

Saara Lindroos ja Kaisa Tuiskula

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA PÄIHDEPOTI- LAAN HOITOTYÖSTÄ KAR- HULAN SAIRAALASSA

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Saara Lindroos ja Kaisa Tuiskula	Sairaanhoidaja (AMK)	Maaliskuu 2017
Opinnäytetyön nimi		
Hoitohenkilökunnan kokemuksia päihdepotilaan hoitotyöstä Karhulan sairaalassa		61 sivua 18 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kotkan kaupunki		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyöstä päihdepotilaiden kanssa. Tavoitteena oli kartoittaa, millaisia valmiuksia Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä miten päihdeitä käyttävä potilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä. Päihdepotilaiden hoito on siirtynyt A-klinikalta perusterveydenhuoltoon, jonka vuoksi päihdepotilaiden määrä on lisääntynyt Karhulan sairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena koko Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalle ja mittarina käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jossa kysymykset esitettiin väittämämuodossa. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelman avulla. Käsiteltäviä teemoja olivat hoitaja ja päihdepotilaan hoitosuhde, asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen, päihdeongelman puheeksiotto, mini-intervention ja AUDIT-testin käyttö sekä turvallisuus päihdehoitotyössä. Kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa ja se suoritettiin marras-joulukuussa 2016. Kyselyyn vastasi 51 työntekijää ja vastausprosentiksi saatiin 61. Vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelman avulla. Kyselyssä oli lisäksi kaksi täydentävää avointa kysymystä, joiden vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Vastauksen analysointi suoritettiin joulukuussa 2016–2017.</p> <p>Vuorovaikutus päihdepotilaiden kanssa koettiin pääsääntöisesti hyväksi. Eri hoitomahdollisuuksista kertomisessa koettiin osaamattomuutta ja selkeän hoitopolun tarve nousi vastauksissa esille. Yhteistyötä muiden päihdehoitotyön erityisosaajien kanssa toivottiin, kun kysyttiin päihdehoitotyötä helpottavia tekijöitä tarvittavien lisäkoulutusten ja yhteisten toimintamallien lisäksi. Resurssien merkitys korostui vastauksissa, ja henkilökunnan riittävää määrää pidettiin tärkeänä päihdehoitotyötä helpottavana tekijänä sekä turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Päihdepotilas oli aiheuttanut henkilökunnassa monenlaisia tunteita ja hoitohenkilökunta tiedosti omien asenteidensa merkityksen päihdepotilaan hoidossa. Hoitohenkilökunta tunnisti päihdepotilaat hyvin sekä ulkoisten tekijöiden että käyttäytymisen perusteella. Päihdeongelman puheeksiotossa osa vastaajista piti osaamistaan puheeksiottoon riittämättömänä. Mini-intervention käytössä koettiin laajemmin osaamattomuutta, ja AUDIT-testiä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa käytti aktiivisesti vain osa vastaajista. Päihdepotilaiden koettiin lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä ja olevan riskinä työ- ja potilasturvallisuudelle. Vähäisen vakihenkilökuntamäärän, kiireen ja ilta- tai yöajan koettiin lisäävän riskiä päihdepotilaiden aiheuttamille uhkatilanteille. Vastauksista nousi esille joitakin kehittämiskohteita, joiden avulla voitaisiin lisätä päihdehoitotyön osaamista ja turvallisuutta Karhulan sairaalassa.</p>		
Asiasanat		
kyselytutkimus, päihdehoitotyö, päihdepotilas, turvallisuus		

Authors	Degree	Time
Saara Lindroos and Kaisa Tuiskula	Bachelor of Health Care	March 2017
Thesis Title		
The Care of a Patient with a Substance Abuse Problem Personnel Experiences in Karhula Health Centre Hospital		61 pages 18 pages of appendices
Commissioned by		
City of Kotka		
Supervisor		
Sari Engelhardt, Senior Lecturer		
Abstract		
<p>The aim of this thesis was to find out how nurses experience the care of patients with substance abuse in Karhula health centre hospital. The specific objectives of the thesis were to survey what kind of transferable skills nurses have for the care of substance abusers and how the substance abusers affect the experience of safety and security in the ward. Recently in Kotka, the substance abuse services have been transferred from the A-clinic foundation to the health care centres which has increased the number of patients with substance abuse problems in Karhula health centre hospital.</p> <p>The study was executed as an inquiry to the nurses working in Karhula health centre hospital. The nurses were given a structured questionnaire with questions designed as claims as well as open questions. The topics were the nurse-patient relationship when the patient has a substance abuse problem, the preceding attitudes and the encountering a substance abusing patient, talking about the substance abuse problem with the patient and the experience of the safety and the security in the ward. The questionnaire was carried out and the material was analyzed with Webropol programme. 51 nurses answered and response rate was 61. Open questions were analyzed with the content analysis. The inquiry was carried out in November and December 2016. The material was analyzed from December 2016 to February 2017.</p> <p>The nurses experienced the interaction with substance abusing patients mainly good. Nurses had difficulties in introducing the different care options to the patients and wished for cooperation with A-clinic personnel for more fluent substance abuse work. The nurses also wished for more education about substance abuse work as well as common operation models for the substance abuse work at Karhula health centre hospital. Adequate resourcing and the sufficient number of personnel were considered important in facilitating the substance abuse work as well as improving the safety and security of the ward. Nurses were able to identify the attitudes towards patients with substance abuse problems and they usually recognized such patients easily. Some of the nurses considered their skills in talking about the substance abuse problem with the patient insufficient. The patients with the substance abuse problem are seen as a risk for the impaired safety and security of the ward with inadequate number of personnel, rush and evening or night time further worsening the situation. The results of this thesis provided some development ideas for improving both the care of patients with substance abuse problem as well as the safety and security in Karhula health centre hospital.</p>		
Keywords		
substance abuse work, nurse-patient relationship, safety and security		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDEHOITOTYÖ.....	7
2.1	Alkoholiongelmaisen hoitotyö	8
2.2	Huumeongelmaisen hoitotyö	10
2.3	Sekakäyttäjän hoitotyö.....	11
3	HOITAJA JA HOITOSUHDE PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ	12
4	HOITAJAN ASENTEET JA PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMINEN.....	14
5	PÄIHDEONGELMAN PUHEEKSIOTTO.....	17
6	TURVALLISUUS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ	18
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
8	TUTKIMUSMENETELMÄ	22
8.1	Määrällinen tutkimusmenetelmä	22
8.2	Tutkimuksen mittari.....	23
8.3	Aineiston keruu ja analysointi	23
8.4	Tutkimuksen toteutuminen.....	24
8.5	Luotettavuus	25
8.6	Eettisyys	25
9	TUTKIMUSTULOKSET	27
9.1	Taustakysymykset	27
9.2	Hoitohenkilökunnan valmiudet päihdepotilaiden hoitotyöhön	29
9.3	Päihdepotilaan vaikutus turvallisuuteen hoitotyössä.....	41
9.4	Yhteenveto tuloksista.....	46
10	POHDINTA	48
10.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	48
10.2	Tutkimuksen eettisyys	49
10.3	Tulosten vertaaminen aikaisempiin tutkimuksiin	50
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	55
11.1	Kehittämisideat	55
11.2	Jatkotutkimusehdotukset	58

LIITTEET

- Liite 1. Muuttujaluettelo
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Avoimet kysymykset
- Liite 5. Tutkimuslupa
- Liite 6. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Suomessa alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat ovat perinteisesti olleet yleisempiä kuin huumeaineiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Kuitenkin huumeiden käyttö on lisääntynyt selkeästi viimeisen 15 vuoden aikana. (THL 2015, 31.) Alkoholin liikkakäyttö on yksi merkittävimmistä suomalaisen yhteiskunnan terveyttä heikentävistä tekijöistä ja siihen liittyy sekä terveydellisiä että sosiaalisia haittoja. Alkoholiin liittyvät kuolemansyyt ovat yksi viime vuosien yleisimmistä työikäisten kuoleman aiheuttajista. Alkoholin käytön kokonaiskulutuksella on suora yhteys alkoholin aiheuttamiin terveysongelmiin. (Murto & Mäkelä 2015.) Huumeiden ongelmakäyttö yhteiskunnallisena ongelmana on melko tuore. Tyypillistä huumeiden käyttäjille on nuori ikä ja tästä johtuva suhteellisen lyhyt huumeiden käyttöhistoria. Monesti huumeiden käyttäjät ovat syrjäytyneitä ja heillä on päihdeongelman lisäksi monia muita sosiaalisia kanssakäymiseen ja terveyteen liittyviä ongelmia. (THL 2015, 48.) Vuoden 2015 hallitusohjelmassa yhtenä hallituskauden kehittämiskohteena on väestön terveyden edistäminen ja tavoitteena on edistää päihdekuntoutuksen vaikuttavuutta (Hallituksen strateginen ohjelma 2015, 21).

Kasvanut alkoholin kulutus ja lisääntynyt huumeiden käyttö aiheuttavat sosiaali- ja terveydenhuollolle suuria haasteita. Päihteiden käytön lisääntyminen näkyy palveluiden käytön kasvuna. Päihteiden käytön takia terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä päihdehuollon erityispalveluissa hoidetaan vuosittain kymmeniä tuhansia henkilöitä. Erityisesti alkoholisairauksiin liittyvien sivudiagnoosipotilaiden määrä on ollut kasvussa sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Kuussaari, Partanen & Stenius 2013, 146, 149.)

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on sosiaali- ja terveysalan palveluissa päihteiden käyttöön liittyvien riskien tunnistaminen ja tuen antaminen asiakkaalle mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena on toteuttaa systemaattista lyhytneuvontaa alkoholin suurkulutuksen sekä huumeaineiden käytön vähentämiseksi sekä tarjota muita varhaisen avun keinoja päihteiden käyttäjille. Terveystieteiden ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa alkoholin riskikäytön tunnistamisessa ja varhaisen avun tarjoamisessa, sillä moni terveydenhuollon asiakas hakee apua johonkin muuhun vaivaan. Lyhytneuvon-

nan avulla hoitaja tukee potilasta alkoholin käytön vähentämisessä. Huumeongelman puheeksioton ongelmana on käytön rangaistavuus. Huumeongelmainen on hakenut apua yleensä muiden ongelmien vuoksi. Huumeiden käytön tunnistaminen on kuitenkin tärkeää hoidon ja kuntoutuksen järjestämisen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22, 46.)

Ehkäisevä päihdehoitotyö on osa hoitajan koulutusta. Hoidossa oloaika on keskeinen päihteiden käytön sekä sen aiheuttamien haittojen tunnistamiselle. Silloin on mahdollisuus ottaa puheeksi potilaan päihteiden käyttö sekä tarjota hänelle varhaista tukea. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat erityisesti osaamista päihdehaittojen ehkäisyyn ja joskus tarvittaisiin lisäkoulutusta osaamisen varmistamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22, 29, 64.)

Päihteistä aiheutuvien sairauksien ja sosiaalisten ongelmien lisäksi hoitohenkilökunnan voimavaroja kuluttaa vuorovaikutus päihtyneen asiakkaan kanssa. Päihdepotilas edellyttää henkilökunnalta erinäisiä tiedollisia, taidollisia ja sosiaalisia resursseja. Vahvasti päihtyneenä potilas voi käyttäytyä ennalta arvaamattomasti. Potilaan päihtymys saattaa lisätä väkivallan uhkaa tai väkivaltaa sisältävien tilanteiden todennäköisyyttä. (Kuussaari, Partanen & Stenius 2013, 146, 157.)

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, päihdepotilaan hoitotyö ja turvallisuus ovat yhteistyötaholle ajankohtaisia. Tässä opinnäytetyössä päihdepotilaalla tarkoitetaan potilaita, jotka ovat alkoholin suurkuluttajia, huumeainesten käyttäjiä tai sekakäyttäjiä. Päihdepotilaiden hoito on siirtynyt A-klinikalta perusterveydenhuoltoon, ja se on lisännyt päihdepotilaiden määrää Karhulan sairaalassa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyöstä päihdepotilaiden kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, millaisia valmiuksia Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä miten päihteitä käyttävä potilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä. Opinnäytetyön tulokset ovat tärkeitä kehitettäessä sairaalan päihdehoitotyötä ja turvallisuutta.

2 PÄIHDEHOITOTYÖ

Suomessa päihdeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollon yksiköissä, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimessa. Päihdeongelmaan liittyviä

somaattisia sairauksia hoidetaan yleisimmin perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai sairaalassa. (Alkoholiongelma 2015.)

Päihteiden käytön vähentämisessä tärkeää on muutoksen tarpeen tunnistaminen ja tunnustaminen. Elämän muutoksen aikaansaamiseksi täytyy ymmärtää päihdeongelmaisen nykytilannetta. Päihdeongelman esille tuominen mahdollistaa muutosprosessin ja ongelman selvittämiseksi parhaita tapoja ovat avoin, suora ja tuomitsematon keskustelu sekä päihteiden käytöstä kysyminen. (Heino, Myllymäki, Nykky & Rinne 2010, 19.)

2.1 Alkoholiongelmaisen hoitotyö

On olemassa monia sairaustiloja ja oireita, joiden aiheuttajana tai pahentavana tekijänä voi olla alkoholi. Potilaan tutkimus tai hoito voi vaikeutua, jos terveydenhuollon henkilökunnalla ei ole riittävää tietoa potilaan alkoholin käytöstä. Alkoholin käytön selvittäminen on tärkeä taito, jota useimmat terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat. Alkoholin käyttöä voidaan selvittää erilaisilla haastattelutavoilla, esimerkiksi kysymällä kuinka paljon tai kuinka usein potilas juo. Kyselyn tarkkuutta voidaan lisätä kysymällä erikseen eri juomalajien käytöstä. (Aalto 2010, 32 - 33.) Potilaan alkoholiongelma on tärkeä tunnistaa hoidon mahdollistamiseksi. Ongelmakäytön laajuutta selvittäessä potilasta haastateltaessa tulee haastattelun ilmapiiriin olla avoin ja kannustava. Ongelmakäytön varhaisvaiheessa hoitoon hakeutumisen syy on usein jokin fyysinen vaiva kuten esimerkiksi kohonnut verenpaine, tapaturmat tai epämääräiset vatsaoireet. Myös psyykkiset syyt ovat yleisiä, esimerkiksi masennus ja ahdistuneisuus. Alkoholin ongelmakäytön seulonnassa AUDIT-testi on todettu tehokkaaksi. Alkoholiriippuvuuden vaikeusastetta voidaan arvioida myös SADD-kyselyn avulla. Alkoholiongelmaan liittyy erinäisiä kliinisiä löydöksiä ja haastattelun tukena ongelmaa selvitettäessä voidaan käyttää myös laboratoriokokeita. (Alkoholiongelma 2015.)

AUDIT-kyselytesti on suositeltava menetelmä alkoholin riskikäytön seulonnassa ja sitä suositellaankin käytettäväksi varhaisvaiheen alkoholin suurkulutuksen toteamiseen. Testi on laajasti saatavissa ja sitä voidaan käyttää myös itsehavainnointiin. AUDIT-kyselytesti sisältää kymmenen kysymystä, ja kyselyn maksimipistemäärä on 40. Kahdeksaa pistettä voidaan pitää mahdollisen suurkulutuksen rajana. Testissä ei ole kuitenkaan olemassa pistemäärän ra-

jaa, jolla voitaisiin yksiselitteisesti todeta alkoholin liiallinen käyttö. Viimeaikaisen tutkimusten mukaan on viitattu, että naisilla mahdollisen riskikulutuksen seulonnassa pistemäärän tulisi olla alhaisempi kuin kahdeksan pistettä. Kysely toimii hyvin työikäisen väestön kohdalla ja se tunnistaa alkoholiriippuvaisien ohella myös muut alkoholia liiallisesti käyttävät. Keskimäärin AUDIT-kyselytesti tunnistaa noin 80 prosenttia alkoholin ongelmakäyttäjistä, jotka ovat saaneet pisteitä joko kahdeksan tai enemmän. On kuitenkin olemassa noin 20 prosenttia kyselyyn vastaajia, jotka AUDIT-kyselytestin mukaan käyttävät liikaa alkoholia, mutta eivät todellisuudessa sitä tee. (Aalto 2010, 33 - 35; Havio, Inkinen & Partanen 2009, 122.)

Alkoholiongelman pahenemisen ehkäisyssä on tärkeää pyrkiä hoitamaan riskikäyttäjät varhaisessa vaiheessa. Mini-interventiossa eli lyhytneuvonnassa perusedellytyksenä on tiedostaa alkoholin riskikäytön yleisyys ja aktiivisesti kysyä potilailta alkoholin käytöstä. Lyhytneuvonnan kohderyhmänä ovat alkoholin riskikäyttäjät ja suurkuluttajat. Neuvontaa voidaan antaa myös alkoholiriippuvaisille, mutta heidän kohdallaan pelkän neuvonnan ei useinkaan ole todettu olevan riittävä toimenpide riippuvuuden hoidossa. Lyhytneuvontaan käytettävä aika vaihtelee tilanteiden ja potilaiden mukaan. Tutkimusten mukaan lyhytneuvonta on toimiva keino vähentää potilaan alkoholin käyttöä, varsinkin silloin kun se on kohdennettu oikeisiin henkilöihin. Alkoholin käytön haittavaikutuksista kerrotaan ja potilasta motivoidaan suullisten ja kirjallisten ohjeiden avulla alkoholin käytön vähentämisessä. Keskeistä on pyrkiä asettamaan yksityiskohtainen tavoite, jonka toteutumista voidaan seurata. Lyhytneuvonnassa tärkeää on motivoiva asenne ja potilasta tuetaan kuuntelemalla sekä antamalla rakentavaa palautetta. Lyhytneuvonnan tulee liittyä potilaan muuhun hoitoon. Kustannuksiltaan lyhytneuvonta on edullista. (Alkoholiongelma 2015; Aalto 2010, 36 - 37; Havio ym. 2009, 120 - 121.)

Alkoholiongelman hoidossa voidaan käyttää psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Tärkeää on hoidon jatkuvuus ja hyvä yhteistyö sekä potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. Hyvällä hoitosuhteella on yhteys hyviin hoitotuloksiin. Psykososiaalisen hoidon tuloksia voidaan parantaa lääkehoidon avulla merkittävästi. Alkoholiongelmaisten potilaiden sitoutuminen lääkehoitoon on kuitenkin usein huonoa. (Alkoholiongelma 2015.)

Alkoholista aiheutuva vieroitusila on seurausta useita päiviä kestäneen runsaan alkoholin käytön lopettamisesta tai vähentämisestä. Vieroitusoireet voivat tulla yllättäen esiin päivittäisen käytön muuttuessa vähäisempään suuntaan, esimerkiksi hoitajakson aikana. Lievien vieroitusoireiden hoidossa riittää useimmiten lepo, nesteytys ja ravinnon saannin turvaaminen. Vaikeampien vieroitusoireiden hoidossa tarvitaan usein lääkinnällistä hoitoa ja päivittäistä hoitokontaktia. Vieroitushoidon tavoitteena on oireiden tunnistaminen, niiden voimakkuuden arviointi ja oireiden lievittäminen sekä mahdollisten komplikaatioiden ehkäisy. Lääkkeellisellä hoidolla pyritään korjaamaan vitamiinien, elektrolyyttien ja nestetasapainon häiriöitä. Tavoitteena on myös helpottaa potilaan vointia sekä parantaa ennustetta. Lääkehoitoa käytetään ehkäisemään vaikeita vieroitusoireita ja sitä jatketaan kunnes vieroitusoireet ovat kadonneet. (Havio ym. 2009, 145 - 146.)

Alkoholimyrkytyksen hoidossa riittää hyvä yleisseuranta, joka käsittää hengityksen, verenkierron ja lämmön seurannan, niissä tapauksissa jolloin potilas on heräteltävissä, reagoi kipuun tai alkoholi on selvästi tajuttomuuden syynä. Kylkiasento on tärkeää aspiraatorisikin pienentämiseksi. Syvästi tajuttoman potilaan hengityksen tukemisessa voidaan käyttää hengityskonetta. Tajuttomuuden syyn lisäselvittely on tarpeen, jollei potilaan vointi kohene muutaman tunnin sisällä. (Havio ym. 2009, 152.)

2.2 Huumeongelmaisen hoitotyö

Huumeiden ongelmakäytön merkinä voidaan pitää huumeiden keskeistä asemaa käyttäjän elämässä, jolloin suurin osa ajasta kuluu huumeen hankkimiseen, käyttämiseen tai vieroitusoireista selviytymiseen (Havio ym. 2009, 63). Hoidon aikana potilaan huumeongelma selviää joskus sillä, että potilas kertoo itse ongelmastaan. Mahdollinen huumeongelma voi selvitä myös potilaan esitiedoista, lähetteestä tai omaisilta. Ongelmaa selvittäessä potilaan haastattelussa pyritään avoimuuteen ja luottamuksellisuuteen. Hoidon syynä voivat olla infektiot, tapaturmat, vatsavaivat, mielialaoireet, verenkierron ongelmat sekä myrkytys- tai vieroitusoireet. (Huumeongelma 2012.)

Huumeongelmaisen hoidossa on käytössä samoja psykososiaalisia hoitoja, joita käytetään alkoholiongelman hoidossa. Hoidossa keskeistä on psykoterapeuttinen keskusteleminen tai yhdessä tekeminen. Eri teorioihin perustuvia menetelmiä ja työtapoja yhdistellään usein hoidon aikana. Tärkeää on potilaan

motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon sekä hoidon jatkuvuus. (Huumeongelma 2012.)

Huumeiden vieroitushoidossa voidaan käyttää samoja hoitotyön periaatteita kuin alkoholi- ja lääkevieroituksessa. Erityispiirteinä huumevieroituksessa ovat eri huumeaineiden erilaiset vaikutukset ja huumeaineiden liittyminen alkuttuureihin ja niiden vaikutus sosiaalisen riippuvuuteen. Hoitohenkilökunnan asenteilla huumeaineita käyttäviä kohtaan on myös merkitystä. Motivoimisen tärkeys korostuu huumeriippuvuuden hoidossa, ja usein retkahtamiset ovat osana pidempää muutosprosessia. Monesti tarvitaan useampia vieroitus- ja kuntoutusjaksoja, ennen kuin muutoksesta tulee pysyvä. Hoidossa annetaan tietoa vähemmän haitallisista elämäntavoista, etsitään potilaan kanssa yhdessä uusia keinoja elää ilman päihteitä sekä tuetaan tavoitteiden saavuttamisessa. (Havio ym. 2009, 148 - 149.)

Huumeaineiden yliannostusten hoidossa tulee huomioida eri huumeaineiden erityispiirteet ja niiden vaikutukset. Harvoille huumeaineille on olemassa vastavaikuttajia, ja useimmiten hoitona on oireenmukainen hoito ja seuranta. (Havio ym. 2009, 152.)

2.3 Sekakäyttäjän hoitotyö

Sekakäytöllä viitataan eri aineiden samanaikaiseen ja sattumanvaraiseen käyttöön. Tavallisimmin sekakäytöstä puhuttaessa on käytetty samanaikaisesti alkoholia ja lääkkeitä tai useampaa huumetta joko samaan aikaan tai peräkkäin. (Havio ym. 2009, 64.) Sekakäyttöön liittyy pelkkää alkoholiriippuvuutta enemmän terveydellisiä, sosiaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä. Käytetyt aineet voivat vahvistaa toistensa vaikutuksia ja samanaikaisen käytön aiheuttama päihtymyksen tehostuminen saattaa lisätä päihdehakuista käyttäytymistä kokonaisuudessaan. (Vorma 2010, 203.)

