kysymyksiä olisi ehkä muutettu kyselyssä. Esitestaamiseen olisi pitänyt käyttää reilummin aikaa, mitä siihen todellisuudessa käytettiin.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa aikaa. Tieteellisen tiedon kirjoittaminen ja tutkimustulosten raportointi kvantitatiivista menetelmää käyttäen tulivat tekijöille tutuiksi. Asioiden organisoinnin merkitys myös korostui. Jatkossa tähän asiaan tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Loppuhaasteina voisi pitää vielä opinnäytetyön tulosten raportointia suullisesti Kymen A-klinikkatoimen lastensuojelu- ja asumispalveluyksiköiden työntekijöille opinnäytetyön valmistumisen jälkeen sekä tulosten pohjalta kirjoitettavaa tieteellisen artikkelin kirjoittamista A-klinikan omaan lehteen. Kun nämä haasteet ovat takanapäin, voidaan todeta, että opinnäytetyöprosessi on saatettu lopullisesti päätökseen.

LÄHTEET

Aineistojen säilyttäminen ja hävittäminen. 2007. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html [Viitattu 17.10.2010].

A-klinikkasäätiö. 2008. A-klinikkasäätiö. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio> [Viitattu 16.4.10].

A-klinikkatyön arvot. 2009. A-klinikkasäätiö. Hoitopalvelut.. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a-klinikkatyon-arvot> [Viitattu 21.4.10].

A-klinikkasäätiön Kymen A-klinikkatoimi. 2010. Kymen A-klinikkatoimi. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/> [Viitattu 4.5.2010].

A-klinikkasäätiön päihdetyön koulutus. 2009. A-klinikkasäätiö. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/node/827> [Viitattu 2.11.10].

A-klinikkasäätiön vuosikertomus. 2008. A-klinikkasäätiö. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosikert08.pdf> [Viitattu 4.5.10].

Alkoholi. 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi [Viitattu 13.11.09].

Alkoholiohjelma 2008–2011. 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/index.htm> [Viitattu 14.7.2010].

Asiakkaana A-klinikkatoimessa. 2009. A-klinikkasäätiö. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/asiakkaana-a-klinikkatoimessa> [Viitattu 16.4.10].

Asumispalvelut. 2010. Kymen A-klinikkatoimi. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/asumispalvelut.html> [Viitattu 14.9.2010].

Asumispalveluyksiköt. 2010. Kuntoutuskeskus Mental. Saatavissa:

<http://www.mental.fi/index.php?menu=asumispalveluyksikot&cat=asumispalveluyksikot> [Viitattu 14.9.2010].

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A (toim). 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hoitopalvelut. 2009. A-klinikkasäätiö. Saatavissa:

<http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut> [Viitattu 16.4.10].

Hoitotyön menetelmät. 2010. A-klinikka. Kymen Stopparit. Saatavissa:

<http://www.a-klinikka.fi/kymenstopparit/omahoitaja.html> [Viitattu 5.5.10].

Holmberg, J. 2005. Riippuvuusongelmat voivat hyvin arvotyhjässä. Terveystieteiden tutkimuskeskus 7/2005.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf> [Viitattu 19.10.10].

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. Tampere: Tammer-Paino OY.

Inkiläinen, P. 2010. Päihdehoitotyötä tekevien sairaanhoitajien käsityksiä ammattietikasta. Oulun Yliopisto, Terveystieteidenlaitos. Saatavissa:

<http://www oulu.fi/hoitotiede/InkilainenP.htm> [Viitattu 27.9.2010].

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi

Karttunen, T. 2008. Päihdehoitotyön osaaminen hyödyksi. Hankeraportti. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja.

Kymen A-klinikkatoimi. 2008a. Strategia vuoteen 2015. Kymen A-klinikkatoimen julkaisu. Moniste.

Kymen A-klinikkatoimi 2008b. Kymen Stopparit. Kymen A-klinikkatoimen julkaisu. Esite.

Kymen A-klinikkatoimi 2009. Kymen Stopparit, palvelut ja laatu. Kymen A-klinikkatoimen julkaisu. Esite.

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri. 2010. Kuusankosken aluesairaalan hoitotyön kehittämistyöryhmä. Hoitotyön toiminta-ajatus. Saatavissa:
<http://www.kymshp.fi/kas/hoitotyot/index.html> [Viitattu 4.3.10].

Kymen Stopparit. 2010. A-klinikka. Saatavissa:
<http://www.a-klinikka.fi/kymenstopparit/> [Viitattu 5.5.10].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdehoitotyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Lastensuojelun laitoshoido. 2010. Kymen A-klinikkatoimi. Saatavissa:
<http://www.a-klinikka.fi/kymi/lastensuojelunlaitosh.html> [Viitattu 5.5.2010].

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.

Lausunto terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetetuille kansallisille projekteille. 2002. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Saatavissa:
http://www.stkl.fi/2002_kannanotot_lausunnot_lausunto5.html [Viitattu 3.3.10].

Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lähihoito. 2010. Kymen Stopparit. Stoppari-Valkama. Saatavissa:
<http://www.a-klinikka.fi/kymenstopparit/lahihoito.html> [Viitattu 10.6.2010].

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä: 3. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> [Viitattu 14.9.2010].

Mitä asioita päihdekoulutuksen tulisi sisältää? 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saatavissa:

<http://info.stakes.fi/paihdeyokoulutus/FI/koulutuksenminimisisalto/mitapaihdeyokoulutuksen.htm> [Viitattu 27.9.2010].

Nuori ja päihdeaineet. 2010. Senu.fi. Saatavissa: <http://www.senu.fi/index.php?40>

[Viitattu 14.9.2010].

Organisaatio. 2010. Kymen A-klinikkatoimi. Saatavissa:

<http://www.a-klinikka.fi/kymi/organisaatio.html> [Viitattu 4.5.2010].

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.

Juva: WSOY

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi

Päihdehoitotyön koulutuksen kehittäminen. 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saatavissa: <http://info.stakes.fi/paihdeyokoulutus/FI/mlkuulumiset.htm> [Viitattu 16.11.09].

Päihdehoitotyö. 2010. Sairaanhoidajaliitto. Saatavissa:

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty_o/paihdehoitoty_o/ [Viitattu 2.3.10].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdelinkki. 2010. Päihdehuollon laatusuositukset. Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/612-paihdehuollon-laatusuositukset> [Viitattu 14.9.2010].

Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. 2007. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17.

Päihdetyö ehkäisee ja korjaa. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdeyto_ja_palvelut [Viitattu 14.9.2010].

Päihdetilastollinen vuosikirja. 2009. Alkoholit ja huumeet. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf> [Viitattu 16.9.2010].

Päihdetyön koulutuksen kehittäminen. 2007. Neuvoa-antavat. Saatavissa: <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/koulutus/index.htm> [Viitattu 7.9.2010].

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1992. Hoitotyön perusteet. Tampere: Tammer-Paino OY.

Sava-yhteisöt. 2010. Kymen A-klinikkatoimi. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/sava.html> [Viitattu 14.9.2010].

Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K.(toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste [Viitattu 14.9.2010].

Sosiaaliportti 2008. Lastensuojelulaitokset. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/muodot/lastensuojelulaitokset/> [Viitattu 10.6.2010].

Survey Gizmo. 2009. Saatavissa: <http://www.surveygizmo.com/company/about/> [Viitattu 17.10.10].

Taskumatti 2008. Tilastotietoa alkoholista ja huumeista. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/taskumatti2008.pdf> [Viitattu 14.9.2010].

Terveys, työ ja toimintakyky. 2009. Opetushallitus. Saatavissa:

http://www2.edu.fi/etalukionterveystieto/page.php?terveys_tyouml_ja_toimintakyky [Viitattu 4.3.10].

Toiminta. 2009. A-klinikkasäätiö. Saatavissa:

<http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/toiminta> [Viitattu 16.4.10].