Hoidon perustana ovat oikea diagnoosi, sekakäyttäjän tilan vaikeusasteen tunnistaminen ja hoidon kiireellisyyden arvioiminen. Myrkytystilojen hoito vaatii välitöntä ensiapua päivystyspoliklinikoilla. Vakaviin vieroitustiloihin tarvitaan usein lääkkeellistä hoitoa laitoshoidona mahdollisten vakavien vieroitusoireiden ehkäisemiseksi. Potilaan päihteiden käytön vaiheet ja riippuvuudet selvitetään vieroitushoidossa. Jotta hoitoa voidaan suunnitella, päihteiden käytön lisäksi

tarvitaan tietoa samanaikaisista mielenterveyden häiriöistä ja muista mahdollisista ongelmista, esimerkiksi aikaisemmista myrkytystiloista ja riskikäyttäytymisestä. (Alkoholiongelma 2015; Vormo 2010, 202.)

Psykososiaalisista hoidoista useimpia, joita käytetään alkoholi- ja huumausaineriippuvuuksien hoitoon, voidaan sovellettuna käyttää myös sekakäyttäjien hoidossa. Pääkohtana riippuvuushoidossa on päihteiden käyttäjän motivaation lisääminen ja ajattelun ja käyttäytymisen muuttamisessa sekä päihteiden käytön vähentämisessä tai lopettamisessa avustaminen. (Vormo 2010, 202.)

Sekakäytössä vieroitusoireet voivat olla arvaamattomia ja niitä on hankala arvioida. Eri aineista johtuen oireet voivat tulla eri aikoihin tai niiden kesto voi muuttua. Vieroitustilan hoito toteutuu laitoshoidona sekakäyttöön liittyvien yllättävien vaikutusten ja vieroitusoireiden takia. (Havio ym. 2009, 151.)

Sekakäytön myrkytystiloja tulee seurata niiden arvaamattomuuden vuoksi tarkasti. Jos potilas on ottanut suun kautta lääkkeitä, voidaan lääkehiiltä käyttää lääkeaineiden imeytymisen estämiseksi. Seuranta-ajan tulee olla tarpeeksi pitkä, jolloin mahdolliset myöhemmät vaikutukset tulevat havaittua. (Havio ym. 2009, 154.)

3 HOITAJA JA HOITOSUHDE PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Hoitaja on päihdehoitotyössä hoitotyön toteuttaja. Päihdehoitotyön asiakkaiden ikä ulottuu vastasyntyneistä vanhuksiin. Hoitajien toimenkuva päihdehoitotyössä on moninainen. Hoitaja on terveyden edistäjä ja terveystottumuksiin vaikuttaja, joka keskustelelee asiakkaiden kanssa yleisistä terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Hoitajan tehtävänä on kertoa riippuvuuskäyttäytymisestä ja päihderiippuvuudesta ja siitä, kuinka se kehittyy. Hoitaja antaa myös tietoa eri hoitomuodoista päihdepotilaalle, motivoi ja kannustaa. Tukijana hoitaja antaa kunnioittavan ja turvallisen hoitosuhteen, joka antaa päihteenkäyttäjälle tilaisuuden tehdä muutoksia elämäänsä. Hoitaja tukee päihteidenkäyttäjän persoonallista kasvua ja pyrkii lisäämään hänen voimavaroja ja vahvuuksia. Päihdehoitotyössä hoitaja on läsnä asiakkaansa jokapäiväisessä elämässä. Päihdehoitotyössä hoitaja työskentelee yleensä kahdenkeskisessä hoitosuhteessa asiakkaan kanssa, mutta päihdehoitotyön kokonaisuus edellyttää yhteistyötä asiakkaan läheisten ja perheen kanssa. Hoitaja on myös oman alansa asiantuntija moniammatillisessa työryhmässä. (Havio ym. 2008, 11 - 12.)

Hoitosuhteella tarkoitetaan päihteenkäyttäjän ja hoitajan välistä kahdenkeskistä hoidollista vuorovaikutussuhdetta. Päihdehoitotyössä hoitosuhde on asiakaslähtöinen. Ensikohtaaminen ja vuorovaikutuksen laatu vaikuttavat hoitosuhteen luomiseen ja koko hoidon onnistumiseen. Hoitajan saama tuki työleen, vastuunjako, selkeät työroolit, työtaakan jakaminen sekä turvallisuus vaikuttavat siihen, miten hoitosuhteet syntyvät ja miten hoitaja voi niitä toteuttaa. (Havio ym. 2008, 24 - 30.)

Hoitosuhde alkaa tutustumisvaiheella, jolloin hoitaja ja päihteidenkäyttäjä kohtaava ensimmäistä kertaa. Hoitaja on voinut saada tietoa potilaasta jo ennalta. (Havio ym. 2008, 30.) Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde voi syntyä jo muutaman tapaamisen jälkeen, mutta yhtä lailla siihen voi mennä hyvinkin kauan aikaa (Heino ym. 2010, 112). Hoitosuhteen alussa hoitaja on aktiivisesti suhdetta rakentava osapuoli ja yrittää tietoisesti herättää potilaan luottamuksen. Hoitosuhteen luominen edellyttää hoitajalta päihteenkäyttäjän kunnioittamista, ennakkoluulotonta asennoitumista ja empatiaa. Hoitajan on nähtävä päihteenkäyttäjä oman elämäntilanteensa asiantuntijana. (Havio ym. 2008, 30 - 32.)

Hoitosuhde etenee tutustumisvaiheen jälkeen orientoitumisvaiheeseen. Orientoitumisvaiheessa keskitytään havainnointiin, tietojen hankintaan, hoidon suunnitteluun ja luottamukselliseen suhteeseen. Työskentelyvaiheessa tutkitaan päihteidenkäyttäjän elämäntilannetta syvällisemmin ja eri näkökulmista. Hoitajan tehtävänä on yhdessä potilaan kanssa ratkaista päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia ja selvittää tämän elämäntilannetta. Tarvittaessa hoitaja antaa tietoa ja ohjausta potilaalle. Päihteenkäyttäjä voi myös tarvita rohkaisua ja kehoitusta tarttua toimeen. Hoitajan tehtävänä on myös edistää potilaan omaa itsetutkiskelua ja oivallusta. (Havio ym. 2008, 30- 32.)

Lopetusvaiheessa hoitosuhteen päättymistä valmistellaan puhumalla siitä etukäteen ja samalla suunnitellaan mahdollista jatkohoitoa (Havio ym. 2008, 33). Hoitosuhteen päättäminen tulee ajankohtaiseksi yleensä siinä vaiheessa, kun muutoksen ylläpito onnistuu asiakkaalta ja hän tuntee itsensä tarpeeksi vahvaksi ilman hoitajan tukea. Hoitosuhdetta ei koskaan lopeteta kerralla tai nopeasti ja se on hyvä toteuttaa vaiheittain. (Heino ym. 2010, 112.) Loppuvaiheessa on tärkeää korostaa potilaan omia voimavaroja, koska ne ovat entistä tärkeämmässä roolissa hoidon päättyessä. Etenkin hoitajan luottamus ja usko

päihteidenkäyttäjän selviytymiseen voi olla hänelle niin suuri voimavara, että se tukee häntä hoidon päättymisen jälkeenkin. Hoitajan on tärkeää antaa myönteistä palautetta pienistäkin edistysaskelista. (Havio ym. 2008, 33.) Hyvänkin vuorovaikutussuhteen voi pilata liian nopea tai turvattomaksi koettu suhteen päätyminen (Heino ym. 2010, 122). Toisaalta positiivinen kokemus autetuksi tulemisesta voi helpottaa päihteidenkäyttäjää tulemaan uudelleen hoitoon (Havio ym. 2008, 34).

Työntekijöiden työskentelyä ohjaa heidän omat käsityksensä päihteiden väärinkäytännistä. Törmäsen tutkimuksen mukaan työntekijöistä tulisi välittyä asiakkaille tukeva, auttava, kunnioittava ja välittävä asenne. (Törmänen 2008, 32.) Asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa tärkeitä ovat empaattinen suhtautuminen sekä kannustava ja avoin ilmapiiri (Sutinen 2010, 26). Työntekijöiden asennoituminen voi olla joko yhteistyösuhdetta edistävää tai estävää. Puolueeton, ymmärtävä ja kannustava asenne on merkityksellinen yhteistyösuhteen kannalta. (Hölttä 2006, 40). Hoidossa tärkeää on pitkäkestoinen ja intensiivinen hoitosuhde, jossa työntekijä kuuntelee asiakasta (Sutinen 2010, 18, 64).

4 HOITAJAN ASEENTEET JA PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMINEN

Hoitaja kohtaa osastolla työskennellessään päihdeongelmaisia, hän havainnoi ja hoitaa päihteen käytön seuraamuksia. Hoitajan sekä työyhteisön kielteiset asenteet ja erilaiset tunnetilat, esimerkiksi turhautumisen ja ahdistuksen tunteet, tulisi käsitellä. Hoitaja voi omalla toiminnallaan ja hoitotyön keinoilla luoda päihdeongelmaiseen hyvän vuorovaikutussuhteen. Potilaan päihteiden käytöstä kysyminen on oleellinen osa hoitotyön suunnittelua. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 178 - 179.) Päihteiden käyttäjän kohtaamista ja tutkimusten suorittamista hankaloittaa usein se, että päihdeongelmainen pyrkii salaamaan käyttönsä. Tämä johtuu useimmiten kielteisten seuraamusten pelosta, kun päihteiden käyttö tulee ilmi. Haastattelemalla ja yksinkertaisten kysymysten avulla saadaan kuva asiakkaan elämäntilanteesta. Myös aikaisemmat sairauskertomukset ja muut tiedot antavat kuvaa asiakkaan nykyisestä tilanteesta. (Jaakkola ym. 2004, 150, 161.)

Päihteiden takia sekava ja aggressiivinen potilas aiheuttaa hoitohenkilökunnalle turhautumista, pelkoa ja jopa vastenmielisyyttä. Hoitohenkilökunnasta voi tuntua vääraltä hoitaa niin sanottuja itse aiheutettuja sairauksia. Pelko voi

myös olla aiheellista, päihdepotilaan väkivaltainen käyttäytyminen voi johtua hänen saamastaan ja kokemastaan huonosta kohtelusta terveydenhuollossa. (Salaspuro 2009.)

Päihdehoitotyössä hoitajan ja päihdeongelmaisen vuorovaikutussuhde on edellytys potilaan päihdeongelman hoitamiseksi ja hoitosuhteen ylläpitämiseksi. Hoitajan asenne potilasta kohtaan on ratkaisevassa asemassa vuorovaikutussuhteen muodostumisen kannalta. Myönteinen asenne auttaa hoitajaa arvioimaan potilaan tarpeita sekä suunnittelemaan ja toteuttamaan hoitoa. Hoitajan myönteisyys päihdehoitotyössä auttaa potilasta käsittelemään päihdeiden käytöstä aiheutunutta häpeää ja leimaantumista, sekä se kannustaa potilasta avoimuuteen. Kielteinen asenne päihdehoitotyössä voi johtaa siihen, että hoitaja välttelee potilaan kanssa päihdeiden käytöstä puhumista tai hän voi vältellä päihdepotilaita kokonaan. Myönteisen asenteen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi hoitaja tarvitsee työyhteisön ja esimiehen tukea. Toisten hoitajien ja osastonhoitajan antama tuki sekä kuunteleva, kannustava ja ymmärtäväinen keskinäinen vuorovaikutus edistävät myönteisyyttä ja hoitotyön laatua. (Havio ym. 1995, 41 - 42.) Kun hoitaja on selvittänyt omat asenteensa ja uskomuksensa päihdeidenkäyttäjii ja päihdehoitotyötä kohtaan, hän kykenee luontevaan ja ammatilliseen vuorovaikutussuhteeseen päihdeitä käyttävien ihmisten kanssa. Hoitajan on kunnioitettava asiakasta huolimatta hänen elämäntavastaan. Hoitotilanteissa ja keskusteluissa tulisi välttää leimaamista, tuomitsemista ja arvostelua. Selkeä ja toteava tapa puhua antaa asiakkaalle kuvan välittävästä ja hyväksyvästä asenteesta. (Havio ym. 2008, 32.)

Laitilan tutkimuksessa haastateltavat nostivat esille työntekijän oman asenteen merkityksen asiakkaan kanssa työskennellessä. Työntekijöiden asenteet vaikuttivat heidän tapaansa suhtautua ja kohdata asiakkaita. Erityisesti negatiivisia asenteita ja ennakkokäsityksiä kuvattiin liittyvän päihdeiden ongelmakäyttöä ja käyttäjiä kohtaan ja työntekijät pohtivat oliko sairaus itse aiheutettua. (Laitila 2010, 132.) Sutisen tekemässä tutkimuksessa on selvinnyt, että työntekijän kielteinen asennoituminen hoitotyössä on johtunut useimmiten henkilökohtaisista kokemuksista päihdeisiin liittyen. (Sutinen 2010, 81.) Työntekijöiden asenteet ovat muuttuneet syrjiviksi asiakkaan päihdeongelman tullessa ilmi ja he ovat tiedostaneet syrjinnän esiintymisen (Hölttä 2006, 40). Crothersin ja Dorrianin tekemässä tutkimuksessa työntekijöiden asenteisiin

vaikuttivat työntekijän ikä, omat juomistottumukset ja uskomukset, voiko alkoholiongelmaista auttaa, onko alkoholismi itse aiheutettua sekä alkoholiongelmaisen sosiaalinen asema. Hoitajien negatiivisiin asenteisiin potilaita kohtaan vaikuttivat hoitajan ikä, henkilökohtaiset juomistottumukset ja uskomukset alkoholismiin liittyen. Kukaan työntekijöistä ei ollut saanut koulutusta liittyen huume- ja alkoholiongelmaisen hoitoon liittyen. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat koulutuksen puutteesta huolimatta, että heillä oli riittävät tiedot ja taidot hoitaa alkoholiongelmaista potilasta. (Crothers & Dorrian 2011.)

Epäily asiakkaan huumeiden käytöstä voi herätä käyttäytymisen, fyysisen olemuksen ja ulkonäön perusteella. Kuussaaren tutkimuksessa ulkonäköön ja fyysiseen olemukseen liittyvät tekijöitä ovat olleet muun muassa pistosjäljet käsissä, haju vaatteissa ja hiuksissa, vaatetus, tatuoinnit sekä yleinen olemus. Käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä ovat olleet esimerkiksi aggressiivisuus, arvaamattomuus, kärsimättömyys ja ärtyneisyys. Myös lääkehakuisuus ja ristiriitaiset tiedot käytetyistä lääkkeistä ovat synnyttäneet työntekijöissä epäilyjä. Asiakkaan päihteiden käyttö on tullut esille joko niin, että asiakas on itse kertonut päihteiden käytöstä, tieto on tullut joltain ulkopuoliselta henkilöltä esimerkiksi omaiselta tai työntekijä on itse havainnut päihteiden käytön. Kun työntekijä oli kohdannut useamman kerran huumeiden käyttäjän, hän osasi jatkossa tunnistaa asiakkaan huumeiden käytön paremmin. Työntekijät ovat saaneet tietoa mahdollisesta päihdeongelmasta myös potilasasiakirjojen välityksellä. Käytön tunnistamisessa on käytetty apuna esimerkiksi huumeiden käyttöön liittyvää kyselylomaketta. Lähes puolella vastanneista oli organisaatiossa käytössä valmis toimintasuunnitelma tai -ohjeistus asiakkaan huumeiden käytön selvittämiseen sekä hoidon järjestämiseen ja ohjaukseen liittyen. (Kuussaari 2006, 136 - 137, 138 - 139, 140 - 141.) Behm nosti tutkimuksessaan esille alkoholin suurkuluttajan tunnistamisessa aistien varaisen havainnoinnin, asenteiden ja motiivien kysymisen alkoholin käyttöön liittyen sekä alkoholin käyttömäärien kartoittamisen. Alkoholin suurkulutuksen havainnoiminen aistinvaraisesti tapahtui alkoholin hajun, asiakkaan ulkonäön ja olemuksen sekä asiakkaan käytöksen ja toiminnan avulla. Alkoholin suurkulutukseen viittasivat asiakkaan vaativuus, aggressiivisuus, riippuvuuden ilmeneminen, alkoholin suurkulutuksen esiintyminen puheissa, liioittelu ja selittely. (Behm 2005, 46 - 48.)

5 PÄIHDEONGELMAN PUHEEKSIOTTO

Päihteiden käytön puheeksiottaminen kuuluu kaikille terveydenhuollon työntekijöille, silloin kun on syntynyt huoli asiakkaan päihteiden käytöstä. Työntekijät pelkäävät turhaan asiakkaan reaktiota puheeksioton yhteydessä. Moni asiakas kokee puheeksioton myönteisenä, vaikka asia on itselle henkilökohtainen ja siitä koetaan häpeää. (Aira, Heino, Levo, Koivula & Viljanen 2008, 63 - 64.) Työntekijöiden avoin suhtautuminen päihteistä puhumiseen ja tietämys päihteistä sekä asiakkaan tunteminen ja avoimuus helpottavat käytön puheeksiottamista. Puheeksiottamisen esteenä on ajan ja osaamisen puutteen lisäksi kokemus asiakkaan loukkaamisesta. Työntekijöiden asenteet saattavat olla tuomitsevia ja vähän tukea antavia. Sutisen mukaan reilu kolmasosa työntekijöistä oli arvioinut valmiutensa puheeksiottamiseen hyväksi. Työntekijöiden on helpompi puuttua tiedossa olevaan päihdeongelmaan kuin näkymättömään. (Seppä 2006, 4; Sutinen 2010, 25 - 26, 65 - 66.)

Mini-intervention käytössä on eniten korostettu päihdetietoisuuden lisäämistä, johon on sisällytetty käytön puheeksiotto, käyttömäärien ja käyttökertojen rajoitus. Perusterveydenhuollon työntekijät usein kokevat, että alkoholin käytön puheeksiottaminen ja mini-intervention käyttö on vaikeaa. Syiksi ovat mainittu ajan puute, riittämätön koulutus ja pelko asiakkaan loukkaantumisesta. Myös mielipide siitä, ettei mini-interventio sovellu perusterveydenhuoltoon tai alkoholin käyttäjät eivät hyödy mini-interventiosta, rajoittaa sen käyttöä. (Seppä 2006, 4; Sutinen 2010, 25 - 26, 65 - 66.) Behmin tutkimuksessa hoitajat olivat käyttäneet alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa AUDIT-testiä joko yksinään tai yhdistettynä muuhun kirjalliseen materiaaliin sekä alkometriin puhalluttamista ja laboratoriokokeita. AUDIT-testin oli koettu toimivan yleisenä keskustelun ja pohdinnan herättäjänä ja yhteistyön välineenä. (Behm 2005, 50 - 51.)

Alkoholin käytöstä kysyminen potilaalta koetaan usein yksityisasioihin puuttumisena, jota ei hyväksytä. Hoitohenkilökunnan asenteissa näyttää olevan eroja riippuen siitä, työskentelevätkö he perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Yhtenä syynä voisi olla se, että erikoissairaanhoidossa tavaataan useammin päihtyneitä potilaita verrattuna perusterveydenhuoltoon. Hoitohenkilökunnan asenteet näyttävät muuttuvan sitä negatiivisemmiksi, mitä

enemmän he ovat olleet yhteistyössä päihtyneiden potilaiden kanssa. Jos hoitohenkilökunnalla on negatiivinen asenne päihteidenkäyttäjiin, se vaikuttaa heidän aktiivisuuteensa kysyä päihteiden käytöstä. (Heikkilä 2012.)

Behmin väitöskirjassa valtaosa haastateltavista oli kokenut puheeksiottotilanteet kielteisiä tunteita herättäviksi. Puheeksiottotilanteet koettiin haastavina ja kiusallisina. Työntekijöissä heräsi turhautumista, narkästymistä ja vihan tunteita. Työntekijät kokivat myös säälin ja toivottomuuden tunteita. Puheeksiottotilanteissa koettiin avuttomuutta, osaamattomuutta ja epäonnistumista. Kielteisten tunteiden ja kokemusten syntyyn vaikuttivat ensimmäistä kertaa päihteistä kysyminen potilaalta ja epävarmuus omista havainnoista päihteiden käyttöön liittyen. Päihteidenkäytöstä kysyminen koettiin potilaan minuuteen puuttumisena. Pelkoa koettiin myös väärän ajankohdan valitsemisesta tai potilaan juomishimon laukaisemisesta. Toistuvasti saman syyn takia tulevat potilaat sekä sekavat ja aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat herättivät haastateltavissa kielteisiä tunteita. Kielteisten tunteiden syntyyn vaikuttivat oletukset päihteidenkäyttäjistä, oma tausta päihdeongelmaisen läheisenä sekä koulutuksen puute. Osa haastateltavista oli kokenut puheeksiottotilanteet neutraaleina. Neutraaleja kokemuksia luonnehtivat luonnollisuus, luontevuus ja normaalius. Puheeksiotto nähtiin osana terveyden edistämistä. Neutraaliksi tilanteen teki kokemus siitä, että päihteidenkäyttö ei ole työntekijän ongelma. (Behm 2015, 69 - 70.)

6 TURVALLISUUS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Turvallisuus on kykyä ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on organisaation sisällä, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Turvallisuuteen liittyy myös kyky toimia turvallisesti ja ehkäistä riskitilanteiden syntymistä. Potilasturvallisuudessa kyse on ensisijaisesti potilaiden turvallisuudesta välittämisestä, jossa toimintaan liittyviä vaaroja pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään kokonaisvaltaisesti koko organisaatiossa. (Oedewald, Pietikäinen & Reiman 2010, 65 - 66.) Työ- ja potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ja ongelmatilanteiden ennakointi vähentää hoitotyön kuormitavuutta. Turvallisuus edellyttää riskien ennakoimisen lisäksi sen, että jokainen työntekijä on sisäistänyt organisaation sovitut toimintamallit ja osaa toimia niiden mukaan. Uhkaavien tilanteiden ennakointi ja tunnistaminen mahdollis-

taa niiden ehkäisyn ja tilanteet eivät tule työyhteisölle ja yksittäiselle työntekijälle yllätyksenä. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004, 204.) Päihdehoitotyön näkökulma huomioiden, turvallisuudesta ei ole tuoreempia tutkimuksia kuin 2000-luvun alusta.

Päihteiden käyttö, yhteiskunnallisen eriarvoisuuden lisääntyminen ja syrjäytyminen lisäävät vaatimuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tilanne näyttäyty lisääntyneenä väkivallan uhkana ja häiriökäyttäytymisenä. Väkivallan uhkaa sisältävässä tilanteessa työntekijä on fyysisesti ja psyykkisesti kuormitettuna. Häiriökäyttäytymiset ja väkivaltatilanteet kuormittavat koko työyhteisöä vaikuttamalla työyhteisön viihtyvyyteen ja työssä jaksamiseen. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004, 86.) Inkisen tutkimuksen mukaan lähes kaikkien hoitajien työhön oli sisällytynyt levottomien ja aggressiivisten asiakkaiden rauhoittelua (Inkinen 2004, 52 - 53). Rasimuksen tutkimuksessa työntekijät olivat kokeneet väkivaltatilanteiden jälkeen ahdistusta, pelkoa ja unettomuutta. Lähijohtajien tuki vaikeiden tilanteiden jälkeen oli vaikuttanut positiivisesti työntekijöiden jaksamiseen. (Rasimus 2002, 152 - 153.)

Terveydenhuollon työpaikoilla on monia tekijöitä, jotka altistavat väkivaltatilanteille. Ympäri vuorokautinen työskentely, pienet henkilökunta resurssit, ilta- ja yötyö sekä päihtyneet asiakkaat lisäävät uhkaavien tilanteiden riskiä. Myös asiakkaan kokema stressi, tyytymättömyys saatuun kohteluun ja hoitoon pääsyn vaikeudet lisäävät riskiä konflikteihin. Väkivaltatilanteiden riskin arvioiminen päivittäisessä työssä on tärkeää, jotta niihin osattaisiin varautua tarpeeksi ajoissa. Asiakkaan väkivaltaisuuden riskiä lisäävät aikaisempi väkivaltainen käyttäytyminen, uhkailu, psyykkinen sairaus ja päihtymystila. Suurin osa väkivaltaa käyttävistä potilaista on tekohetkellä jonkin päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena, ja sekä alkoholin että huumeiden vaikutuksen alaisena oleva asiakas on aina riski työ- ja potilasturvallisuudelle. (Jaakkola ym. 2004, 87, 91 - 97.)

Rasimuksen tutkimuksessa päivystyspoliklinikan henkilökunta mainitsi työskentelyyn liittyviä riskitekijöitä, jotka liittyivät työoloihin, esimerkiksi työaikoihin, päihteiden käyttäjiin ja potilaiden ikään. Eniten potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä lisäsivät työntekijöiden mukaan huumausaineiden vaikutuksen alai-

sena oleminen ja sen jälkeen päihtyneenä oleminen. Vajaa puolet vastan-
neista oli sitä mieltä, että he olivat provosoineet omalla käyttäytymisellään po-
tilaita väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Rasimus 2002, 102, 120 - 121.)

Turvallisuutta parantavina tekijöinä koettiin Rasimuksen tutkimuksessa muun
muassa vartijat ja hälytysjärjestelmät, kamerat, eristyshuoneet, jotka mahdol-
listavat asiakas tarkkailun sekä lepositeet. Väkivallan hallintaan liittyvää koulu-
tusta oli halunnut suurin osa vastaajista. Tärkeimmiksi koulutuksen tarpeen
sisällöiksi nostettiin väkivaltaisen henkilön kohtaaminen ja rauhoittelu, ennalta-
ehkäisevä toiminta ja vaarallisuuden arviointi. Riskitekijöinä uhkaavien tilantei-
den synnylle koettiin olevan muun muassa kiireinen työtahti ja sen aiheuttama
väsyminen, liian vähäinen vakihenkilökuntamäärä ja osaamattomat sijaiset
sekä potilaiden pitkät odotusajat. Myös ilta- ja yöaika on koettu olevan riskite-
kijänä asiakkaan uhkaavan käytöksen esiintymiselle. Työntekijöiden turvalli-
suutta heikentäväksi tekijöiksi ovat nostettu myös asiakkaiden tarttuvat taudit,
jotka liittyvät erityisesti huumeiden käyttäjiin. (Rasimus 2002, 130,133, 145 -
146, 151, 156.)

Työturvallisuuden kannalta riskitilanteiden ennakointi ja niihin varautuminen
on tärkein yksittäinen turvallisuutta lisäävä tekijä. Yhtenäiset käytännöt häiriö-
ja väkivaltatilanteiden hoitamiseen selkeyttävät yksikön toimintaa ja vähentä-
vät konflikteja. Työympäristön ja tavaroiden järjestelyllä voidaan vaikuttaa tur-
vallisuuteen työpaikalla ja työtilojen tulee olla helposti valvottavissa. Rauhalli-
nen ympäristö, jossa on tarjolla kohtuullisesti virikkeitä, vähentää riskiä ongel-
matilanteisiin. Koulutuksen avulla voidaan lisätä henkilökunnan valmiuksia uh-
kaavien tilanteiden kohtaamiseen ja hoitoon. Koulutettu hoitaja selviää parem-
min väkivaltatilanteista kuin kouluttamaton. (Jaakkola ym. 2004, 99, 101, 108 -
109, 123.)

Henkilökunnan ennakoiva asenne ja perustiedot päihteiden käyttäjistä lisäävät
turvallisuutta päihdeongelmaisen kohtaamisessa. Henkilökunnan asenteet
heijastuvat toimintaan, ja ne ohjaavat vuorovaikutustilanteiden kehitystä. Jos-
kus onnistuneen vuorovaikutuksen aikaansaamiseksi työntekijän on tunnistet-
tava omat tunteensa, asenteensa ja ajatuksensa, jotka liittyvät päihdeongel-
maisen kohtaamiseen. Työyhteisön yhteiset toimintamallit helpottavat työnte-
kijän yhteistyötä päihdeongelmaisen asiakkaan kanssa. Myös riittävät tiedot

päihteistä, käyttökulttuureista, terveysongelmista ja palvelujärjestelmästä auttavat työntekijää päihteiden käyttäjän kohtaamisessa. (Jaakkola ym. 2004, 161 - 162, 164.)

Päihteiden vaikutuksen alaisena oleva asiakas on monelle työntekijälle arkipäiväistä. Osa työntekijöistä kokee kohtaamisissa pelon ja turvattomuuden tunteita. Työntekijät voivat joutua kohtaamaan fyysistä uhkaa, sanallisia hyökkäyksiä, seksuaalista vihjailua ja koskettelua. Riskitilanteet tulisi pystyä ennakkoimaan ja ennen ongelmatilanteiden syntymistä tulisi miettiä erilaisia toimintatapoja. Vaara ja ongelmatilanteiden läpikäyminen jälkeensä on tärkeää. (Aira, Heino, Levo, Koivula & Viljanen 2008, 87.)

Kanervan tutkimuksessa koettiin, että potilasturvallisuutta parantavia henkilökunnan toimintatapoja oli potilaan osallisuuden tukeminen, hoidosta avoimesti kertominen ja vaaratapahtumista avoimesti keskusteleminen. Potilaan persoonallisuus ja terveydentila vaikuttivat potilasturvallisuuteen ja potilaan haluun osallistua vuorovaikutukseen sekä haluun vaikuttaa omaan hoitoonsa. Jaettu yhteisymmärrys potilaan kanssa tuotiin esille tärkeänä potilasturvallisuuden vaikuttavana asiana. Turvallinen työskentely mahdollistetaan asianmukaisilla tiloilla ja niiden huoltamisella sekä riittävillä resursseilla. Yhteiset toimintakäytännöt ja osaamisen ylläpitäminen koettiin tärkeänä osana potilasturvallisuutta. Potilastietojen ajantasaisuus ja asianmukainen kirjaaminen koettiin keskeisenä turvallisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Kanerva 2015, 60 - 63.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyöstä päihdepotilaiden kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, millaisia valmiuksia Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä miten päihteitä käyttävä potilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia valmiuksia hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön?
2. Miten päihdepotilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä?

8 TUTKIMUSMENETELMÄ

8.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Määrällinen tutkimus antaa kuvaa muuttujien välisestä suhteesta ja eroista. Se vastaa kysymyksiin kuinka paljon ja miten usein. Määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on tarpeeksi suuri, vastausprosentti on mahdollisimman korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tutkija ei vaikuta tutkimustuloksiin. Määrällisen tutkimuksen kohteena on esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus, josta halutaan tietoa. (Heikkilä 2014, 15, 178; Vilka 2007, 13 - 14.) Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkija saa tutkimustiedon ja esittää tulokset numeroina, jolla kuvataan, miten eri asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. (Vilka 2007, 14 - 15.)

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kartoittaa, kuvata, ennustaa tai vertailla ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Määrälliselle tutkimukselle tyypillistä on etsiä syy-seuraussuhteita eli kausaalisuhteita. Oletuksena tutkimuksessa on että, joku taustalla oleva tekijä johtaa tietynlaisiin seurauksiin. Tarkoituksena on löytää lainalaisuuksia, jotka selittävät syy-seuraussuhteita. Tuloksissa lainalaisuus selitetään numeerisesti, esimerkiksi jakaumilla, keskiarvoilla ja keskihajonnoilla. (Vilka 2007, 19, 23.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen tutkimusmenetelmä, koska se soveltui tavoitteiden mukaisesti kartoittamaan hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitotyöhön päihdepotilaiden kanssa. Määrällinen tutkimusmenetelmä antoi mahdollisuuden suuremmalle tutkimusotokselle kuin laadullinen tutkimusmenetelmä. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla oli mahdollisuus kartoittaa koko hoitohenkilökunnan kokemukset ja lisätä näin tutkimuksen luotettavuutta.

8.2 Tutkimuksen mittari

Määrällisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään mittaria, jolla saadaan määrälliseen muotoon muutettu sanallinen tieto mitattavasta asiasta. Määrällisen tutkimuksen mittareina käytetään kysely-, haastattelu- tai havainnointilomaketta. Tutkittava asia operationalisoidaan eli tutkittava asia muutetaan tekstistä mitattavaan muotoon ja mittari rakennetaan tutkitun teorian pohjalta. (Vilkka 2007, 14.) Mittarin rakentaminen lähtee liikkeelle kysymyksestä, johon halutaan saada vastaus. Teorian tulee kuvata tutkittavaa asiaa mahdollisimman laajasti. Teoreettisesta viitekehystä nousevien käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon tulee onnistua, jotta tutkittaessa mitataan oikeaa asiaa. (Metsämuuronen 2000, 14 - 15.) Opinnäytetyön mittarina käytettiin kyselylomaketta, jossa kysymykset esitettiin väittämämuodossa. Väittämällä haluttiin selvittää hoitajien kokemuksia omista valmiuksistaan päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä vastaus kysymykseen: Miten päihdepotilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä? Väittämät jaettiin teemoittain kyselylomakkeeseen. Teemat nousivat teoriasta, ja käsitellyt teemat olivat hoitaja ja päihdepotilaan hoitosuhde, hoitajan asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen, päihdeongelman puheeksiotto sekä turvallisuus päihdehoitotyössä. Käsiteltävät teemat ja väittämien yhteys teoriaan esitetään muuttajaluettelossa (liite 1).

Opinnäytetyön aineiston keruuseen tarkoitettu kyselylomake on strukturoitu. Strukturoinnissa tutkittava asia laitetaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi, niin että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Jokaiselle muuttujalle eli tutkittavalle asialle annetaan jokin arvo, esimerkiksi numero. (Vilkka 2007, 14 - 15.) Kyselylomakkeessa väittämät numeroitiin juoksevilla numeroinnilla. Väittämiin vastaaja arvioi numeerisesti välillä yhdestä neljään, mitä mieltä hän oli väittämästä. Arvo yksi tarkoittaa, että vastaaja on täysin eri mieltä, arvo kaksi on melko eri mieltä, arvo kolme on melko samaa mieltä ja arvo neljä on täysin samaa mieltä.

8.3 Aineiston keruu ja analysointi

Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 2). Kyselylomakkeessa oli neljä taustakysymystä, 73 suljettua kysymystä sekä kaksi täydentävää avointa kysymystä. Taustakysymyksillä selvitettiin vastaajan sukupuoli, ikäryhmä, työtehtävä ja työkokemuksen määrä.

Kysely suunnattiin Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Tutkimus oli kokonaistutkimus, jossa tutkittiin koko perusjoukko eli koko Karhulan sairaalan hoitohenkilökunta. Kysely lähetettiin 84 työntekijälle. Kyselyyn vastasi 51 työntekijää ja vastausprosentiksi saatiin 61.

Määrällisen tutkimuksen tulosten analysointitapa valitaan tutkimuksen mukaan. Sopiva menetelmä löytyy kokeilemalla kyseisille muuttujille soveltuvia menetelmiä. Sijaintiluvulla voidaan saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta. Jos halutaan saada tietoa, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan, käytetään hajontalukuja. Kun tavoitteena on analysoida kahden muuttujan välistä riippuvuutta, voidaan käyttää ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan saada tietoa, miten havaitut asiat vaikuttavat toisiinsa. (Heikkilä 2014, 198; Vilka 2007, 118 - 120.)

8.4 Tutkimuksen toteutuminen

Tämän opinnäytetyön aihe saatiin yhteyshenkilöltä Karhulan sairaalasta. Aihetta rajattiin ja päädyttiin ottamaan mukaan huumeiden ja alkoholin käyttäjät sekä sekakäyttäjät. Aihetta päätettiin käsitellä päihdehoitotyön näkökulmasta. Tutkimus päätettiin toteuttaa kyselytutkimuksena, yhteyshenkilö oli myös samalla kannalla. Työ aloitettiin etsimällä tutkimuksia ja tieteellisiä julkaisuja internetistä ja kirjastosta. Löydetyistä tiedosta nousi selvästi esille kolme tärkeää teemaa. Teemoja ovat hoitaja ja hoitosuhde päihdehoitotyössä, päihdeongelman puheeksiotto ja hoitajan asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen. Neljänneksi teemaksi tuli yhteyshenkilön pyynnöstä turvallisuus päihdehoitotyössä. Seuraavaksi kyselylomaketta hahmoteltiin teoretiedon pohjalta. Kyselylomakkeen väittämät saatiin suoraan kirjoitetun teoretiedon pohjalta. Väittämät muotoiltiin niin, että jokainen ymmärtäisi ne samalla tavalla. Kyselystä pyrittiin tekemään mahdollisimman helppo vastata, joten pitkiä väittämiä vältettiin.

Kun tutkimuslupa Kotkan kaupungilta oli saatu, kysely lähetettiin yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilö lähetti kyselyn linkin ja saatekirjeen vastaajille sähköpostitse. Kyselyn suorittamista jouduttiin hieman lykkäämään, koska sairaalalla oli samaan aikaan menossa muita kyselyitä ja kiirettä lisäsi yhden sairaalan osaston lopettaminen. Kysely suoritettiin Karhulan sairaalassa marras-joulukuussa 2016. Kysely lähetettiin 84 työntekijälle. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja se riitti hyvään vastausprosenttiin (61). Joulukuussa 2016 vastauksia aloitettiin analysoimaan ja kirjoittamaan ja tulokset saatiin valmiiksi helmikuussa

2017. Analysointi suoritettiin Webropol-ohjelman avulla. Kyselyn vastauksista tehtiin taulukoita, joista käy ilmi vastausten prosentti- ja frekvenssijakaumat. Näiden lisäksi Webropol-ohjelman avulla selvitettiin ristiintaulukoimalla vastaajien työtehtävän vaikutusta heidän kokemuksiinsa päihdepotilaan hoitotyöstä. Ristiintaulukoinnin muuttujaksi valittiin työtehtävä, koska sen osalta vastaukset jakautuivat tasaisimmin lähi- tai perushoitajien ja sairaanhoitajien kesken. Taustakysymyksissä sukupuolen osalta miehiä oli vastaajissa vain kaksi, vastaajien ikäjakauma oli jakautunut epätasaisesti ja työkokemuksen osalta vastaukset jakautuivat myös epätasaisesti. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla. Opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2017.

8.5 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden edellytyksenä on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Mittauksen luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä: validiteetti ja reliabiliteetti. Ne muodostavat yhdessä mittarin koko luotettavuuden. Validiteetti kuvaa, kuinka hyvin on onnistuttu mittaamaan haluttavaa asiaa. Kyselytutkimuksessa tällä tarkoitetaan, kuinka onnistuneita kysymykset ovat ja voidaanko niiden avulla saada ratkaistua tutkimusongelma. Reliabiliteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin mittari on toistettavissa muissa tutkimuksissa ja tilanteissa ja kuinka mittaria voidaan käyttää mittaamaan samoja tilastoyksikköjä useampaan kertaan. (Heikkilä 2014, 176 - 178.)

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että kysymyslomakkeen väittämien teemat nousevat tutkitusta teorialiedosta. Luotettavuuteen vaikuttaa lisäävästi myös se, että kyselylomake on esitestattu. Esitestauksen suoritti viisi loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka olivat työelämässä. Luotettavuuteen vaikuttaa kyselyyn vastaajien määrä, jolloin vastausprosentin jäädessä pieneksi on tulosten luotettavuus huonompi. Vastaajien määrän lisäämiseksi kysely suoritettiin lomakauden ulkopuolella.

8.6 Eettisyys

Tutkimusetiikassa tärkeää on, että tutkijat noudattavat tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittävät luotettavia tuloksia, joiden oikeellisuus voidaan tarkistaa. Tutkimusaineistojen asianmukainen keräys, käsittely ja arkistointi liittyvät

tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen oleellisesti. Tutkittavien ihmisarvon huomioiminen näkyy tutkimusta tehdessä tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena ja tutkimuksesta aiheutuvan haitan välttämisenä. Tutkimuksen eettiset normit sitovat tutkijaa ammatillisesti. Normien avulla ohjataan tutkimuksen tekoa ja ilmaistaan niitä arvoja, joita tutkimuksen tekijöiden toivotaan noudattavan. (Kuula 2006, 24, 58.)

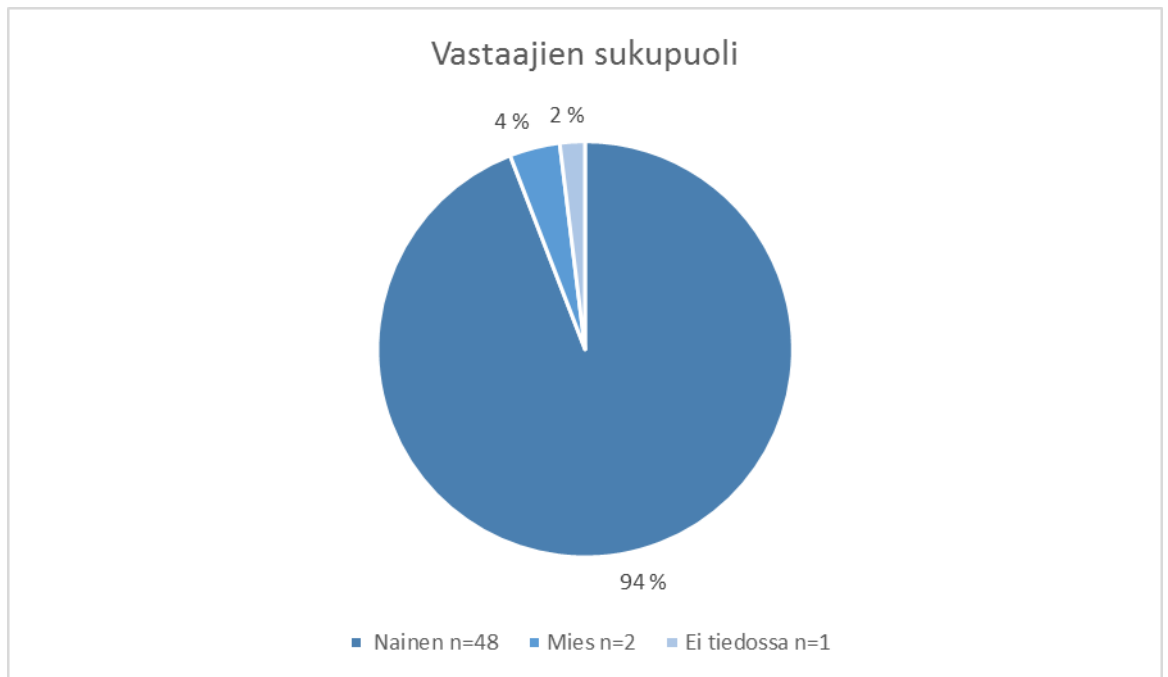
Tutkittavien itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan sillä, että annetaan heille mahdollisuus päättää itse tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittaville tulee antaa riittävästi tietoa, jotta he voivat päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Ennen tutkimuksen suorittamista tutkittaville tulee antaa perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista ja tutkimuksessa kerättävien tietojen käyttötarkoituksesta sekä tieto siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa. Tutkittaville kerrotaan, onko kyseessä kertaluonteinen aineistonkeruu vai pidempiaikainen osallistuminen sekä kuinka paljon tutkimukseen osallistuminen vie tutkittavalta aikaa. Henkisen ja fyysisen vahingon tuottamista tutkittavalle tutkija voi välttää huolehtimalla asianmukaisesta luottamuksellisten tietojen tietosuojasta ja siitä, että tutkimuksen aineisto on ainoastaan tutkijoiden nähtävillä. (Kuula 2006, 61 - 62; Vilka 2015, 47 - 48.) Henkisen vahingon välttämiseen kuuluu tutkittavan kunnioitus vuorovaikutustilanteissa. Tutkimustulosten kirjoittamistyyliin tulee olla sellainen, ettei se kerro tutkittavista negatiiviseen sävyyn. Tutkittavien yksityisyyden kunnioittamiseen liittyy se, että tutkittavat saavat itse päättää, mitä tietoja he itsestään kertovat. Yksityisyyden kunnioittaminen liittyy myös siihen, ettei tutkimuksen tuloksia saa kirjoittaa niin, että yksittäinen vastaaja olisi tunnistettavissa. (Kuula 2006, 63 - 64.)

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa se, että tutkimukseen vastaaminen tapahtui anonymisti. Tutkimuksen tekijät eivät saaneet tietää, kuka on vastannut kyselyyn. Kyselyn jakelu vastaajille suoritettiin yhteyshenkilön kautta, jolloin tekijät eivät nähneet kenelle se lähetettiin. Tutkittavia informoitiin saatekirjeellä (liite 3) tutkimuksesta ja sen tekijöistä sekä tulosten käyttötarkoituksesta. Kyselylomakkeet säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen ja vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Kyselyn vastaukset ovat olleet ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden nähtävillä. Kyselylomakkeessa ei kysytty henkilötietoja anonymiteetin säilyttämiseksi.

9 TUTKIMUSTULOKSET

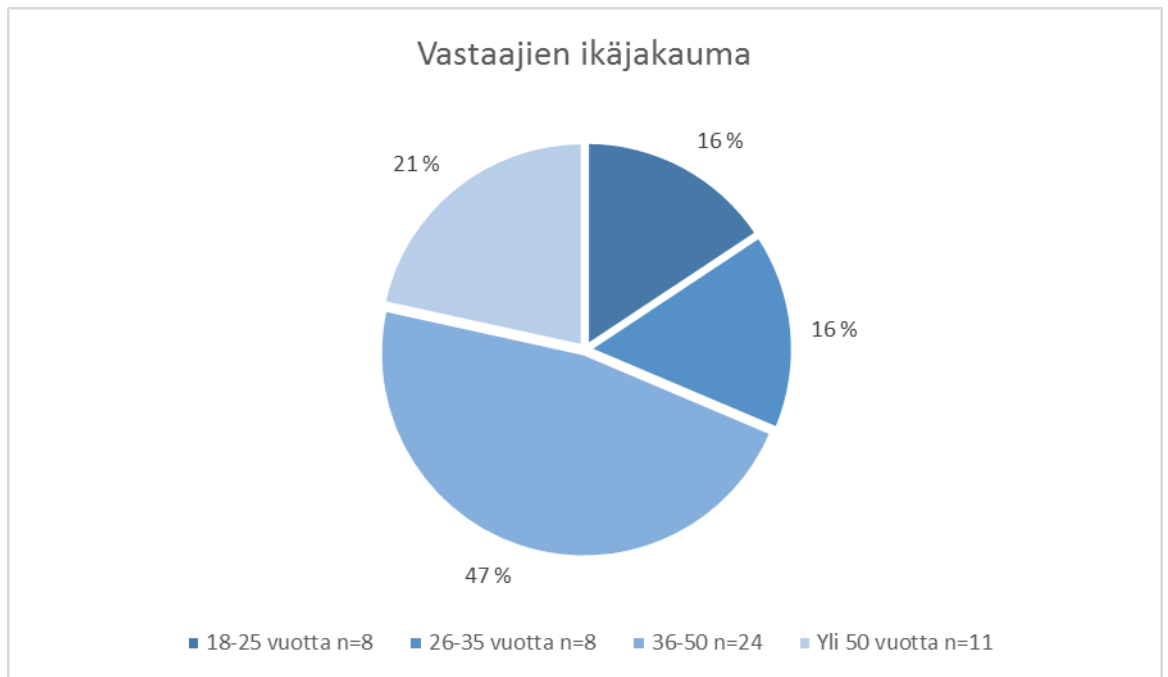
9.1 Taustakysymykset

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia. Miehiä vastaajista oli kaksi ja yksi vastaaja jätti ilmoittamatta sukupuolensa. Vastaajien sukupuoli on esitetty kuvassa 1.



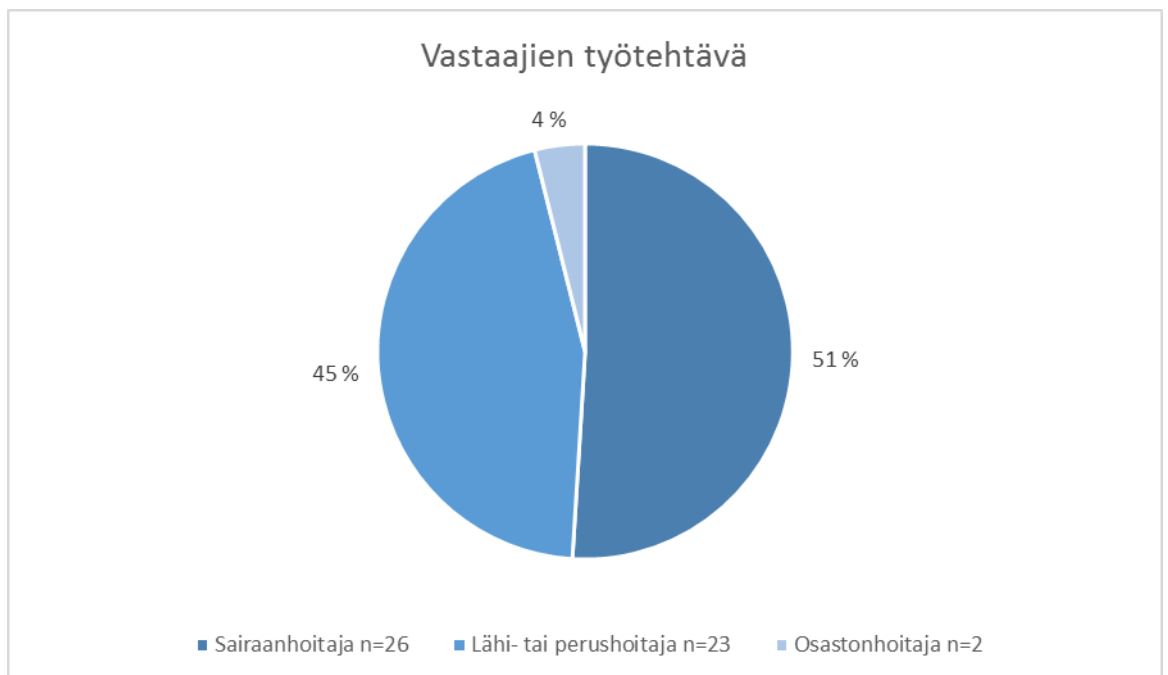
Kuva 1. Vastaajien sukupuoli prosentti- ja frekvenssijakaumina (N=51)

Lähes puolet vastaajista oli 36–50-vuotiaita. Noin viidennes vastaajista oli yli 50-vuotiaita. 18–25-vuotiaita sekä 26–35-vuotiaita oli molempia alle viidennes vastaajista. Vastaajien ikäjakauma on esitetty kuvassa 2.



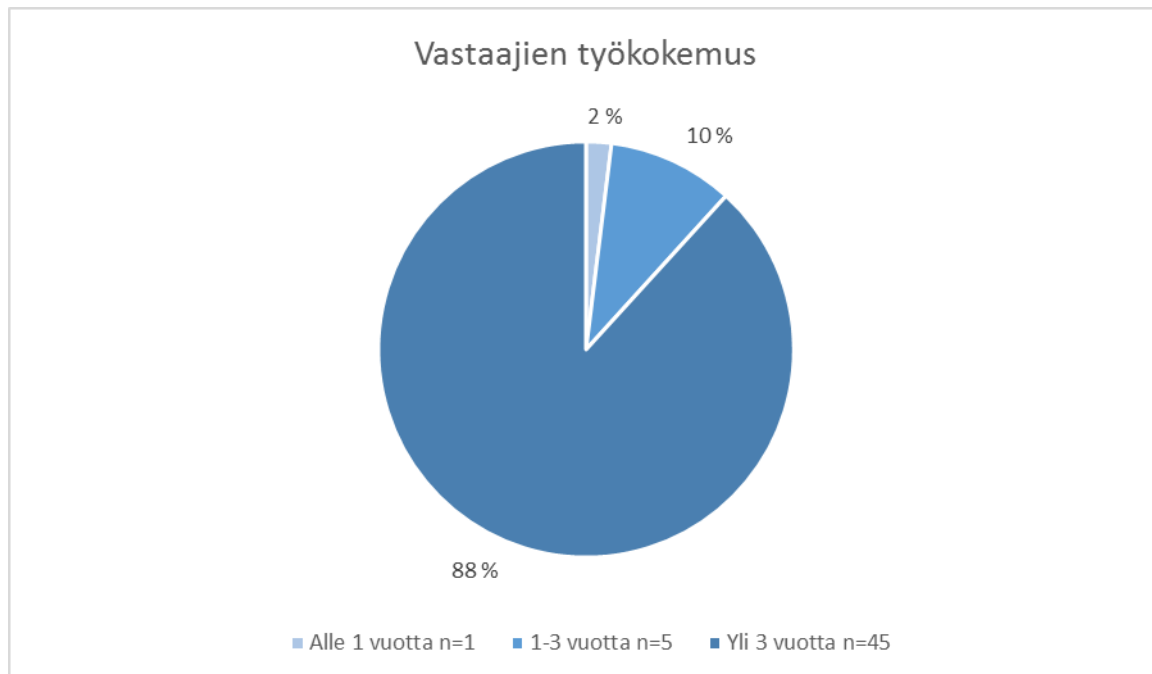
Kuva 2. Vastaajien ikäjakauma prosentti- ja frekvenssijakaumina (N=51)

Yli puolet vastaajista oli sairaanhoitaja ja lähes puolet lähi- tai perushoitaja. Osastonhoitaja oli vastaajissa kaksi. Vastaajien työtehtävä on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. Vastaajien työtehtävä prosentti- ja frekvenssijakaumina (N=51)

Suurimmalla osalla vastaajista oli työkokemusta enemmän kuin kolme vuotta. Kymmenesosalla vastaajista oli työkokemusta yhdestä kolmeen vuoteen ja yhdellä vastaajista alle yksi vuotta. Vastaajien työkokemus on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Vastaajien työkokemus prosentti- ja frekvenssijakaumina (N=51)

9.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet päihdepotilaiden hoitotyöhön

Hoitaja ja hoitosuhde päihdehoitotyössä

Vastaajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan hoitajasta ja hoitosuhteesta päihdehoitotyössä. Väittämässä käsiteltiin hoitajan omaa roolia ja vuorovaikutusta päihdepotilaiden kanssa. Yli kolme neljäsosaa vastaajista koki olevansa kannustava vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa sekä koki vuorovaikutustilanteet heidän kanssaan avoimiksi. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että he suhtautuivat potilaaseen tasavertaisesti päihdeongelmasta huolimatta. Reilu kaksi kolmasosaa vastaajista oli mielestään ymmärtäväisiä päihdepotilasta kohtaan. Vastaajista suurin osa ilmoitti antavansa tukea päihdepotilaalle tarvittaessa sekä kunnioittavansa päihdepotilaita työssään. Vain hieman yli puolet vastaajista koki hoitosuhteet riittävän pitkiksi. Suurimman osan mielestä hoitotyö päihdepotilaan kanssa on asiakaslähtöistä. Noin kolmasosa vastaajista koki, ettei osaa antaa tarvittaessa tietoa potilaalle päihde-

riippuvuudesta. Vain hieman yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että osaa antaa tarvittaessa tietoa paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoidossa. Kyselyyn vastanneista puolet olivat kokeneet osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Prosenttijakaumina hoitaja ja päihdepotilaan hoitosuhde (N=51)

Hoitaja ja päihdepotilaan hoitosuhde	Täysin tai melko samaa mieltä	Melko tai täysin eri mieltä
Koen olevani kannustava vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa.	78%	22%
Koen vuorovaikutustilanteet avoimiksi päihdepotilaiden kanssa.	73%	27%
Suhtaudun potilaaseen tasavertaisesti huolimatta hänen päihdeongelmasta.	86%	14%
Olen ymmärtäväinen päihdepotilasta kohtaan.	71%	29%
Annan tukea päihdepotilaalle tarvittaessa.	88%	12%
Kunnioitan päihdepotilaita työssäni.	82%	18%
Koen hoitosuhteet riittävän pitkiksi.	59%	41%
Työni päihdepotilaan kanssa on asiakaslähtöistä.	86%	14%
Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle päihderiippuvuudesta.	69%	31%
Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoidossa.	55%	45%
Koen osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa.	50%	50%

Kun verrattiin eri työtehtävissä olevien vastaajien kokemuksia hoitajan ja päihdepotilaan hoitosuhteen merkityksestä, suurin osa sairaanhoitajista ja kaikki osastonhoitajat kokivat olevansa kannustavia vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaan kanssa. Lähi- tai perushoitajista oli vastannut myöntävästi vain reilu puolet vastaajista. Hieman alle puolet sairaanhoitajista ja kolme neljäsosaa lähi- tai perushoitajista koki hoitosuhteet päihdepotilaan kanssa riittävän pitkiksi. Osastonhoitajista kaikki vastasivat myönteisesti. Hieman yli puolet lähi- tai perushoitajista osasi antaa tarvittaessa potilaalle tietoa päihderiippuvuudesta. Yli kolme neljäsosaa sairaanhoitajista ja kaikki osastonhoitajista oli vastannut osaavansa antaa tietoa päihderiippuvuudesta. Yli puolet sairaanhoitajista koki osaavansa antaa tietoa potilaalle paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoidossa, kun taas alle puolet lähi- tai perushoitajista oli sitä mieltä, että osaavat antaa tietoa hoitomahdollisuuksista potilaalle. Osastonhoitajien vastaukset jakoutuivat tässä puoliksi. Lähes kolme neljäsosaa lähi- tai perushoitajista ja puolet osastonhoitajista kokivat osaamattomuutta päihdepotilaan hoidossa. Sairanhoitajista osaamattomuutta päihdepotilaan hoidossa koki vain reilu kolmannessa vastaajista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ristiintaulukoituna hoitajan ja päihdepotilaan hoitosuhteen merkitys päihdepotilaan hoitotyössä työtehtävittäin (N=51)

Hoitajan ja päihdepotilaan hoitosuhteen merkitys päihdepotilaan hoitotyössä.	Sairaanhoitaja n=26	Lähi- tai perushoitaja n=23	Osastonhoitaja n=2
Koen olevani kannustava vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	81%	73%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	19%	27%	0%
Koen vuorovaikutustilanteet avoimiksi päihdepotilaiden kanssa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	80%	61%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	20%	39%	0%
Suhtaudun potilaaseen tasavertaisesti huolimatta hänen päihdeongelmasta.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	88%	83%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	12%	17%	0%
Olen ymmärtäväinen päihdepotilasta kohtaan.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	69%	74%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	31%	26%	50%
Annan tukea päihdepotilaalle tarvittaessa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	85%	91%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	15%	9%	0%
Kunnioitan päihdepotilaita työssäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	85%	78%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	15%	22%	0%
Koen hoitosuhteet riittävän pitkiksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	46%	70%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	54%	30%	0%
Työni päihdepotilaan kanssa on asiakaslähtöistä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	88%	83%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	12%	17%	0%
Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle päihderiippuvuudesta.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	77%	57%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	23%	43%	0%
Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoidossa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	43%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	35%	57%	50%
Koen osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	35%	68%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	65%	32%	50%

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä mikä helpottaisi heidän työskentelyään päihdepotilaiden kanssa. Vastauksista ilmeni, että **riittävät resurssit** eli henkilökunnan riittävä määrä olisi vastaajista tärkeää. Vastaajat kokivat oman **osaamisen** tärkeäksi päihdepotilaiden hoidossa. Vastaajat lisäisivät osamista säännöllisillä koulutuksilla ja lisätiedolla. Vastaajat toivoivat myös selkeitä **toimintamalleja**. He toivoivat ohjeistuksia osastoille esimerkiksi päihdepotilaille tarjolla olevista palveluista ja päihdepotilaan hoitopolusta. Vastaajat toivoivat lisäksi samansuuntaista hoitolinjaa ja yhtenäistä hoitokulttuuria. **Motivammatillinen yhteistyö** eli mahdollisuus konsultoida muita tuli esille vastauksissa. Vastaajat halusivat tehdä yhteistyötä päihdehoitotyön erityisosajien kanssa ja konsultoida tarvittaessa psykiatrista hoitajaa. Vastaajat kokivat **turvallisuuden** tärkeänä ja turvallinen työympäristö helpottaisi heidän työntekoaan. Osa vastaajista toivoi, että työturvallisuustekijöitä mietittäisiin ja turvallisuus varmistettaisiin kellon ympäri. Vastaajat toivoivat lisää **kokemusta** päihdepotilaiden hoidosta. Myös **hoitomyönteisyys** ja potilaan oma tahto ottaa vastaan hoitoa nousi esille työskentelyä helpottavana tekijänä. (Liite 4/1.)

Hoitajan asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen

Vastaajilta kysyttiin heidän asenteistaan päihdepotilaita kohtaan ja kokemuksestaan päihdepotilaan kohtaamisesta. Väittämässä käsiteltiin, millaisia tunteita ja asenteita päihdepotilaan kohtaamiseen voi liittyä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei tuomitse potilaita päihteiden käytöstä. Lähes kolmasosa vastaajista koki pelkoa ja vastenmielisyyttä hoitaessaan päihdeongelmaisia. Puolet vastaajista koki oman asenteen vaikuttaneen tapaansa kohdata päihdeongelmaisia. Reilulla puolella vastaajista päihteiden ongelmakäyttö herätti negatiivisia tunteita. Sen sijaan vastaajista hieman yli puolella taas päihteiden käyttäjä ei herättänyt negatiivisia tunteita. Vastaajista suurimman osan mielestä ei tuntunut väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista koki päihdeongelmaisen potilaan auttamisen mahdolliseksi. Vain muutama kertoi välttelevänsä päihdepotilaita työssään. Hieman yli puolet vastaajista koki, että omalla asenteella on ollut vaikutusta aktiivisuuteen ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi.

Puolet kyselyyn vastanneista koki tietonsa riittäviksi päihdeongelmaisen potilaan hoitoon. Puolet vastaajista koki taitonsa hoitaa päihdeongelmaista potilasta riittäviksi. Hieman alle puolet on huomannut syrjintää potilasta kohtaan,

kun tämän päihdeongelma on tullut ilmi. Valtaosa vastaajista on epäillyt potilaan päihteiden käyttöä hänen ulkoisen olemuksen perusteella. Valtaosan mielestä myös arvaamaton tai aggressiivinen käytös on herättänyt epäilyjä päihteiden ongelmakäytöstä. Suurimman osan mielestä potilaan lääkehakuisuus on herättänyt epäilyjä potilaan päihteiden ongelmakäytöstä. Lähes kaikki vastaajista kertoivat, että potilaan puheet ovat herättäneet epäilyjä päihteiden ongelmakäytöstä. Lähes neljäsosa vastaajista on käyttänyt kyselylomaketta (muu kuin AUDIT) potilaan päihdeongelman tunnistamisessa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Prosenttijakaumina asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen (N=51)

Asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen	Täysin tai melko samaa mieltä	Melko tai täysin eri mieltä
En tuomitse potilaita päihteiden käytöstä.	88%	12%
Tunnen pelkoa hoitaessani päihdeongelmaisia.	31%	69%
Tunnen vastenmielisyyttä hoitaessani päihdeongelmaisia.	24%	76%
Koen asenteeni vaikuttaneen tapaani kohdata päihdeongelmaisia.	46%	54%
Päihteiden ongelmakäyttö herättää minussa negatiivisia tunteita.	69%	31%
Päihteiden käyttäjä herättää minussa negatiivisia tunteita.	41%	59%
Minusta tuntuu väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus.	16%	84%
Koen päihdeongelmaisen potilaan auttamisen mahdolliseksi.	61%	39%
Välttelen päihdepotilaita työssäni.	4%	96%
Koen, että omalla asenteellani on ollut vaikutusta aktiivisuuteeni ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi.	59%	41%
Koen, että minulla on riittävät tiedot hoitaa päihdeongelmaista potilasta.	45%	55%
Koen taitoni hoitaa päihdeongelmaisia potilaita riittäviksi.	53%	47%
Olen huomannut syrjintää potilasta kohtaan, kun hänen päihdeongelmansa on tullut ilmi.	43%	57%
Olen epäillyt potilaan päihteiden käyttöä ulkoisen olemuksen perusteella.	88%	12%
Potilaan arvaamaton ja/tai aggressiivinen käytös on herättänyt epäilyni päihteiden ongelmakäytöstä.	86%	14%
Potilaan lääkehakuisuus on herättänyt epäilyni potilaan päihteiden ongelmakäytöstä.	88%	12%
Potilaan puheet ovat herättäneet epäilyni päihteiden ongelmakäytöstä.	92%	8%
Olen käyttänyt kyselylomaketta (muu kuin AUDIT) potilaan päihdeongelman tunnistamisessa.	22%	78%

Kun verrattiin eri työtehtävissä olevien vastaajien asenteita ja päihdepotilaan kohtaamiseen liittyviä kokemuksia, päihteiden ongelmakäyttö oli herättänyt negatiivisia tunteita lähes neljässä viidestä lähi- tai perushoitajasta, kun sairaanhoitajissa negatiivisia tunteita oli kokenut noin kaksi kolmasosaa ja osastonhoitajista puolet oli kokenut niin. Myös päihteiden käyttäjä oli herättänyt yli

puolessa lähi- tai perushoitajista negatiivisia tunteita, kun taas sairaanhoitajissa vain noin kolmannes oli tätä mieltä. Osastonhoitajista kukaan ei ollut sitä mieltä, että päihdeiden käyttäjä herättäisi heissä negatiivisia tunteita. Sairaanhoitajista melkein kolmannes oli sitä mieltä, että heistä on tuntunut väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus. Osastonhoitajista kukaan ei ollut kokenut niin ja lähi- tai perushoitajista vain muutama oli sitä mieltä.

Sairaanhoitajista lähes kolme neljäsosaa koki, että omalla asenteella on ollut vaikutusta aktiivisuuteen ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi. Hieman yli puolet vastanneista lähi- tai perushoitajista taas oli sitä mieltä, ettei omalla asenteella ole ollut vaikutusta potilaan päihdeongelman puheeksiottoon. Osastonhoitajien mielipiteet jakoutuivat tässä puoliksi. Sairaanhoitajista hieman yli puolet ja osastonhoitajista puolet kokivat, että heillä on riittävät tiedot hoitaa päihdeongelmaisia potilaita, kun lähi- tai perushoitajat pitivät osaamistaan heikompana ja vain noin kaksi viidesosaa koki taitonsa riittäviksi. Kukaan osastonhoitajista ei ollut huomannut syrjintää potilasta kohtaan potilaan päihdeongelman tullessa ilmi, kun noin kolmannes lähi- tai perushoitajista ja yli puolet sairaanhoitajista oli huomannut syrjintää. Kaikki osastonhoitajat ja lähes kaikki lähi-tai perushoitajat olivat sitä mieltä, että potilaan arvaamaton/ ja tai aggressiivinen käytös on herättänyt epäilyjä päihdeiden ongelmakäytöstä. Sairaanhoitajista sitä mieltä oli hieman yli kolme neljäsosaa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Ristiintaulukoituna asenteiden ja päihdepotilaan kohtaamisen merkitys päihdepotilaan hoitotyössä työtehtävittäin (N=51)

Asenteiden ja päihdepotilaan kohtaamisen merkitys päihdepotilaan hoitotyössä.	Sairaanhoitaja n=25-26	Lähi- tai perushoitaja n=22-23	Osastonhoitaja n=2
En tuomitse potilaita päihdeiden käytöstä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	92%	83%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	8%	17%	0%
Tunnen pelkoa hoitaessani päihdeongelmaisia.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	27%	35%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	32%	65%	50%
Tunnen vastenmielisyyttä hoitaessani päihdeongelmaisia.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	19%	30%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	81%	70%	100%
Koen asenteeni vaikuttaneen tapaan kohdata päihdepotilaita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	50%	41%	50%

Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	50%	69%	50%
Päihteiden ongelmakäyttö herättää minussa negatiivisia tunteita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	62%	78%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	38%	22%	50%
Päihteiden käyttäjä herättää minussa negatiivisia tunteita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	30%	57%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	70%	43%	100%
Minusta tuntuu väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	27%	4%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	73%	96%	100%
Koen päihdeongelmaisen potilaan auttamisen mahdolliseksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	52%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	39%	47%	0%
Välttelen päihdepotilaita työssäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	4%	4%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	96%	96%	100%
Koen, että omalla asenteellani on ollut vaikutusta aktiivisuuteeni ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	69%	48%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	31%	52%	50%
Koen, että minulla on riittävät tiedot hoitaa päihdeongelmaista potilasta.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	54%	35%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	46%	65%	50%
Koen taitoni hoitaa päihdeongelmaisia potilaita riittäviksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	39%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	35%	61%	50%
Olen huomannut syrjintää päihdeongelmaisia potilaita kohtaan, kun hänen päihdeongelmansa on tullut ilmi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	54%	35%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	46%	65%	100%
Olen epäillyt potilaan päihteiden käyttöä ulkoisen olemuksen perusteella.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	81%	96%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	19%	4%	0%
Potilaan arvaamaton ja/tai aggressiivinen käytös on herättänyt epäilyni päihteiden ongelmakäytöstä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	77%	96%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	23%	4%	0%
Potilaan lääkehakuisuus on herättänyt epäilyni potilaan päihteiden ongelmakäytöstä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	88%	86%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	12%	14%	0%
Potilaan puheet ovat herättäneet epäilyni päihteiden ongelmakäytöstä.			

Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	96%	87%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	4%	13%	0%
Olen käyttänyt kyselylomaketta (muu kuin AUDIT) potilaan päihdeongelman tunnistamisessa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	28%	13%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	72%	87%	50%

Päihdeongelman puheeksiotto

Vastaajilta kysyttiin heidän kokemuksistaan potilaan päihdeongelman puheeksiotosta ja mini-intervention sekä AUDIT- testin käytöstä. Väittämässä käsiteltiin muun muassa vastaajien aktiivisuutta ottaa päihdeongelma puheeksi sekä puheeksiottoon liittyvistä tuntemuksista. Hieman yli puolet kyselyyn vastanneista kertoo kysyneensä potilaan päihteiden käytön syistä ja etteivät kokeneet potilaan päihdeongelman puheeksiottoa vaikeana. Yli puolet vastaajista oli kokenut ajanpuutteen olevan esteenä potilaan päihdeongelman puheeksiotossa, kun taas reilu kaksi viidesosaa vastaajista oli kokenut osaamisensa riittämättömäksi päihdeongelman puheeksiotossa. Yli puolet vastaajista ei pelännyt loukkaavansa potilasta ottaessaan hänen päihdeongelmansa puheeksi. Noin kolmannes vastaajista kertoi välttelevänsä potilaiden kanssa päihteiden käytöstä puhumista ja reilu kaksi kolmasosaa vastaajista ei kysynyt aktiivisesti potilailta heidän päihteiden käytöstään. Vajaa neljä viidesosaa vastaajista mielsivät puheeksioton osaksi työtään, ja noin puolet heistä kokivat päihteiden käytöstä puhumisen luontevaksi. Vain alle kolmannes vastaajista oli kokenut pelkoa, että päihdeongelman puheeksioton ajankohta on väärä. Reilu kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista ei ollut kokenut epäonnistumista tai sääliä päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli eri mieltä siitä, että potilaan päihdeongelmasta kysyminen on puuttumista hänen yksityisasioihinsa. Vain yksi viidestä vastaajasta oli kokenut päihdeongelman puheeksioton herättäneen negatiivisia tunteita, kun taas kaksi viidestä vastaajasta mielsi tilanteet kiusallisiksi. Hieman yli puolet vastaajista kertoi kokeneensa turhautumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista koki, ettei osaa käyttää mini-interventiota työssään, ja vajaa puolet koki sen käytön vaikeaksi. Vain noin neljäsosa vastaajista oli käyttänyt aktiivisesti AUDIT-testiä

alkoholin suurkulutuksen seulonnassa. Kuitenkin noin puolet kyselyyn vastanneista piti AUDIT-testiä hyödyllisenä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa ja noin kolme neljäsosaa kaikista vastaajista piti AUDIT-testiä hyvänä keskustelun herättäjänä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa. Noin kaksi viidesosaa vastaajista oli käyttänyt alkometriä potilaan päihtymystilan havaitsemiseksi. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Prosenttijakaumina puheeksiotto, mini-intervention ja AUDIT-testin käyttö (N=51)

Puheeksiotto, mini-intervention ja AUDIT-testin käyttö	Täysin tai melko samaa mieltä	Melko tai täysin eri mieltä
Olen kysynyt potilaan päihteiden käytön syistä.	55%	45%
Koen potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi.	45%	55%
Koen ajanpuutteen esteenä potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.	57%	43%
Koen osaamiseni riittämättömäksi potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.	43%	57%
Pelkään loukkaavani potilasta, jos otan päihdeongelman puheeksi.	41%	59%
Välttelen potilaiden kanssa päihteiden käytöstä puhumista.	29%	71%
Kysyn aktiivisesti potilailta päihteiden käytöstä.	29%	71%
Koen puheeksioton osaksi työtäni.	78%	22%
Koen päihteiden käytöstä puhumisen luontevaksi.	49%	51%
Olen kokenut pelkoa siitä, että potilaan päihdeongelman puheeksioton ajankohta on väärä.	27%	73%
Olen kokenut epäonnistumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	27%	73%
Olen kokenut sääliä päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	22%	78%
Mielestäni päihdeongelmasta kysyminen on puuttumista potilaan yksityisasioihin.	18%	82%
Päihdeongelman puheeksiotto herättää minussa kielteisiä tunteita.	20%	80%
Koen päihdeongelman puheeksioton kiusalliseksi.	40%	60%
Olen kokenut turhautumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	55%	45%
Koen osaavani käyttää mini-interventiota työssäni.	32%	68%
Koen mini-intervention käytön vaikeaksi.	46%	54%
Olen käyttänyt aktiivisesti AUDIT-testiä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa.	24%	76%
Koen AUDIT-testin hyödylliseksi alkoholin suurkulutuksen seulonnassa.	48%	52%
Koen, että AUDIT-testi on hyödyllinen keskustelun herättäjä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa.	74%	26%
Olen käyttänyt alkometriä päihtymystilan havaitsemiseksi.	39%	61%

Kun työtehtävän mukaan verrattiin vastauksia puheeksioton, mini-intervention ja AUDIT-testin käytöstä päihdepotilaan hoitotyössä, joitakin eroja näkyi vastauksissa. Sairaanhoitajista kolme viidestä oli kysynyt potilaalta päihteiden käytön syistä, kun taas osastonhoitajista kaikki kertoivat tehneensä niin. Lähi- tai perushoitajista vain noin kaksi viidesosaa oli kysynyt potilaan päihteiden käytön syistä. Potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi oli kokenut

puolet vastanneista osastonhoitajista ja yli kolme viidestä lähi- tai perushoitajasta. Sairaanhoitajista vain alle kolmannes oli mieltänyt potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi. Osaamisensa riittämättömäksi potilaan päihdeongelman puheeksiotossa oli kokenut selvästi yli puolet vastanneista lähi- tai perushoitajista, kun osastonhoitajista kukaan ei kokenut niin ja sairaanhoitajista vain yksi kolmesta oli sitä mieltä.

Vain alle viidennes vastanneista sairaanhoitajista oli pelännyt loukkaavansa potilasta, jos ottaisi tämän päihdeongelman puheeksi. Osastonhoitajista taas puolet ja lähi-tai perushoitajista selvästi yli puolet oli pelännyt loukkaavansa potilasta ottaessaan puheeksi potilaan päihdeongelman. Suurin osa sairaanhoitajista kertoi, ettei ollut vältellyt potilaan kanssa päihteiden käytöstä puhumista, kun lähi- tai perushoitajista hieman alle puolet olivat tehneet niin. Osastonhoitajista kukaan ei ollut vältellyt päihteiden käytöstä puhumista potilaan kanssa. Osastonhoitajista kaikki myös kertoivat kysyneensä aktiivisesti potilaalta päihteiden käytön syistä, kun taas sairaanhoitajista vain noin kaksi viidesosaa ja lähi- tai perushoitajista reilu yksi kymmenestä vastaajasta oli ollut aktiivinen päihteiden käytön syistä kysymisessä. Suurin osa sairaanhoitajista ja kaikki osastonhoitajat mielsivät puheeksioton osaksi työtään. Sen sijaan lähi- tai perushoitajista vain kolme viidestä ajatteli puheeksioton kuuluvan työnkuvaansa. Lähi- tai perushoitajista kolme neljäsosaa vastanneista ei kokenut päihteiden käytöstä puhumista luontevaksi, kun osastonhoitajista puolet ja sairaanhoitajista selvästi yli kolme viidesosaa piti luontevana puhua päihteiden käytöstä.

Pelkoa väärästä päihdeongelman puheeksioton ajankohdasta oli kokenut melkein puolet kyselyyn vastanneista lähi-tai perushoitajista, kun kukaan osastonhoitajista ja vain noin yksi kuudesta sairaanhoitajasta oli kokenut niin. Sen sijaan puolet osastonhoitajista kuin myös kaksi viidestä lähi- tai perushoitajasta oli kokenut epäonnistumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa. Sairaanhoitajista taas vain yksi kuudesta oli kokenut epäonnistumista puheeksiottotilanteissa. Noin kolmannes lähi- tai perushoitajista oli sitä mieltä, että päihdeongelman puheeksiotto oli herättänyt kielteisiä tunteita. Sairaanhoitajista suurin osa ei ollut kokenut kielteisiä tunteita ottaessaan päihdeongelman puheeksi ja osastonhoitajista kukaan ei ollut kokenut niin. Myös päihdeongelman puheeksioton kiusalliseksi oli kokenut lähes kolme neljästä vastanneesta lähi- tai perushoitajasta, kun sairaanhoitajista vain yksi viidestä oli kokenut niin.

Osastonhoitajista kukaan ei ollut kokenut päihdeongelman puheeksiottoa kiu-sallisena. Hieman yli kaksi viidestä sairaanhoitajasta koki osaavansa käyttää mini-interventiota työssään, kun lähi- tai perushoitajista vain yksi viidestä oli sitä mieltä. Osastonhoitajien kokemukset jakoutuivat tässä puoliksi. Kaikki osastonhoitajat ja suurin osa sairaanhoitajista piti AUDIT-testiä hyödyllisenä keskustelun herättäjänä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa, kun vain kolme viidestä lähi- tai perushoitajasta oli sitä mieltä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ristiintaulukoituna puheeksioton, mini-intervention ja AUDIT-testin käytön merkitys päihdepotilaan hoitotyössä työtehtävittäin (N=51)

Puheeksioton, mini-intervention ja AUDIT- testin käytön merkitys päihdepotilaan hoitotyössä.	Sairaanhoitaja n=26	Lähi- tai perushoitaja n=21-23	Osastonhoitaja n=2
Olen kysynyt potilaan päihteiden käytön syistä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	62%	43%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	38%	57%	0%
Koen potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	27%	65%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	73%	35%	50%
Koen ajanpuutteen esteenä potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	54%	57%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	46%	43%	0%
Koen osaamiseni riittämättömäksi potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	31%	61%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	69%	39%	100%
Pelkään loukkaavani potilasta, jos otan päihdeongelman puheeksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	19%	65%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	81%	35%	50%
Välttelen potilaiden kanssa päihteiden käytöstä puhumista.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	19%	43%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	81%	57%	100%
Kysyn aktiivisesti potilailta päihteiden käytöstä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	38%	13%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	62%	87%	0%
Koen puheeksioton osaksi työtäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	92%	61%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	8%	39%	0%
Koen päihteiden käytöstä puhumisen luontevaksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	30%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	35%	70%	50%
Olen kokenut pelkoa siitä, että päihdeongelman puheeksioton ajankohta on väärä.			

Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	15%	43%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	85%	57%	100%
Olen kokenut epäonnistumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	15%	39%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	85%	61%	50%
Olen kokenut sääliä päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	19%	26%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	81%	74%	100%
Mielestäni päihdeongelmasta puhuminen on puuttumista potilaan yksityisasioihin.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	12%	22%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	88%	78%	50%
Päihdeongelman puheeksiotto herättää minussa kielteisiä tunteita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	12%	30%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	88%	70%	100%
Koen päihdeongelman puheeksioton kiusalliseksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	19%	68%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	81%	32%	100%
Olen kokenut turhautumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	58%	48%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	42%	52%	0%
Koen osaavani käyttää mini-interventiota työssäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	42%	18%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	58%	82%	50%
Koen mini-intervention käytön vaikeaksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	40%	52%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	60%	48%	50%
Olen käyttänyt aktiivisesti AUDIT-testiä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	27%	17%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	73%	83%	100%
Koen AUDIT-testin hyödylliseksi alkoholin suurkulutuksen seulonnassa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	48%	48%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	52%	52%	100%
Koen, että AUDIT-testi on hyödyllinen keskustelun herättäjä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	84%	61%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	16%	39%	0%
Olen käyttänyt alkometriä päihtymystilan havaitsemiseksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	38%	43%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	62%	57%	100%

9.3 Päihdepotilaan vaikutus turvallisuuteen hoitotyössä

Turvallisuus päihdehoitotyössä

Vastaajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan päihdehoitotyön turvallisuudesta. Väittämissä käsiteltiin, miten päihdepotilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä ja mitä turvallisuutta vaarantavia riskejä päihdepotilaan hoitotyöhön liittyy. Kolme neljäsosaa vastaajista kertoi kohtaavansa työssään usein levottomia päihdeongelmaisia potilaita. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi kohtaavansa työssään usein aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita. Vain muutama vastaajista koki, että päihdepotilas ei tuo levottomuutta osastolle. Valtaosa vastaajista koki, että potilaan päihteiden käyttö on lisännyt tämän aggressiivisuutta. Hieman alle puolet vastaajista oli kokenut ahdistusta tai pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen. Vain viidennes oli kokenut unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen. Puolet vastaajista oli kokenut pelon tai turvattomuuden tunteita kohdatessaan päihtyneitä asiakkaita.

Yli puolet vastaajista koki, että lähiesimiehen tuki on vaikuttanut positiivisesti jaksamiseen työskenneltäessä päihdepotilaiden kanssa. Vain muutama vastaajista ei kokenut päihtyneiden potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä. Suurin osa koki päihteitä käyttävien potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä. Lähes kaikki vastaajista koki päihtyneen potilaan olevan riski työturvallisuudelle ja muiden potilaiden turvallisuudelle. Suurin osa koki kiireen olevan riskitekijä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille. Neljännes vastaajista ei kokenut vähäisen vakihenkilökuntamäärän lisäävän riskiä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille. Valtaosa vastaajista koki ilta- tai yöajan olevan riski päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille. Puolet vastaajista koki päihdepotilaiden mahdolliset tarttuvat taudit riskinä omalle turvallisuudelleen. Hieman yli puolet vastaajista koki tietonsa päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi. Kolme neljäsosaa vastaajista koki lisäkoulutuksen tarpeelliseksi väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyen. Lähes jokainen vastaajista kertoi, ettei ole omalla käytöksellään provosoinut potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Hieman yli puolet vastaajista oli kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssään. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista ei ollut kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssään. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Prosenttijakaumina turvallisuus päihdehoitotyössä (N=51)

Turvallisuus päihdehoitotyössä	Täysin tai melko samaa mieltä	Melko tai täysin eri mieltä
Kohtaan työssäni usein levottomia päihdeongelmaisia potilaita.	76%	24%
Kohtaan työssäni usein aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita.	61%	39%
Koen päihdepotilaan tuovan levottomuutta osastolle.	94%	6%
Koen, että potilaan päihteiden käyttö on lisännyt hänen aggressiivisuuttaan.	82%	18%
Olen kokenut ahdistusta uhkaavien tilanteiden jälkeen.	43%	57%
Olen kokenut pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen.	41%	59%
Olen kokenut unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen.	18%	82%
Olen kokenut pelon ja/tai turvattomuuden tunteita kohdatessani päihtyneitä asiakkaita.	53%	47%
Lähiesimieheni tuki on vaikuttanut positiivisesti jaksamiseen päihdepotilaiden kanssa työskenneltäessä.	61%	39%
Koen päihtyneiden potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.	96%	4%
Koen päihteitä käyttävien potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.	90%	10%
Koen päihtyneen potilaan olevan riski työturvallisuudelle.	96%	4%
Koen päihtyneen potilaan olevan riski muiden potilaiden turvallisuudelle.	96%	4%
Koen kiireen olevan riskitekijä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	84%	16%
Koen vähäisen vakihenkilökuntamäärän lisäävän riskiä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	76%	24%
Koen ilta- ja/tai yöajan olevan riski päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	94%	6%
Koen päihdepotilaiden mahdolliset tarttuvat taudit riskinä omalle turvallisuudelleni.	53%	47%
Koen tietoni päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi.	55%	45%
Koen tarpeelliseksi lisäkoulutuksen väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyen.	75%	25%
Koen, että omalla käytökselläni olen provosoinut potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen.	8%	92%
Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssäni.	57%	43%
Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssäni.	38%	62%

Kun huomioitiin vastaajan työtehtävä ja verrattiin saatuja vastauksia turvallisuuden merkityksestä päihdepotilaan hoitotyössä, lähes kaikki sairaanhoitajista sekä lähi- tai perushoitajista ja kaikki osastonhoitajista kokivat päihdepotilaan tuovan levottomuutta osastolle. Kaikki osastonhoitajista ja puolet sairaanhoitajista oli kokenut ahdistusta uhkaavien tilanteiden jälkeen. Vain kolmannes lähi- tai perushoitajista oli vastannut myöntävästi. Reilu puolet sairaanhoitajista oli kokenut pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen ja vain viidennes lähi- tai perushoitajista oli samaa mieltä. Myös kaikki osastonhoitajat olivat kokeneet

pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen. Unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen oli kokenut vain muutama lähi- tai perushoitajista ja noin neljäsosa sairaanhoitajista. Osastonhoitajista kaikki olivat kokeneet unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen. Reilusti yli puolet sairaanhoitajista ja kaikki osastonhoitajista olivat tunteneet pelon tai turvattomuuden tunteita kohdatessaan päihtyneitä asiakkaita. Alle puolella lähi- tai perushoitajista oli samanlaisia kokemuksia.

Lähes kaikki sairaanhoitajista ja lähi- tai perushoitajista ja kaikki osastonhoitajista kokivat päihtyneiden potilaiden lisäävän uhkaavat tilanteen riskiä. Kaikki osastonhoitajista ja sairaanhoitajista kokivat päihtyneen potilaan olevan riski muiden potilaiden turvallisuudelle. Lähi- tai perushoitajista samaa mieltä oli reilu kolme neljäsosaa. Kaikki osastonhoitajat ja suurin osa lähi- tai perushoitajista ja sairaanhoitajista olivat sitä mieltä, että vähäinen vakihenkilökuntamäärä lisää riskiä päihdepotilaiden aiheuttamille uhkatilanteille. Kukaan osastonhoitajista ei kokenut päihdepotilaan mahdollisia tarttuvia tauteja riskinä omalle turvallisuudelle, kun taas puolet lähi- tai perushoitajista ja yli puolet sairaanhoitajista kokivat.

Suurin osa lähi- tai perushoitajista ja hieman yli puolet sairaanhoitajista kokivat lisäkoulutuksen tarpeelliseksi väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta. Myös osastonhoitajat kokivat yksimielisesti lisäkoulutuksen tarpeelliseksi. Kaikki osastonhoitajista ja lähi- tai perushoitajista olivat sitä mieltä, että eivät olleet provosoineet päihdepotilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen omalla käytöksellään. Myös sairaanhoitajista suurin osa oli samaa mieltä. Kaikki osastonhoitajista ja hieman yli puolet sairaanhoitajista olivat kokeneet päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssään. Hieman alle puolet lähi- tai perushoitajista oli kokenut henkistä väkivaltaa työssään. Päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssään oli kokenut lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajista ja reilusti alle puolet lähi- tai perushoitajista. Osastonhoitajista seksuaalista vihjailua oli kokenut kaikki vastaajista. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Ristiintaulukoituna turvallisuuden merkitys päihdepotilaan hoitotyössä työtehtävittäin (N=51)

Turvallisuuden merkitys päihdepotilaan hoitotyössä.	Sairanhoitaja n=25-26	Lähi- tai perushoitaja n=22-23	Osastonhoitaja n=2
	Kohtaan työssäni usein levottomia päihdeongelmaisia potilaita.		

Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	81%	74%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	19%	26%	50%
Kohtaan työssäni usein aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	69%	52%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	31%	48%	50%
Koen päihdepotilaan tuovan levottomuutta osastolle.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	92%	96%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	8%	4%	0%
Koen, että potilaan päihteiden käyttö on lisännyt hänen aggressiivisuuttaan.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	77%	87%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	23%	13%	0%
Olen kokenut ahdistusta uhkaavien tilanteiden jälkeen.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	50%	30%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	50%	70%	50%
Olen kokenut pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	54%	22%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	46%	78%	0%
Olen kokenut unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	23%	4%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	77%	96%	0%
Olen kokenut pelon ja/tai turvattomuuden tunteita kohdatessani päihtyneitä asiakkaita.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	62%	39%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	38%	61%	0%
Lähiesimieheni tuki on vaikuttanut positiivisesti jaksamiseen päihdepotilaiden kanssa työskenneltäessä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	57%	50%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	35%	43%	50%
Koen päihtyneiden potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	96%	95%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	4%	5%	0%
Koen päihteitä käyttävien potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	96%	83%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	4%	17%	0%
Koen päihtyneen potilaan olevan riski työturvallisuudelle.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	100%	91%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	0%	9%	0%
Koen päihtyneen potilaan olevan riski muiden potilaiden turvallisuudelle.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	100%	78%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	0%	22%	0%

Koen kiireen olevan riskitekijä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	88%	78%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	12%	22%	0%
Koen vähäisen vakihenkilökuntamäärän lisäävän riskiä päihdepotilaiden aiheuttamille uhkatilanteille.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	80%	70%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	20%	30%	0%
Koen ilta- ja/tai yöajan olevan riski päihdepotilaiden aiheuttamille uhkatilanteille.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	96%	91%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	4%	9%	0%
Koen päihdepotilaan mahdolliset tarttuvat taudit riskinä omalle turvallisuudelleni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	62%	48%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	38%	52%	100%
Koen tietoni päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	54%	52%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	46%	48%	0%
Koen tarpeelliseksi lisäkoulutuksen väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyen.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	65%	83%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	35%	17%	0%
Koen, että omalla käytökselläni olen provosoinut potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	15%	0%	0%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	85%	100%	100%
Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	62%	48%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	38%	52%	0%
Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssäni.			
Täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä	68%	39%	100%
Täysin eri mieltä tai melko eri mieltä	32%	61%	0%

Kun vastaajilta kysyttiin, miten päihdepotilaiden kanssa työskentelyn turvallisuutta voitaisiin työyksikössäsi parantaa, monissa vastauksissa esille nousi **riittävät resurssit**. Vastaajat toivoivat, että henkilökuntaa olisi riittävä määrä työvuorossa ja aina yövuorossa olisi vähintään kaksi hoitajaa. Osa vastaajista toivoi, että hoitohenkilöstön määrää tarvittaessa lisättäisiin ja varsinkin yövuoroihin tulisi lisää henkilökuntaa. Osan vastaajien mielestä tärkeää olisi, ettei yksin työskenneltäisi. **Vartiointi** nostettiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Vartijan läsnäolon yksikössä koettiin rauhoittavan ympäristöä ja vartijan toivot-

tiin olevan saatavilla ainakin ilta- ja yöaikana. Vastaajat kokivat oikean **lääkehoidon toteuttamisen** olevan turvallisuuden kannalta tärkeää. Potilaan riittäväällä lääkityksellä estettäisiin deliriumia ja ehkäistäisiin vieroitusoireita. Lääkärin määräykset lääkitykseen ja riittävä tarvittava lääkitys potilaalle lisäisi osan vastaajien mielestä työskentelyn turvallisuutta. Vastaajat mielsivät **yhteiset pelisäännöt** ja yksikössä olevat käyttäytymissäännöt tärkeäksi. Potilaiden kanssa olisi yhteiset pelaavat sopimukset ja pelisäännöt. Päihdepotilaiden kanssa keskusteltaisiin avoimesti ja asiallisesti sairaalan säännöistä sekä asetettaisiin rajat samalla tavalla kuin muillekin. Vastaajat nostivat tärkeäksi oikean **asennoitumisen**, johon liittyy avoin ja pelkäämätön asenne päihdepotilaiden kohtaamiseen. Tärkeänä koettiin myös se, ettei omalla käytöksellään provosoitaisi päihdepotilaiden käytöstä. Vastaajat kokivat henkilökunnan **osaamisen** tuovan turvallisuutta. Osaamista vastaajat lisäisivät tarvittavilla koulutuksilla esimerkiksi päihdepotilaiden hoidosta ja tiedolla päihteiden käytöstä. Osa vastaajista toivoi selviä ohjeita siitä, miten päihdepotilaiden kanssa toimitaan. Myös osaavien lääkäreiden merkitys turvallisuudelle tuli ilmi vastauksista. Turvallisuutta lisäisi vastaajien mielestä myös päihdepotilaiden hoitoon **soveltuva työympäristö**, jolloin tilat muovattaisiin päihdepotilaiden hoitoon sopivaksi. Vastaajien mielestä tilat tulisi muuttaa turvallisiksi ja osan vastaajien mielestä päihdepotilaat olisi hyvä sijoittaa pieniin huoneisiin, eikä isoja potilashuoneita olisi. Osa vastaajista myös toivoi, että potilaiden pääsy olisi estetty esimerkiksi keittiöön, kansliaan ja varastoihin. Vastaajat kokivat tarvittavat **apuvälineet** turvallisuuden lisäämiseksi tärkeänä. Välineiden oikea käyttö kuten hälyttymien käyttö sekä leposideluvat ongelmatilanteissa helpottaisivat turvallisuuden lisäämistä työyksikössä. (Liitteet 4/2 ja 4/3.)

9.4 Yhteenveto tuloksista

Hoitajan ja päihdepotilaan hoitosuhteen vastaajat kokivat pääsääntöisesti positiivisena. Vastauksista ilmeni hoitohenkilökunnan kokemus kyvystään kohdata päihdepotilaat tasavertaisina, tukea ja kunnioittaa heitä työssään. Osamattomuutta koettiin kuitenkin osan vastaajien mielestä päihdepotilaiden hoidossa ja jatkohoidon järjestämisessä. Kysyttäessä hoitohenkilökunnan asenteista ja kyvystä kohdata päihdepotilaita, jakautuivat vastaajien mielipiteet useammassa väittämässä. Pääsääntöisesti hoitajien asenteet olivat positiivisia ja päihdepotilaiden hoitamiseen suhtauduttiin avoimesti. Hoitohenkilökunta

oli vastauksissaan melko yksimielinen, kun kysyttiin päihdeongelman tunnistamisesta. Erilaiset asiat potilaan ulkoisessa olemuksessa tai käytöksessä olivat herättäneet vastaajissa epäilyjä potilaan päihdeongelmasta tai päihteiden käytöstä. Päihdeongelman puheeksiotosta kysyttäessä monet vastaajista mielsivät puheeksioton osaksi työtään. Enemmistö hoitajista ei vältellyt potilaan kanssa päihdeongelmasta puhumista, mutta ei myöskään aktiivisesti kysynyt potilaiden päihteiden käytöstä. Mini-intervention ja AUDIT-testin käyttö jakoi-ivat kumpikin vastaajien mielipiteitä.

Kun vastaajilta kysyttiin päihdehoitotyön turvallisuudesta, heistä suurin osa koki päihdepotilaan lisäävän levottomuutta osastolla. Enemmistö vastaajista kertoi myös kohtaavansa työssään usein levottomia ja aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita. Pääsääntöisesti vastaajat kokivat sekä päihtyneet että päihteitä käyttävät potilaat riskinä uhkaaville tilanteille ja päihtyneet potilaat koettiin myös riskinä työ- ja potilasturvallisuudelle. Vastaajista enemmistö tunnisti myös muita uhkatilanteiden riskitekijöitä, jotka ilmenivät kyselyn vastauksista. Hieman alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että tiedot päihteistä ja päihteiden käytöstä olivat puutteellisia ja enemmistö vastaajista koki tarpeelliseksi lisäkoulutuksen väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyen. Verrattaessa vastaajien kokemuksia työtehtävän mukaan oli vastauksissa joitakin eroja. Vastauksista esille nousi lähi-tai perushoitajien kokema heikompi osaaminen päihdehoitotyössä verrattaessa sairaanhoitajiin tai osastonhoitajiin.

Avoimien kysymysten vastauksista ilmeni riittävien resurssien merkitys sekä päihdepotilaiden kanssa työskentelyä helpottavana tekijänä että työskentelyn turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Vastaajat kokivat varsinkin henkilökunnan riittävän määrän tärkeäksi. Vastaajat nostivat esille myös henkilökunnan riittävän osaamisen, jota lisättäisiin tarvittavilla lisäkoulutuksilla, kun selvitettiin päihdepotilaiden kanssa sekä työskentelyä helpottavia asioita kuin myös turvallisuutta lisääviä asioita. Vastaajat toivoivat ennen kaikkea lisää tietoa sekä koulutuksia päihdepotilaista ja heidän kanssaan toimimisesta sekä selkeää hoitopolkua päihdepotilaille. Vastaajat toivoivat myös yhteisiä toimintamalleja ja pelisääntöjä eli selkeitä ohjeistuksia osastoille, jotka helpottaisivat päihdepotilaiden kanssa toimimista. Lisäksi vastauksista ilmeni tarve potilaiden ja henkilökunnan kesken toimiville yhteisille sopimuksille, jotka helpottaisivat yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja päihdepotilaiden välillä.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan kahdella sanalla; validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa onnistutaan mittaamaan haluttua asiaa ja kuinka hyvin tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin mittaria voidaan käyttää mittaamaan samoja asioita useampaan kertaan. (Heikkilä 2014, 176 - 178.) Validiteettia tarkasteltaessa tutkimuskysymyksemme nousivat pitkälti yhteistyötahon toiveista selvittää Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa päihdepotilaita, sillä päihdepotilaiden määrä on Karhulan sairaalassa viimeaikoina lisääntynyt. Yhteistyötaho halusi myös selvittää, vaikuttaako päihdepotilaiden lisääntynyt määrä osastoilla turvallisuuteen hoitotyössä. Teoreettisesta viitekehystä ja aikaisemmista tutkimuksista nousevat teemat kuvaavat päihdehoitotyössä keskeisiä asioita, jotka vaikuttavat hoitohenkilökunnan valmiuteen hoitaa päihdepotilaita. Hoitajan omiin valmiuksiin liittyvät hoitajan kyky luoda hyvä hoitosuhde potilaaseen, hoitajan omat asenteet ja kyky kohdata päihdepotilas sekä hoitajan taito ottaa puheeksi potilaan päihdeongelma. Kyselylomakkeen väittämällä pyrittiin mittaamaan juuri näitä asioita. Turvallisuuden liittyvät väittämät nousivat myös teoriasta ja aikaisemmista tutkimuksista. Tutkimuskysymykset esitettiin yhteistyötaholle ennen kuin tutkimusta vietiin eteenpäin, jotta tutkimuksen tulokset vastaisivat varmasti yhteistyötahon tarpeita.

Kyselylomake strukturoitiin ja mitattava asia muutettiin ymmärrettävään muotoon eli väittämiksi, jotta jokainen vastaaja ymmärtäisi ne samalla tavalla. Tutkimuksessa käytettävä kyselylomake esitettiin viidellä henkilöllä, jotta kyselylomake olisi varmasti selkeä ja ymmärrettävä, ja että vastausaika olisi kohtuullinen. Esitestauksesta saadun palautteen perusteella kyselylomake päätettiin pitämään ennallaan, sillä esitestauksen suorittajat pitivät kyselylomaketta selkeänä, väittämiä hyvin ymmärrettävinä ja vastaamiseen menevää aikaa sopivana. Väittämien yhteys kerrotaan muuttujaluettelossa, jolloin lukija voi tarkastaa väittämän takana olevan teoriapohjan.

Reliabiliteettia mietittäessä väittämät on luotu niin, etteivät ne sido juuri tiettyyn organisaatioon ja niitä voidaan käyttää myös muissa ympäristöissä mit-

taamaan samoja asioita kuin tämän opinnäytetyön kohteena olleessa organisaatiossa. Jos samalle tutkimusjoukolle tehtäisiin uudestaan sama kyselytutkimus myöhemmin, poikkeaisi mahdollisesti tutkimustulokset nykyisestä, kun hoitohenkilökunnalle olisi karttunut lisää kokemusta päihdepotilaista. Tällöin tutkimustulokset eivät olisi verrattavissa nykyisiin tutkimustuloksiin eikä reliabiliteetti toteutuisi hyvin.

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuuden kannalta tärkeää on, että tutkimuksen otos on riittävän suuri. Korkea vastausprosentti lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Heikkilä 2014, 15, 178; Vilkkä 2007, 13 - 14.) Tutkimuksen otoksena Karhulan sairaalan hoitohenkilökunta oli kohtuullinen määrältään. Koska tarkoituksena oli tutkia koko hoitohenkilökunta, se antoi mahdollisuuden suuremmalle otokselle, kuin tutkittaessa vain esimerkiksi yhden tai useamman osaston henkilökuntaa. Tutkimukseen vastasi yli puolet Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnasta, joille kysely lähetettiin. Vastausprosenttina 61 on hyvä ja se antaa osviittaa enemmistön hoitohenkilökunnan kokemuksista tutkimustuloksissa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää kahden tutkijan osallistuminen tutkimuksen tekoon ja tulosten analysointiin. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä nähdään tutkijoiden kokemattomuus ja ensikertalaisuus tutkimuksen teossa. Tuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida varsinkin kyselyyn osallistuneiden osastonhoitajien pieni määrä, joka todennäköisesti vaikuttaa heikentävästi ristiintaulukoiden luotettavuuteen ja yleistettävyyteen osastonhoitajien osalta.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyyttä on ajateltu työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimus aloitettiin vasta myönteisen tutkimusluvan (liite 5) jälkeen. Tämän työn tutkimuslupahakemus suunnattiin Kotkan kaupungin hyvinvointipalveluille. Hankittu teoriatieto perustui tieteellisiin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Kyselylomake on laadittu täysin tämän teoriatiedon pohjalta. Kysely lähetettiin linkkinä yhteyshenkilölle, joka lähetti sen sähköpostin välityksellä vastaajille. Kyselyyn vastattiin Webropol-ohjelman kautta, eikä ohjelmaan ole jäänyt mitään tietoja vastaajista. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, joten vastaajat ovat saaneet itse päättää vastaavatko kyselyyn.

Tutkimustulokset tulee kirjoittaa niin, etteivät ne kerro tutkittavista negatiiviseen sävyyn. Tutkittavien ihmisarvon huomioon ottaminen tulee esille tutkimusta suoritettaessa vastaajien itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena ja

tutkimuksesta aiheutuvan haitan välttämisenä. (Kuula 2006, 24, 58.) Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonymisti, joten tutkijat eivät tiedä ketkä hoitohenkilökunnasta siihen ovat vastanneet. Vastajat saivat myös valita mihin kysymykseen vastaavat ja haluavatko he vastata taustakysymyksiin. Tutkittavat ovat siis saaneet päättää mitä tietoja itsestään kertovat.

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukseen osallistuvilla täytyy antaa perustietoja tutkimuksesta, sen tekijöistä ja tietoa siitä mihin tutkimuksella saatavia tietoja käytetään. Vastajien yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa sitä, että he saavat itse päättää, mitä tietoja itsestään antavat tutkijoille. Tutkimustuloksista ei saa myöskään kirjoittaa niin, että yksittäisen vastaajan pystyy tunnistamaan. (Kuula 2006, 61 - 64; Vilkkä 2015, 47 - 48.)

Vastajille annettiin esitietoa tutkimuksesta ja kyselystä saatekirjeellä. Saatekirjeessä kerrottiin mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää ja annettiin myös tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot, johon voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Saatekirjeessä kerrottiin myös, kuinka kauan vastaamiseen kuluu aikaa. Vastajilta ei kysytty millä osastolla he työskentelevät, koska silloin yksittäinen vastaaja olisi ollut helposti tunnistettavissa. Näin pyrittiin kunnioittamaan heidän yksityisyytään. Tulokset ovat olleet vain tutkijoiden saatavilla ja ne on hävitetty analysoinnin jälkeen. Tutkimuksen tuloksia ei ole muokattu millään tavalla. Tulokset on esitetty niin että yksittäinen vastaaja ei voi tulla tunnistetuksi.

10.3 Tulosten vertaaminen aikaisempiin tutkimuksiin

Hoitaja ja hoitosuhde päihdehoitotyössä

Verratessa opinnäytetyön tuloksia hoitajan ja hoitosuhteen merkityksestä päihdepotilaan hoitotyössä aikaisempiin teoksiin, suurin osa vastaajista oli kokenut olevansa kannustava ja avoin vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaan kanssa. Sutisen (2010) mukaan vuorovaikutustilanteessa päihdepotilaan kanssa on tärkeää avoin ja kannustava ilmapiiri. Suurin osa vastaajista suhtautui potilaaseen tasavertaisesti huolimatta hänen päihdeongelmasta. Reilusti yli puolet vastaajista koki olevansa ymmärtäväinen päihdepotilasta kohtaan. Myös Sutisen mukaan ymmärtävä asenne on tärkeä kohdatessa päihdepotilasta. Sutisen mukaan hoitajan on tuettava päihdepotilasta. Lähes jokainen vastaajista kertoi antavansa tukea päihdepotilaalle tarvittaessa. Suurin osa vastaajista kertoi kunnioittavansa päihdepotilasta, myös Sutisen mukaan

on tärkeää, että hoitaja luo kunnioittavan hoitosuhteen. Vain hieman yli puolet vastaajista koki hoitosuhteet riittävän pitkiksi päihdepotilaan kanssa. Sutisen mukaan hoidossa olisi tärkeää riittävän pitkät hoitosuhteet. Havion ym. (2008) teoksessa mainittiin, että päihdehoitotyön hoitosuhde tulee olla asiakaslähtöinen. Suurin osa tämän työn kyselyyn vastaajista koki työnsä päihdepotilaan kanssa asiakaslähtöiseksi. Kolme neljästä koki osaavansa antaa tietoa päihderiippuvuudesta potilaalle. Havion ym. teoksen mukaan hoitajan tulee antaa tarvittaessa potilaalle tietoa ja ohjausta päihderiippuvuudesta. Vain puolet vastaajista koki osaavansa neuvoa potilasta paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoitoon liittyen. Havion ym. mukaan hoitajan tulee osata kertoa potilaalle eri hoitomahdollisuuksista. Puolet vastaajista koki osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa.

Hoitajan asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen

Kun verrattiin kyselyn tuloksia hoitohenkilökunnan asenteista ja päihdepotilaan kohtaamisesta aikaisempiin tutkimuksiin, päihdepotilas oli aiheuttanut kyselyn mukaan pelkoa ja turhautumista kolmasosassa vastaajista. Salaspuro (2009) oli maininnut, että päihdepotilaan hoitaminen voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa näitä tuntemuksia. Kuten Laitilan (2010) tutkimuksessa työntekijät olivat kertoneet omien asenteidensa vaikuttaneen tapaansa kohdata asiakkaita, myös Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnasta puolet kertoivat oman asenteensa vaikuttaneen päihdepotilaan kohtaamiseen. Laitila oli myös huomannut, että erityisesti negatiivisia asenteita liittyi sekä päihteiden ongelmakäyttöön että päihteiden käyttäjiin. Yli puolet tähän tutkimukseen osallistuneista oli kokenut päihteiden ongelmakäytön herättäneen negatiivisia tunteita. Sen sijaan yli puolet vastaajista eivät kuitenkaan kokeneet päihteiden käyttäjän herättäneen heissä negatiivisia tunteita. Sekä Laitilan että Crothersin ja Dorrianin (2011) tekemissä tutkimuksissa vastaajat ovat pohtineet, onko päihdeongelma itse aiheutettu ja tämä on vaikuttanut myös heidän asenteisiinsa. Suurin osa kyselyyn osallistuneista vastasi, ettei heistä tunnu väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus. Crothersin ja Dorrianin tutkimuksessa hoitajien asenteisiin olivat vaikuttaneet myös pohdinnat siitä, voiko päihdeongelmaista potilasta auttaa. Kysyttäessä vastaajilta tätä, selvästi yli puolet oli sitä mieltä, että päihdeongelmaisen potilaan auttaminen on mahdollista.

Havio ym. (1995) mainitsivat teoksessaan, että hoitajan kielteinen asenne saattaa johtaa siihen, että hän välttelee kokonaan päihdepotilaita työssään. Lähes kaikki opinnäytetyön kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, etteivät he välttele päihdepotilaita. Kuten Heikkilä (2012) kertoi hoitohenkilökunnan negatiivisen asenteen vaikuttaneen heidän aktiivisuuteensa kysyä potilaan päihteiden käytöstä, myös kyselyyn vastanneista selvästi yli puolet kokivat, että omalla asenteella on ollut vaikutusta ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi. Crothersin ja Dorrianin tutkimuksen mukaan hoitajilla oli riittävät tiedot ja taidot hoitaa päihdeongelmaista potilasta koulutuksen puutteesta huolimatta, mutta opinnäytetyön kyselyyn vastanneista yli puolet koki tietonsa päihdeongelmaisen potilaan hoidossa riittämättömiksi. Kuitenkin yli puolet vastaajista pitivät silti taitojaan riittävinä päihdepotilaan hoidossa. Hölttä (2006) mainitsi, että työntekijöiden asenteet ovat muuttuneet syrjiviksi asiakkaan päihdeongelman tullessa ilmi. Hieman alle puolet vastaajista oli huomannut syrjintää potilasta kohtaan, kun päihdeongelma oli tullut ilmi ja yli puolet vastaajista taas ei tunnistanut syrjintää esiintyneen.

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli epäillyt potilaan päihteiden käyttöä ulkoisen olemuksen perusteella. Kuussaari (2006) sekä Behm (2005) olivat molemmat maininneet tutkimuksissaan ulkonäön olleen keskeinen tekijä päihteiden käytön havaitsemisessa. Kuussaari mainitsi myös potilaan arvaamattoman tai aggressiivisen käytöksen sekä lääkehakuisuuden herättäneen henkilökunnan epäilyjä asiakkaan päihteiden käytöstä. Vastaajista suurin osa kertoi, että epäily potilaan päihteiden käytöstä oli herännyt samoista syistä mitä Kuussaaren tutkimuksessakin. Sekä Kuussaari että Behm kertoivat myös potilaan puheiden olleen päihteiden käytön epäilyn syynä tekemissään tutkimuksissa ja he mainitsivat henkilökunnan käyttäneen erilaisia kyselyjä päihdeongelman selvittämiseksi. Yli yhdeksän kymmenestä vastaajasta oli kokenut potilaan puheiden herättäneen epäilyjä päihteiden ongelmakäytöstä opinnäytetyössä. Vain yksi viidestä kyselyyn vastanneista oli käyttänyt jotain muuta kyselylomaketta (muu kuin AUDIT) päihdeongelman tunnistamisessa.

Päihdeongelman puheeksiotto

Verrattaessa opinnäytetyön tuloksia päihdeongelman puheeksiotosta aikaisempiin tutkimuksiin tässä opinnäytetyössä hieman alle puolet vastaajista oli

kokenut potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi ja osaamisensa puheeksiottoon riittämättömäksi. Vastaajat kokivat osaamisensa kuitenkin paremmaksi kuin Sutisen (2010) tutkimuksessa, jonka vastaajista vain reilu kolmasosa koki valmiutensa puheeksiottoon hyviksi tai Behmin (2015) väitöskirjassa, jossa suurin osa vastaajista koki puheeksiottotilanteet haastaviksi. Sutinen mainitsi ajanpuutteen olleen esteenä päihdeongelman puheeksiotolle, ja yli puolet kyselyyn vastanneista oli myös sitä mieltä, että ajanpuute on este puheeksiotolle. Sutisen tutkimuksessa työntekijät olivat maininneet myös pelon asiakkaan loukkaamisesta puheeksiottoa estäväksi tekijäksi. Vastaajista yli puolet eivät kokeneet pelkoa potilaan loukkaamisesta.

Toisin kuin Behmin väitöskirjassa, jossa valtaosa vastaajista oli kokenut puheeksiottotilanteet kielteisiksi, tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista noin puolet kokivat päihteiden käytöstä puhumisen luontevaksi. Alle kolmasosa vastaajista oli kokenut joko pelkoa siitä, että ajankohta päihdeongelman puheeksiotolle on väärä tai kokenut epäonnistumista puheeksiottotilanteissa ja sääliä puheeksiottotilanteissa oli kokenut vain noin viidennes vastaajista. Sekä Heikkilä (2012) että Behm molemmat mainitsivat, että päihdeongelman puheeksiotto yleensä koetaan puuttumisena potilaan yksityisasioihin. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista kuitenkin vain alle viidesosa vastaajista oli sitä mieltä. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli myös sitä mieltä, ettei päihdeongelman puheeksiotto herätä heissä kielteisiä tunteita. Kuitenkin yli puolet vastaajista oli kokenut turhautumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa. Myös Behmin tutkimukseen vastaajista moni oli kokenut niin.

Kuten Sutisen tutkimuksessa mini-intervention käyttö oli koettu vaikeaksi, myös tämän opinnäytetyön kyselyyn vastaajista lähes puolet pitivät mini-intervention käyttöä haastavana ja vain noin kolmasosa koki osaavansa käyttää mini-interventiota työssään. Behmin (2005) tutkimuksessa hoitajat olivat käyttäneet AUDIT-testiä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa, mutta tässä opinnäytetyössä vastaajista vain noin kaksi kymmenestä kertoi käyttäneensä AUDIT-testiä aktiivisesti alkoholin suurkulutuksen seulomiseksi ja alle puolet vastaajista piti sitä hyödyllisenä suurkulutuksen seulonnassa. Samoin kuin Behmin tutkimuksessa hoitajat kokivat AUDIT-testin hyödyllisenä keskustelun herättäjänä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa, myös tämän kyselyn vastaajista kolme neljäsosaa piti AUDIT-testiä hyödyllisenä alkoholin käytöstä pu-

humisen välineenä. Behm myös kertoi, että vastaajat olivat käyttäneet alkometriä suurkulutuksen tunnistamiseksi, mutta tämän kyselyn vastaajista selvästi yli puolet eivät olleet käyttäneet alkometriä potilaan päihtymystilan havaitsemiseksi.

Turvallisuus päihdehoitotyössä

Verratessa opinnäytetyön tuloksia turvallisuuden merkityksestä päihdepotilaan hoitotyössä aikaisempiin tutkimuksiin, kolme neljäsosaa vastaajista oli kohdannut työssään usein levottomia päihdeongelmaisia potilaita. Myös aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita oli kohdannut reilusti yli puolet vastaajista. Inkisen (2004) tutkimuksen mukaan lähes kaikkien hoitajien työhön sisältyi levottomien ja aggressiivisten asiakkaiden rauhoittelua. Rasimuksen (2002) tutkimuksen mukaan hoitajat olivat kokeneet ahdistusta tai pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen, tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista vain alle puolet oli kokenut samoin. Toisin kuin Rasimuksen tutkimuksessa, jossa hoitajat olivat kokeneet unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen, tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista suurin osa ei ole kokenut unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen. Aira ym. (2008) kertoivat tutkimuksessaan osan työntekijöistä kokeneen pelon ja turvattomuuden tunteita kohdatessaan päihtyneitä asiakkaita, myös tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista puolet on kokenut samoin. Hieman yli puolet vastaajista oli kertonut lähiesimiehen tuen vaikuttavan positiivisesti jaksamiseen päihdepotilaiden kanssa työskenneltäessä. Rasimuksen tutkimuksessa on myös mainittu lähiesimiehien tuen vaikuttaneen positiivisesti työntekijöiden jaksamiseen. Lähes kaikki vastaajista koki päihtyneiden sekä päihteitä käyttävien potilaiden lisäävän riskiä uhkaavien tilanteiden synnylle. Samoin Rasimuksen tutkimuksessa vastaajista moni oli kokenut samoin. Jaakkolan ym. (2004) mukaan päihtynyt potilas on aina riski työ- ja potilasturvallisuudelle, myös tässä kyselyssä lähes jokainen vastaajista oli kokenut päihtyneen potilaan riskinä työturvallisuudelle sekä muiden potilaiden turvallisuudelle.

Samoin kuin Rasimuksen tutkimuksessa, niin tämänkin työn vastaajat olivat sitä mieltä, että kiire lisää riskiä päihdepotilaiden aiheuttamille uhkatilanteille. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että vähäinen vakihenkilökuntamäärä lisää riskiä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille, myös Rasimuksen tutki-

muksessa hoitajat kokivat vähäisen vakihenkilökuntamäärän lisäävän uhkavien tilanteiden riskiä. Rasimuksen tutkimuksessa nousi esille ilta- tai yöajan lisäävän riskiä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille. Myös tämän opin- näytetyön vastaajista lähes kaikki olivat samaa mieltä. Puolet vastaajista koki päihdepotilaan mahdolliset tarttuvat taudit riskinä omalle turvallisuudelle, myös Rasimuksen mukaan vastaajista moni koki tarttuvien heikentävän turvalli- suutta työskenneltäessä päihdepotilaiden kanssa. Puolet vastaajista koki omat tietonsa päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi. Jaakkolan ym. (2004) mukaan riittävät tiedot päihteistä auttavat hoitajaa päihteiden käyttäjän kohtaamisessa. Kolme neljästä kyselyyn vastanneesta koki lisäkoulutuksen väkivaltaisen poti- laan kohtaamisesta tarpeelliseksi. Sekä Jaakkolan että Kanervan (2005) mu- kaan koulutuksella lisätään hoitajien valmiuksia toimia väkivaltaisissa ja uh- kaavissa tilanteissa.

Rasimuksen tutkimuksen mukaan vajaa puolet vastaajista koki, että oli omalla käytöksellään provosoinut potilasta väkivaltaisuuteen. Tässä tutkimuksessa vain muutama vastaajista oli kokenut provosoineensa potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Airan ym. tutkimuksessa vastaajat olivat joutuneet koke- maan työssään päihdepotilaiden aiheuttamaa sanallista hyökkäilyä ja seksuaalista vihjailua. Tämän työn vastauksien mukaan myös hieman yli puolet vas- taajista oli kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa. Toisin kuin Airan ym. tutkimuksessa, tämän työn vastaajista yli puolet ei ollut kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssään.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Kehittämisideat

Opinnäytetyön kyselyn vastauksista selvisi, että vuorovaikutus päihdepotilai- den kanssa koettiin pääosin hyväksi kaikissa vastaajaryhmissä. Päihdeongel- maiseen potilaaseen suhtauduttiin myös tasavertaisesti. Hoitosuhteet koettiin vastaajien mielestä pääosin liian lyhyiksi, joten jatkohoitoon ohjaamisen ja jat- kohoidon järjestämisen tärkeys korostuu. Lisätietoa hoitomahdollisuuksista kaivattiin, sillä vain puolet vastaajista osasi antaa potilaalle tietoa eri hoito- mahdollisuuksista. Varsinkin lähi- tai perushoitajat kokivat, että eivät osaa an- taa tietoa hoitomahdollisuuksista potilaalle. Puolet vastaajista olivat kokeneet osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa. Osaamista voitaisiin lisätä koulu-

tuksilla päihdehoitotyöstä. Erityisesti osaamattomuutta koettiin lähi- tai perushoitajien joukossa. Vastaajat kokivat, että resursseja tarvittaisiin enemmän, jotta päihdepotilaiden kanssa työskentely helpottuisi. Hoitohenkilökuntaa tarvittaisiin siis lisää.

Avoimen kysymyksen vastauksista kävi ilmi, että osaaminen ja riittävät lisäkoulutukset koettiin tärkeiksi päihdepotilaan hoidossa. Selkeät toimintamallit ja yhteiset pelisäännöt helpottaisivat hoitotyötä päihdepotilaiden kanssa. Moniammatillinen yhteistyö koettiin helpottavaksi tekijäksi päihdepotilaiden hoidossa. Vastauksista kävi ilmi, että hoitajat haluaisivat mahdollisuuden konsultoida psykologia ja olla enemmän yhteistyössä päihdehoitotyön erityisosajien kanssa. Turvallisuuden ajattelemista ja huomioimista päihdepotilaiden hoitoon liittyen toivottiin lisää ja turvallisuuden varmistaminen ympärivuorokautisesti koettiin tärkeänä. Kokemusta päihdepotilaiden hoidosta toivottiin lisää ja se koettiin työskentelyä helpottavana tekijänä.

Päihdepotilas aiheutti hoitohenkilökunnassa monenlaisia tunteita. Osa vastaajista oli kokenut negatiivisia tunteita hoitaessaan päihdepotilaita, kuten pelkoa tai vastenmielisyyttä. Monet vastaajista tunnistivat omien asenteidensa merkityksen päihdepotilaan hoitotyössä. Noin puolet vastaajista pitivät tietojaan ja taitojaan riittävinä päihdepotilaan hoitotyössä, mutta loput vastaajista olivat epävarmoja omasta osaamisestaan. Varsinkin lähi-tai perushoitajat kokivat osaamisessaan puutteita. Hoitohenkilökunnan vastauksista ilmeni, että he tunnistivat päihdeongelmaisen potilaan hyvin sekä ulkoisten tekijöiden että käyttäytymisen perusteella. Koulutuksen avulla voitaisiin lisätä hoitohenkilökunnan osaamista sekä mahdollisesti vähentää päihdepotilaan aiheuttamaa pelkoa tai vastenmielisyyttä. Koulutusta ei tämän opinnäytetyön kyselyn vastausten perusteella tarvita kuitenkaan päihdeongelmaisen potilaan tunnistamiseen liittyen, sillä vastausten perusteella hoitohenkilökunta tunnistaa päihdeongelmaiset potilaat hyvin.

Kyselyn vastauksista ilmeni, että noin puolet hoitohenkilökunnasta ei kokenut vaikeuksia potilaan päihdeongelman puheeksiotossa, mutta osa vastaajista piti osaamistaan puheeksiottoon riittämättömänä. Varsinkin lähi- tai perushoitajat kokivat osaamisessaan puutteita. Päihdeongelman puheeksioton osaamista voitaisiin täydentää tarvittaessa lisäkoulutuksella tai puheeksiottoon liittyvällä ohjeistuksella. Koulutukset ja ohjeistukset voisivat sisällyttää myös

mini-intervention käytön, sillä yli puolet hoitohenkilökunnasta ei osannut käyttää mini-interventiota työssään ja piti sen käyttöä vaikeana. Lähi- tai perushoitajat kokivat myös tässä osaamisensa sairaanhoitajia ja osastonhoitajia heikommaksi. Yli puolet vastaajista oli kokenut ajanpuutteen olevan esteenä puheeksioton toteutumiselle, joka voisi johtua esimerkiksi työvuoron vähäisestä henkilökuntamäärästä tai käsityksistä, että päihdeongelman puheeksiottoon varattavan ajan tulisi olla pitkä. Alkoholien suurkulutuksen seulonnassa AUDIT-testiä käytti aktiivisesti vain neljäsosa vastaajista, joten sen käyttöön olisi hyvä ohjeistaa hoitohenkilökuntaa.

Hoitohenkilöstö kohtasi työssään usein aggressiivisia ja levottomia potilaita. Päihdeongelmaisten koettiin lisäävän levottomuutta osastolla sekä päihteiden käytön koettiin lisäävän potilaiden aggressiivisuutta. Päihdepotilaiden kanssa tapahtuneiden uhkaavien tilanteiden jälkeen ei pääsääntöisesti koettu negatiivisia tunteita. Jotkut vastaajista olivat kuitenkin kokeneet unettomuutta, ahdistusta tai pelkoa. Päihtyneiden potilaiden kohtaaminen oli kuitenkin aiheuttanut pelkoa ja turvattomuutta. Lähiesimiehen tuen koettiin lisäävän jaksamista työskenneltäessä päihdepotilaiden kanssa. Sekä päihtyneiden että päihteitä käyttävien potilaiden koettiin lisäävän uhkaavien tilanteiden mahdollisuutta osastolla. Päihtynyt potilas koettiin riskinä sekä työturvallisuudelle että potilasturvallisuudelle.

Vähäinen vakihenkilökuntamäärä koettiin riskinä päihdepotilaan aiheuttamien uhkatilanteiden synnylle. Riittävät resurssit tulivat esiin myös avoimen kysymyksen vastauksissa, joissa toivottiin lisää henkilökuntaa työvuoroihin ja erityisesti yövuoroihin. Myös kiireen koettiin lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä, joten riittävän henkilökuntamäärän tärkeys korostuu. Ilta- tai yöaika koettiin riskinä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille. Vartiointia toivottiin olevan erityisesti ilta- ja yöaikaan.

Päihdepotilaiden tarttuvat taudit koettiin riskinä omalle turvallisuudelle, joten lisäkoulutusta voisi mahdollisesti järjestää suojautumisesta ja pistotapaturmien ehkäisystä. Puolet vastaajista koki tietonsa päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi, joten lisäkoulutusta päihteistä tarvittaisiin. Lisäkoulutus voisi sisältää myös ohjeistusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, sillä vastauksista ilmeni, että siinä on puutteita. Osaamisen koettiin lisäävän turvallisuutta.

Puolet vastaajista oli kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssään. Vastauksien perustella tilat tulisi muuttaa turvallisemmiksi, jolloin ne soveltuisivat paremmin päihdepotilaiden hoitoon. Vastaajat toivoivat pienempiä potilashuoneita sekä potilaiden pääsyn estämistä tiettyihin huoneisiin, kuten varastoihin ja osaston keittiöön. Tilojen suuri muuttaminen voi olla hankalaa, mutta päihdepotilaiden sijoittaminen osastolla turvallisuus huomioiden ja uusien sääntöjen ja toimintamallien tekeminen voisi parantaa turvallisuutta. Myös hälyttimien käyttäminen ja leposidelupien saaminen nousivat vastauksista turvallisuutta lisäävinä tekijöinä.

Tämän opinnäytetyön kyselyn vastaustenperusteella keskeisimmät kehittämissuhteet ovat

- 1) koulutusta hoitohenkilökunnalle sekä päihdepotilaan hoitotyöstä että turvallisuudesta,
- 2) päihdepotilaan hoitopolun selkeyttäminen ja hoitopolkukaavion tekeminen koko hoitohenkilökunnan käyttöön,
- 3) yhtenäisten toimintamallien ja ohjeistuksien kehittäminen osastoille sekä
- 4) yhteistyön kehittäminen päihdehoitotyön erityisosajien kanssa (esimerkiksi päihdepalveluiden työntekijöiden kanssa).

11.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyöstä päihdepotilaiden kanssa ja tavoitteena oli kartoittaa, millaisia valmiuksia Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä miten päihteitä käyttävä potilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite saavutettiin ja tulokset vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kehittämissuhteita nousi tulosten perusteella useampia.

Tämän opinnäytetyön kyselyn vastausten perusteella mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia nousi muutamia. Päihdepotilaille voisi kehittää toimivan hoitopolun Kotkan kaupunkiin. Hoitopolun kehittäminen voitaisiin toteuttaa esimerkiksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä, sillä vastaavia hoitopolun kehittämiseen liittyviä opinnäytetöitä on tehty aikaisemmin. Kehittämistyönä Karhulan sairaalan osastoille voisi tehdä ohjeistuksen päihdeongelman puhekeskustelusta ja mini-intervention käytöstä. Kyseinen ohjeistus olisi myös mahdollista toteuttaa ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Tässä opinnäytetyössä

tehty kysely voitaisiin mahdollisesti uusia myöhemmin, jolloin voitaisiin selvittää, onko päihdehoitotyön osaaminen ja hoidon turvallisuus parantunut tämän opinnäytetyön jälkeen. Turvallisuusosion vastausten perusteella voisi tehdä lisäksi laajemman tutkimuksen turvallisuudesta, jossa selvitettäisiin perusteellisemmin päihdepotilaiden vaikutusta sekä yleiseen turvallisuuteen hoitotyössä että potilasturvallisuuteen.

LÄHTEET

Aalto, M. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Aira, M., Heino, T., Levo, T., Koivula, R. & Viljanen, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen; taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Alkoholiongelma. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecimin. Päivitetty 4.11.2015. Saatavissa: www.käypähoito.fi [viitattu 9.3.2016].

Behm, M.-M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla; eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Behm, M.-M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Crothers, C. & Dorrian, J. 2011. Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. Saatavissa: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2011/821514/> [viitattu 11.5.2016].

Hallituksen strateginen ohjelma. 2015. Ratkaisujen Suomi. Valtioneuvosto. Helsinki.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Oy.

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

Heikkilä, M. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Heino, T., Myllymäki, E., Nykky, T. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet; Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Huumeongelma. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin. Päivitetty 5.9.2012. Saatavissa: www.käypähoito.fi [viitattu 10.3.2016].

Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä vaan häirikkö.." Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Jaakkola, H., Koivunen, O. & Lehestö, M. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Kanerva, A. 2015. ”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus;” potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka; aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuussaari, K. 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto; terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Väitöskirja. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä; fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Jaabes OÜ. Viro.
- Murto, J. & Mäkelä, P. 2015. Ilmiön merkitys ja tulkinta; alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 25.5.2015. Saatavissa: http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/notes/ath_alco_cr.htm [viitattu 26.4.2016].
- Oedewald, P., Pietikäinen, E. & Reiman, T. (toim.) 2010. Potilasturvallisuus ensin; hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina; turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98004 [viitattu 3.3.2016].
- Seppä, K. 2006. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio; hoitosuosituksen yhteenveto. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104447/Alkoholi%20ja%20perusterveydenhuolto.pdf> [viitattu 12.5.2016].
- Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- THL. 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportti. Tampere.
- Törmänen, J. 2008. Päihdekuntoutuksen sisällöt ja pyrkimys asiakkaan elämänhallinnan lisäämiseen työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa; määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Taulukossa on nähtävillä, mitä teemaa kysymyslomakkeen numeroidut väittämät mittaavat ja miltä sivunumeroilta teoriapohja väittämille löytyy.

Muuttujat	Väittämät	Sivunumero
Taustamuuttujat	1-4	
Hoitaja ja hoitosuhde	Vuorovaikutus 5-10	12, 13
	Hoitosuhteen pituus 11	13
	Asiakaslähtöisyys 12	12
	Hoitajan tiedot 13–15	13
Asenteet ja kohtaaminen	Asenteet 16–25	13, 14, 15, 17
	Hoitajan tiedot ja taidot 26–27	15
	Syrjintä 28	15
	Tunnistaminen 29–33	15, 16
Puheeksiotto, mini-interventio, AUDIT- testi	Puheeksiotto 34–49	16, 17
	Mini-interventio 50–51	16, 17
	AUDIT- testi 52–54	17
	Alkometri 55	17
Turvallisuus	Levottomuus ja aggressiivisuus 56–59	18, 19
	Hoitajan tunteet 60–63	18, 19
	Esimiehen tuki 64	18
	Riskitekijät 65–72	19
	Hoitajan tiedot 73–74	19, 20
	Hoitajan käytös 75	19
	Hoitajan kokema ahdistelu 76–77	20

A. Taustakysymykset

Valitse sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. 18-25 vuotta
2. 26-35 vuotta
3. 36-50 vuotta
4. Yli 50 vuotta

3. Työtehtävä

1. Sairaanhoidaja
2. Lähi- tai perushoitaja
3. Osastonhoitaja

4. Työkokemus

1. Alle 1 vuotta
2. 1-3 vuotta
3. Yli 3 vuotta

B. Hoitaja ja päihdepotilaan hoitosuhde	Täysin sama mieltä	Melko sama mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lue väittämät ja valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto				
5. Koen olevani kannustava vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa.	4	3	2	1
6. Koen vuorovaikutustilanteet avoimiksi päihdepotilaiden kanssa.	4	3	2	1
7. Suhtaudun potilaaseen tasavertaisesti huolimatta hänen päihdeongelmasta.	4	3	2	1
8. Olen ymmärtäväinen päihdepotilasta kohtaan.	4	3	2	1
9. Annan tukea päihdepotilaalle tarvittaessa.	4	3	2	1
10. Kunnioitan päihdepotilaita työssäni.	4	3	2	1
11. Koen hoitosuhteet riittävän pitkiksi.	4	3	2	1
12. Työni päihdepotilaan kanssa on asiakaslähtöistä.	4	3	2	1
13. Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle päihderiippuvuudesta.	4	3	2	1
14. Osaan antaa tarvittaessa tietoa potilaalle paikkakunnan hoitomahdollisuuksista päihdeongelman hoidossa.	4	3	2	1
15. Koen osaamattomuutta päihdepotilaiden hoidossa.	4	3	2	1

Mikä helpottaisi työskentelyäsi päihdepotilaiden kanssa?

C. Asenteet ja päihdepotilaan kohtaaminen	Täysin sama mieltä	Melko sama mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lue väittämät ja valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto				
16. En tuomitse potilaita päihdeiden käytöstä.	4	3	2	1
17. Tunnen pelkoa hoitaessani päihdeongelmaisia.	4	3	2	1
18. Tunnen vastenmielisyyttä hoitaessani päihdeongelmaisia.	4	3	2	1
19. Koen asenteeni vaikuttaneen tapaan kohdata päihdepotilaita.	4	3	2	1
20. Päihdeiden ongelmakäyttö herättää minussa negatiivisia tunteita.	4	3	2	1
21. Päihdeiden käyttäjä herättää minussa negatiivisia tunteita.	4	3	2	1
22. Minusta tuntuu väärältä hoitaa potilaita, joilla on päihdeongelmasta johtuva sairaus.	4	3	2	1
23. Koen päihdeongelmaisen potilaan auttamisen mahdolliseksi.	4	3	2	1
24. Välttelen päihdepotilaita työssäni.	4	3	2	1
25. Koen, että omalla asenteellani on ollut vaikutusta aktiivisuuteeni ottaa potilaan päihdeongelma puheeksi.	4	3	2	1
26. Koen, että minulla on riittävät tiedot hoitaa päihdeongelmaista potilasta.	4	3	2	1
27. Koen taitoni hoitaa päihdeongelmaisia potilaita riittäviksi.	4	3	2	1
28. Olen huomannut syrjintää potilasta kohtaan, kun hänen päihdeongelmansa on tullut ilmi.	4	3	2	1
29. Olen epäillyt potilaan päihdeiden käyttöä ulkoisen olemuksen perusteella.	4	3	2	1
30. Potilaan arvaamaton ja/tai aggressiivinen käytös on herättänyt epäilyni päihdeiden ongelmakäytöstä.	4	3	2	1
31. Potilaan lääkehakuisuus on herättänyt epäilyni potilaan päihdeiden ongelmakäytöstä.	4	3	2	1
32. Potilaan puheet ovat herättäneet epäilyni päihdeiden ongelmakäytöstä.	4	3	2	1
33. Olen käyttänyt kyselylomaketta (muu kuin AUDIT) potilaan päihdeongelman tunnistamisessa.	4	3	2	1

D. Puheeksiotto, mini-intervention ja AUDIT-testin käyttö	Täysin sama mieltä	Melko sama mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lue väittämät ja valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto				
34. Olen kysynyt potilaan päihteiden käytön syistä.	4	3	2	1
35. Koen potilaan päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi.	4	3	2	1
36. Koen ajanpuutteen esteenä potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.	4	3	2	1
37. Koen osaamiseni riittämättömäksi potilaan päihdeongelman puheeksiotossa.	4	3	2	1
38. Pelkään loukkaavani potilasta, jos otan päihdeongelman puheeksi.	4	3	2	1
39. Välttelen potilaiden kanssa päihteiden käytöstä puhumista.	4	3	2	1
40. Kysyn aktiivisesti potilailta päihteiden käytöstä.	4	3	2	1
41. Koen puheeksioton osaksi työtäni.	4	3	2	1
42. Koen päihteiden käytöstä puhumisen luontevaksi	4	3	2	1
43. Olen kokenut pelkoa siitä, että potilaan päihdeongelman puheeksioton ajankohta on väärä.	4	3	2	1
44. Olen kokenut epäonnistumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	4	3	2	1
45. Olen kokenut sääliä päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	4	3	2	1
46. Mielestäni päihdeongelmasta kysyminen on puuttumista potilaan yksityisasioihin.	4	3	2	1
47. Päihdeongelman puheeksiotto herättää minussa kielteisiä tunteita.	4	3	2	1
48. Koen päihdeongelman puheeksioton kiusalliseksi.	4	3	2	1
49. Olen kokenut turhautumista päihdeongelman puheeksiottotilanteissa.	4	3	2	1
50. Koen osaavani käyttää mini-interventiota työssäni.	4	3	2	1
51. Koen mini-intervention käytön vaikeaksi.	4	3	2	1
52. Olen käyttänyt aktiivisesti AUDIT-testiä alkoholin suurkulutuksen seulonnassa.	4	3	2	1
53. Koen AUDIT-testin hyödylliseksi alkoholin suurkulutuksen seulonnassa .	4	3	2	1
54. Koen, että AUDIT-testi on hyödyllinen keskustelun herättäjä potilaan alkoholin käytön puheeksiotossa.	4	3	2	1
55. Olen käyttänyt alkometriä päihtymystilan havaitsemiseksi.	4	3	2	1

E. Turvallisuus päihdehoitotyössä	Täysin sama mieltä	Melko sama mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lue väittämät ja valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto				
56. Kohtaan työssäni usein levottomia päihdeongelmaisia potilaita.	4	3	2	1
57. Kohtaan työssäni usein aggressiivisia päihdeongelmaisia potilaita.	4	3	2	1
58. Koen päihdepotilaan tuovan levottomuutta osastolle.	4	3	2	1
59. Koen, että potilaan päihteiden käyttö on lisännyt hänen aggressiivisuuttaan.	4	3	2	1
60. Olen kokenut ahdistusta uhkaavien tilanteiden jälkeen.	4	3	2	1
61. Olen kokenut pelkoa uhkaavien tilanteiden jälkeen.	4	3	2	1
62. Olen kokenut unettomuutta uhkaavien tilanteiden jälkeen.	4	3	2	1
63. Olen kokenut pelon ja/tai turvattomuuden tunteita kohdatessani päihtyneitä asiakkaita.	4	3	2	1
64. Lähiesimieheni tuki on vaikuttanut positiivisesti jaksamiseen päihdepotilaiden kanssa työskennellessä.	4	3	2	1
65. Koen päihtyneiden potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.	4	3	2	1
66. Koen päihteitä käyttävien potilaiden lisäävän uhkaavien tilanteiden riskiä.	4	3	2	1
67. Koen päihtyneen potilaan olevan riski työturvallisuudelle.	4	3	2	1
68. Koen päihtyneen potilaan olevan riski muiden potilaiden turvallisuudelle.	4	3	2	1
69. Koen kiireen olevan riskitekijä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	4	3	2	1
70. Koen vähäisen vakihenkilökuntamäärän lisäävän riskiä päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	4	3	2	1
71. Koen ilta- ja/tai yöajan olevan riski päihdepotilaan aiheuttamille uhkatilanteille.	4	3	2	1
72. Koen päihdepotilaiden mahdolliset tarttuvat taudit riskinä omalle turvallisuudelleni.	4	3	2	1
73. Koen tietoni päihteistä ja niiden käytöstä riittäviksi.	4	3	2	1
74. Koen lisäkoulutuksen tarpeelliseksi väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyen.	4	3	2	1
75. Koen, että omalla käytökselläni olen provosoinut potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen.	4	3	2	1
76. Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa henkistä väkivaltaa työssäni.	4	3	2	1
77. Olen kokenut päihdepotilaan aiheuttamaa seksuaalista vihjailua työssäni.	4	3	2	1

Miten päihdepotilaiden kanssa työskentelyn turvallisuutta voitaisiin työyksikössäsi parantaa?

Arvoisa vastaanottaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitohenkilökunnan kokemuksia päihdepotilaan hoitotyöstä terveyskeskussairaalassa.” Tätä opinnäytetyötä varten kartoitamme kyselyn avulla hoitohenkilökunnan kokemuksia työnteosta päihdepotilaiden kanssa. Opinnäytetyössämme päihdepotilaalla tarkoitetaan potilaita, jotka ovat alkoholin suurkuluttajia, huumausaineiden käyttäjiä tai sekäkäyttäjiä.

Toivomme, että käytät hetken kyselyyn vastaamiseen. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä sairaalan päihdehoitotyötä ja päihdehoitotyön turvallisuutta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselystä saadut vastaukset tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden nähtäviksi, eikä Teitä voida tunnistaa vastauksista. Kyselyssä ei kysytä henkilötietoja yksityisyyden säilyttämiseksi.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu noin 15 minuuttia. Vastausaikaa on 2 viikkoa ja pyydämme palauttamaan lomakkeen 4.12.2016 mennessä. Kyselyt hävitetään asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

Vastatessasi kyselyyn valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Kyselylomakkeessa on myös kaksi avointa kysymystä, joihin voit vastata vapaasti omin sanoin. **Vastatessasi kysymyksiin mieltä työntekoa päihdepotilaiden kanssa.**

Kyselyyn pääsee oheisesta linkistä
<https://www.webropolsurveys.com/S/113A85C5E170005C.par>

Kiittäen,

Kaisa Tuiskula
040 8491345
kaisa.tuiskula@student.kyamk.fi

Saara Lindroos
0400 438319
saara.lindroos@student.kyamk.fi

Ohjaava opettaja:

Sari Engelhardt
044 7028708
sari.engelhardt@kyamk.fi

Mikä helpottaisi työskentelyäsi päihdepotilaiden kanssa?		
Pelkistetyt ilmaiset riittävät resurssit henkilökunnan riittävyys	Alaluokka Tarpeeksi henkilökuntaa	Pääluokka RIITTÄVÄT RESURSSIT
säännölliset koulutukset koulutukset lisää koulutusta ja tietoa koulutukset päihdepotilaan hoidosta sairaalassa koulutus osaamisen lisääminen toivoisin koulutus	Koulutukset	OSAAMINEN
tietoa päihdepotilaille tarjolla olevista palveluista hoitopolut selkeä hoitopolku selkeät toimintamallit yhteiset pelisäännöt organisaatiossa selkeä ohjeistus osastolla ohjeistus samansuuntainen hoitolinja yhtenäiset hoitokulttuurit/tavat	Ohjeistukset päihdepotilaan hoidosta	TOIMINTAMALLIT
yhteistyö päihdehoitotyön erityisosaajien kanssa psykiatrisen hoitajan konsultaation mahdollisuus	Mahdollisuus konsultointiin	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ
työturvallisuustekijöiden miettiminen turvallisuus varmistettu kellonympäri	Turvallinen työympäristö	TURVALLISUUS
lisää kokemusta päihdepotilaista	Lisäkokemus päihdepotilaiden hoidotyöstä	KOKEMUS
potilaan oma tahto ottaa vastaan hoitoa	Vastaanottavainen potilas	HOITOMYÖNTEISYYS

Miten päihdepotilaiden kanssa työskentelyn turvallisuutta voitaisiin työyksikössäsi parantaa?