PÄIHDETYÖN KOULUTUKSEN MINIMISISÄLTÖ

AMMATILLINEN ASENNE	<p>OPISKELIJA YMMÄRTÄÄ, ETTÄ</p> <ul style="list-style-type: none"> • päihdeidenkäyttö on ilmiönä monitahoinen ja laaja-alainen ja sitä voidaan tarkastella monen tieteenalan näkökulmasta • päihteillä on suuri merkitys psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta ja päihdeiden käyttöön liittyvät haitat heikentävät kansanterveyttä • laadukas ehkäisevä työ kannattaa, päihdeiden käytön haittoja tulee lievittää ja päihderiippuvuudesta toipuminen on mahdollista • omilla päihdeasenteilla on keskeinen merkitys päihdeiden käytön käsittelyssä ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa • päihdeidenkäytön puheeksiotto kuuluu ammatilliseen perusosaamiseen • oman osaamisen jatkuva päivittäminen on tärkeää 	<p>KOULUTUKSEEN SISÄLTYY</p> <ul style="list-style-type: none"> • päihdeidenkäytön ilmiöt omassa kulttuurissa ja elinympäristössä (esim. erilaiset päihdeidenkäyttökulttuurit ja suhtautuminen päihdeiden käyttöön) • päihdeiden haitallista käyttöä ehkäisevät ja ylläpitävät tekijät omassa toimintaympäristössä ja omassa kulttuurissa • omien asenteiden pohtiminen (esim. Ketkä ovat päihdeidenkäyttäjää? Mikä on oma suhteeni päihdeiden käyttöön? Millainen esimerkki olen?) • ihmisaarvokysymykset ja eettiset kysymykset päihdeydessä (jokaista on kohdeltava oikeudenmukaisesti, tasavertaisena asiakkaana muiden asiakkaiden joukossa ja annettava palvelua tarpeen mukaan)
TIEDOT	<p>OPISKELIJA TIETÄÄ</p> <ul style="list-style-type: none"> • perustiedot päihteistä ja päihdeiden käytöstä • oman alansa lainsäädännön päihdeyden näkökulmasta • ehkäisevän päihdeyden, päihdehaittojen ehkäisyn, vähentämisen ja hoidon merkityksen • ehkäisevän ja korjaavan päihdeyden järjestelmän kokonaisuuden • oman työroolinsa ehkäisevässä ja/tai korjaavassa päihdeydessä, yhteistyö- ja palveluverkoston hyödyntäminen • oikeutensa ammatilliseen tukeen päihdeydessä • työelämän päihdestrategioiden peruspiirteet 	<p>KOULUTUKSEEN SISÄLTYY</p> <ul style="list-style-type: none"> • perustiedot • yleisimmät päihteet • käytötavat ja -tasot (mitä tarkoittaa kokeilukäyttö, viihdekäyttö, kohtuukäyttö, suurkulutus, riskikäyttö, monipäihdekäyttö, ongelmakäyttö, päihderiippuvuus) • iän, sukupuolen ja perhetilanteen huomioon ottaminen • riskit, haitat ja haittojen vähentämisen keinot (suojaavat ja riskitekijät, muutoksen vaihemalli) • päihderiippuvuuden monilortaisuus ja toipumisen piirteet • toisiaan tukevien toimien merkitys päihdeydessä ja päihdepolitiikassa • tilanteen arvioinnin merkitys (onko kyseessä riskitilanne, akuutti avun tarve vai pitkäkestoinen ongelma) • perustiedot päihdeyden moniammatillisesta palveluverkosta, hoitomuodoista ja kuntoutuksesta • oman koulutusammattin suhde koko päihdeyden järjestelmään • vertaistuen ja työnohjauksen merkitys päihdeydessä
TÄIDOT	<p>OPISKELIJA OSAA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiallista ja ajantasaista tietoa niiden käytöstä • tunnistaa ja kohdata päihdeiden riski- tai ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä • arvioida asiakkaan tai potilaan päihdeidenkäytön riskejä ja haittoja yhteistyössä hänen kanssaan • käyttää varhaisen puuttumisen menetelmiä oman ammattiroolinsa puitteissa • osaa ohjata asiakkaan tai potilaan tarvittaessa eteenpäin päihdeyden palvelujärjestelmässä • tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassaan • etsiä ja löydä ajantasaista päihdeyden tietoa 	<p>KOULUTUKSEEN SISÄLTYY</p> <ul style="list-style-type: none"> • taito kohdata päihdeidenkäyttäjää ja hänen läheisensä oman ammattiroolinsa puitteissa • tilanteen määrittely • päihdeidenkäytön puheeksiottaminen • päihdeiden käytön riskien arviointi yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa • tarvittaviin palveluihin ohjaaminen • konfliktitilanteiden hallinta • ehkäisevää ja korjaavaa päihdeydetä koskevat kriteerit ja laatusuositukset ja niiden soveltaminen omaan työhön. • näyttöön perustuvien päihdeyden hoitosuosituksen soveltaminen omaan työhön • päihdeiden ongelmakäyttöön puuttuminen omassa opiskelu- tai työyhteisössä

SAATEKIRJE

MITEN KYMEN A-KLINIKKATOIMEN LASTENSUOJELU- JA ASUMISPALVELUYKSIKÖIDEN HENKILÖKUNTA KOKEE OMAN PÄIHDETYÖN OSAAMISENSA?