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Pääloukka
<p>2 hoitajaa osastolla yövuorossa ei työskennellä yksin lisäämällä hoitohenkilöstön määrää yövuorojen henkilöstön lisääminen lisää väkeä etenkin yövuoroon lisää henkilökuntaa hoidossa oltava kaksi hoitajaa riittävä miehitys vähintään 2 hoitajaa työssä lisää henkilökuntaa, kun päihdepotilas asiakkaana</p>	<p>Riittävä määrä henkilökuntaa työvuorossa</p>	<p>RIITTÄVÄT RESURSSIT</p>
<p>vartija tarvittaessa saatavilla yksikössä tapahtuu vartiointi vartija talossa ainakin ilta/yöaikaan osastolla on mahdollisesti vartija paikalla vartijan läsnäolo rauhoittaa vartija talossa klo 18-06</p>	<p>Yksikössä käytössä vartija</p>	<p>VARTIOINTI</p>
<p>riittävä estolääkitys deliriumin varalta riittävä lääkitys, jolla ehkäistä vieroitusoireita lääkelistalle laitettu vähintään 1 rauhoittava lääke lääkitys kunnossa riittävä tarvittava lääkitys lääkärin määräykset lääkitykseen</p>	<p>Potilaan riittävän lääkityksen varmistaminen</p>	<p>LÄÄKEHOIDON TOTEUTAMINEN</p>
<p>potilaiden kanssa pelaavat yhteiset sopimukset samoja rajojen asettamista kuin muillekin keskustelu sairaalan säännöistä yhteiset pelisäännöt päihdepotilaiden erityisvaatimukset toteutuvat oikeudenmukaisesti avoin ja asiallinen keskustelu säännöistä</p>	<p>Yksikössä olevat käyttäytymissäännöt</p>	<p>YHTEISET PELISÄÄNNÖT</p>

<p>avoimuus ja pelkäämättömyys</p> <p>kohtaamiseen liittyviä ajatuksia, ettei omalla käytöksellä provosoi päihdepotilaiden käytöstä</p>	<p>Avoim asenne päihdepotilaiden kohtaamiseen</p>	<p>ASENNOITUMINEN</p>
<p>koulutukset</p> <p>lisäkoulutuksilla ja tiedolla</p> <p>koulutus päihdepotilaiden hoidosta</p> <p>tieto päihteiden käytöstä</p> <p>selvät ohjeet siitä, miten päihdepotilaiden kanssa toimitaan</p> <p>osaamisen varmistaminen</p> <p>osaavat lääkärit</p>	<p>Tarvittavat koulutukset</p>	<p>OSAAMINEN</p>
<p>päihdepotilaat olisi hyvä sijoittaa pieniin huoneisiin</p> <p>potilaiden pääsy estetty esim. keittiöön, kansliaan, varastoihin</p> <p>tilojen muuttaminen turvallisiksi</p> <p>ei isoja potilashuoneita</p>	<p>Tilojen muovaaminen päihdepotilaiden hoitoon sopivaksi</p>	<p>SOVELTUVA TYÖYMPÄRISTÖ</p>
<p>leposideluvat ongelmatilanteisiin</p> <p>hälyttimet käytössä</p>	<p>Välineiden oikea käyttö</p>	<p>APUVÄLINEET</p>

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Terveydenhuollon vastuualue	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §		Sivu
Terveysjohtaja	10.10.2016	89	73

Dnro D/3456/13.00.00/2016

Tutkimuslupa, Lindroos Saara ja Tuiskula Kaisa

Valmistelija: Johdon sihteeri Pirjo Tamminen

Saara Lindroos ja Kaisa Tuiskula ovat anoneet tutkimuslupaa 21.9.2016 päivätyllä hakemuksellaan.

Tutkimuksen nimi:

Hoitajien kokemuksia päihdepotilaan hoitotyöstä Karhulan sairaalassa.

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä:

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia työskentelystä päihdepotilaiden kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, millaisia valmiuksia Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalla on päihdepotilaiden hoitotyöhön sekä miten päihteitä käyttävä potilas vaikuttaa turvallisuuteen hoitotyössä. Tutkimus toteutetaan lokakuun aikana Webropol -kyselynä Karhulan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Aineisto analysoidaan Webropol -ohjelman avulla marraskuussa (kts. tutkimussuunnitelma).

Aineiston analysoinnin jälkeen tulokset hävitetään aisanmukaisesti. Kyselyssä ei kysytä henkilötietoja. Kyselyyn pääsee linkin kautta, jonka yhteyshenkilö välittää vastaajille. Tutkijat eivät näe kenelle kysely lähetetään.

Päätös: Tutkimuslupahakemus on käsitelty Hyvinvointipalvelujen johtoryhmässä 28.9.2016 § 62.
Tutkimuslupa myönnetään ehdolla, että tietosuojaseloste täytetty ja toimitettu Kotkan kaupungin Hyvinvointipalveluille / sosiaali- ja terveystoimeen.

Terveysjohtaja Johannala-Kemppainen Riitta

Toimeenpano:

Ote: Lindroos Saara ja Tuiskula Kaisa
Haapanen Jorma
Sari Engelhardt
Ylihoitaja Liisi Mattila, Karhulan sairaala

Muutoksenhakuohje Ei oikaisuvaatimusohjetta.

Tämä viranhaltijan päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä 1.11.2016 kaupungintalo, 4. kerros.

Tekijä / tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Anne Heikkilä Pro Gradu 2012	Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, se kuinka moni ensiapuun hakeutuneista tapaturmapotilaista oli alkoholin vaikutuksen alaisena sekä kuvata hoitohenkilökunnan päihdehoitotyön osaamista ja asenteita päihdepotilaita kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa hyödynnettävää tietoa ensiapupoliklinikan hoitotyöhön ja hoitajien koulutukseen. Tutkimus oli kvantitatiivinen poikittaistutkimus, joka toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto koostui potilasdokumenteista ja kyselystä. Tutkimusotos oli 112 ja vastausprosentti 71. Aineistot analysoitiin SPSS-palvelun avulla tekemällä frekvenssejä, prosenttiosuuksia, riskiintaulukointia ja khiin neliötestiä.	Kaikista tapaturmapotilaista kolmannes oli alkoholin vaikutuksen alaisena hoitoon saapuessaan. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnasta kaikki vastaajat kertoivat kohtaavansa päihtyneitä potilaita melko tai erittäin usein. Erikoissairaanhoidon vastaajista suurin osa koki, että alkoholi oli osasyynä potilaiden hoitoon hakeutumiseen. Hieman alle puolet vastaajista koki, ettei alkoholisioista kysyminen ole mielekäästä ja tuntui ihmisen yksityisasioihin puuttumiselta. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli sitä mieltä, että alkoholin suurkuluttajat käyttivät terveystalviteja muita enemmän. Sairaanhoidajista kaksi viidesosaa oli sitä mieltä, että osaavat ottaa päihdeongelman puheeksi joko jonkin verran tai melko huonosti. Kaksi kolmasosaa koki, että osaavat motivoida päihdeongelmaisia potilaita haluamaan hoitoa.
Anne Kanerva Väitöskirja 2015	"Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus;" potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikössä	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää, mistä asioista potilasturvallisuus muodostuu organisaatioissa ja miten sitä voidaan kehittää psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda malli potilasturvallisuuden kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tutkimus toteutettiin osallistavana toimintatutkimuksena. Aluksi tehtiin kirjallisuus katsaus ja henkilökunnan haastattelut (N=26) ja niiden pohjalta suunniteltiin moniammatillinen kehittämisinterventio, johon osallistui henkilökunnan jäseniä (N=34). Toinen kehittämisinterventio toteutettiin johtajille (N=13). Aineistot on analysoitu sisällönanalyysillä.	Tutkimuksesta nousi neljä keskeistä tekijää, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuden kehittämistyöhön. Ensiksi johtajien toiminta vaikutti merkittävästi potilasturvallisuuden kehittämistyöhön. Toiseksi ymmärrys potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisuudesta systeeminäkökulma huomioon on myös tärkeää. Vuorovaikutus on keskeinen tekijä potilasturvallisuudessa ja sen kehittämisessä sekä neljänneksi nousi turvallisuus kriittisten organisaatioiden näkökulman hyödynnettävyydestä terveydenhuollon potilasturvallisuuden kehittämisessä.

Cara Crothers ja Jillian Dorian 2011	Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien omia asenteita ja niihin vaikuttavia tekijöitä alkoholisteja ja alkoholismia kohtaan sekä asenteita alkoholiongelmaisen potilaan hoitoa kohtaan. Aineisto on kerätty kyselylomakkeen avulla erään australialaisen suurkaupungin opetussairaalan neljän osaston hoitajilta sekä hoitajilta, jotka osallistuivat viikoittain pidettävään opetusseminariin (N=51).	Suurimmalla osalla hoitajista oli kokemusta henkilöistä, joilla on alkoholiongelma joko työn kautta tai muutoin. Kukaan hoitajista ei saanut koulutusta huumeisiin ja alkoholiin liittyen. Hoitajilla oli keskimäärin joko neutraali tai positiivinen asenne alkoholiongelmaa kohtaan, kuitenkin osa hoitajista oli kieltänyt haluavansa työskennellä alkoholiongelmisten kanssa ja hieman yli kymmenes hoitajista oli sitä mieltä, ettei pidä alkoholiongelmisten kanssa työskentelyä palkitsevana. Hoitajien asenteisiin alkoholiongelmäisen hoitoa kohtaan vaikuttivat ikä, henkilökohtaiset juomistottumukset ja uskomukset siitä, voiko alkoholiongelmasta auttaa, onko alkoholismi sairaus ja uskomus alkoholismiin yhteydestä sosiaaliluokkaan. Negatiivisiin asenteisiin hoitoa kohtaan vaikuttivat ikä, omat juomistottumukset ja uskomukset alkoholismista. Koulutus alkoholiongelmäisen hoidosta voisi tutkimuksen tulosten perusteella olla tarpeellista tutkimuksen tekijöiden mielestä.
Jaana Hölttä Pro Gradu 2006	”Muiden silmissä vaan häirikkö..” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä mahdollisia hoidon ja avun saannin esteitä kaksoisdiagnoosipotilailla on. Tavoitteena oli selvittää, mitkä seikat kaksoisdiagnoosipotilaat itse, heidän omaisensa sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevät kokevat hoidon ja avun saannin esteiksi. Aineisto kerättiin focusryhmähaastatteluilla (N=16), jossa haastateltiin potilaita, omaisia ja työntekijöitä. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteutuminen perustuu sattumanvaraisuuteen ja yksilön omaan kykyyn ajaa omia asioitaan. Hoidon ja avun saannin esteet muodostuvat palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaisesta rakenteesta ja yleisistä asenteista kaksoisdiagnoosipotilaita kohtaan. Palvelurakenteesta aiheutuvat vaikeudet ilmenevät epätarkoituksenmukaisuutena, tiedonvajeena ja epätasa-arvoisuutena. Asenteista aiheutuvat vaikeudet esiintyvät kaksoisdiagnoosipotilaiden epäinhimillisenä, leimaavana ja syrjivänä kohteluna sekä piittaamattomuutena.
Jouko Törmänen Pro Gradu 2008	Päihdekuntoutuksen sisällöt ja pyrkimys asiakkaan elämänhallinnan lisäämiseen työntekijöiden näkökulmasta	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntouttavan päihdetyön sisältöjä hoitajien näkökulmasta ja millä tavalla työntekijät pyrkivät vaikuttamaan kuntoutujan elämänhallintaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa päihdekuntoutuksen arviointiin, sen kehittämiseen ja päihdekuntoutuksen opettamiseen. Tutkimus oli laadullinen ja aineisto kerätty teemahaastattelulla päihdekuntoutustyötä tekeviä henkilöitä (N=13). Aineisto on litteroitu ja analysoitu sisällönanalyysillä.	Tulosten perusteella päihdekuntoutuksen sisällöt voidaan kuvata kuntoutujan yksilöllisellä osiolla, yhteisöllisellä osiolla, ryhmätoiminnallisella osiolla sekä työyhteisöllisellä osiolla. Elämänhallinnan lisääntyminen näkyi kuntoutujan oppiessa toimimaan arjessa sekä käyttämään arjessa tarvittavia tietoja ja taitoja. Päihdekuntoutuksen sisällöt muodostavat kokonaisuuden, jonka avulla pyritään vastaamaan kuntoutujan tarpeisiin.

<p>Kristiina Kuussaari Väitöskirja 2006</p>	<p>Näkemyksen kirjo, sirpaloitunut tieto; Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millä tavalla työntekijät kokivat kunnassaan toteutettavan huumeiden käyttäjille tarkoitetun hoitojärjestelmän ja oman asemansa järjestelmän kokonaisuudessa sekä työntekijöiden huumeisiin liittyviä tietoja ja asenteita. Tavoitteena oli hahmotella huumetilanteen kehitystä ja hoitojärjestelmän ja rakentumista valtakunnallisella tasolla. Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja nuorisotoimen työntekijöiltä (N=1777) ja vastausprosentti 66. Aineisto on analysoitu erilaisilla tilastollisilla menetelmillä.</p>	<p>Tulosten mukaan huumeiden käyttäjien hoitoa pidetään tärkeänä. Suhtautumisessa huumeiden käyttäjiin on kuitenkin työntekijöiden välillä eroja. Työntekijöiden välillä on myös eroja tietämyksistä päihteiden käyttöön liittyen ja osan mielestä päihteiden käyttö on paha ja tuomitettava asia. Työntekijöiden huumeisiin, hoitokäytäntöihin ja hoitojärjestelmään liittyvissä tiedoissa on parantamista. Hoitojärjestelmä on pääosin selvä, mutta jotkut kokevat siinä epävarmuutta. Tutkimuksessa selviää koulutuksen merkitys työntekijöiden mielipiteisiin ja tietoihin liittyen. Vastauksissa korostuu huumeiden käyttäjien hoidon riittämättömyys ja se, että kunnat eivät riittävästi myönnä maksusitoumuksia huumeiden käyttäjille.</p>
<p>Maria Inkinen Pro Gradu 2004</p>	<p>Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla päihdehuollon erityispalveluissa toimivien sairaanhoitajien työnsisältöä. Tavoitteena oli jäsentää ja kuvata sairaanhoitajien työtä päihdehuollossa A-klinikkasäätiön hoitopalveluiden laadun kehittämisen tueksi. Tutkimusta tarvittiin myös suomalaisen päihdetyön tietopohjan lisäämiseen ja käytännön sekä koulutuksen kehittämiseen. Tutkimus on toteutettu strukturoituna kyselytutkimuksena. Tutkimusjoukko koostui A-klinikkasäätiön yksiköissä työskentelevistä sairaanhoitajista. Tutkimuksen otos oli 145 ja vastausprosentti 66. Aineisto analysoitiin tilastollisesti frekvenssi- ja prosenttija-kaumia sekä ristiintaulukoita ja khiin neliötestiä käyttäen.</p>	<p>Sairaanhoitajien toiminnassa painottuivat eniten palveluohjaustyypinen työ arviointineen, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen. Palveluohjaustyypisessä työssä sisältönä oli arviointi, hoidon suunnittelu ja sopiminen. Fyysisessä työssä painottui lääkehoito ja vieroitustiloihin liittyvä hoito. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa tärkeintä oli depressiivisten asiakkaiden hoito. Lähes kaikkien hoitajien työhön liittyi levottomien ja aggressiivisten asiakkaiden rauhoittelu. Päihteisiin ja päihdehaittoihin liittyvä neuvonta oli osa kaikkien työtä. Neuvontaan kuului myös sosiaalista selviytymistä edistävä työ.</p>

<p>Minna-Maria Behm Väitöskirja 2015</p>	<p>Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla</p> <p>Eettisten periaatteiden toteutuminen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata varhaisvaiheen päihdetyötä, eettisten periaatteiden toteutumista sekä kehittämistarpeita päivystysvastaanotoilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, millaista on varhaisvaiheen päihdetyö, kuinka eettiset periaatteet toteutuvat työympäristössä sekä miten periaatteiden soveltamista tulisi kehittää. Tutkimus on laadullinen narratiivisesti toteutettu tutkimus ja aineisto on kerätty haastattelemalla päivystysvastaanottojen työntekijöitä (N=34), potilaita (N=6) sekä ryhmähaastattelemalla päihdetyön asiantuntijoita (N=16). Haastattelut on litteroitu ja aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tuloksissa selvisi, että puheeksiottoa pidettiin tärkeänä, mutta työntekijöiden ja asiantuntijoiden mielestä sen toteutumisessa on monia haasteita. Työntekijöillä ei ollut yksiselitteistä kuvaa varhaisvaiheen päihdetyöstä ja puheeksiottotilanteet herättivät heissä pääosin kielteisiä tunteita. Puheeksioton onnistumiseen vaikuttavana tekijänä korostui potilaan vointi, käyttäytyminen, valmius puheeksiottoon ja päihtymys. Potilaiden mielestä puheeksiotto kuului henkilökunnan työhön. Asiantuntijat nostivat esille huolen henkilökunnan asenteista ja osaamisesta. Tutkimuksessa luotiin toimintamalli varhaisvaiheen päihdetyöhön päivystysvastaanotoille ja keskeiseksi kehittämiskohteiksi esiin tulivat puheeksioton liittäminen osaksi työtä, resurssit ja ammatillisuus.</p>
<p>Minna-Maria Behm Pro Gradu 2005</p>	<p>Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon sairaanhoitajien tekemää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä. Tutkimuksessa kuvataan myös hoitajien käsitystä omasta merkityksestään varhaisvaiheen päihdehoitotyössä. Tutkimus oli osana tutkimushanketta, jonka tehtävänä oli kehittää terveyttä edistäviä toimintamalleja ja työmenetelmiä moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimus on toteutettu esseenä (N=16) ja teemahaastatteluin (N=10). tutkimusryhmänä oli perusterveydenhuollon sairaan- ja terveydenhoitajia. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.</p>	<p>Työntekijät tunnistivat alkoholin suurkuluttajan vuorovaikutuksen, havainnoinnin, arvioinnin ja yhteistyön avulla. Hoitajat ottivat tunnistettuaan alkoholin suurkulutuksen puheeksi ja lisäsivät asiakkaan tietoisuutta sekä arvioivat tarkemmin kokonaistilannetta. He suunnittelivat muutosta ja järjestelivät jatkohoitopaikkoja. Hoitajat kokivat kuvaamisen varhaisvaiheen päihdetyön asemastaan vaikeaksi. Varhaisvaiheen päihdetyötä edistävä tekijä liittyivät asiakkaaseen, hoitotoimintaan ja ympäristöön. Estävät tekijät liittyivät asiakkaaseen, perheeseen, kohtaamistilanteeseen, palvelujärjestelmään sekä yhteiskuntaan. Hoitajat tarvitsevat perusterveydenhuollossa lisää osaamista sekä yhteistä näkemystä varhaisvaiheen päihdehoitotyön toimintamallien tueksi.</p>

<p>Minna Lai-tila Väitöskirja 2010</p>	<p>Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä</p> <p>Fenomenografinen lähestymistapa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä sekä asiakaslähtöisyyttä päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla kehitetään mielenterveys- ja päihdetyön palveluita tukemalla näiden palveluiden käyttäjien osallisuutta. Aineisto on kerätty haastattelemalla mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaita (N=27) ja työntekijöitä (N=11) sekä muodostamalla kuvausmallit asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Aineisto on analysoitu soveltaen fenomenografista lähestymistapaa ja analyysin tuloksena muodostettiin alakategoriat ja kuvauskategoriat tutkimukseen osallistuneiden käsityksistä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.</p>	<p>Tuloksissa selvisi, että asiakkaan osallisuus tarkoitti palvelun käyttäjien asiantuntijuuden huomioimista, hyväksymistä ja hyödyntämistä. Asiakkaan osallisuus toteutui osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä sekä suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Joitakin asiakkaiden käsityksiä tuli ilmi, joiden mukaan asiakaslähtöisyys ei kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön. Asiakaslähtöisyys toteutui eri tasoilla organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena sekä ammattilaisen asiakaslähtöisenä toimintana. Työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisellä toiminnalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle.</p>
<p>Mirja Rasmus Väitöskirja 2002</p>	<p>Turvattomuus työtoverina; turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä sekä väkivaltariskin merkittävyyttä sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa hyödynnettävää tietoa päivystyspoliklinikoiden riskien tunnistamisesta ja kartoituksesta, työn ja työympäristön turvajärjestelyjen ja henkilökuntaresurssien suunnittelusta sekä henkilökunnan koulutuksesta. Tutkimusotos (N=929) oli erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoiden hoitohenkilökunta ja lääkärit koko Suomessa ja vastausprosentti 65. Aineisto kerättiin kahdella strukturoidulla kyselylomakkeella sekä päiväkirjoilla. Aineisto on analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla ja päiväkirjat sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tulosten mukaan neljännes vastaajista koki päivystyspoliklinikalla työskennellessä turvattomuutta. Merkittävimpinä riskeinä työssä pidettiin kiireistä työtahtia ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Yli puolet vastaajista oli kokenut työssään väkivaltaa, josta seurauksena oli ruhjeiden ja mustelmien lisäksi myös psyykkisinä seurauksina ahdistusta, unettomuutta ja pelkoa. Päihteiden käyttäjistä suurimpana riskiryhmänä pidettiin huumeiden käyttäjiä sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjiä. Turvattomuuden tunnetta lisäsivät väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat ja näiden potilaiden määrän kasvu, vuoro-työ, päivystys, kiireinen työtahti ja vartijan tai turvamiehen puuttuminen. Potilaiden odotusajat muodostuivat heidän väkivaltaista käyttäytymistä lisääväksi riskitekijäksi. Suurin työtä haittaava tekijä oli päihteiden käyttäjien aggressiivinen käyttäytyminen poliklinikalla.</p>

Tiina Sutinen Väitöskirja 2010	Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyön mallia ja arvioida mallia. Tavoitteena oli kehittää työntekijöiden moniammatillista yhteistyötä sekä päihdehoitotyön osaamista mini-intervention ja motivoivan haastattelun osalta. Aineisto on kerätty lähtötilanteessa haastattelemalla päihteitä käyttäviä naisia (N=18) sekä kyselyin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä (N=50).	Hoitomallin perusta on työntekijöiden näkemys päihdehoitotyöstä osana terveyden edistämistä ja työntekijöiden motivaatio hyödyntää päihdehoitotyön menetelmiä. Työhön vaikuttavat johtaminen ja tuki sekä yhteiset sopimukset työnjosta, tiedonkulusta ja hoidon porrasteisuudesta. Hoitomallin koettiin konkretisoivan työtä päihteitä käyttävien naisten kanssa. Päihteitä käyttävän naisen ja työntekijän välinen motivoiva kohtaaminen muodostui hoitomallin ytimeksi. Tutkimus vahvisti työntekijöiden rohkeutta ottaa puheeksi päihdeasiat. Työntekijät kehittivät päihteiden käytön tunnistamisessa, seulonnassa ja puheeksiottamisessa. Moniammatillinen yhteistyö selkiytyi hoitomallin myötä, työote muuttui aktiivisemmaksi ja yhteistyökumppaneita hyödynnettiin enemmän ja varhaisemmin kuin ennen.
--------------------------------	--	---	--