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson Ammattikorkeakoulusta. Olemme saaneet opinnäytetyömme hankkeistajaksi työnantajanne Kymen A-klinikkatoimen. Jotta tutkimustehäväämmme saataisiin vastaus tarvitsemme Sinua, työntekijää, vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Kyselyyn osallistumalla voit mahdollisesti vaikuttaa yksikkösi työympäristön kehittämisessä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja dokumentit hävitetään tutkimuksen lopuksi asianmukaisesti. Sinua ei tulla tunnistamaan. Kysely päättyy 31.8.2010.

Mikäli Sinulle herää tutkimuksestamme kysymyksiä voit ottaa yhteyttä sähköpostilla joko Jonna Mäkelään (jonna.makela@student.kyamk.fi) tai Noora Ekholmiin (noora.ekholm@student.kyamk.fi). Kymen A-klinikkatoimen yhteistyötahomme on apulaisjohtaja Jari Peltola (jari.peltola@a-klinikka.fi), joka vastaa kysymyksiinne myös.

Kiitämme Sinua jo etukäteen vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Jonna Mäkelä & Noora Ekholm (HT07K)

KVANTITATIIVINEN KYSELY

1. Kummassa yksikössä työskentelet? Lastensuojeluyksikkö/Asumispalveluyksikkö
2. Ammattisi? Sairaanhoitaja/Sosionomi/Lähihoitaja/Mielenterveystoimittaja/Joku muu, mikä?
3. Ikä?
4. Sukupuoli? Mies/Nainen
5. Työkokemuksesi päihdehoitotyössä? Alle 2v/2-5v/5-10v/yli10v
6. Työkokemuksesi hoitoalalla? Alle 2v/2-5v/5-10v/yli10v
7. Oletko saanut päihdehoitotyön lisäkoulutusta? Kyllä/Ei
8. Jos olet, niin mitä koulutusta?

Seuraaviin kysymyksiin vastataan asteikolla 1-5. Yksi (1) tarkoittaa huonosti, kaksi (2) kohtalaisesti, kolme (3) tyydyttävästi, neljä (4) hyvin ja viisi (5) erittäin hyvin. Suluissa olevan tekstin on tarkoitus täsmentää kysymyksiä ja auttaa Sinua vastaamaan paremmin. Vastaa kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti

TIEDOT

1. Hallitsen perustiedot päihteistä ja niiden käytöstä (yleisimmät päihteet, käyttötavat ja-tasot.)
2. Hallitsen perustiedot päihteisiin liittyvistä riskeistä ja haitoista (riskit, haitat ja haittojen vähentämisen keinot sekä suojaavat keinot)
3. Tunnen päihdehoitotyöhön liittyvän lainsäädännön
4. Tiedän perustiedot päihdehoitotyön moniammatillisesta palveluverkostosta, hoitomuodoista ja kuntoutuksesta
5. Tunnistan asiakkaan päihteiden haitallista käyttöä ehkäisevät ja ylläpitävät tekijät omassa laitoksissani
6. Osaan tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän sekä hänen läheisensä

TAIDOT

1. Osaan ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiantuntijaa sekä ajantasaista tietoa niiden käytöstä
2. Osaan arvioida asiakkaan päihteidenkäytön riskejä ja haittoja yhteistyössä hänen kanssaan
3. Osaan ohjata asiakkaan tarvittaessa eteenpäin päihdehoitotyön palvelujärjestelmässä
4. Osaan tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassani
5. Osaan etsiä ja löytää ajantasaista päihdehoitotyön tietoa

ASENNE

1. Tiedän päihdehaittojen merkityksen työympäristössä ja osaan puuttua asiakkaan päihteidenkäyttöön omassa työyhteisössäni
2. Tiedän, että päihteidenkäyttö on ilmiönä monitahoinen ja laaja-alainen
3. Tiedän, että päihteillä on suuri merkitys psyykkisen- ja fyysisen terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta ja päihteiden käyttöön liittyvät haitat heikentävät kansanterveyttä
4. Tiedän, että oman päihdehoitotyön osaamisen jatkuva päivittäminen on tärkeää
5. Tiedän, että omilla päihdeasenteilla on keskeinen merkitys päihteidenkäytön käsittelyssä ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa

Palaute tutkimuksesta: