



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Moniammatillinen yhteistyö
raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen
hoitoketjussa

Hormia, Silja

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Moniammatillinen yhteistyö
raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen
hoitoketjussa

Silja Hormia
Terveystiedon edistämisen
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2012

Silja Hormia

Moniammatillinen yhteistyö raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa

Vuosi 2012 Sivumäärä 76

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ja kuvata pääkaupunkiseudulla moniammatillisen yhteistyön toimivuutta huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän naisen hoitoketjun eri tasoilla. Opinnäytetyö on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikan tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena on laatia erityistukea tarvitsevan raskaana olevan huumeita, alkoholia ja /tai lääkkeitä (HAL) käyttävän naisen hoitoketju Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) alueelle.

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostui 15.11.2011 pidetyn alueellisen koulutuspäivän osallistujille tehdystä koulutuspalautteen kyselystä (n=83) ja hoitoketjun eri tasoilla työskenteleville asiantuntijoille tehdystä 9 haastattelusta. Haastatellut asiantuntijat olivat sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa työskenteleviä hoitoalan asiantuntijoita, jotka kohtaavat työssään huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttäviä raskaana olevia ja/tai synnyttäneitä naisia. Kyselyaineisto käsiteltiin manuaalisesti. Haastattelut toteutettiin teemoittain ja analysoitiin teoriaa ohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että yhteistyö koettiin hoitoketjun eri tasoilla melko sujuvaksi, mutta perusterveydenhuollossa työskentelevät asiantuntijat olivat keskimäärin tyytymättömpiä yhteistyöhön kuin erikoissairaanhoidon parissa työskentelevät. Tähän vaikutti tiedon kulku, resurssipula ja henkilökunnan vaihtuvuus. Tiedon kulkua vaikeutti eri tietojärjestelmien suuri määrä ja salassapitovelvollisuuden tulkinta sosiaalitoimen ja äitiys- ja lastenneuvolan välillä. Osa terveydenhoitajista koki myös jäävänsä asiakastaan koskevien verkostopalaverien ulkopuolelle.

Yhteistyötä voidaan parantaa tutustumalla hoitoketjun eri tasoihin ja järjestämällä alueellisia pienimuotoisia yhteistyöpalavereja. Yhteistyöpalavereiden ideana on oman työn vertaaminen toisen toimintaan ja toisilta oppiminen. Myös koulutusta tulee lisätä ja painottaa dialogisen vuoropuhelun osaamista. Terveystenhoitajan rooli ja vastuu tulee selkiyttää asiakas ja potilaskohtaisesti huumeita, alkoholia ja tai lääkkeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoidossa. Tämä parantaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedon kulkua ja vähentää päällekkäistä työskentelyä.

Asiasanat: moniammatillisuus, hoitoketju, raskaus, päihteiden käyttö

Silja Hormia

Multiprofessional cooperation in a carepath of substance abusing pregnant woman

Year	2012	Pages	76
------	------	-------	----

The aim of this thesis is to describe the multi-professional co-operation in the care of a substance abusing pregnant woman and the different levels of the care in the Metropolitan area. This thesis is a part of the Helsinki University Central Hospital Women's Clinic research and development projects. The aim of the project is to establish a carepath for substance abusing mothers (HAL) in a need of special support. The carepath will serve the area of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS).

The empirical data consisted of the training feedback survey (n=83) conducted to the participants of a regional training day and nine interviews. The training was held on the 15 November 2011 and the interviews were carried out for the experts working on different levels of the care path of substance abusing pregnant women. The interviewed experts were health care workers and social workers working in the primary health care and specialized care units. The survey data was processed manually. The interviews were conducted by themes using inductive content analysis.

The findings showed that the cooperation on different levels was seen to be rather smooth, but in primary health care the specialists were on average less satisfied with the co-operation than in specialized health care settings. This was affected by the flow of information, lack of resources and the turnover of the personnel. The flow of information was hindered because of patient information programmes and the interpretation of the patient confidentiality issues between the social services and ante- and post-natal clinics. In addition some of the public health nurses felt that they were left out from the network meetings concerning their own clients.

The cooperation can be improved by learning about the different levels of the carepath and by organizing regional small-scale cooperation meetings. The idea of these meetings would be to compare the work of the experts and to learn from each other. The training must be increased and dialogical communication skills must be emphasized. The role of the public health nurse should be clarified patient and client specifically in the care of substance abusing pregnant mothers. This will improve the information flow between the specialized and primary health care and reduce the duplication of work.

Keywords: multiprofessionalism, carepath, pregnancy, substance abuse

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyön tausta	8
3	Päihteet ja raskaus	10
4	Hoitoketju päihdetyössä	14
5	Moniammatillinen toiminta.....	15
	5.1 Moniammatilliset yhteistyörakenteet raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa.....	16
	5.2 Moniammatilliset yhteistyöprosessit raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa.....	18
6	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	19
7	Menetelmälliset ratkaisut	20
	7.1 Kysely.....	20
	7.2 Teemahaastattelu.....	21
8	Aineiston hankinta	22
9	Aineiston analyysi	23
10	Tutkimustulokset.....	25
	10.1 Hoitoketju	26
	10.1.1 Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta.	26
	10.1.2 Hoitoketjuajattelu, sen käytön edut ja motiivit.....	28
	10.1.3 Yhteistyön sujuminen	29
	10.1.4 Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyötä ohjaavat toimintamallit	31
	10.1.5 Ennakollinen lastensuojeluilmoitus ja kokemukset siitä.....	32
	10.2. Moniammatillisuus.....	35
	10.2.1 Lähimmät yhteistyötahot ja yhteistyötilanteet	35
	10.2.2 Tyypillisimmät yhteistyötilanteet	36
	10.2.3 Yhteistyön laatu	37
	10.2.4 Terveystoimittajan rooli.....	39
	10.2.5 Koulutus moniammatillisesta yhteistyöstä	40
	10.2.6 Työyhteisön johtamiskulttuuri	41
	10.2.7 Moniammatillisuutta tukevat yhteistyöprosessit.....	41
	10.2.8 Asiantuntijuus päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyössä.....	42
	10.3 Kehittämiskohteet	44
	10.3.1 Moniammatillisen työn resurssit	44
	10.3.2 Yhteistyön esteet ja ongelmakohdat.....	45
	10.3.3 Haasteet päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyössä	46

10.3.4	Kehittämiskohteet	47
11	Tutkimuksen arviointi	48
11.1	Tutkimuksen määrällisen osuuden arviointi ja luotettavuus	49
11.2	Tutkimuksen laadullisen osuuden arviointi ja luotettavuus	49
12	Pohdinta	52
12.1	Tutkimustulosten tarkastelu	52
12.2	Tutkimustulosten käytännöllinen ja teoreettinen merkitys	55
	Lähteet	58

Liitteet

Liite 1. HAL-hoitoketju.....	65
Liite 2. Koulutuspalautte	72
Liite 3. Teemahaastattelu.....	73
Liite 4. Suostumus haastatteluun	73
Liite 5. Aineiston teemoittelu	75
Kuva- ja taulukkoluetelo	76

1 Johdanto

Viime aikoina tiedotusvälineissä on uutisoitu nuorten fertiili-ikäisten naisten lisääntyvästä alkoholien- ja huumeiden käytöstä. Tämä tietää uusia ja kasvavia haasteita ammatillisen päihdetyön keskuudessa. Nyt on synnytysikäisiä naisia, joiden nuoruudessa moni teini joi paljon, humalahakuisesti. Myös raskaana olevien naisten alkoholien- ja huumeidenkäyttö on lisääntynyt. Aiheeseen on paneuduttu myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naisten- ja Lastensairaalan hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja alueellisten hoitoketjujen luominen - hankkeen tiimoilta laatimalla hoitoketju erityistukea tarvitseville raskaana oleville ja vastasyntyneiden perheille. Tässä opinnäytetyössä erityistukea tarvitseva raskaana oleva nainen käsitetään huumeiden, alkoholien- ja/tai lääkkeiden (HAL) -käyttäjäksi ja tämän takia hän tarvitsee perinteisestä neuvola - synnytysairaalan palvelusta poikkeavaa täydentävää palvelua. Käytän tässä opinnäytetyössä samassa merkityksessä myös käsitettä raskaana oleva päihteitä käyttävä nainen.

Raskaana olevan ja synnyttäneen päihteitä käyttävän naisen ja vauvan hoito edellyttää tiivistä kanssakäymistä eri toimijoiden välillä. Yhden raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen asioita saatetaan hoitaa usealla eri taholla ja palveluntarjoajat saattavat tehdä osittain päällekkäistä työtä keskenään tai vastualueet saattavat olla epäselviä. Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitotyö nostattaa yhä myös ristiriitaisia tunteita. Asiakkaita saatetaan kohdella syyllistävästi ja leimaavasti. Tällainen kohtelu karkottaa helposti asiakkaan, eikä vaadittavaa luottamusta työntekijän välillä pääse syntymään. Asiakas saattaa jättää hoitokäynnejä väliin ja pudota sen seurauksena hoidon ulottumattomiin.

Alkoholien aiheuttamat sikiövauriot ovat kiistattomat. Alkoholien on sikiön kannalta kaikkein vaarallisin päihde. Jatkuva humalahakuinen juominen tai yli 10 alkoholiannosta viikossa nauttivan raskaana olevan naisen raskaus on aina riskiraskaus. Synnyttäjää tuetaan raitistumisessa ja mikäli mitkään toiminnot eivät auta, myös pakkohoitoa tulee Sosiaali- ja terveysministeriön 2009 laatiman työryhmämietinnön mukaan harkita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18).

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on hajautettu kunnille, mutta paikallishallinnolta puuttuvat sellaiset seurantajärjestelmät, joilla asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Etenkin heikoimmassa asemassa olevilla päihdeasiakkailta on riski jäädä palvelujärjestelmän ulkopuolelle (Rönkä & Virtanen 2009, 62).

Sutisen (2010) väitöskirjan tarkoituksena oli laatia äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitoyöhön malli ja arvioida sitä. Lisäksi hän kehitti työntekijöiden moniammatillista yhteistyötä sekä päihdehoitoyön osaamista mini-intervention ja motivoivan haastattelun osalta (Sutinen 2010, 7). Sutinen on sitä mieltä, että päihteitä käyttävät naiset asioivat hoitojärjestelmien rajapinnoilla. Työntekijöiden on rakennettava moniammatillista yhteistyötä, jossa mahdollistuu hoidon porrasteisuus (Sutinen 2010, 127). Tutkimustulosten mukaan moniammatillinen yhteistyö selkiytyi hoitomallin myötä, työote muuttui aktiivisemmaksi ja yhteistyökumppaneita hyödynnettiin enemmän, monipuolisemmin ja aiempaa varhemmin (Sutinen 2010, 7).

Arja Veijola (2004) puolestaan kuvasi ja analysoi väitöskirjassaan moniammatillisen perhetyön ilmenemistä vaikeavammaisten lasten kuntoutuksessa päiväkodin erityisryhmässä. Tuloksissa ilmeni, että moniammatillisen perhetyön esteisiin vaikuttivat eniten tiedon puute, suvaitsemattomuus, joka ilmeni tasa-arvon ja keskustelun puutteena, asiantuntijakeskeisyys sekä toiminnan pirstaleisuus (Veijola 2004, 99 - 100).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten moniammatillinen yhteistyö toimii päihteitä käyttävän, raskaana olevan tai synnyttäneen naisen kohdalla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä sekä löytää uusia työkäytäntöjä yhteistyön kehittämiseksi.

2 Opinnäytetyön tausta

Opinnäytetyö on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikan tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen tavoite on laatia erityistukea tarvitseva raskaana olevan huumeita, alkoholia ja /tai lääkkeitä (HAL) käyttävän naisen hoitoketju Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueelle.

Sairaanhoitopiirin strategiassa (prosessit, toimintalinja 2) todetaan, että *”HUS sujuvoittaa ja tehostaa potilaidensa hoitoa kehittämällä alueellisia hoito-ohjelmia (hoitoketjuja) yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Tavoitteena on kehittää hoitosuosituksiin perustuvia alueellisia/ paikallisia hoito-ohjelmia tai hoitoketjuja laatutyöryhmän ohjeiden ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti.”* (Alueelliset hoitoketjut Ohjekirje 22/2002.) Tässä opinnäytetyössä hoito-ohjelmasta käytetään käsitettä hoitoketju.

Hankkeen valmistelu alkoi jo keväällä 2011 yhteistyökokouksella, jossa sovittiin aikatauluista, vastuualueista, jatkotyöskentelyn muodoista ja prosessin etenemisestä. Syksyn 2011 ohjelmaan kuului vierailu yhteistyötahojen alueilla neuvoloissa, joissa esiteltiin hoitoketjukaavio (liite 1) ja keskusteltiin neuvolan työntekijöiden kohtaamista päihteitä

käyttävien raskaana olevien asiakkaiden ongelmista ja työntekijöiden resursseista. Syksyn aikatauluun kuului myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellinen koulutuspäivä 15.11.2011 sekä kolme kokousta. Ensimmäisessä kokouksessa 27.9.2011 käytiin läpi jo aikaansaatuja hoitoketjun osa-alueita. Opinnäytetyössäni kuvaan ja selvitän moniammatillista yhteistyötä päihdeäidin hoitoketjussa ja hoitoketjuun liittyvissä ongelmissa ja tutkin siihen liittyviä haasteita. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua kevään 2012 aikana. Alustavia tuloksia läpikäydään 12.1.2012 pidetyssä Naisten- ja Lastensairaalan yhteistyökokouksessa.

Hankkeeseen liittyy alan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden asiantuntijoista koostuva työryhmä: Raskaana olevan erityistarpeisen naisen tutkimus- ja kehittämisryhmä. Työryhmän puheenjohtajana toimii HUS naistentautien ja synnytysten klinikkaryhmän apulaisylilääkäri. Lisäksi ryhmään kuuluu erikoislääkäri Naistenklinikalta, Lastentautien ja Lasten neurologian erikoislääkäri Sosiaalipediatrian yksiköstä, johtava sosiaalityöntekijä Naistenklinikalta, erikoislääkäri Jorvin sairaalasta, kättilö Jorvin HAL - poliklinikalta, Lastenpsykiatri Pienten lasten psykiatrian yksiköstä, erikoistuva lääkäri ja sairaanhoitaja Päihdepsykiatrian yksiköstä sekä pediatri Kättilöopiston sairaalasta.

Uusi Terveystieteidenlaki astui voimaan keuhällä 2011. Laki korvasi pitkälti erikoissairaanhoidon ja kansanterveyslain tuoden mukanaan esimerkiksi perusterveydenhuollon vahvistamisen vastuun ja velvoitteen toimivien hoitoketjujen aikaansaamiseksi keskeisissä sairausryhmissä. Näin ollen myös sairaanhoitopiirin asiantuntijoiden ja kuntien perusterveydenhuollon henkilöstön yhteistyön tulee vahvistua ja olla myös organisaatioista riippumatonta (HUS Strategiaraportti 2011).

Raskaana olevan huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän naisen hoitotyö vaatii moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillista hoitotyön tutkimusta on julkaistu paljon, mutta tietoa kokoavaa tutkimusta ei juuri ole. Eloranta ja Kuusela kuvasivat omassa tutkimuksessaan (2011) suomalaisten hoitotieteellisten opinnäytetöiden pohjalta moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä. Tutkimuksessa analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä tammikuun 2000 ja kesäkuun 2010 välisenä aikana valmistuneet opinnäytetyöt (n=63). Analysoitujen tutkimusten perusteella ilmeni että moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytykset voidaan jakaa yhteistyörakenteisiin ja - prosesseihin. Yhteistyörakenteiden edellytykset muodostuvat johtamiskulttuurista, resursseista ja koulutuksesta. Yhteistyöprosessien edellytykset puolestaan koostuvat yhteisestä päämäärästä, toisen työn tuntemisesta, vuorovaikutustaidoista, työnjaon määrittelemisestä ja oman asiantuntijuuden sisäistämisestä (Eloranta & Kuusela 2011, 4).

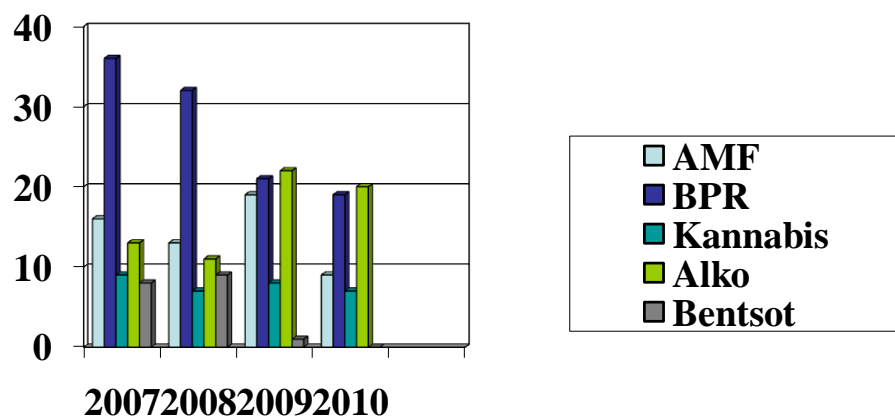
Tässä opinnäytetyössä pyritään selvittämään sekä yhteistyörakenteisiin, että yhteistyöprosesseihin liittyviä moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjun eri vaiheissa.

3 Päihteet ja raskaus

Hedelmällisyysikäisistä naisista noin 90 % käyttää alkoholia (Autti-Rämö 2011, 1634). Naiselle raskaus on erityisen otollinen tila muutokselle ja päihteiden käytön vähentämiselle.

Odotusaika motivoi naista tähän muutokseen (Andersson 2008, 19). Suurin osa raskaana olevista naisista hallitsee alkoholin käyttönsä ja kykenee lopettamaan sen kokonaan. Myös kolmasosa raskaana olevista alkoholin suurkuluttajista pystyy riittävien tukitoimien avulla vähentämään alkoholin käyttöä merkittävästi, tai jopa lopettamaan sen (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 173).

Suomessa syntyvistä vauvoista 6 % arvellaan syntyvän huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttäville naisille. Tämä tarkoittaa sitä, että vuosittain syntyy noin 3 600 lasta päihdeongelmallisille äideille. Pajulun väitöskirjan (2001) mukaan tarkkaa osuutta on vaikea arvioida sen takia, että naiset käyttävät useita päihteitä joko erikseen, tai yhdessä (Pajulo 2001, 22.). Kahila tuli väitöskirjatutkimuksessaan (2011) siihen tulokseen, että vuonna 2005 arvioitiin Suomessa olevan 14,500 - 19,100 amfetamiinin ja opioidien käyttäjää, joista 3000-5000 (20-25%) oli opioidiriippuvaisia. 20-30% käyttäjistä arveltiin olevan fertiili-ikäisiä naisia (Kahila 2011, 8). Naistenklinikan HAL -poliklinikan tilastojen perusteella voidaan päätellä, että raskaana olevien päihderiippuvaisten naisten alkoholin käyttö on lisääntynyt ja suomalaisten yleisimmin käytetyn huumeen, buprenorfiinin käyttö sitä vastoin laskenut (taulukko 1).



Taulukko 1: HAL - poliklinikalla hoidetut potilaat pääpäihteen mukaan (Kahila, H 2011).

Raskaana olevan naisen hoitotyössä korostuu hoitotyön periaatteina kokonaisvaltaisuus sekä perhe- ja yhteisökeskeisyys, joka monipuolisesti huomioi perheen, syntyvän vauvan ja äidin tarpeet ja voimavarat (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 174).

Raskaudenaikaisella päihteidenkäytöllä on kauaskantoiset seuraukset lapsen tulevaisuuteen. Naista ajatellen tämä on myös negatiivisesti leimaava asia. Tämän vuoksi nainen saattaa vältellä avun hakemista. Päihteidenkäytön tunnistaminen on niin ikään hankalaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että palvelujen saanti on helppoa ja niin sanottuja matalan kynnyksen palveluja on riittävästi tarjolla (Halmesmäki, Kahila, Keski-Kohtamäki, lisakka, Bäckmark-Lindqvist, Haukkamaa 2007, 1151).

Raskauden tultua ilmi neuvolan tehtävänä on tukea perheen voimavaroja, lapsen ja vanhemman välistä varhaista vuorovaikutusta sekä imetystä. Huomiota kiinnitetään koko perheen elintapoihin, parisuhteeseen ja molempien puolisoitten rooliin ja vastuuseen vanhempina. Ensimmäistä lasta odottavan tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse on järjestettävä vähintään yksi kotikäynti. Ainakin ensimmäistä lasta odottavalle perheelle on järjestettävä monialaisesti toteutettua perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys 2011, 24). Neuvolat ovat keskeisessä asemassa päihteiden käyttäjien tunnistamisessa ja erityispalveluiden piiriin ohjaamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys 2009, 29).

Kun raskaus on todettu, tulee päihteiden käytöstä kysyä luotettavalla menetelmällä (Burns, Gray & Smith 2010). Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa on ollut käytössä WHO:n kehittämä AUDIT-kysely (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011). Tavoitteena on tunnistaa päihteiden käyttö mahdollisimman varhain ja ohjata raskaana olevan hoitoon. Helsinki, Espoo ja Vantaa ovat päättäneet yhtenäistää ja laajentaa AUDIT-lomakkeensa kattamaan alkoholin lisäksi myös muut päihteet. Tämä toiminta on tarkoitus ottaa käyttöön kaupunkien neuvoloissa vuoden 2012 aikana.

Mikäli jo raskauden aikana herää vahva epäily päihteiden käytöstä ja huoli sikiön hyvinvoinnista tulee neuvolan terveydenhoitajan tehdä ennakoiva lastensuojeluilmoitus jos on syytä epäillä, että lapsi synnyttyään tarvitsee lastensuojelun palveluja (Käypähoito ohjeet, alkoholiongelmaisen hoito). Ennakollisella lastensuojeluilmoituksella taataan se, että vastasyntynyt pääsee välittömästi sosiaalitoimen avun piiriin ja että hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä vanhempien kanssa. Ennakollisen lastensuojeluilmoituksen voi tehdä usealta eri taholta. Näin tietoa kertyy monen eri asiantuntijan näkemyksen perusteella ja samalla pystytään laatimaan kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma naisen ja syntyvän vauvan parhaaksi (Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Äitiysneuvolasta tulee antaa lähete äitiyspoliklinikalle, mikäli käy ilmi, että asiakkaalla on päihdeongelma. Tässä tilanteessa hänet ohjataan tavallisen äitiyspoliklinikan sijasta päihdetyöhön erikoistuneelle poliklinikalle. Käynnit näissä toimipisteissä perustuvat vapaaehtoisuuteen, mutta tarkoitus on, että äiti käy molemmissa raskauden seurantaan tarkoitetuista paikoissa. Taulukossa 2 (Leppo 2008, 36) selvitetään näiden äitiyshuollon palvelujen hoidon tavoitteita ja hoitosuhdetta. Tässä opinnäytetyössä käytän tästä erikoispoliklinikasta nimikettä HAL - poliklinikka.

Äitiyshuollon instituutio	Äitiysneuvola	HAL -poliklinikalla
Paikka Palvelujärjestelmässä	Toimii terveyskeskuksessa. perusterveydenhuolto	Toimii yleensä sairaalan äitiyspoliklinikan yhteydessä. erikoissairaanhoido
Tavoite	Äidin ja sikiön fyysisen hyvinvoinnin seuraaminen: synnytysvalmennuksen järjestäminen: perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen.	Äidin ja sikiön fyysisen hyvinvoinnin seuraaminen: perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen: päihdetyö: yhteistyö lastensuojeluvirnaomaisten kanssa: potilaan hoitokokonaisuuden koordinointi.
Hoitosuhteen luonne	Jatkuvuuteen ja luottamukseen pyrkivä.	Jatkuvuuteen ja luottamukseen pyrkivä.
Hoitosuhteen tiiviys	Normaali raskaudenseuranta: n. 12 - 15 määräaikaistarkastusta terveydenhoitajan luona ja 2 -3 lääkärintarkastusta raskauden aikana. Hoitosuhde jatkuu synnytyksen jälkeen vauvan asioissa lastenneuvolan puolella.	Tehostettu raskaudenseuranta: määräaikaistarkastukset hoitajan luona 1-2 viikon välein ja erikoislääkärin luona 4-6 viikon välein. Näiden käyntien yhteydessä tehdään päihdetyötä. Lisäksi tapaamisia poliklinikan sosiaalityöntekijän ja lastensuojeluviranomaisten kanssa. Hoitosuhde päättyy synnytykseen tai jälkitarkastukseen.

Taulukko 2: Raskaudenseuranta äitiysneuvolassa ja HAL - poliklinikalla (Leppo, A. 2008)

Päihdehuollon erityispalvelua tarjoavat avohoitomuotoisena mm. A-klinikat ja Terveysneuvontapisteet. Peruspalveluiden tehtävänä on toimia matalan kynnyksen yksikkönä ja tunnistaa päihdeongelma varhain sekä tarjota hoitoa. Terveysneuvontapisteiden

tarkoituksena on terveyden edistämien matalan kynnyksen palvelujen kautta erityisesti ongelmakäytöstä kärsiville asiakkaille (Lång 2010, 29). Toiminnan tarkoituksena on käytöstä aiheutuvien terveyshaittojen minimointi, hoitoon ohjaaminen ja terveyden edistäminen. Pitemmän ajan tähtäimen tavoitteena on myös kannustaa asiakkaita omasta terveydestään huolehtimiseen (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola 2008, 5). Raskaana olevan asiakkaan kohdalla terveysneuvontapiste toimii lastensuojelun, päihdehuollon sekä äitiys- ja perheneuvoloiden palveluiden välillä.

Arposen ym. (2008) mukaan raskaana olevien huumeiden käyttäjien kohtaaminen koettiin monesti hankalaksi ja sen koettiin olevan yksi terveysneuvontatyön haastavimmista aiheista. Nimettömyyden vuoksi tilanteeseen ei voitu puuttua ilman asiakkaan suostumusta tai omaa halua. Ongelmana koettiin erityisesti odottavan äidin pois säilyttäminen, mikäli tilanteeseen puututaan esimerkiksi ottamalla yhteyttä lastensuojeluun tai ehdottamalla hoitovaihtoehtoja (Arponen ym. 2008, 107). Perustuen henkilökohtaisiin kokemuksiini huumeiden käyttäjät ovat mielestäni löytäneet hyvin Terveysneuvontapisteiden palvelut. Luottamus on lisääntynyt asiakkaiden ja työntekijöiden välillä ja näin ollen myös raskaana olevat päihdeongelmaiset ovat lisääntyvässä määrin hakeutuneet Terveysneuvontapisteiden palvelujen pariin.

Päihdepalvelupisteissä raskaana olevien kanssa työskennellessä tulee noudattaa erityistä varovaisuutta ja tilanteeseen paneutumista. Yleensä raskaudesta pyritään keskustelemaan asiakkaan kanssa kertomalla hänelle hoitovaihtoehtoista ja kannustamalla häntä hakeutumaan esimerkiksi HAL -poliklinikalle tai avohoidon piiriin. Usein näissä tapauksissa henkilökunta tarjoutuu edelleenkin lähtemään ainakin ensimmäisellä käynnillä asiakkaan mukaan (Arponen ym. 2008, 107).

Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen erityisongelmia on tarkasteltu HUS:n Naistenklinikalla jo vuodesta 1983. Vuoden 2002 elokuussa luotiin tehostettu hoitomalli, jossa sairaalan äitiyspoliklinikalla on HAL-poliklinikan oma hoitotiimi, joka vastaa päihdepotilaiden hoidosta. Potilaat käyvät poliklinikalla 1 - 4 viikon välein omahoitajan ja lääkärin vastaanotolla raskauden seurannassa sekä saamassa psykososiaalista tukea päihteistä vierottamiseen ja elämän perusasioiden järjestämiseen (Rönkä & Virtanen 2009, 68-69). Raskaana ollessaan äitiä autetaan pohtimaan ja tunnistamaan omia tunteitaan, kuvittelemaan vauvan persoonaa ja tulevia tilanteita vauvan kanssa. Vauvan synnyttyä työskentely tapahtuu arkipäivän tilanteiden kautta (Andersson, Hyytinen, Kuorelahti 2008, 24).

Synnytyksen jälkeen äiti ja vauva siirtyvät sairaalan lapsivuodeosastolle. Synnytyssalista ilmoitetaan osastolle vauvan syntymisestä. Mikäli vauvan vointi edellyttää tehovalvontaa, siirtyy hän suoraan synnytyssalista vastasyntyneiden valvontayksikköön. Näin menetellään

esimerkiksi vauvan vieroitusoireiden takia. Valvontayksikössä ja osastolla äiti saa ohjausta vauvan hoitoon. Hänen varhaista vuorovaikutustaan vauvaa kohtaan tuetaan ja äidin vointia seurataan. Vauvan mahdollisia vieroitusoireita seurataan. Vauvan syntymästä ilmoitetaan sosiaalityöntekijälle ja neuvolan terveydenhoitajalle, sekä äidin suostumuksella tarvittaessa muille tahoille. Tiedon siirtyminen neuvolaan tai muuhun jatkohoitopaikkaan on tässä vaiheessa merkityksellistä.

Ennen äidin ja vauvan jatkohoitoon tai kotiin siirtymistä sairaalassa pidetään verkostopalaveri, johon osallistuu äidin ja vauvan asioiden kanssa toimivat henkilöt ja viranomaiset. Usein ongelmat ovat varsin monitahoisia, joten palaverissa saattaa olla kerralla kymmenenkin eri tahojen asiantuntijaa. Neuvolan terveydenhoitaja jää usein näiden kokouksien ulkopuolelle runsaan asiantuntijajoukon vuoksi, vaikka hän monen asiakkaan kohdalla toimiikin vauvan terveydenhoitajana lastenneuvolassa (Suullinen tiedonanto-, 8.11.2011).

Lapsivuodeosastohoidon jälkeen äiti ja vauva siirtyvät usein ensikotiin. Päihdeongelmaisten naisten hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa on kehitetty hoitomalli, jossa äiti ja vauvapari voidaan ottaa hoitoon yhdessä jo odotusajasta lähtien. Pääkaupunkiseudulla sijaitsee 3 hoitoyksikköä: Espoossa ja Helsingissä Oulunkylän ja Vallilan ensikodit. Ne ovat kodinomaisia, ja kussakin yksikössä voidaan hoitaa keskimäärin viittä äiti-vauvaparia ja yhtä laajempaa perhettä. Hoito edellyttää päiheteettömyyttä. Ensikotijakson jälkeen äidin ja vauvan tukeminen jatkuu tavallisimmin avopalveluyksiköissä.

4 Hoitoketju päihdetyössä

Terveydenhuollon palvelu- tai hoitoketju muodostuu joko yhdestä tai useammasta palvelu- tai hoitoprosessista. Hoitoketjun sujuvuuden näkökulmasta eri ammattiryhmien osaaminen ja heidän välinen yhteistyö muodostuvat toiminnassa tärkeiksi (Tanttu 2007, 59). Nordmack, Salo, ja Homberg-Mattila (2010) määrittelevät hoitoketjun työkaluksi, jolla voidaan kuvata eri toimijoiden välinen työnjako ja yhteistyö tietyn terveysongelman hoidossa. Hoitotoiminnot ylittävät usein terveyden- ja sosiaalihuollon sektorit, hoitoketjun prosessimaiset, dynaamiset toiminnot sisältyvät tähän. Hoitoketjuun liittyvät toiminnot loppuvat asiakkaan palvelun tarpeen päätymiseen (Nordmack, Salo ym. 2010, 1549-1551).

Saaren-Seppälä tutki väitöskirjassaan (2004) sektorirajat ylittävää toimintaa, terveydenhuollon toimintoja ja toimijoiden välisiä suhteita painottaen tiedon välittymisen, vastuun ja keskinäisen luottamuksen näkökulmia. Sektorirajojen ylittyessä potilasta hoitavien tahojen keskinäinen tuntemus ja potilaan hoidon kokonaisuus korostuivat. Samalla hän tarkasteli hoitosopimusta ja sen käyttöä tiedon siirtymisen, vastuun ja keskinäisen

luottamuksen parantamiseksi. Hoitosopimuksen avulla vastuu ja yhteistoiminta paranivat ja tiedonvälitys parani merkittävästi toimijoiden kesken.

Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoitoketjun tavoitteena on lisätä edellytyksiä tunnistaa päihde- ja sosiaaliset ongelmat, madaltaa kynnystä puuttua ongelmiin ja yhtenäistää hoidon porrastusta ja työnjakoa (Haapamäki, Itkonen, Laakkonen ym. 2007). HAL-asiakas tai - potilas on usein kuitenkin moniongelmainen ja hoitoketjut risteilevät hoitotyön-, mielenterveys- ja sosiaalipuolen sektoreilla jolloin ”punainen lanka” saattaa olla vaarassa kadota (Tanttu, 2007,12). Muun muassa Nuutinen (2000), Havio, Inkinen ja Partanen (2008) ovat sitä mieltä, että hoitoketjun siirtymävaiheet tulee seurata välittömästi toisiaan. Näin asiakkaan tai potilaan näkökulmasta hoitoketjuun ei pääse syntymään tilanteita, joissa vastuu hoidon jatkuvuudesta ei ole minkään palvelutuottajan hallinnassa ja hoitoketju vaarassa katketa.

Vantaan kaupungin laatiman (2009) työryhmäraportin mukaan hoitoketjun jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kokonaisvastuu on selkeästi osoitettu ja että asiakas siirtyy palvelusta toiseen ongelmitta. Tärkeää on myös että jatkohoitoa olisi saatavilla läheltä. Jatkohoidon järjestäminen on oltava kaikkien vastuulla ja myös vauvan isä tulee huomioida jatkohoitoa suunniteltaessa (Vantaan kaupunki 2009).

5 Moniammatillinen toiminta

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö tuli lainalaiseksi uuden terveydenhuoltolain astuttua voimaan keväällä 2011. Sen tavoitteena on myös varmistaa asiakaskeskeinen toiminta (Terveydenhuoltolaki 2011). Päihdeongelmaisen naisen hoidon onnistumisen edellytyksenä on tiivis moniammatillinen yhteistyö (Havio ym. 2008, 175). Tiiviillä yhteistyöllä uskotaan, että hoito on tasapuolisempaa ja läpinäkyvämpää ja tuottaa lopputuloksen kannalta paremman hoito- ja päätöksentekotyön (Nikander 2003, 279).

Viranomaisten yhteistyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Se on yhteistyötä, jossa korostuu ammattiosaaminen. Nykyisin käytetään myös termiä monialainen yhteistyö (Aaltonen, Ahola & Alho 2011, 26). Se voidaan määritellä kokonaisuudeksi, jossa eri alojen asiantuntijoilla on yhteinen tehtävä, tavoite tai ongelma. He ovat myös sitoutuneita työskentelemään tämän yhteisen tehtävän, tavoitteen tai ongelman eteen käyttämällä hyväkseen osaamistaan ja ammattitaitoaan (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33). Moniammatillisuuden ja verkostotyön avulla voidaan kohdata sektorijaon aiheuttamia haasteita ja asiantuntemusta yhdistämällä määritellä yhteistä arvopohjaa, vastuualueita ja tiedon jakamista (Arnkil 2005, 26; Hiironniemi, Moilanen & Kerola 2005, 5; Jalonen,

Manninen, Rautio & Savinainen 2009, 4236). Tässä opinnäytetyössä käytän termiä moniammatillinen yhteistyö.

Yhteistyön avulla asiakkaan kokonaisuus tulee myös otettua paremmin huomioon (Isoherranen 2005, 14). Myös Andersson (2008) ottaa kantaa moniammatilliseen yhteistyöhön. Hänen mukaansa perus- ja erityispalveluiden yhteistyön tulee olla joustavaa. Päihteitä käyttävä raskaana oleva tai synnyttänyt äiti tulee kohdata organisaatorajat ylittäen. Hoitotyön tulisi mahdollistaa myös työntekijän hakeutuminen äidin luokse silloin, kun äiti ei itse kykene tai uskalla hakea apua (Andersson, Hyytinen, ja Kuorelahti 2008, 43).

Yhteistyö eri sektoreiden välillä on päihdehuollon arkipäivää, mutta samalla vaikeissa asiakastapauksissa yhteistyöstä voi muodostua vastuun siirtämistä sidosryhmältä toiselle (Suhonen & Murto 2002, 11-12). Moniammatillista yhteistyötä voidaan luonnehtia siten, että se muodostuu toisiaan täydentävistä toiminnoista, joissa toimijoilla on yhteinen tavoite tai päätös ratkaistavanaan, johon he etsivät uusia lähestymistapoja keskustellen ja työskennellen yhdessä. Näin he myös tietävät kehen voi olla yhteydessä, kun toisen ammattitaitoa tarvitaan (Isoherranen 2005, 14, Seikkula & Arnkill 2005, 9).

Moniammatillista yhteistyötä voidaan tarkastella myös vuorovaikutuksen näkökulmasta, kuten Nikander on tehnyt artikkelissaan (2002) ”Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma”. Tässä artikkelissa Nikander on selvittänyt päätöksentekoa ja yhteistyödynamiikkaa sosiaali- ja terveydenhuollossa videoimalla kokoustilanteita ja analysoimalla niitä. Analyysi tuo esille sen miten eri asiantuntijat yrittävät suoriutua niukoilla resursseilla erilaisista asiakkaista ja heidän tarpeistaan sekä päätöksenteon kriteereistä. Hän on myös sitä mieltä, että organisaatorajat ylittävä päätöksenteon merkitys tulee tulevaisuudessa kasvamaan (Nikander 2003, 288).

5.1 Moniammatilliset yhteistyörakenteet raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa

Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen ongelmat ovat usein varsin monitahoisia. Taustalla saattaa olla mielenterveysongelmia, prostituutiota, aikaisempia lasten huostaanottoja, taloudellisia ongelmia, rikollisuutta ja asunnottomuutta. Ongelmien kasautumisen seurauksena saattaa käydä niin, että vauvaa odottavan päihteitä käyttävän naisen on entistä vaikeampi kiinnittyä syntyvään vauvaansa ja ongelmien vyyhti kasvaa.

Eloranta ja Kuusela (2011) kuvaavat hoitotieteellisten opinnäytetöiden pohjalta moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä. Heidän mukaansa yhteistyön toteutuminen vaatii riittävästi resursseja. Onnistuneeseen toteutumiseen on varattava riittävästi henkilökuntaa ja aikaa sekä tiedon kulkuun tulee olla asianmukaiset tekniset

apuvälineet. Myös yhteistyötä tukeva johtamiskulttuuri on tärkeä elementti moniammatillisuutta ajatellen (Eloranta & Kuusela 2011).

Sosiaali- ja terveysministeriön Äitiys- ja Lastenneuvolatyö Suomessa -selvityksen (2005) mukaan sekä lääkärit, että terveydenhoitajat nimesivät useita moniammatillista yhteistyötä haittaavia tekijöitä. Niistä tavallisimpia olivat ajankäyttöön, tiedonkulkuun, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja toisen työn liian vähäiseen tuntemiseen liittyvät vaikeudet. Myös tietosuojakäsyt ja verkostotyöskentelyn taitojen puute olivat ongelma joka kolmannen lääkärin ja terveydenhoitajan vastauksien mukaan (Hakulinen-Tuovinen, Haapakorva ym. 2005, 83). Myös käytettävissä olevaa työaikaa tutkittiin. Selvitykseen vastanneista terveydenhoitajista ja lääkäreistä lähes puolet arvioi käytettävissä olevan työajan riittämättömäksi erityistukea tarvitseville perheille. Suositus neuvolassa annettavan tuen kohdentamisesta erityistukea tarvitseviin perheisiin ei näin ollen toteutune (Hakulinen-Tuovinen, Haapakorva ym. 2005, 113).

Asiakkaan terveydentilan kannalta huolellisesti täytetty lähete on välttämätön erikoissairaanhoidon. Lähete on hyödyksi myös muiden yksiköiden välisessä tiedonsiirrossa. Asiakkaan motivointi hoitoon, joidenkin kohdalla jopa ajanvaraus tai saattaminen hoitoon edesauttavat tiedon siirtymisessä (Haapamäki, Itkonen, Laakkonen, Peltola & Taskinen, 2007). Lähetteen HAL -poliklinikalle voi tehdä päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoa koskien joko neuvola, huume - klinikka, A-klinikka, tai muu vastaava yksikkö. Lähetteessä tulee näkyä selkeästi äidin ongelma, johon vastaanottavassa yksikössä voidaan ottaa kantaa. Lähetteen perille saapumisen voi varmistaa vielä puhelinsoiton perusteella. Myös hoitopalautteen tai epikriisin kirjoittaminen on tullut tavaksi potilaan hoitajakson jälkeen. Näin tieto siirtyy hoitavasta yksiköstä seuraavalle tasolle. Usein kuitenkin käy niin, että epikriisi ei tavoita seuraavaa hoitoyksikköä ja näin hoitoketju on vaarassa katketa.

Nykyisin päihderiippuvaisen naisen tietojen luovutus seuraavalle hoitavalle yksilölle on joustavampaa. Terveydenhuoltolain mukaan potilaan/asiakkaan hoidossa olevan päihderiippuvaisen naisen potilasasiakirjojen luovutus on mahdollista, mikäli potilas/asiakas ei sitä erikseen kiellä. Lakiuudistuksen tarkoituksena on parantaa hoitoa ja välttää päällekkäistä työskentelyä (Terveydenhuoltolaki 2011, § 9). Äidin kotiutumisen yhteydessä lapsivuodeosaston kättilön tehtävänä on ilmoittaa kotiutumisesta neuvolaan. Hän myös usein postittaa äitiä ja vauvaa koskevat paperit neuvolaan. Neuvolan terveydenhoitajaa on kuitenkin nykyisten käytänteiden mukaan vaikea tavoittaa. Hänellä on vain yksi tunti aikaa keskellä päivää ottaa vastaan puheluja. Tämä koetaan kauttaaltaan ongelmalliseksi (Ijäs, M, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2011).

Asiakkaan siirtyessä terveydenhuollon toimipisteestä toiseen on tiedon siirtymisellä suuri merkitys. Siirtyvän tiedon tulee olla asiakkaan/potilaan hoidon kannalta tarpeellista, ajan- tasalla olevaa ja koordinoitua. Tantun (2007) tekemän väitöskirjan mukaan tiedon siirtymisessä on merkittävää siirtyvän tiedon tarpeen määrittely, sovitut kirjaamiskäytännöt ja tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon (Tanttu 169, 2007).

5.2 Moniammatilliset yhteistyöprosessit raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa

Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan moniammatillisen yhteistyön toteutuminen edellyttää myös yhteistyön prosesseja joita ovat: yhteinen hoitotyön päämäärä, toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittäminen ja oman asiantuntijuuden sisäistäminen (Eloranta & Kuusela 2011).

Kun neuvolassa tai äitiyspoliklinikalla todetaan, että HAL -asiakas tarvitsee sosiaalitoimen järjestämää päihdelaitoshoidoa tai päihdeongelmien hoitoon erikoistunutta ensikotia, maksusitoumus on myönnettävä lääkärin lähetteen perusteella. Päihteitä käyttävien äitien seurannassa on hoidon onnistumiseksi toteutettava mahdollisimman pitkälle niin sanottua ”yhden luukun periaatetta”, jotta vältetään asiakkaan juoksuttaminen eri viranomaisten luona. Lääkärin lähetteen perusteella pääsee mielenterveyspalveluihin, muttei sosiaalitoimen laitospalveluihin. Palveluihin pääsy voi riippua siitä saako maksusitoumuksen vai ei. Raskaana olevan tulisi päästä tarvitsemiinsa palveluihin huolimatta siitä minkä toimialan piiristä apua haetaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 45). ”Yhden luukun periaate” ei kuitenkaan yleensä toteudu ja äiti joutuu hakemaan apua monelta eri taholta. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää, että hoidon vastuu siirtyy ongelmitta hoitotasolta toiselle ja jokainen on tietoinen omasta ja toistensa tehtäväalueista.

Neuvolassa terveydenhoitaja tekee tyypillisesti yhteistyötä toisen terveydenhoitajan kanssa, mutta myös terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat keskeisen työparin neuvolassa. Heidän yhteistyönsä näyttää Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksen (2005) mukaan toimivalta: heidän on helppo ottaa yhteyttä toisiinsa. Tosin molempien ammattiryhmien mielestä yhteisiin keskusteluihin ei ollut riittävästi aikaa. Vajaat puolet terveydenhoitajista (n=1282) oli sitä mieltä, että yhteistyötä haittaa lääkäreiden suuri vaihtuvuus (Hakulinen-Tuovinen ym. 2005, 74).

Vauvan syntymän jälkeen raskaana olevan naisen asioita käsitellään usein verkostokokouksessa. Tämä kokous käydään usein jo sairaalassa tai äidin kotiseudulla ja siihen kutsutaan toimijoita sosiaali- ja terveydenhuollosta. Samassa kokouksessa saattaa helpostikin olla kymmenen eri tahojen asiantuntijaa puimassa äidin ongelmia (Kahila, henkilökohtainen tiedonanto, 7.11.2011). Tässä kokouksessa pyritään nimeämään yhteinen ongelma, johon

kokouksen avulla pyritään hakemaan ratkaisua. Yhteistä ongelmaa ei kuitenkaan aina ole ja siksi sen määrittäminen saattaa olla vaikeaa. Asiakkaalla saattaa olla useampia ongelmia, jotka nivoutuvat yhteen. Verkoston kullakin toimijalla on usein oma asiakkaaseen liittyvä ongelma. Jos verkoston eri jäsenet yrittävät löytää yhteisen asiakasta koskevan ongelman, saattaa koko asiakkaan eteen tehtävä työskentely kariutua. Jos kuitenkin oivalletaan, jokaisella saattaa olla eri näkökulma asiaan, toimiva verkostotyöskentely voi olla mahdollista (Seikkula & Arnkil 2005, 32, 33) Valta osa neuvoloiden terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että usein terveydenhoitaja kuitenkin jää tämän kokouksen ulkopuolelle ja näin hoitoketjun tärkeän toimijan ote pitkäaikaisesta asiakkaastaan on vaarassa kadota (Neuvolakokoukset, henkilökohtainen tiedonanto 7., 8. ja 10.11.2011).

Eloranta ja Kuusela (2011) ovat myös sitä mieltä, että yhteistyötahojen tasavertainen, luottamuksellinen ja vastavuoroinen dialogi on yhteistyötä tukevaa toimintaa ja näin myös varmistaa tiedon perille menon. Myös työnjaon määrittäminen on edellytys moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa. Näin olisi mahdollista luoda toimiva päihderiippuvaisen naisen palvelujärjestelmä, jonka avulla voitaisiin tuottaa tarkoituksenmukaisia palveluita ja luoda yhtenäiset Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin alueen raskaana olevan naisen hoitokäytänteet, sekä turvata raskaana olevan päihderiippuvaisen naisen jatkohoito. Tämä edellyttää myös vahvaa ammattitaitoa päihderiippuvaisen hoitotyöstä ja sosiaalisista ongelmista (Eloranta & Kuusela 2011).

6 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tavoitteena on laatia hoitoketju raskaana olevan huumeita, alkoholia, ja/tai lääkkeitä käyttävän naisen hoitotyöhön osallistuvien tahojen kanssa. Se laaditaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin alueelle yhteistyössä työryhmän kanssa. Lisäksi tarkoitukseni on myös saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen ongelmakohtista hoitoketjun eri tasoilla. Selvitän myös miten tieto siirtyy eteenpäin hoitoketjun eri vaiheissa, sekä tiedon siirtoon liittyviä ongelmakohtia. Koulutuspalautteesta saatujen tulosten ja haastatteluista saatujen tietojen pohjalta toivon saavani kehittämisajatuksia ongelmakohtien parantamiseksi ja yhteistyön sujumiseen hoitoketjun eri vaiheissa. Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millaista on moniammatillinen yhteistyö raskaana olevan päihdeitä käyttävän naisen hoitoketjussa?
- Miten yhteistyötä tulisi kehittää?

Tarkoituksena on, että opinnäytetyön tulokset antavat tietoa päihdeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoketjun eri työtahojen välisestä yhteistyöstä ja sen ongelma-alueista, sekä kehittämiskohdista Helsingin ja uudenmaan sairaanhoidopiirin alueella.

7 Menetelmälliset ratkaisut

Opinnäytetyössä kerään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineistoa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Tulokset analysoin sisällön analyysiä käyttäen (Hirsjärvi 1998, 161). Laadullisen tutkimuksen avulla pyrin kuvaamaan hoitoketjun mahdollisimman todenmukaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Määrällisen tutkimuksen metodina kysely soveltuu hyvin. Kyselylomakkeen vastausten avulla taas pyrin selvittämään millä tavalla moniammatillinen yhteistyö ja vastaajan ammatti, tai toimipaikka liittyvät yhteen (Vilkkä 2007, 14).

Käytän tutkimuksessa myös metodista triangulaatiota eli tutkin moniammatillista yhteistyötä teemahaastattelun ja kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake toimii samalla 15.11.2011 alueellisen koulutuspäivän palautelomakkeena (liite 2) (Tuomi & Sarajärvi, 142). Triangulaation avulla on mahdollista tarkastella tutkimuksen aihepiiriä eri suunnista ja eri menetelmin ja näin saavuttaa paras mahdollinen kokonaiskäsitys tutkimuksen aihepiiristä (Kylmä & Juvakka 2007, 17). Tällä tavalla pyrin varmistamaan eri menetelmin hankitun tiedon totuudenmukaisuuden (Metsämuuronen 2008, 60).

Laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollisuus ymmärtää, millaiset käsitykset ja tavat vaikuttavat ihmisten toiminnan taustalla (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63). Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tutkia ilmiöiden merkitystä, ei niinkään niiden vaikutuksia (Eskola & Suoranta 2000, 51).

Määrällinen tutkimuksen avulla saadaan yleinen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Tässä tutkimusmenetelmässä tutkija on objektiivinen, eikä vaikuta tutkimustulokseen (Vilkkä 2007, 13).

7.1 Kysely

Kysely sopii aineiston keräämiseksi silloin kun tutkittavia on paljon. Kysymyslomaketta voidaan käyttää, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja hänen mielipiteensä. Ongelmaksi saattaa koitua se, että vastausprosentti jää alhaiseksi (Vilkkä 2007, 28).

Laadin 15.11.2011 pidettyyn koulutuspäivään Erityistukea tarvitsevat perheet koulutuspalautelomakkeen (liite 2), johon lisäsin kysymyksiä moniammatillisen työn toteutumisesta. Tällä tavalla pyrin saamaan tietoa ja mielipiteitä koulutukseen osallistujien nykyisestä työtehtävästä ja yhteistyön sujumisesta. Kysymyksiä laatiessani otin huomioon tutkimuskysymykset ja sen, että kysymykset eivät saa olla liian laajoja ja monimutkaisia. Suunnittelin alkuun suljettuja - eli vaihtoehtoja antavia kysymyksiä ja lopuksi avoimen

kysymyksen, jonka kautta vastaajat saivat kuvata omasta näkökulmastaan moniammatillisen työn toteutumista työympäristössään (Heikkilä 2010, 47). Tutkimus- ja kehittämistyöryhmän puheenjohtaja tarkisti koulutuspalautelomakkeen ja hyväksyi kysymykseni.

7.2 Teemahaastattelu

Haastattelu valittiin pääasialliseksi tiedonkeruu menetelmäksi, sillä sen etuna on joustavuus. Haastattelun aikana on mahdollista säädellä aineiston keruuta, täsmentää kysymyksiä ja vaihtaa niiden järjestystä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 201).

Teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun avulla edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehukseen. Teemahaastattelulle on tyypillistä se, että kysymykset ja niiden järjestys voi vaihdella. Haastattelussa haastateltavat painottavat tulkintoja asioista ja heidän antamistaan merkityksistä asioille. Näin on mahdollista saada tutkittavien omat näkemykset esille (Eskola & Suoranta 1999, 86; Hirsjärvi & Hurme 2006, 48; Tuomi & Sarajärvi 2011, 75).

Teemahaastattelun rungon (liite 3) laadinnassa hyödynsin opinnäytetyön teoriaosuutta. Tarkoituksena oli teemojen avulla kerätä aineistoa kohdista, jotka vastaisivat tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelun avulla voidaan löytää tutkimusongelmista keskeiset aiheet, joita tutkimushaastattelussa tullaan käsittelemään. Haastattelun tavoitteena on, että vastaajat antavat kaikista teema-alueista oman henkilökohtaisen kuvauksensa (Vilka, 2005, 101-102).

Teemahaastattelun etuna voidaan pitää sitä, että teemahaastattelu on niin avoin menetelmä, että siinä haastateltava pääsee puhumaan vapaamuotoisesti, jolloin kaikki mitä hän tuottaa tutkimukseen, edustaa häntä itseään. Toiseksi haastattelussa käytettävien teemojen kautta jokaisen haastateltavan kanssa puhutaan jokseenkin samoista asioista (Eskola & Suoranta 1999, 87).

Ensimmäisen teeman tarkoituksena oli selvittää hoitoketjuajattelua ja sen tuomia etuja päihteitä käyttävän ja synnyttäneen äidin kanssa tehtävään työskentelyyn. Toisen teeman avulla selvitin haastateltavien näkemyksiä päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen kanssa tehtävästä moniammatillisesta yhteistyöstä. Näiden teemojen avulla pyrin saamaan vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni. Kolmannen teeman tarkoitus oli selvittää moniammatillisen yhteistyön kehittämiskohtia kunkin haastateltavan omasta näkökulmasta katsottuna ja tällä teemalla halusin saada vastauksia toiseen tutkimuskysymykseeni.

Alateemat olen rakentanut osittain vastaamaan Elorannan ja Kuuselan (2001) Moniammatillinen yhteistyö - katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin tutkimusartikkelissa esiintyvien yhteistyöressurssien ja yhteistyöprosessien mukaan. Tavoitteena oli muotoilla haastattelukysymykset ymmärrettäviksi ja selkeiksi.

Haastattelupaikka valittiin haastateltavien toiveiden mukaisesti ja tehtiin työpaikoilla. Olin etukäteen arvioinut kunkin haastattelun kestävän noin tunnin. Sovin jokaisen haastateltavan kanssa ajan etukäteen ja lähetin haastattelukysymykset jokaiselle etukäteen, jotta heillä oli aikaa tutustua aiheisiin. Kerroin myös, että toteutan haastattelut tutkimusetiikkaa noudattaen ja pyrin säilyttämään jokaisen haastateltavan anonymiteetin hävittämällä äänitteet jälkikäteen.

8 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön tekeminen alkoi keväällä 2011 Naistenklinikan tutkimus- ja kehittämishanketyöryhmän työskentelyllä ja hoitoketjukaavion laadinnalla. Tämän jälkeen oli vuorossa alueellinen koulutuspäivä aiheesta, vierailut yhdeksässä neuvolassa sekä tutkimushaastattelut. Koulutuspalautteen kyselylomakkeen avulla halusin saada täydentävää tietoa tutkimukseeni. Käytin kyselyä myös hyväksi, sillä sen avulla pystyin laajentamaan tutkimusaineistoani (Hirsjärvi ym. 1998, 191). Laadin kyselylomakkeeseen yhden suljetun ja yhden avoimen kysymyksen moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen, joiden tarkoituksena oli saada tietoa koulutukseen osallistujien omista kokemuksista moniammatillisuuteen liittyen.

Tutkimuksen kohdejoukon valitsin tarkoituksenmukaisesti henkilöistä, jotka tekevät säännöllisesti työtä päihdeäitien parissa. Pyrin rekrytoimaan haastateltavat tasaisesti hoitoketjun eri tasoilta. Tutkimuksen taustayhteisöiksi valitsin Naistenklinikan Helsingistä ja vantaalaisia neuvoloita. Haastateltavien rekrytoinnin vaikeutuessa laajensin aluetta vielä helsinkiläisiin neuvoloihin, sellaisille alueille, joissa oli paljon päihdeäitejä asiakkaina. Aktiivista rekrytointia tein Helsingin ja Vantaan alueilla, Espoon jätin tietoisesti pois. Rekrytointi tapahtui pääasiassa osastonhoitajien kautta, mutta olin yhteydessä myös suoraan haastateltaviin. Erikoissairaanhoidossa eli Naistenlinikalla tapahtuva rekrytointi toteutui lähinnä osastonhoitajien ehdotusten perusteella. Yrityksistäni huolimatta yhtään perhetyöntekijää ei osallistunut tutkimukseen. Muutama haastatelluista tuli mukaan myös lumipallotekniikalla, eli jo haastatellut terveydenhoitajat ja kättilöt hankkivat mukaan uusia haastateltavia (Kylmä & Juvakka 2007, 63).

Tutkimusaineisto kerättiin valtaosin puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla (liite 3). Haastattelin opinnäytetyöhöni yhdeksää huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyöhön osallistuvaa perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon työntekijää. Haastateltavat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia (1), terveydenhoitajia (3), kättilöitä (3) ja sairaalan sosiaalityöntekijöitä (2). Tavoite oli saada tasainen otos erikoissairaanhoidon- ja perusterveydenhuollon edustajia tehtäväkeskeisesti ja ammatillisesti. Haastattelut toteutettiin viikkojen 48 - 49 aikana ja ne olivat kestoltaan 40 - 60 minuutin pituisia. Haastateltaville kerrottiin haastattelun vapaaehtoisuudesta ja eettisyydestä ja jokaiselta pyydettiin kirjallinen lupa haastattelun nauhoittamiseen (liite 4). Lisäaineistona käytin HAL - hoitoketjukaaviota teemahaastattelujen yhteydessä, sekä havaintomuistiinpanoja haastatteluista. Käyttämällä useampaa eri menetelmää pyrin lisäämään tiedon luotettavuutta (Metsämuuronen 2008, 60).

Ennen varsinaisia haastatteluja toteutin esihaastattelun, jonka avulla testattiin kysymysten toimivuutta. Esihaastattelu lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Sen tarkoituksena on testata aihepiirien järjestystä, haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua. Esihaastattelun avulla voidaan arvioida myös haastatteluihin varattavaa aikaa (Hirsjärvi & Hurme, 72). Hyödynsin esihaastattelusta saadun materiaalin varsinaisena tutkimusmateriaalina. En tehnyt muutoksia kysymysten muotoiluun. Haastatteluun lisäsin kaksi uutta kysymystä jo esihaastattelussa. Toinen käsitteli ennakkollista lastensuojeluilmoitusta ja toinen terveydenhoitajan roolia hoitoketjussa.

Alueellisen koulutuspäivän kyselylomakkeeseen (liite 2) vastasi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon parissa työskenteleviä henkilöitä, jotka tekevät säännöllisesti töitä päihdeäitien kanssa. Kyselylomakkeen viimeisten kysymysten avulla pyysin vastaajia kuvaamaan moniammatillisen yhteistyön toimivuutta omassa työssä ja mitkä tekijät vaikuttivat yhteistyön toimivuuteen tai ongelmakohtiin.

9 Aineiston analyysi

Sisällön analyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Aineiston analyysi suoritetaan teoriaan pohjautuvan deduktiivisen sisällön analyysin avulla. Analyysiä ohjaavat teemat. Aineistosta nostetaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Tällä menetelmällä pyrin vertailemaan kyseisten teemojen esiintymistä ja ilmenemistä tutkimusaineistossa ja tuomaan esille niiden merkityksen tutkimusongelman kannalta (Eskola 2000, 174). Haastatteluaineistot analysoin laadullisella sisällön analyysillä teemoittamalla tutkimusaineiston. Tuomen ja Sarajärven (2002, 116) mukaan aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä, joko aineistolähtöisesti, teoriasidonnaisesti tai teorialähtöisesti. Tässä opinnäytetyössä sisällön analyysi toteutetaan teorialähtöisesti. Sisällön analyysillä saadaan kerättyä aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten ja sen tarkoituksena on kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti (Grönfors 1982, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Opinnäytetyön määrällisen osuuden analysoin manuaalisesti. Peruslähtökohta kvantitatiiviselle analyysille on se, että kyseistä mitattavaa kohdetta voidaan mitata niin, että tuloksella on numeerinen sisältö (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 36). Saatuani aineiston kokoon aloitin sen käsittelyn, eli tarkistin sen ja syötin tiedot tietokoneelle Excel-ohjelmaa apuna käyttäen ja taulukoita laatien. Samalla tarkastelin vastattujen lomakkeiden laatua, muuttujien nimiä ja arvoja, sekä lomakkeen tietojen syötön (Vilka 2007, 114). Kvantitatiivinen lomakeaineisto tulee myös anonymisoida tarkastelemalla aineistoa kokonaisuutena. Tarkasteltavia aihepiirejä ovat tutkittavien informointi, taustamuuttujat, avoimet tekstivastaukset ja itse aihepiiri. Tämän jälkeen tulee arvioida kokonaisuutta ja tehdä tarvittavia päätöksiä anonymisoinnista (Kuula 2007, 210).

Aineiston analyysin aloitin heti, kun olin saanut kyselylomakkeet koodattua ja haastattelut sanasta sanaan litteroitua. Tutustuin litteroituun aineistoon perusteellisesti lukien sitä läpi moneen kertaan ja merkitsin erivärisillä yliviivaushuopakynillä teemoja, jotka olin nostanut esille Eloranta - Kuuselan (2011) hoitotieteen tutkimuksesta Moniammatillinen yhteistyö - katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Sen jälkeen oli vuorossa aineiston erittely.

Luin materiaalia läpi ymmärtääkseni aineiston merkityksen. Käydessäni litteroitua materiaalia läpi, yliviivasin erivärisillä huomiokynillä teemakohtaiset merkitykselliset kohdat materiaalista. Sen jälkeen lähdin teemoittelemaan aineistoa teemojen mukaisesti. Litteroitua materiaalia tuli yhteensä 50 sivua kirjoitettua tekstiä. Lisäksi aineistomateriaalina käytettiin koulutuspalautekaavakkeen 2 viimeisen kysymyksen vastauksia.

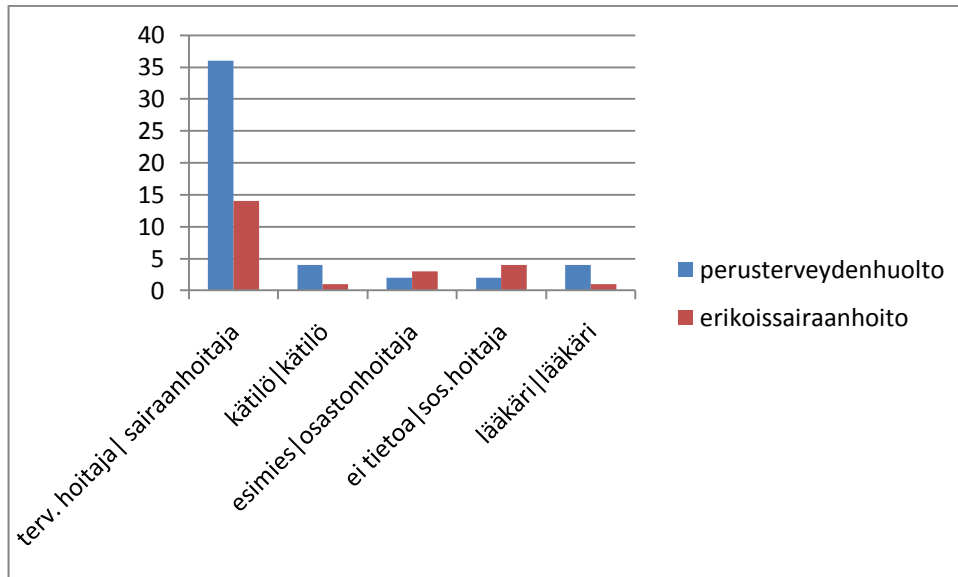
10 Tutkimustulokset

Keräsin kyselyaineiston Erityistukea tarvitsevat perheet, 15.11.2011 pidetyn alueellisen koulutuspäivän koulutuspalautteella (n=83). Kysymysten avulla pyysin vastaajia kuvaamaan moniammatillisen yhteistyön toimivuutta omassa työssä ja mitkä tekijät vaikuttivat yhteistyön toimivuuteen tai ongelmakohtiin. Suurin osa koulutuspalautteeseen vastanneista oli perusterveydenhuollon (PTH) edustajia (n=46). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yksiköistä (ESH) paikalla oli 77 ja perusterveydenhuollon alueelta koulutukseen osallistui 109 hoito- ja sosiaalialan työntekijää. Vastausprosentti oli 44 %.

Tulosten perusteella perusterveydenhuollon asiantuntijat olivat keskimäärin tyytymättömämpiä yhteistyön toteutumiseen kun erikoissairaanhoidon edustajat. Perusterveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan ongelmia koettiin tiedon kulussa, yhteistyötä hankaloitti salassapitovelvollisuuden tiukka noudattaminen, hoitoketjutyöskentelyssä terveydenhoitaja jäi helposti sen ulkopuolelle. Erikoissairaanhoidon puolella työskentelevien vastauksista tuli ilmi myös puutteellinen tiedon vaihto ja parannusta ehdotettiin esimerkiksi neuvolakorttiin liitettävällä lisäselvityksellä. Myös neuvolassa käytettyjen lomakkeiden suuri paljous hämmästytti eräässä vastauksessa. Enemmän tulisi kiinnittää huomiota vuorovaikutukseen ja avoimeen dialogiin asiakkaan kanssa.

Haastatteluaineistosta neljä toimi perusterveydenhoidon alalla. Heistä 3 toimi äitiysneuvolan terveydenhoitajana ja 1 oli terveysneuvontapisteen sairaanhoitaja. 5 haastatelluista toimi erikoissairaanhoidossa, 2 heistä oli kättilöitä, 2 sosiaalityöntekijää ja yksi oli HAL-poliklinikan kättilö. Iältään he olivat 29 - 52-vuotiaita ja työkokemusta heillä oli alalta keskimäärin viidestä vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen. Kaikki haastatellut olivat naisia.

Kyselyyn vastanneiden taustatiedoista kysyttiin heidän ammattiaan ja toimipaikkaansa (Kuvio 1). Kyselyyn vastanneista 46 oli perusterveydenhuollon edustajia (sininen). Heidän ammattejaan oli terveydenhoitaja (n=36), lääkäri (n=4), esimies (n=2) ja kättilö (n=2). Kaksi vastanneista ei ollut nimennyt ammattiaan. Erikoissairaanhoidon edustajista 37 vastasi kyselyyn (punainen) ja heidän ammattejaan oli sairaanhoitaja (n=14), kättilö (n=13), lääkäri (n=1), sosiaalihoitaja (n=4), esimies (n=3) ja kaksi vastanneista ei ollut nimennyt ammattiaan.



Kuvio 1: Kyselyyn vastanneiden ammatti (=83).

10.1 Hoitoketju

Haastatteluteemoista ensimmäisessä hain vastauksia siihen, että millaisena perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevät asiantuntijat näkevät huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän, raskaana olevan tai synnyttäneen (HAL) asiakkaan tai potilaan hoitoketjun.

10.1.1 Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta.

Haastateltavat kuvasivat päihteitä käyttävän HAL -asiakkaan *hoitoketjua* omasta näkökulmastaan. Perusterveydenhuollon työntekijöistä terveydenhoitaja kertoi toiminnan perustuvan Audit-kyselyyn ja siitä saatuihin pisteisiin. Jos asiakas saa Audit -kyselystä yli 8, tehdään hänestä lähete HAL -poliklinikalle. Osassa neuvoloita oli käytössä päihdehoitaja, jonka kanssa tehtiin yhteistyötä. Terveydenhoitajien keskuudessa ongelmalliseksi koettiin se, että lomakkeet palvelevat hyväosaisia ja osa asiakkaista ei vastaa kyselyihin totuudenmukaisesti.

”Ekanä voidaan tehdä Audit -kysely ja niitten pisteitten mukaan toimitaan.

Ongelmahan on se, että nehän ei juo! Jos se sanoo, ettei se käytä juurikaan alkoholia, että ottaa vain sen saunaoluen tai siiderin ni siihen on vaikea puuttua.”(h9p)

Äitiysneuvolassa terveydenhoitajan rooliin vaikutti asiakkaan päihteiden käytön vakavuusaste. Haastateltavat kokivat neuvolan roolin merkityksellisenä ja normaaliutta edustavana. Jos kyseessä oli vakava ongelma, saattoi käydä niin, että terveydenhoitaja teki lähetteen päihdeäidistä HAL -poliklinikalle, eikä sen jälkeen saanut tietoa asiakkaasta. Huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen keskittyneissä terveysneuvontapisteissä sillä on merkitystä, että onko asiakas asioinut omalla nimellään vai nimimerkillä. Myös ulkokuntalaisten kohdalla eteenpäin lähettäminen vaikeutuu ja asiakas saattaa jäädä oman onnensa nojaan. Terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat kokeneet toiminnan luotettavaksi ja lisääntymisterveyspalvelujen kasvaessa myös raskauksia todetaan ja asiakas ohjataan joko neuvolaan tai suoraan HAL -poliklinikalle.

HAL-poliklinikalle tulee lähetteitä useista eri paikoista: neuvoloista, terveysneuvontapisteistä, päihdehoitolaitoksista ja myös vankiloista. Potilaalle ilmoitetaan puhelimitse ensimmäinen tapaamisaika. Asiakas tulee yleensä kumppanin kanssa ja ensimmäisellä käynnillä yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa kartoitetaan potilaan tilanne ja kysellään hänen toiveitaan. Lääkäri tekee ensimmäisen ultraäänitutkimuksen ja ensimmäisellä käynnillä tehdään hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan kanssa ja annetaan mietittäväksi erilaisia vaihtoehtoja. Tässä vaiheessa sekä päihdepsykiatrinen-, että sosiaalipediatriinen yksikkö tulevat mukaan hoitoketjuun. Sosiaalityöntekijän mukaan hoitoketjua on vaikea kuvata, koska potilaat ja heidän ongelmansa ovat varsin vaihtelevia. Eräs erikoissairaanhoidon alalta haastateltu määritteli asiakkaat päihteiden käytön vakavuuden mukaan kolmeen eri luokkaan. Tällä on merkitystä hoitoketjun etenemisen kannalta.

”Äiti, jolla on korvausosto ja pärjää jo edellisenkin lapsensa kanssa, käypi avolla hakemassa subuteksinsa ja on antanut useamman vuoden negatiiviset muutkin näytteet ja on kohentanu elämänlaatuaan ja on lastensuojelun piirissä. He lähtevät vauvan kanssa kotiin.

Sitten on se toinen piiri, vauva syntyy ja äiti on jossain korvaushoidossa ja tulee jostain katkolta tai jostain tänne. On jo jossain laitoksessa tavallaan ja lähtee sitten sinne takasin. Vauva menee jatkohoitoon yleensä Kättilöopistolle, kun on kovasti vierotusoireita, ja kotiutuu sieltä äidin luo, jos on tarkoitus.

Kolmas ryhmä on asiakkaat, joiden vauva menee suoraan huostaan, äiti on korvaushoidossa, mutta myös retkahtanu katuhuumeisiin, ja muihin. Äiti ei ole kykeneväinen hoitamaan vauvaansa.” (h6e)

Osalle riittääkin, että he käyvät muutaman kerran HAL -poliklinikalla ja tulevat sitten synnyttämään. Tällöin asiakkuus painottuu neuvolaan ja perusterveydenhuollon päihdehoitoyksiköihin. Osan kohdalla tarvitaan isotkin verkostot ja laaja-alainen suunnitelma jo raskauden alkuvaiheessa. Keskeistä on se, että HAL -potilas saa erikoissairaanhoidon lääkärikäynniltä lähetteen päihdepsykiatrian poliklinikalle ja siitä sitten osastohoitoon. Sen

jälkeen sosiaalityöntekijä tekee ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen ja näin on jo kiintein verkosto koossa. Osa erikoissairaanhoidon työntekijöistä kertoi jo tässä vaiheessa olevansa yhteydessä neuvolaan. Osa myönsi, että yhteyden pito on melko vähäistä. Yhteys oli riippuvainen päihteiden käytön vakavuudesta ja muun verkoston koostumuksesta.

Synnyttäjä tulee synnytyssalista lapsivuodeosastolle ja usein jatkohoito onkin jo valmiiksi suunniteltu. Jatkohoito riippuu siitä, tuleeko äiti osastolle vauvan kanssa vai ilman. Osastolla valvotaan äidin huumenäytteitä, toteutetaan mahdollinen korvaushoito. Vauvasta otetaan virtsa- ja mekonium-näytteet. Osastolla tilanne riippuu myös siitä, millä raskausviikolla vauva on syntynyt ja miten raskaus on sujunut. Äidit viipyvät osastolla normaalisti 1-4 vuorokautta tilanteesta riippuen.

10.1.2 Hoitoketjuajattelu, sen käytön edut ja motiivit

Haastateltavat kokivat valtaosin päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen *hoitoketjun* selkeäksi ja hyödylliseksi. Se ikään kuin valjastaa muut ammattilaiset potilaan eteen tehtävään moniammatilliseen yhteistyöhön ja näin toimimaan verkostona. Sen koettiin myös antavan raamit päihdeäidin hoitotyölle. Haastateltavat olivat myös sitä mieltä, että se vähensi yksittäisen työntekijän työmäärää asiakkaan ollessa toiminnan keskiössä ja toi työskentelyyn suunnitelmallisuutta. Hoitoketjuajattelu määritteli myös oman työn osuutta suhteessa kokonaisuuteen.

”Huomaan, että minun oma työ on vain yksi pisara tässä työssä. Niinku sanoin äidin osastolla olo on 1-4 vuorokautta. Jos normaali alatiesynnytys, eikä tule saamaan vauvaa ni ei ne tässä viihdy, kotiin mahdollisimman pian, ettei täällä tule mitään konflikteja, nyt ei ole pitkään aikaan tarvinu vartioita kutsua, mutta on niitäki kutsuttu. Kun mies on niin päihtynyt, ettei lähde täältä ja millon mitäkin, siinä mielessä näen, että se meidän osuus on tässä kaikista pienin.”(h6e)

Osa haastatelluista koki automaattisesti toimivansa hoitoketjun mukaan, mutta erityisesti terveydenhoitajat kokivat saavansa hoitoketjusta apua päihdeasiakkaan hoitotyön suunnitteluun ja hahmottamiseen viitaten siihen, että heillä saattaa olla vain 1-3 päihdeasiakasta vuodessa. Hoitoketjusta koettiin olevan apua myös uuden työntekijän perehdytyksessä.

”Se ei lopu siihen, että vauva syntyy vaan sittenhän on nää jatkotkin. Se on tosi tärkeä, että on nää labratkin selkeesti, että mitä otetaan ja sitten kun hän menee äitipolille ni hänellä on tietyt perusjutut tehty. Se hoitoketjuajattelu sillä tavalla ohje, että me vähän valmistellaan jo täältä.”(h8p)

Osa haastateltavista koki tämän asiakasryhmän hoitoketjun olevan valmiina mallina omassa asiakastyöskentelyssä. Haastateltavat olivat myös sitä mieltä, että hoitoketju toi HAL - poliklinikan merkityksen hyvin esille ja toimi motiivina saada asiakas ohjattua HAL - poliklinikalle. Myös äitiysneuvolan rooli tuli hyvin esille hoitoketjuajattelun myötä. Hoitoketjusta koettiin olevan hyötyä myös asiakkaalle. Sen avulla asiakas saa tietoa omasta jatkohoidostaan. Haastateltu terveydenhoitaja kuvaili teemaa siten, että hoitoketjun mukaan on vaikea toimia, mikäli asiakkaasta on herännyt huoli, mutta päihteiden käytöstä ei ollut varsinaisesti näyttöä. Kyseinen kokenut terveydenhoitaja kuvasi päihdeperheen hoitoketjun haasteellisuutta seuraavasti:

”Sellanen mulla oli narkkari äiti ja isä, että molemmat olivat narkkareita, mä en enää muista, miten se selvis, että ne käytti. Mä tiesin sen kyllä aluks, että olisko se selvinny niin, että ne olis ite peräti kertonu. Ihan nuori pari ni sekin oli karmee juttu, että sen syntymän jälkeen se vauva annettiin sen äidin äidille, joka jäi töistä pois palkattomalle virkavapaalle voidakseen hoitaa sen tyttärensä lasta. Ja sitten kun se äiti käytti sitä vauvaa sen vanhemmilla tyttärensä luona kerran viikossa ja mä kävin joka viikko kotikäynnillä kun mulla sattui olla siihen mahdollisuus. Sitten se mummon virkavapaa loppui. Se joutukin ykskaks jättämään sen vauvan sinne vanhemmille eikä lastensuojelu ollu missään tekemisissä sen perheen kanssa ja me mennään sinne kotikäynnille ja ne on ihan pöhnässä ne vanhemmat ja se vauva on siellä. Sillon mä ajattelin että ei voi olla näin että sitten me vasta tajuttiin, että lastensuojeluun pitää tehdä kokoajan ilmoituksia. Ei riitä että sä teet ilmoituksen, että tää on narkkariperhe ja että kun lastensuojeluilmoitus on tehty ni nyt ne huolehtivat. Vaan se pitää tehdä kokoajan se ilmoitus uudelleen ja uudelleen. Ne ei ollu aina pöhnässä ja se isoäiti käytti sitä vauvaa siellä vaan päiväselään. Mut sitten ku me kerran mentiin ni me kysyttiin, että onko tää vauva täällä yötäkin. Juu, mummon piti mennä töihin. Me oltiin ihan järkyttyneitä, että näinkö tää meneekin. (h9p)

Kyseinen terveydenhoitaja koki työnsä yksinäiseksi hoitoketjuajattelusta huolimatta. Raskaana olevaa tai synnyttäneitä päihteitä käyttävää äitiä oli vaikea saada eteenpäin ja muita asiantuntijoita oli vaikea saada yhteistyöhön mukaan. Hänen mukaansa hoitoketjuajattelun pitäisi saattaa asiantuntijat yhteen, mutta se ei aina toteudu.

10.1.3 Yhteistyön sujuminen

Seuraavaksi tiedustelin haastateltavilta sitä, mitkä tekijät vaikuttavat yhteistyön sujumiseen asiakkaan kannalta katsottuna. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että suurin vaikutus on asiakkaan tai potilaan omalla motivaatiolla ja asenteella, sillä miten raskaana oleva on sitoutunut odotukseen, syntyvän vauvan hoitoon ja jatkosuunnitelman toteutumiseen. Ensikäynnin merkitys luottamuksen syntymisessä koettiin myös tärkeäksi.

”Ne tuli ensikäynnille. Se äiti piileskeli sen isän kainalossa koko sen ensikäynnin ajan. Kun mä kysyin siltä äidiltä ni se työnsi päätään sen isän kainaloon ja se isä vastas sen puolesta. Se oli jotenki niinku omituista ja mä aikani sitä siinä kattelin, ja sitte mä sanoin, että ”mikäs tässä nyt oikein on? Miks sun on niin vaikee puhua mun kanssa näistä asioista?” Se äiti sano, että hän on alkoholisti, 18-vuotias. Sitten me ruvettiin puhumaan siitä avoimesti ja sitten vasta rupesi selviämään, että minkälainen tausta hänellä on. Niillähän on melkein kaikilla rikkinäinen tausta näillä päihdeäideillä, niinku tälläkin oli.” (h9p)

Myös kumppanin päihdetilanne vaikuttaa jatkotyöskentelyyn. HAL-poliklinikalla hoidetaan vain äitejä ja kumppanin tulisi hakeutua A-klinikalle hoitoon. Tämä koettiin ongelmallisena. Myös työntekijöiden omalla asenteella on merkitystä hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön sujumisen kannalta. Lastensuojelun pelko koettiin ongelmalliseksi, yhteistyötä hidastavaksi asiaksi. Asiakkaat saattoivat olla selkeästi varautuneita vastaanottotilanteessa, etenkin sosiaalityöntekijän kanssa toimiessaan. Monella on entuudestaan jo asiakkuus sosiaalitoimen kanssa ja kokemukset saattoivat olla vaihtelevia.

”Lastensuojelun pelko. Se on se tosi iso peikko. Sit se aika usein vielä vahvistuu siitä. Kuitenki se peikko, että lapsihan tullaan viemään ni se on tosi vahva.” (h2p)

Haastatteluissa tuli ilmi myös muun verkoston sitoutumisen merkitys yhteistyöhön. Jos muu verkosto on tiiviisti mukana jo alkuraskaudessa, niin yhteistyö lähtee paremmin käyntiin myös asiakkaan kannalta.

”Jos yksin yrittää hirveesti asiakkaan kanssa tehdä suunnitelmia ja se on kovan työn takana, että saa muita siihen mukaan ni se tietenki vaikuttaa, jos on isompi joukko jotka yhdessä yrittävät tehdä sitä, järjestää niitä asioita ni yhteistyö sujuu asiakkaanki kannalta paremmin. ” (h5e)

Lapsivuodeosastohoito on usein lyhyt. Päihteitä käyttävä äiti saattaa lähteä osastolta jo vuorokauden kuluttua. Usein näissä tilanteissa vauva jää sairaalaan eikä äiti motivoitu vaikean päihdetilanteensa vuoksi vauvan hoitoon. Hoitohenkilökunnan on vaikea saada äitiin kontaktia. Vierihoido-osastolla HAL -äidit jäävät helposti oman onnensa nojaan terveiden synnyttäjien rinnalla.

10.1.4 Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyötä ohjaavat toimintamallit

Työtä ohjaavat valtakunnalliset sekä alueelliset strategiat ja prosessikuvaukset. Haastateltavat mainitsivat myös hoitoketjuajattelun yhtenä esimerkkinä päihdeäidin toimintamalleista. Terveystoimittaja toi myös sen esille, että runsaasti päihteitä käyttävä raskaana oleva on vaikea saada motivoitumaan päihdeettömyyteen ja hoitoon, näin ollen yhteiset toimintamallit eivät asiakkaan kohdalla toteudu. Terveystoimittajat kertoivat myös, että Audit -kysely ohjaa HAL -asiakkaan toimintamallia, kuten hoitoketjuakin siinä tapauksessa, että asiakas vastaa kyselyyn todenmukaisesti.

”Ensin tehdään Audit. Se on se perustoimintamalli. Ja sen jälkeen se että kerrotaan se että tässä tilanteessa on hyvä tehdä se lähete - sillä tavalla yhteistyössä. Se toimintamalli pyrkii siihen, että kukaan ei voi tällaista asiaa yksin hoitaa. Sille asiakkaalle tuodaan ilmi se, että nyt meitä on useampi ihminen tässä porukassa.”
(h8p)

Haastateltavien mukaan yhteiset *hoito- ja toimintamallit* antavat potilaallekin tietoa tulevista tapahtumista ja näin auttaa häntä sitoutumaan suunnitelmiin. Osalle haastatelluista se antoi raamit ja rutiinit jatkotyöskentelyyn, osa koki työtehtävät irrallisina toimintoina hoidon toteutuksen tiimoilta.

Päihdehoitopaikoissa saatettiin mahdollisuuksien mukaan käyttää myös motivoivan haastattelun tekniikkaa toimintamallina, mikäli siihen koitui tilaisuus. Lähes kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitomalli on se, että potilas ohjautuu HAL -poliklinikan kautta eteenpäin. Yhteistyön tekeminen nähtiin myös tärkeäksi toimintamalliksi päihdeäidin hoitoketjussa. Sairaalan tasolla toimintamalli koettiin pitkälti samaksi: HAL -potilas ohjautuu HAL -poliklinikalta päihdepsykiatrian alaisuuteen ja yhteys asiakkaaseen säilyy koko sairaalajakson ajan. Vauvan synnyttyä sosiaalityöntekijä ilmoittaa asian lastensuojeluun ja muille yhteistyökumppaneille ja yhdessä harkitaan verkostopalaverin tarve. Kätilö tiedottaa vauvan syntymisestä neuvolaan puhelimitse. Jos vauva on valvontayksikössä hoidossa vieroitusoireiden takia, niin tieto vauvan kunnosta on kuitenkin äidin kertoman varassa ja neuvolaan välitettävä tieto ei välttämättä ole ajanmukainen.

Saako äiti vauvan, se on jo suunniteltu. Se helpottaa meidän työtä, elikä sitä riitaa ei käydä täällä enää. Äiti on jo ennen synnytystä tietonen siitä, että jos hän on pysynyt kuivilla ni hän saa vauvan tai jos retkahtaa, ni hän ei tule saamaan vauvaa. Minusta on hyvä, että ne kaikki verkostojutut on tehty ennen ja sitten synnytyksen jälkeen kokoonnutaan vielä kerran ja katotaan missä mennään. Jokaisen ihmisen elämä on erilaista. (h6e)

10.1.5 Ennakollinen lastensuojeluilmoitus ja kokemukset siitä

Osa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen haastatelluista olivat käyttäneet kaksi vuotta voimassa ollutta ennakollista lastensuojeluilmoitusta työväliseenä, muutamalle se oli vielä tuntematon. Kokemukset olivat vaihtelevia. Osa koki, että ohjeistus ja käytäntö eivät kohdanneet.

Haastateltavien mukaan ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekeminen tulisi tehdä herkästi ja näin etenkin perusterveydenhuollon piirissä koettiin, että vastuuta voitaisiin siirtää herkästi lastensuojelun piiriin. Toiminnassa on kuntien välisiä eroja. Haastateltavien mukaan joissakin kunnissa ilmoituksen tekeminen johtaa yhteistyön lisääntymiseen lastensuojelun kanssa, ja joissakin tilanteissa yhteistyö ei ilmoituksen tekemisestä huolimatta käynnisty ennen vauvan syntymää. Neuvolassa saatettiin myös jättää ennakollinen lastensuojeluilmoitus HAL -poliklinikalle tehtäväksi, mikäli asiakas käyttäytyi aggressiivisesti tai oli muuten haluton yhteistyöhön. Hyvänä asiana koettiin se, että näin asiakkaalle tarjoutuu mahdollisuus tutustua lastensuojelun työntekijöihin jo alkuraskaudessa, jos yhteistyö saadaan hyvin käyntiin ennakollisen lastensuojeluilmoituksen avulla. Tähän saattaa vaikuttaa asiakkaan päihdestatus. Mikäli päihdeiden käyttöä ei tunnisteta ongelmaksi raskauden aikana, yhteistyö lastensuojelun kanssa ei myöskään toteudu.

”Tein justiin yhdestä tilanteesta pari viikkoa sitten ennakoivan lastensuojeluilmoituksen. Sieltä otettiin lastensuojelusta heti yhteyttä ja se sosiaalihoitaja lupas käydä tapaamassa sitä äitiä synnytyssairaalassa ja se on lauantaina synnyttänyt se soitti mulle tänään se äiti ja mä kysyin, että onko sosiaalihoitaja käynyt, ni se sano, että Kättärin sosiaalihoitaja oli käynyt. Nyt kun se on lauantaina synnyttänyt ni se ei pääse ennen keskiviikkoa pois. Ihan normaalisti alakautta synnyttänyt ni on ihan hyvä, että ne pitävät sen vähän pitempään ja katoo miten se tilanne kehittyy.” (h9p)

Naistenklinikalla oli tehty 50 ennakollista lastensuojeluilmoitusta vuoden 2011 aikana (Bäckmark G, henkilökohtainen tiedonanto).

10.1.6 Tiedon siirtyminen

Kyselyyn vastanneiden tulosten mukaan päihdetyötä tekevien perusterveydenhuollon työntekijöiden mukaan *tieto ei kulje* neuvolaan saakka sairaalasta, jos päihdeäiti kotiutuu tai synnytyksessä on tapahtunut jotain erityistä. Neuvolaan ei myöskään tule ilmiotusta, jos lapsi otetaan huostaan tai sijoitetaan synnytyksen jälkeen. Tietoa neuvolaan kaivattiin myös synnyttäneen äidin jatkohoitopaikasta. Jos äiti kotiutuu, niin tietoa kaivattiin ajoissa, mielellään jo ennen kotiin lähtöä. Myös sairaalassa tapahtuvasta sosiaalitoimen työskentelystä kaivattiin tietoa. Eräs terveydenhoitaja toivoi enemmän yhteydenottoja sairaalasta ja enemmän yhteistyökumppaneiden puhelinnumeroita. Hänen mukaansa HAL - poliklinikan kätilöä on vaikea tavoittaa. Lastensuojeluviranomaisten tulkinta vaitiolovelvollisuudesta haittasi myös yhteistyötä. Vastauksissa kaivattiin enemmän avoimuutta, verkostoja, konsultointia ja tiedon vaihtoa. Tiedon kulkuun viittaavissa kommentteissa mainittiin myös synnytyskertomukset ja niiden lähettäminen sähköisesti neuvolaan. Samoin epäiltiin nykyisen käytännön toimivuutta, kun synnytyksen jälkeen usein annetaan hoitoyhteenvedot ja synnytyskertomukset äidille käteen. HAL -asiakkaan kohdalla ne eivät kulkeudu neuvolaan asti.

Sairaalassa päihdeitä käyttävien naisten kanssa töitä tekevät kaipasivat myös aktiivisempaa tiedon vaihtoa avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Haastatteluista ilmeni se, että tiedon siirtymisessä koettiin olevan monitahoisia esteitä. Ongelmiksi koettiin esimerkiksi erilaiset tietojärjestelmät. Sairaalan tietojärjestelmä ei tue potilaan jatkohoitoon siirtymistä. Potilaan oikeudet kieltää tiedon siirtyminen koettiin lakiuudistuksesta huolimatta myös ongelmalliseksi. Työntekijöiden tavoitettavuus äitiysneuvolassa ja sosiaalitoimessa puhelinaikojen suhteen koettiin myös haasteelliseksi. Etenkin terveydenhoitajien taholta puhelin koettiin tärkeäksi tiedon siirtokanavaksi, mutta kaivattiin enemmän tiimityötä. Sairaalassa sen sijaan työntekijöiden tavoitettavuus koettiin helpommaksi. Haastateltavat kokivat, että lastensuojelun tiukka salassapitovelvollisuuden tulkinta teki yhteistyön vaikeaksi. Tiedon kulku sosiaalitoimeen päin on pääsääntöisesti yksisuuntaista.

Myös yhteistyötahojen fyysinen etäisyys hankaloitti tiedon siirtoa ja yhteistyön tekemistä. Asiantuntijoiden vastuu hoidosta vaihteli haastateltavien mukaan. Hoidosta vastaavan lääkärin sitoutuminen hankaloitti asioiden eteenpäin viemistä. HAL -poliklinikalla ei ole vakituista lääkäriä. Lapsivuodeosastolla koettiin myös nevolakortin puutteellinen täyttö ongelmalliseksi. Joissakin neuvoloissa nevolakorttiin merkitään saadut Audit - pisteet ja osissa siihen kirjataan myös yhteistyöpyyntö synnytyksen jälkeen. Perusterveydenhuollossa työskentelevät asiantuntijat kokivat tiedon siirtymisen HAL -poliklinikan välillä hyväksi. Työntekijöiden vaihtuvuus aiheutti myös tiedon siirtymisen ongelmia. Yhteydenottoja neuvolasta sairaalaan kaivattiin myös vastavuoroisesti.

”Lähinnä se mun yhteistyö on HAL -poliklinikan kanssa. Muualta ei tule yhteydenottoja. Lastensuojelu ei ota yhteyttä. Potilaan oikeudet ja salassapito estää varmaan sen. Ei ole samaa käyttöjärjestelmää. Eikä ole omaa alueen sosiaalityöntekijää - resurssipulaa. Tieto ei kulje.” (h4p)

Haastateltavien mukaan tiedon kulku helpottui, kun potilas on suostuvainen yhteistyöhön ja tietoa sai avoimesti jakaa tärkeiksi havaittujen yhteistyötahojen kanssa. Myös hoitoyksiköiden keskinäinen avoimuus helpotti tiedon vaihtoa.

Lähes kaikki haastatelluista toivat esille verkostotyöskentelyn ja -palavereiden merkityksen tiedon siirtymisessä. Verkostopalavereissa eri tahojen työntekijät oppivat tuntemaan toisensa ja samalla kunkin asiantuntijan rooli ja tehtävä tulee ilmi. Samalla pystyttiin luomaan selkeät pelisäännöt ja asiakkaankin oli helpompaa sitoutua yhteistyöhön, kun kasvot tulivat tutuiksi. Sairaalan sisällä työn jako oli selkeämpää. Terveystenhoitajan oli vaikeampi tietää eri asiantuntijoiden työtehtävistä ja rooleista. Toisinaan asiakkaan tilanteessa tapahtuva muutos tuli viiveellä työryhmän eri jäsenille, kuten eräs haastateltava kuvaa.

”Helpottaisi, jos mulla olisi tieto siitä kuka hoitaa mun asiakasta HAL-poliklinikalla, jos edes nimen tietäisi. Tai jos mä näkisin ajanvarausjärjestelmästä, että mun asiakkaalla on varattuja aikoja HAL -poliklinikalle ni se olisi helpottava tieto. Eihän se sitä tarkoita, että asiakas sinne menee, mutta mä tietäisin, että ne ajat siellä on.” (h4p)

Monilla asiakkailla on psykiatrisen hoidon puolelle yhteyksiä, mutta sosiaalityöntekijä ei näe niitä. Haastateltavien väliset säännölliset yhteistyökokoukset helpottivat tiedon kulkua. Sairaalassa niitä järjestettiin säännöllisesti. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä asiakasta koskevat kokoukset olivat satunnaisia, rajoittuen sattumanvaraisiin verkostopalavereihin.

”Sellanen käsitys mulla on, että kun perusterveydenhuollosta tulee lähete ni se on täällä, tietenkin menee hoitopalautteet ja yhteydenpitoa ei juurikaan ole mun työssä esimerkiksi äitiysneuvolan kanssa. Joissakin kohdissa on tehty tiivistäkin yhteistyötä ja se on ollu sitten neuvolan taholta ja he on halunnu olla mukana. Joskus sosiaalitoimeen taas jos tekee ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen ni voi joutua odottamaan, eikä sieltä automaattisesti tule mitään yhteydenottoa vaikka tarkotus on nimenomaan suunnitella yhdessä. Usein laitan silleen että pyyntö yhteistyöstä. Se ei ole mikään automaatio, että sieltä tulee mitään takasin ja sitten käykin ilmi, että he on tavannu jo monta kertaa ja ehkä todennu jotakin ja aina ei se tieto kulje.” (h5e)

Kättilöt kaipasivat yhteydenottoja myös neuvolasta päin. Tietoa haluttiin kotona pärjäämisestä sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksesta. Työ sairaalassa koettiin turhauttavana, kun palautetta ei koskaan saa.

"Haluaisin tietää sen, miten niillä on sujunu. Joskus kun tehdään suuri työ täällä että äiti ja vauva pärjäisi kotona, että se tieto tulisi joskus tännekin päin." (h6e)

Lapsivuodeosastolle toivottiin myös selkeitä ohjeita siitä, mitkä äidin ja vauvan vointiin ja hoitoon liittyvät asiat ovat merkityksellisiä jatkohoitopaikassa. Tiedonsaanti tuntui olevan usein omasta aktiivisuudesta kiinni. Eräs terveydenhoitaja mainitsi olevansa oma-aloitteisesti yhteydessä HAL -äidin hoidosta vastaaviin yhteistyötahoihin. Tiedon vaihtoa kaivattiin etenkin HAL -äidin kotiutumistilanteessa sairaalasta neuvolaan päin. Terveydenhoitajat toivoivat, että synnyttänyt viipyisi lapsivuodeosastolla pitempään kun 1-4 vuorokautta, jotta jatkohoidon järjestelyille jäisi riittävästi aikaa neuvolassa. Melkein kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että aikaa tarvittiin lisää yhteistyön suunnitteluun.

Tiedon kulkua helpottavana tekijänä kaivattiin hoitotiimin jäsenten fyysistä läheisyyttä. Terveydenhoitaja, jolla oli vuosikymmenien työkokemus, kaipasi paluuta entiseen, pieniin lähineuvoloihin, jossa sosiaali- ja terveystoimen ammatti-ihmiset tunsivat toisensa ja työskentelisivät fyysisesti lähekkäin. Etuna olisi myös tehokkuus ja nopeus, kun yhteistyö saataisiin nopeasti käynnistettyä apua tarvitsevan hyväksi. Asiakas hyötyisi tästä myös kun ammattihenkilöt olisivat tuttuja ja toimintatapa niin ikään entuudestaan tiedossa.

10.2. Moniammatillisuus

10.2.1 Lähimmät yhteistyötahot ja yhteistyötilanteet

Perusterveydenhuollosta haastatellut terveydenhoitajat ja sairaanhoitaja nimesivät lähimmiksi yhteistyötahoikseen äitiyspoliklinikan HAL -kättilön ja -lääkärin, sosiaalityöntekijän sekä oman alueensa päihdepalvelut. Terveydenhoitajien haastatteluista nousi esille se, että perhetyöntekijä koetaan läheiseksi yhteistyökumppaniksi. Joissakin pääkaupunkiseudun neuvoloissa oli mahdollisuus käyttää myös terveyskeskuksen päihdetyöntekijän palveluja, mutta yhteistyö oli vielä vakiintumatonta. Neuvolapsykologi mainittiin tärkeänä yhteistyökumppanina, mutta käytössä olleet neuvolapsykologiresurssit eivät olleet riittäviä. Myös terveydenhoitajakollegojen kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tärkeäksi päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen kohdalla. Sitä vastoin neuvolalääkäriä ei pidetty tärkeänä yhteistyökumppanina. Häntä ei tunneta ja hänen työpanoksensa koettiin vähäiseksi äitiysneuvolatyössä. Haastateltujen terveydenhoitajien mukaan lääkäreiden suuri vaihtuvuus ja vähäinen kokemus päihdetyöstä vaikeuttaa yhteistyötä.

”Neuvolalääkärisuhde on erittäin huono juttu. Meillä on nyt vuoden alusta tullu äitiysneuvolatyötä tekevä lääkäri, mutta mulle ei ole oikeen vielä muodostunu suhdetta. Tässä on menny kaksi viikkoa ja se on niinku kahtena päivänä viikossa täällä. Pitkin taloa on lääkäreitä joita me ei nähdäkään eikä niille saada aikoja, jos mulla on huoli jostain äidistä. Totta kai mulla on mahdollisuus mennä puhumaan sen lääkärin kanssa, eriasia on se, että johtaako se mihinkään. Yksin se kuitenkin viimekädessä hoidetaan.” (h9p)

Erikoissairaanhoidon alalta haastatelleet kertoivat eniten tekevänsä yhteistyötä päihdepsykiatrian osaston kanssa. He myös mainitsivat, että tämän osaston ja poliklinikan henkilökunta on pysynyt pitkään samana, joten yhteistyö on helppoa. Myös sosiaalipediatrian poliklinikan kanssa tehtävä yhteistyö koettiin kiinteäksi. Yhteistyö koettiin hyväksi ja yhtenä vaikuttavana tekijänä mainittiin henkilökunnan pysyvyys ja sitoutuneisuus. Vastasyntyneiden valvontayksikkö mainittiin myös merkittävänä yhteistyötahona. Heidän vastuullaan on vauvan seuranta, mikäli tämä tarvitsee vierotushoitoa syntymän jälkeen. He osallistuvat myös sairaalan sisäisiin yhteistyön suunnittelupalaverihin, joissa käydään läpi tulevat synnyttäjät ja vauvat, jotka mahdollisesti tulevat tarvitsemaan valvontayksikön hoitoa syntymänsä jälkeen.

Avopalveluyksiköistä mainittiin Avopalveluyksikkö Pesä ja sen kanssa tehtävä tiivis yhteistyö: esimerkiksi raskaana olevan naisen tutustumiskäyntien ja yhteisten verkostopalavereiden tiimoilta. Myös A-klinikat ja nuorisoasemat mainittiin yhteistyötahoina, mikäli asiakkaalla oli ennen raskautta ollut kontakti myös näihin yksiköihin. Omat työpaikan kollegat mainittiin merkittävinä yhteistyökumppaneina sekä sairaalassa, että äitiysneuvolassa tehdyissä haastatteluissa. Työkaverit toimivat lähinnä työhohjauksellisena tukena oikeiden työhohjausressurssien riittämättömyyden tai puuttumisen takia.

10.2.2 Tyypillisimmät yhteistyötilanteet

Terveystenhoitajat mainitsivat huolen heräämisen asiakkaasta tai sikiön kasvusta ensisijaisena yhteistyöhön johtavana tilanteena. Myös äidin poikkeava käytös saattaa aiheuttaa huolta ja terveydenhoitaja konsultoi tällöin esimerkiksi neuvolapsykologia, toista kollegaa tai sosiaalitoimea. Lähetteen pyytäminen HAL -poliklinikalle on tilanne, jonka takia neuvolan terveydenhoitaja saattoi olla neuvolalääkäriin yhteydessä. Jatkotyöskentely lääkärin kanssa on kuitenkin vähäistä. Terveystenhoitaja on myös yhteydessä lastensuojeluun ennakkolisten lastensuojeluilmoitusten takia, mutta yhteydenotto tapahtuu yksisuuntaisesti, neuvolasta sosiaalitoimen suuntaan.

Terveydenhoitajat ja yksi sairaanhoitaja mainitsivat myös omaiset ja muun perheen eräänä moniammatillista yhteistyötä lisäävänä tekijänä. Yhteistyöverkostoon tulee entistä enemmän asiantuntijoita, jos asiakkaan kumppanikin on päihderiippuvainen.

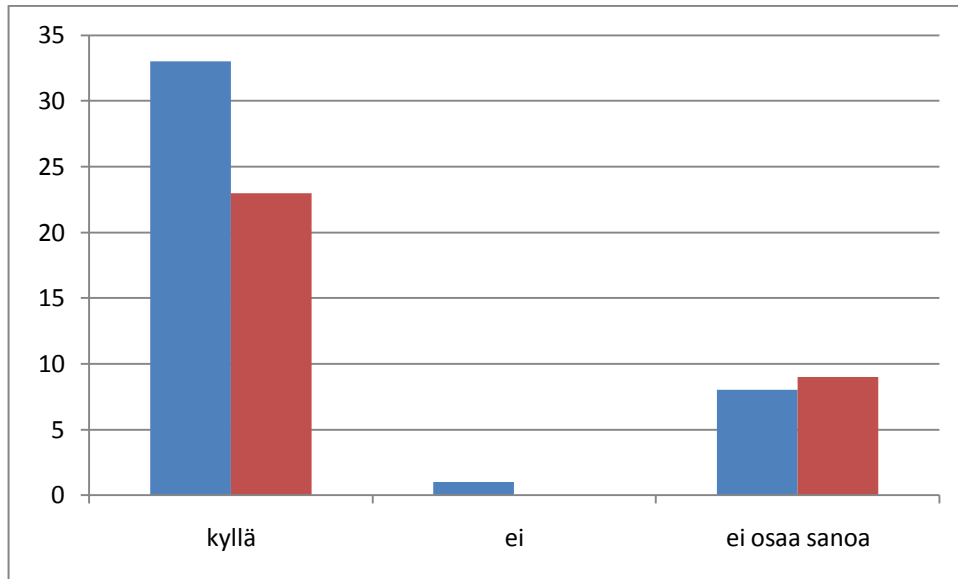
Sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa yhteistyötä tehtiin päihdehoidon ja raskauden seurannan suunnittelussa ja myös silloin, kun suunnitelmat eivät toteutuneet. Yhteistyötä tehdään myös silloin, kun sovitaan kokouksista. Sairaalassa yhteistyötä tehdään, kun koetaan onnistumisia. Palautteen saanti koetaan erityisen tärkeäksi. HAL - kättilö on yhteistyön keskiössä, johon ollaan yhteydessä useasta eri suunnasta. Lapsivuodeosastolta kysellään vastasyntyneiden valvontayksiköstä vauvan voinnista, ettei tieto olisi pelkästään äidin kertoman varassa.

Sosiaalipediatriinen yksikkö huolehtii vauvan kasvun ja kehityksen seurannasta, jos vauva on altistunut päihteille sikiöaikana. Sosiaalipediatriksen yksikön kanssa on sairaalan sisäisiä palavereita muutaman kerran vuodessa, jossa käydään läpi tulevia vauvoja: myös epävarmoja tilanteita käsitellään näin yhteistyössä.

Sosiaalityöntekijä kertoi esimerkin, jossa korvaushoito on A-klinikan kautta järjestetty ja asiakas on kiinnostunut käymään Avopalveluyksikkö Pesässä ja mukana on vielä HAL - poliklinikka. Työn jako toteutetaan niin, että A-klinikka huolehtii korvaushoidosta ja vastaa siitä, ettei ole oheiskäyttöä. Avopalveluyksikkö Pesä keskittyy raskauteen ja tulevaan vanhemmuuteen ja varhaiseen vuorovaikutukseen. HAL -poliklinikalla seurataan raskautta. Tällä tavalla sosiaalityöntekijä kuvaili työn jakoa ja yhteistyöhön liittyviä tahoja.

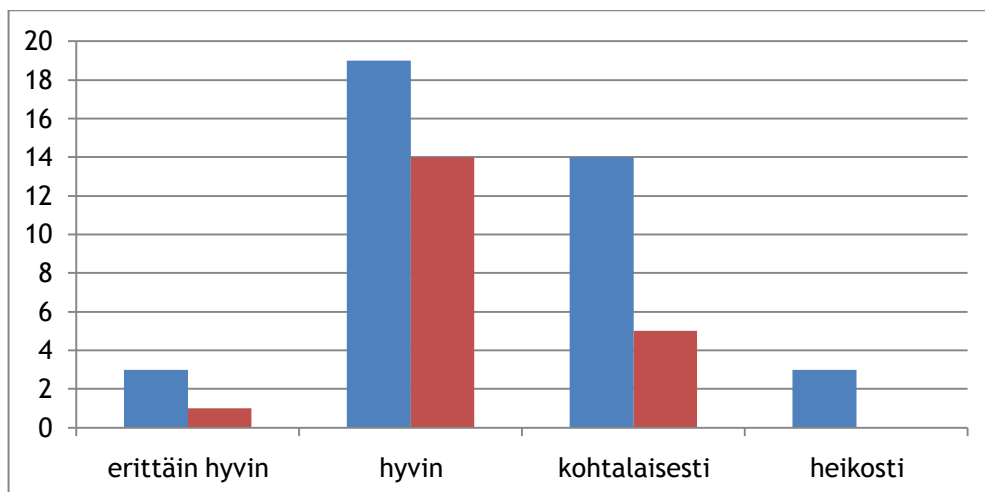
10.2.3 Yhteistyön laatu

Koulutuspalautekyselyssä pyydettiin vastaajia kuvaamaan *yhteistyön laatua*. Kysymyksessä kysyttiin moniammatillisen yhteistyön toteutumista (kuvio 2) vastaajan toimialueella. Perusterveydenhuollon vastanneista 73 % (n=33) ja erikoissairaanhoidon alueella työskentelevistä 62 % (n=23) oli sitä mieltä, että yhteistyö toimii.



Kuvio 2: Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen.

Kysyttäessä yhteistyön toimivuudesta (kuvio 3) PTH (n=39) vastanneista 3 oli sitä mieltä että yhteistyö toimii *erittäin hyvin*, 19 vastaajista oli sitä mieltä että yhteistyö toimi *hyvin*, 14 vastaajista koki yhteistyön toimivan *kohtalaisesti* ja 3 *heikosti*. ESH (n=29) vastaajista sen sijaan vain yksi oli sitä mieltä, että yhteistyö toimi erittäin hyvin, 14 koki yhteistyön toimivan hyvin ja 5 vastasi, että yhteistyö toimii kohtalaisesti. Erikoissairaanhoidon työntekijöistä 9 ei osannut vastata tähän.



Kuvio 3: Moniammatillisen yhteistyön toimivuus.

Haastateltavat kuvasivat yhteistyön laatua monitahoisesti. Terveystenhoitajat ja yksi sairaanhoitaja kokivat yhteistyön olevan suurimmaksi osaksi ihan hyvää ja toimivaa, tai suhteellisen toimivaa, mutta yhteistyö koettiin myös rikkonaiseksi ja takkuilevaksi. Yhteistyön

laatua heikentävästi vaikutti tiimin työntekijöiden fyysinen etäisyys. Yhteistyötiimin jäsenet eivät tunne toisiaan ja toistensa työtehtäviä.

Yhteistyöhön vaikutti positiivinen asenne, yhteinen tavoite ja päällekkäisen työn välttäminen. Yhteistyö neuvolan suuntaan tuli haastattelussa esille siten, että sairaalan työntekijä koki neuvolan roolin pieneksi. Terveystenhoitaja saattoi tulla ensimmäiseen tapaamiseen ja ilmaista sitten itsekkin halunsa vetäytyä yhteistyöstä. Tässä tilanteessa tuotiin esille myös toisaalta terveydenhoitajan tärkeä rooli raskauden normaalissa seurannassa ja siinä, että hänellä voi olla myös erityistietoa asiakkaan sosiaalisesta verkostosta. Tärkeäksi koettiin myös se, että tiedetään mitä kukakin tekee. Terveystenhoitaja, jolla on yksi HAL -asiakas vuodessa koki saavansa apua HAL -poliklinikalta. Hän myös koki, että kaikki suhtautuvat päihteitä käyttävän naisen hoitotyöhön vakavasti.

”HAL-kätilön kanssa soitellaan. Nää on mulle niin harvinaisia ja toinen on kuitenkin päivittäin niiden kanssa tekemisissä.” (h7p)

Erästä sairaalassa tehdystä haastattelusta ilmeni se, että yhteistyön laatuun vaikuttaa myös päihteitä käyttävä raskaana oleva potilas ja hänen kokonaistilanteensa. Sairaalan sisäinen yhteistyö koettiin enimmäkseen toimivaksi, sujuvaksi ja potilaan hoitoa tukevaksi. Yhteistyö koettiin hyväksi ja laadukkaaksi, kun potilaan hoitoon osallistuvat tunsivat toisensa ja olivat pitkään työskennelleet yhdessä. Haastateltavien mielestä lastensuojelun henkilökuntaa on kuitenkin vaikea tavoittaa ja sen koettiin olevan resursseista johtuvaa. Kätilö kuvasi yhteistyötä seuraavasti:

”Yhteistyö on parhaimmillaan ja pääsääntöisesti rakentavaa ja potilaan hoitoa tukevaa sillon, kun se toimii mutta tuota, niin kun mä sanoin henkilökysymyksetkin vaikuttavat tähän. Psykiatrisen puolen kanssa yhteistyö on vuosien varrella parantunut. Yhteistyö varmaan psykiatrian luonteesta johtuen: sieltä annetaan hirveen vähän tietoa ulkopuolisille.” (h1e)

10.2.4 Terveystenhoitajan rooli

Haastatelleet terveydenhoitajat kokivat roolinsa pieneksi päihdeäidin hoidossa. Kun asiakkaasta on saanut lähetteen eteenpäin, niin usein käy niin, että yhteys asiakkaaseen katkeaa pitkäksi aikaa, jos ei kokonaan. Kokemus oli vahva myös siitä, että terveydenhoitajat haluavat keskittää osaamisensa raskauden seurantaan ja päihdeasiakkaat koettiin osittain myös pelottaviksi ja oman ammatillisuuden yli meneväksi hoitotyön osa-alueeksi.

Terveydenhoitajan roolista kysyttäessä erikoissairaanhoidon haastatellut asiantuntijat kokivat, että terveydenhoitajan osuutta pitäisi hyödyntää enemmän ja heitä voisi kutsua ainakin joihinkin tapaamisiin vielä aktiivisemmin. Näin saataisiin tietoa miten raskauden seuranta on sujunut neuvolassa. Äidin ja vauvan seuranta jatkuu kuitenkin neuvolassa synnytyksen jälkeen. Osa haastatelluista koki roolin olevan merkittävämpikin, riippuen asiakkaasta. Haastatteluista kävi ilmi myös se, että osa raskaana olevista ei käy neuvolassa enää ollenkaan, kun hoito on siirtynyt erikoissairaanhoidon puolelle. Tilanteesta riippuen neuvolaan saatetaan ottaa yhteyttä vauvan synnyttyä ja yhteistyö taas jatkuu. Raskauden aikana yhteistyö on tiiviimpää sairaalan sisällä toimivien tahojen, lapsivuodeosastojen kättilöiden ja HAL - poliklinikan kesken.

10.2.5 Koulutus moniammatillisesta yhteistyöstä

Terveydenhoitajat kokivat saaneensa niukasti *koulutusta* moniammatillisesta yhteistyöstä. He mainitsivat, että yhteistyötä on parhaiten oppinut oman työn kautta. Joihinkin toimipaikkakohtaisiin koulutuksiin oli kuulunut yhteistyöteema osana kokonaiskoulutustapahtumaa. Hiljattain valmistunut terveydenhoitaja koki saaneensa jonkin verran koulutusta yhteistyötaidoista ammattikorkeakoulu-opinnoissaan. Sairaanhoidaja kertoi saaneensa Dialogi verkostotyössä - tyyppistä koulutusta moniammatillisen yhteistyön alalta. Hän mainitsi myös itse olleensa aktiivinen ja hankkineensa aiheeseen liittyvää tietoa. Terveydenhoitajat mainitsivat, että vuonna 2012 aiheeseen liittyvää koulutusta on luvassa sekä Vantaalla, että Helsingissä.

Myös sairaalassa tehdyistä haastatteluista tuli esille se, että yhteistyötaitoja oppi työn kautta. Sosiaalityön opintoihin oli kuulunut jonkin verran opintoja yhteistyötaidoista. Eräs asiantuntija kuvasi tilannetta siten, että yhteistyö eri ammattikuntaan kuuluvan kanssa voi olla haastavaa. Esimerkiksi haastattelutilanteessa tulisi olla yhteiset pelisäännöt ja yhteinen toimintatapa haastattelun tekemiseen. Muutama sairaalassa työskennellyt haastateltava oli saanut koulutusta raskaudenaikaisiin vuorovaikutusongelmiin.

”Tosta parityöskentelystä mä olen tässä jotenki pohtinu, että se ei oikeesti ole välttämättä kauheen helppoa koska ihmiset on niin erilaisia. Jos mä aattelen esim. sitä, että kättilöitä on ollu 3-5 ja kaikki on hyvin erilaisia ihmisiä, että me löydetään yhteinen tapa tehdä sitä haastattelua, että me varsinaisesti puhutaan siitä tai suunnitellaan sitä miten me sitä tehdään. Joskus me toki suunnitellaan sitä, mutta että joskus ottaa koville istua siinä ja ajatella, että mä olisin tehny tän jotenki toisella tavalla. Se ei ole mitenkään yksinkertasta.” (h3e)

Lähes kaikki haastateltavat kokivat, että keskeisin työ tehdään yksin, mutta riippuvuus myös toisista työntekijöistä on ilmeistä. Kokemus oli myös se, että on helpottavaa, kun vastuuta voi jakaa. Yhteinen mielipide lähes kaikilla oli se, että tarjottu koulutus on ollut vähäistä ja yhteistyötaitoja oppii työn kautta parhaiten. Oppiminen on jatkuvaa johtuen HAL-asiakkaan tai potilaan erilaisista ongelmista.

10.2.6 Työyhteisön johtamiskulttuuri

Johtamiskulttuurista kysyttäessä terveydenhoitajat kokivat saavansa tukea toisiltaan ja työn olevan itsenäistä. He mainitsivat, että itse saa suunnitella palaverit ja oman aikataulunsa. Eräs haastatelluista kertoi saaneensa ylihoitajalta luvan olla häneen yhteydessä, jos potilaan asiaa ei saa eteenpäin.

Sairaalassa työskentelevät kertoivat, että johtaminen on lääkärijohtoista. Puutteeksi koettiin se, että HAL -poliklinikalla ei ollut vakituista lääkäriä. Tällöin esimerkiksi potilaan asioita käsittelevistä yhteistyökokouksista jäi HAL -poliklinikan lääketieteellinen näkemys usein puuttumaan. Heidän mielestään johtajan tai lähiesimiehen rooli oli olla taustatukena ja konsultoinnissa apuna. Työtä tehdään usein yhteistyössä työparin kanssa, ilman selkeää johtamiskulttuuria. Osastolla kaivattiin myös tukea HAL -äitien hoitoon, lisää koulutusta, keskustelua ja mahdollisuuksia tutustua hoitoketjun eri osa-alueisiin. Synnyttäneiden päihdeäitien hoito keskittyi samojen kättilöiden harteille.

10.2.7 Moniammatillisuutta tukevat yhteistyöprosessit

Yhteistyöprosesseista tuotiin esille yhteinen päämäärä: äidin päihteettömyys ja syntyvän vauvan hyvinvointi. Myös päihteiden käytön vähentäminen ja motivoituminen kuntoutukseen mainittiin työtä ohjaavina päämäärinä. Terveydenhoitajat ja sairaanhoitaja mainitsivat myös toisen työn tuntemisen merkittävänä yhteistyötä tukevana asiana. Heidän mukaansa töiden erittelemisen ammattiryhmittäin on tärkeää. Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon tehtävien erottaminen toisistaan on myös oleellista. Kokemus oli myös se, että oma rooli paisui helposti liian suureksi ja terveydenhoitaja joutui usein ylittämään oman ammatillisen roolinsa osaamisalueen. Tällaiseen tilanteeseen tultiin silloin, kun päihteitä käyttävä raskaana oleva asiakas ei ole motivoitunut jatkohoitoon, eikä terveydenhoitajalla ole selkeää näyttöä äidin päihteidenkäytöstä. Tässä tilanteessa terveydenhoitaja varaa asiakkaalle ylimääräisiä aikoja ja näin asiakas jää lähes yksinomaan terveydenhoitajan vastuulle ohjautumatta jatkohoitoon.

Työnjaon määrittelystä yhden terveydenhoitajan vastauksista tuli esille selkeä tietämättömyys sosiaalipediatriksen poliklinikan ja HAL - poliklinikan toiminnasta. Hyvät vuorovaikutustaidot tiedostettiin yhteistyötä tukevana ja ohjaavana tekijänä. Pyrkimys

moniammatillisuuteen on vahvana terveydenhoitajilla. HAL-asiakkaan hoitoprosessi tuntui olevan paremmin hallussa terveydenhoitajalla, joka oli ollut pitkään töissä ja jolla oli paljon HAL -asiakkaita.

Erikoissairaanhoidossa työskennelleet asiantuntijat toivat esille, että yhteistyöprosessit mahdollistavat puhaltamisen yhteen hiileen ja ne ohjaavat koko työtä. Hoito ei pirstaloitu. Moniammatillisuuden haasteellisuus tulee ilmi kun molemmilla on kuitenkin erilaiset toiminnan tavoitteet ammatillista haastattelua tehtäessä. Vuorovaikutustaitojen merkitys tulee esille haastattelutilanteissa ja verkostopalaverissa. Verkostopalaverissa tulee huomioida myös muut palaverin jäsenet ja edetä suunnitelmallisesti. Palaverissa tulee osata poimia olennainen ja keskustelun tulee perustua dialogisuuteen. Ensimmäinen yhteinen verkostopalaveri pidetään jo ennen vauvan syntymää, jossa luodaan yhteiset suuntalinjat ja tavoitteet. Moniammatillisessa työryhmässä kukin tekee oman osuutensa, joka ihanteellisessa tilanteessa johtaa asetettuun tavoitteeseen eli raskaana olevan päihdeettömyyteen ja synnytyksen jälkeiseen päihdeiden käytön hallintaan. Haastattelussa ilmeni myös psykiatrisen alan erityisyys. Sairaanhoidaja ilmaisi asian siten, että yhteistyö psykiatrian kanssa on vasta viime aikoina edistynyt ja mennyt avoimempaan suuntaan.

Sairaalassa tehdyssä haastattelussa tuotiin esille myös, että on tunnettava yhteistyötahon toimintatavat ja näin päihdeäidin hoito on laadukasta ja johdonmukaista. Hoidon jatkuvuudesta on huolehdittava.

”Toisen työn tunteminen, mitä parempaa se olisi niin sitä hyödyllisempää se olisi, mutta kyllä se on ollu välillä kauheen vaikee järjestää. Vuosien varrella paljon parantunut tämä, mutta resurssien puute. Kukaan ei tänä päivänä halua tehdä ylitöitä ja kesken päivän on vaikea lähteä.” (h1e)

Lapsivuodeosaston kätilö toi esille sen, että hänellä on heikosti tietoa yhteistyöhön osallistuvien toimenkuvasta. Useat eri prosessit ohjaavat HAL-potilaiden hoitotyötä ja prosessien tunteminen olisi tarpeellista.

10.2.8 Asiantuntijuus päihdeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyössä

Vastauksista tuli esille haastateltujen ihmisten monitahoinen asiantuntijuus. Osalla oli vankka osaaminen raskaana olevien hoidosta ja noin puolet taas hallitsi päihdetyön paremmin. Haastatellut terveydenhoitajat ja kätilöt kokivat vahvasti olevansa raskaana olevan naisen hoitotyön asiantuntijoita ja he kuvasivat päihdetyön osaamistaan melko heikoksi.

Muutamaa haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki kokivat olevansa päihdeitä käyttäviä raskaana olevia hoidettaessa vasta uransa alussa. Päihdetyötä tekevät kokivat olevansa ”omalla maaperällä”, mutta terveydenhoitajat toivat esille sen, että he ovat

ennaltaehkäisevän terveydenhoidon asiantuntijoita ja kokivat osittain epävarmuutta ja turvattomuuttakin HAL -asiakkaiden kohdalla, siitä huolimatta, että työvuosia saattoi olla takana useita. He kuvasivat asiantuntijuuttaan siten, että he pystyvät tunnistamaan päihteitä käyttävän asiakkaan ja että asiakkaan käyttäytyminen on erilaista riippuen päihteestä. Kolme haastateltua kertoi kartuttaneensa asiantuntemusta aikaisemmasta päihdetyön työkokemuksestaan.

Yksi terveydenhoitaja mainitsi, että toisinaan päihteiden käyttö jäi kuitenkin huomaamatta ja tällöin oma ammatillisuus koki kolauksen. Oma asiantuntijuuttaan hän kuvasi lisäksi siten, että hän kykenee ottamaan päihteet puheeksi ja yrittää siten tunnistaa erityistukea tarvitsevan perheen. Lisäksi runsas tupakointi tunnistettiin merkinä myös muiden päihteiden käytöstä. Terveydenhoitaja kykeni puhumaan päihteiden käytön riskeistä rehellisesti ja avoimesti ja koki myös tämän olevan omaa asiantuntijuutta parhaimmillaan. Yksi terveydenhoitaja kertoi olevansa raskaana olevan naisen hoitotyön asiantuntija ja koki yhä päihdeasiakkaat haastaviksi ja vaikeiksi, useamman vuosikymmenen työkokemuksesta huolimatta. Terveysneuvontapisteessä työskentelevä sairaanhoitaja puolestaan koki raskauteen liittyvät asiat vieraaksi itselleen.

Erikoissairaanhoidon alueelta haastatelluista kaksi koki olevansa jo asiantuntijoita HAL -asiakkaan hoitotyössä. Haastatteluista ilmeni päihdehoitotyön vahva asiantuntijuus ja vankka osaaminen, joka oli kehittynyt vuosien kuluessa. Kaikilla haastatelluilla oli jo melko pitkä työkokemus kyseisestä työstä, mutta he kokivat, että asiat uudistuvat tiheästi ja kokoajan on pysyttävä ajan hermoilla ja seurattava uusia tutkimuksia. Uran alkuun oli usealla liittynyt itseopiskelun vaihe, jolloin tietoa oli vielä niukemmin saatavilla. Lapsivuodeosaston kättilön kokemus poikkesi muiden haastateltujen kokemuksesta. Hän kuvasi tuntemuksiaan seuraavasti:

”Vasta vuodesta 2005 olen hoitanu, nyt vasta uskaltaa kohdata ihmisinä ja tajuaa, että nää on äitejä. Näitä on pitäny pelottavina hörhöinä. Arvaamattomia ja sellasia, mitä lie hörhöjä. Tavallaan nyt vasta uskaltaa miettiä ja ajatella osana tätä elämää, tuossahan ne käy samassa neuvolassa, ja ongelma ei katoa, kolmessa polvessa ollaan. Tuntee olevansa alussa. Koulutusta kohtaamiseen kaipaisin.” (h6e)

Sairaalan sisällä kokemus oli myös sellainen, että pitää olla armollinen itselle, kaikkea ei voi osata ja tietää. Se tuli haastatteluista myös esille, että nuorimmat päihteitä käyttävät raskaana olevat ovat -90 luvulla syntyneitä, joten nuorisotyön osaamista tarvitaan myös.

10.3 Kehittämiskohteet

10.3.1 Moniammatillisen työn resurssit

Lähes kaikki terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että yhteistyötä tulisi lisätä erikoissairaanhoidon kanssa. Sellainen käsitys vallitsi yhdellä haastatelluista, että lisää resursseja ei ole tulossa, mutta yhteistyötä lisäämällä voidaan välttää päällekkäistä työskentelyä ja työtä voidaan tehostaa. Kyseinen terveydenhoitaja toivoi mahdollisuutta osallistua yhteisen asiakkaan verkostopalaveriiniin. Haastatteluihin osallistuneet toivoivat myös hoitajatapaamisia, kuten erikoissairaanhoidon puolellakin. Niissä tapaamisissa olisi mahdollisuus vaihtaa parhaiksi katsomia työtapoja ja oppia toinen toiselta. Lisää koulutusta päihteistä ja niiden ilmenemisestä kaivattiin kauttaaltaan kaikkien haastateltujen taholta.

Kehittämisehdotuksista kysyttäessä kävi ilmi, että poliklinikalle kaivattiin vakituista lääkäriä. Vastuunotto on puutteellista ja töiden suunnittelu vaikeaa, kun lääkäri vaihtuu usein. Lääkärillä tulisi olla myös gynekologian asiantuntijuus. Tämä toisi jatkuvuutta, laatua ja suunnitelmallisuutta työhön. Lääkärin panos HAL-potilaan hoidossa nähtiin suurena. Yhteisiä kokouksia kaivattiin lisää myös sosiaalitoimen kanssa. Etenkin lääkärin ja sosiaalityön välisen sektorin yhteistyötä toivottiin lisättävän.

Työnohjausta toivottiin lisää ja sen kautta voimavaroja. Itsensä tunteminen ja turhautumien sieto tuntui olevan välillä koetuksella. Huonontuneet talousnäkymät vaikuttavat myös työhön varsinkin loppuvuodesta. Merkittävänä kehittämiskohtana kaivattiin myös kumppanin hoitomahdollisuuksia.

”Niin kun Tampereella tää on sillä tavalla hoidettu, että ne käy siellä TAYS:ssa vaan ultrissa ja sen jälkeen ne menee psykiatrian puolelle ja ne ottaa koko perheen sinne psykiatriselle puolelle terapeuttiseen hoitoon. Esimerkiksi Avopalveluyksikkö Pesä, sinne otetaan silloin tällöin mies ryhmään mukaan, muttei ole mitään säännöllistä, monellakaan isällä ei ole mitään tekemistä päivisin.”(h1e)

Eräs haastatelluista kaipasi lisää syventävää koulutusta nimenomaan parityöskentelyn toteuttamiseen ja verkostopalaveriiden läpiviemiseen. Kaikkien yhteinen toive oli saada lisää aikaa potilaskohtaisesti ja töiden suunnitteluun sekä kirjaamiseen. Haastateltujen mukaan työn kierron lisääminen voisi myös avartaa hoitoketjun eri tasojen sisältöjä.

10.3.2 Yhteistyön esteet ja ongelmakohdat

Kyselyn vastauksien perusteella kävi ilmi, että myös *yhteistyötä* kaivattiin enemmän joka sektorille. Lastensuojeluviranomaisten kanssa kaivattiin verkostopalavereita, joiden kokoonpanoksi ehdotettiin: neuvola, lastensuojelu, erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja päihdepoliklinikka. Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoketjua toivottiin myös selkeämmäksi. Erään terveydenhoitajan vastauksen mukaan moniammatillisuus katkeaa synnytyksen jälkeen. Hän kaipasi yhteisiä kokoontumisia ja erityisesti ensikodin kanssa tapahtuvaa yhteistyön kehittämistä. Yhteistyön parantamiseksi ehdotettiin myös esitietolomaketta, johon voisi merkitä asiakkaan kanssa työtä tekevien ammattilaisten yhteystiedot.

Eräästä sairaalassa tehdystä haastattelusta nousi esille myös palautteen merkitys. Siinä kaivattiin hoitotyön onnistumisen arviointia synnytyksen jälkeen. Yhteistyötä ajatellen lisäksi ehdotettiin neuvolakortin hyödyntämistä siten, että siihen liitettäisiin päihteitä käyttävän raskaana olevan hoidon tavoitteet ja menetelmät, jotka olisivat asiakkaan kanssa yhdessä laadittu. Eräs ajatus olisi myös se, että lapsivuodeosaston kätilö tekisi kotikäynnin synnyttäneen kotiin, koska hoitokontakti on kehittynyt synnytyksen jälkeen. Lisäksi kaivattiin ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen riittävän varhaista laatimista sikiön ja vastasyntyneen oikeuksien huomioimiseksi.

Resurssien puute, hoitopaikkojen vähyys, parisuhdehoito sekä perheen yhteisen hoidon puute haittaavat yhteistyötä. Myös yhteistyötahon tavoitettavuus koettiin ongelmaksi. Ensikodissakin on vain yksi perhepaikka, Oulunkylän ensikodissa yksi perhepaikka ja Espoossa yksi. Sellaisia pitäisi olla enemmän Järvenpään sosiaalisairaalan lisäksi. Eräs haastatelluista kaipasi myös avohoitopainotteisia, kevyempiä hoitopaikkoja asiakkaille. Lisäksi tuotiin esille erilaiset käytännöt sosiaalitoimien välillä eri kunnissa, myös työntekijäkohtaisesti.

Osastotyössä tuli esille hoitohenkilökunnan sitoutumattomuus päihdeäidin hoitoon. Haastattelusta tuli esille, että kukaan ei halua hoitaa vaikeahoitoista potilasta kuin yhden vuoron kerrallaan, jolloin hoidon jatkuvuus kärsii ja hoito on pirstaleista. HAL-potilaalla saattaa olla vaikeuksia sitoutua hoitoon ja vastasyntyneeseen vauvaansa. Kirjaamisen puutteellisuuteen kiinnitti huomioita kaksi erikoissairaanhoidon asiantuntijaa. Haastattelujen perusteella vastuukysymykset ja yhteiset sopimukset eivät tule tarpeeksi hyvin esille.

”Jos ennenaikaisesti synnyttää ni on tullu sellasta, että kaikki on kesken eikä olekaan niitä selkeitä toimintamalleja saatavilla, että miten edetään ja mitä tehdään.” (h7e)

Eräs haastatelluista kommentoi asiakkaan oikeuksia ja sitä, että asiakkaan oikeuksiin vetoamalla voidaan hankaloittaa yhteistyötä ja tähän hän mainitsi esimerkkinä

lastensuojelun. Sairaalassa tehdystä haastattelusta tuli ilmi myös työntekijäkohtaiset asenteet. Yhteistyö voi myös vaikeutua, jos ei ole valmis ottamaan asioista selvää. Korvaushoito on yksi tällainen esimerkki. Monet haastatelluista eivät tunne korvaushoitoa, miten sitä toteutetaan ja mitkä ovat sen tavoitteet.

10.3.3 Haasteet päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitotyössä

”Mä en tiedä mikä se on, että se joskus blokkiutuu kun mä ajattelen esimerkiksi tätä viimeisintä asiakasta kun vauvaperhetuki sanoo ei ja poliklinikka sanoo ei. Miten niinku joillakin on mahdollisuus sanoa, että en ota. Mulla ei ole mahdollisuutta sitä tehdä. Se on aikamoinen yhteistyön este. Pannaan sulku päälle - mä en voi koskaan sanoa sitä!”
(h9p)

Haasteista kysyttäessä perusterveydenhuollossa työskentelevät kokivat, että töiden rajaaminen on suuri haaste, kuten myös ajankäytön suunnittelu. Päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset koettiin erityisen kuormittavana. Lähes kaikki olivat myös sitä mieltä, että turhautumien sieto on haastavaa, potilaan retkahduksia on vaikea sietää ja kokea se, että kaikki on aloitettava taas alusta. Yhteinen ajatus oli myös, että luottamuksellisen potilassuhteen luominen on vaikeaa. Vaikeaksi koettiin myös saada potilas sitoutumaan suunnitelmiin. Asiakkaita saatetaan tavata päihtyneenä ja tämä herättää voimakkaita tunteita työntekijöissä. Kaikki työntekijät kantavat vastuuta sikiön tai vastasyntyneen hyvinvoinnista. Terveystenhoitajat kokivat vaikeana myös sen, että asiakassuhde saattaa katketa sen jälkeen, kun terveydenhoitaja lähettää lähetteen jatkohoitoon.

Kätilö oli sitä mieltä että suunnitelmat menevät usein uusiksi. Oman ammatillisuuden säilyttäminen ja joskus myös negatiivisten tunteiden peittäminen koettiin niin ikään haastavaksi. Potilaiden toiminnasta oli löydettävä positiivisia piirteitä ja osattava antaa palautetta pienistäkin edistysaskelista.

”Päihdeongelmaisten kanssa on tottunu siihen, että jos joku tulee sanomaan, että vitsi mä join 5 päivää. Mun tehtävä on sanoa, että hienoo, että joit vaan 5 päivää, etkä kahta viikkoa. Selvisit viidellä päivällä. Tässä työssä väistämättä oppii löytämään jotain positiivista.”

Kätilö koki myös vaikeaksi sen, että potilasta on vaikea saada ymmärtämään ja ajattelemaan sikiön hyvinvointia, kun päihteet hallitsevat elämää ja ajattelua. Kotikäynnit koettiin myös haasteellisiksi. Terveystenhoitajat eivät tee yksin päihdeasiakkaan koteihin kotikäyntejä, vaan työparinsa kanssa. Lastensuojelussakin kotikäynnit toteutetaan työparina. Uutena yhteistyötahona tuli esille Sofian vuorovaikutusyksikkö ja heidän tekemät kotikäynnit. Sofian vuorovaikutusyksikön tehtävä on panostaa erityisesti varhaiseen vuorovaikutukseen ja

tällainen palvelu sopii kuntoutusvaiheessa oleville perheille. Sairaalan taholta ei oltu valmiita myöskään laajentamaan töitä kotikäynteihin. Vaikutti siltä, että turvallisuuskysymykset koettiin tässä esteiksi.

10.3.4 Kehittämiskohteet

Kun terveydenhoitajalta tiedusteltiin haastattelussa yhteistyön kehittämiskohteita, niin eräs vastaus oli sellainen, että kaikkein vaikeimmat tapaukset olisi hyvä hoitaa kokonaan sairaalassa. Terveydenhoitajan mukaan neuvolassa ei ole riittäviä resursseja päihdeasiakkaan hoitoon.

”Monet ei halua hoitaa näitä. Pelottavia tilanteita on ollut. Meillä on avoimet ovet, meillä ei ole hälytysjärjestelmiä jos sä et tunnista asiakkaan käytösmalleja. Loppuraskaudessa tulisi yhteydenottoa. Me ei voida palvella sitä äitiä millään tavalla. Tää on turvallista ja maksutonta, helppo tulla. Täällä ei voi niitä vahtia niin hyvin, kun täällä ei oteta virtsanäytteitä eikä muuta. (h4p)

Samankaltainen vastus tuli myös lapsivuodeosastolta. Haastateltu koki, että HAL -potilaat eivät kuulu lapsivuodeosastolle, kun heillä ei usein ole vauvaakaan mukana. Terveydenhoitaja neuvolasta toi esille myös yhteistyöpalavereiden merkityksen terveydenhoitajan näkökulmasta ja toivoi tulevansa kutsutuksi näihin kokouksiin. Näissä yhteistyöpalavereissa olisi asiakasta hoitavat asiantuntijat paikalla ja täten saisi luotettavaa tietoa asiakkaasta. Jokainen saisi asiakkaan läsnä ollessa sanoa mistä on kysymys ja miten asiakkaan hoitotyötä tehdään. Eräs terveydenhoitajista kysyi yleensä asiakkaan mielipidettä siitä, että haluaako asiakas, että hänen terveydenhoitaja on mukana yhteistyöpalavereissa ja usein näin tapahtuikin. Terveydenhoitaja on tuttu ja turvallinen osallistuja palaverissa.

”Kehittäminen ei pitäisi olla virkamiesten juttu vaan siellä pitäisi olla aina se ruohonjuuritason työntekijä mukana. ”(h9p)

Toiveena oli myös tiedon kulun paraneminen. Perusterveydenhuollon terveydenhoitaja toivoi, että edes paperilla tulisi tietoa raskaana olevan ja synnyttäneen HAL -potilaan sairaalassa tapahtuneesta hoidosta. Erään terveydenhoitajan ehdotus oli se, että pienet neuvolat tulisi palauttaa. Hoitava tiimi olisi fyysisesti läsnä ja helposti koottavissa asiakkaan tilannetta puimaan. Kätilöt olivat sitä mieltä, että hoitopaikkoja tarvittaisiin lisää. Yksikään haastatelluista ei tuonut esille hoidon arvioinnin kehittämistä, mutta palautteen antamiseen puuttui muutama haastateltu. Lapsivuodeosasto kaipasi palautetta potilaasta kotiutumisen jälkeen ja palautetta tulisi antaa myös muihin yksiköihin: kuten nuorisoasemille ja A-klinikoille. Se toisi niin ikään mielekkyyttä HAL-potilaan hoitoon.

HAL-poliklinikan lääkärin rooliin tulisi puuttua siten, että lääkäri ei vaihtuisi jatkuvasti. Lääkärin toimenkuva tulisi olla sellainen, että se kiinnostaisi ja mahdollistaisi saman lääkärin panoksen HAL-poliklinikalle riittävän pitkissä jaksoissa. Lastensuojelun taholle kaivattiin niin ikään töiden keskittämistä, jotta osaaminen ja työn tunteminen lisääntyisivät. Kysyttäessä yhteistyön kehittämiskohdista perusterveydenhuollossa terveysneuvontapisteessä haastateltu sairaanhoitaja toi esille sen, että lastensuojelun roolia tulisi tarkistaa. Asioihin on helpompi vaikuttaa raskauden alkuvaiheessa.

Usealta taholta tuli ehdotuksena se, että yhteistyötä voitaisiin kehittää järjestämällä hoitajatapaamisia ja tutustumiskäyntejä eri sektoreiden välillä. Yksi tärkeä sektori olisi HAL - poliklinikka ja A-klinikka. Tällä tavalla kokonaisuuksien hahmottaminen tehostuisi sekä potilas/asiakas, että työntekijä voisivat kokea hallinnan tunnetta. Sairaalan sosiaalityöntekijät tiedostivat myös se, että yhteistyötä tulisi parantaa neuvoloihin ja muihin päihdelaitoksiin päin. Tutustumalla eri tahoihin työntekijät tulisivat tutuiksi ja näin yhteistyökin helpottuisi.

”Mä olen sitten yrittänyt, että me tavattas Päihdepsykiatrian hoitajien kanssa, Siellä on 2-3 jotka hoitaa näitä raskaana olevia, sitten meiltä ja A-klinikalta. Että ihan vaan hoitajat tavattais, mutta se ei ole onnistunut. Hirveen vaikeeta on ollut. Se ei ole uteliaisuuden tyydyttämistä, vaan näin konkretisoituisi se mikä kenenkin paikka on.”
(h1e)

Yhteistyön koettiin tuovan mielekkyyttä työhön. Se helpottaa tiedon jakamista ja helpottaa avun pyytämistä ja mielipiteiden jakamista. Näin työskentely olisi avointa ja muut yhteistyöhön osallistuvat olisivat helpommin lähestyttävissä. Näin kiteytyi sairaalassa haastateltu päihdetyön ammattilainen.

11 Tutkimuksen arviointi

Seuraavassa luvussa pohdin aluksi tutkimuksen määrällisen eli kvantitatiivisen osuuden arviointia ja luotettavuutta, jonka jälkeen tarkastelen myös opinnäytetyön laadullista eli kvalitatiivista osuutta. Pohdin myös opinnäytetyöni validiteetti ja reliabiliteettikysymyksiä opinnäytetyössäni tehtyjen ratkaisujen valossa. Lopuksi otan kantaa tutkimuksen kokonaisuuteen ja sen luotettavuuteen.

11.1 Tutkimuksen määrällisen osuuden arviointi ja luotettavuus

Tämän opinnäytetyön määrällinen eli kvantitatiivinen aineisto koottiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeella saatujen tulosten luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Heikko reliabiliteetti merkitsee sitä, että satunnainen vaihtelu vaikuttaa suuresti saatuihin vastauksiin, minkä vuoksi tutkimuksen tuloksetkin ovat satunnaisia. Reliabiliteettia voidaan arvioida toistamalla kysely samassa muodossa ja samoilla vastaajilla ja vertaamalla tuloksia. Validiteetista voidaan erottaa *sisäinen validiteetti*, johon voidaan lukea mittausten tarkkuus, *ulkoinen validiteetti*, joka kertoo mittaustuloksista tehtyjen yleistysten luotettavuuden. Yleistämisen kannalta oleellisinta on kyselyyn vastaavan joukon onnistunut valinta (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 99; Robson, 1994).

Opinnäytetyön määrällinen osuus muodostui koulutuspalautteen avulla saaduista tutkimustuloksista. Tutkimusjoukko edusti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiantuntijoita, jotka työskentelevät päihkeitä käyttävien raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten kanssa. Vastausprosentti (n=83) jäi alhaiseksi. Vain 44 % läsnäolijoista palautti koulutuspalauttelomakkeen. Vastausprosentin alhaisuuteen saattoi vaikuttaa se, että päivä oli pitkä ja koulutuspäivään osallistuneilla oli kiire kotiin. Osalla ei välttämättä ollut kokemusta päihkeitä käyttävistä raskaanaolevista tai synnyttäneistä naisista, eivätkä he näin ollen osanneet kommentoida kysymykseen.

11.2 Tutkimuksen laadullisen osuuden arviointi ja luotettavuus

Kylmän & Juvakan (2007) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tavoitteena on selvittää tutkimuksen avulla saadun tiedon totuudenmukaisuus. Luotettavuutta voidaan arvioida *uskottavuuden ts. totuudellisuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden* kriteereillä. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan lisätä siten, että tukija keskustelee tutkimusprosessista ja sen tuloksista toisten samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa. Uskottavuutta voidaan lisätä myös siten, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa.

Tutkimukseen osallistuneiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden haastatteluiden luotettavuus sisältää laadullisen tutkimuksen mukaisen tutkimusprosessin ja tulosten raportoinnin. Haastateltavien määrä olisi saanut olla myös suurempi. Heikkilän mukaan (2010, 42) otoskoon tulee olla sitä suurempi, mitä heterogeenisempi perusjoukko on. Perhetyöntekijöitä ei tullut haastatteluun rekrytointiyrityksistä huolimatta. Olisi ollut myös mielenkiintoista saada neuvolan asiakkaan tai sairaalan potilaan näkökulma opinnäytetyöhön, mutta lupien hankkiminen olisi ollut vaikeaa ja haastateltavien sitoutuminen niin ikään kyseenalaista käsiteltävien asioiden arkaluonteisuuden takia. Haastateltavien rekrytointia

olisi voinut keskittää enemmän alueille, joissa terveydenhoitajat tapaavat useamman päihdeasiakkaan vuodessa. Vastaaviin tuloksiin alueellisista eroavaisuuksista päädyin myös haastattelujen tulosten analysoinnissa. Moniammatillinen yhteistyö oli sujuvampaa sellaisissa neuvoloissa, joissa oli vähemmän päihdeasiakkaita terveydenhoitajaa kohti.

Triangulaatio vahvistaa myös *uskottavuutta*. Olen käyttänyt menetelmällistä triangulaatiota tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Myös keräämällä samaa ilmiötä koskevaa informaatiota usealla eri tavalla olen hahmottanut paremmin tutkittavaa ilmiötä.

Vahvistettavuutta voidaan varmistaa myös siten, että raporttia kirjoittaessaan tutkija hyödyntää muistiinpanojaan tutkimuksen eri vaiheista. *Reflektiivisyydellä* viitataan siihen, että tutkijan on oltava tietoinen omista käsityksistään ja tarkkailtava itseään tulkintoja tehdessään (Tynjälä 1991).

Tutkimuksen *uskottavuutta* lisäsi se, että työn prosessi oli pitkä, se alkoi jo vuosi sitten hoitoketjun luonnehtimisella ja yhteistyötahojen kuvauksilla työryhmässä, jossa oli mahdollisuus vapaasti reflektoida havaintoja ja omia näkemyksiä. Jatkumona prosessiin tuli neuvolakäynnit, joissa avoin dialogi ja reflektointi kohdejoukon kanssa toi vahvistusta tutkimuksen tarkoitukselle ja merkitykselle. Tutkimusprosessin uskottavuutta puolestaan heikensi se, että minulla ei ollut ohjaajaa Naistenlinikalla opinnäytetyön tekovaiheessa. Tutkimussuunnitelman luki ja hyväksyi kaksi henkilöä Naistenlinikalta. Työn valmistuttua tulen esittelemään tutkimustuloksiani ja kehittämisehdotuksiani eri osastoilla osastotunneilla sekä Naistenlinikalla, että Kättilöopistolla.

Omassa tutkimuksessani en ole pyrkinyt rakentamaan yhtä ainoaa totuutta moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen laadusta, vaan pyrkinyt löytämään useita eri näkökulmia siihen. Haastatteluja tehdessäni ammatillista hämmennystä minulle aiheutti se, miten eräät haastatellut kuvasivat yhteistyön sujumista toimivaksikin. Näistä haastatteluista jäi päällimmäiseksi tunne, että olin tekemisissä terveydenhoitajan kanssa, jonka kokemus raskaana olevista päihdeasiakkaista on kapeaa ja ammatissa on toimittu vasta muutama vuosi. Tällaisessa tilanteessa tutkimuksen luotettavuus saattaa olla uhattuna, jos tutkija kadottaa *reflektiivisyytensä* ja tulosten totuudellisuus vääristyy. Tutkijana siis pyrin tarkkailemaan itseäni ja reaktioitani, jotta tulosten raportointi pysyy mahdollisimman reliabelina. Tunsin entuudestaan neljä henkilöä haastatelluista, joten tällainen tilanne saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, mutta haastateltavat vastasivat kysymyksiini rehellisesti ja laaja-alaisesti kuvaillen, joten mielestäni tutkimuksen luotettavuus ei heikentynyt tämän takia.

Haastateltavien rekrytointia olisi ollut syytä keskittää alueille, joissa on enemmän päihdeäitejä, jolloin tutkimusmateriaalia olisi ollut vielä enemmän käytettävissä. Myös lastensuojelun kommentit olisi ollut mielenkiintoista saada tutkimukseen mukaan.

11.3 Tutkimuksen kokonaisuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta pyrin takaamaan sillä, että anoin tutkimusluvan Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin Naisten- ja lastentautien tulosyksikön johtavalta ylihoitajalta, sekä Vantaan Kaupungin perhepalvelujen johtajalta. Päädyin anomaan vielä tutkimusluvan Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä saadakseni mukaan myös helsinkiläisiä terveydenhoitajia. HUS Naisten- ja lastentautien ylihoitaja luki tutkimussuunnitelmani, ennen kuin kirjoitin sen se lopulliseen muotoonsa. Käsittelimme alustavia tutkimustuloksia jo yhteistyökokouksessa tammikuussa 2012. Näin minulla oli mahdollisuus reflektoida kokemuksiani ja alustavia tuloksiani jo etukäteen tutkimus- ja kehittämistyöryhmän asiantuntijoiden kanssa. Näillä keinoilla pyrin vaikuttamaan myös tutkimuksen *eettisyyteen* ja *uskottavuuteen*. Tutkimusluvut kysyin myös eri haastattelupisteistä osastonhoitajilta ja - johtajilta. Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia on paljon, joten pyrin käyttämään opinnäytetyössäni työni kannalta merkittävimpiä tutkimuksia.

Tutkimuksen eettisyyttä pyrin varmistamaan siten, että haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista, jolloin päätös osallistumisesta jäi haastateltaville itselleen. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhat hävitettiin aineiston litteroinnin jälkeen. Jokaiselta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelun nauhoittamiseen (liite 4). Kerroin myös, että tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen. 15.11 pidettävän koulutuksen koulutuspalautteeseen liitettyihin kysymyksiin vastaaminen on niin ikään vapaaehtoista ja palautelomakkeeseen oli kirjattu, että vastauksia saatetaan käyttää opinnäytetyön tuloksissa.

Työskentelyprosessi hoitoketjun tiimoilta kesti keskimäärin vuoden, sisältäen yhteistyökokoukset työryhmän kesken, alueellisen koulutuspäivän, neuvolavierailut ja työkokoukset perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitotyön asiantuntijoiden kesken. Hoitoketjun laatimisesta tehtiin työnjakosuunnitelma. Tehtäväni oli koota hoitoketju ja kirjoittaa se yhteistyössä työryhmän ja sen puheenjohtajan kanssa. Saimme hoitoketjun valmiiksi tammikuussa 2012 ja se hyväksyttiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellisessa yhteistyökokouksessa samoihin aikoihin.

Opinnäytetyöni kokonaisluotettavuutta olisi voinut parantaa, jos tutkimusstrategiaksi olisi valittu etnografinen lähestymistapa. Siinä pyritään kuvaamaan ja selittämään ihmisten toimintaa omassa ympäristössään. Se sopii etenkin laadullisen tutkimuksen tutkimusstrategiaksi (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg 2009). Etnografinen lähestymistapa olisi hyvin sopinut tämänkaltaiseen kuvailevaan tutkimukseen. Muita lähestymistapoja olisivat voineet olla grounded theory tai Engeströmin kehittävän työn tutkimus.

12 Pohdinta

Seuraavaksi tarkastelen saatujen tulosten merkitystä suhteessa teoriaan. Käsittelen tulokset edellä esiteltyjen pää- ja alateemojen mukaisesti. Tarkastelen myös opinnäytetyö käytännön merkitystä, sekä mahdollisia jatkotutkimuksen aiheita.

12.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että *hoitoketju* ja hoitoketjuajattelu ohjasi lähes kaikkien haastateltujen työskentelyä. Hoitoketjun *eduiksi ja motiiveiksi* koettiin se, että se toi työskentelylle jatkuvuutta ja se myös auttoi asiakasta hahmottamaan paremmin tulevat tapahtumat. Sen koettiin valjastavan ammattilaiset potilaan eteen tehtävään yhteistyöhön. Tutkimusten mukaan hoitoketjun toimivuuden suurimpia ongelmia ovat henkilöresurssit, perusterveydenhuollon päihdehoidosta vastaavien suuri vaihtuvuus tai puute, sekä tietosuoja-asiat ja hoitotietojen tiedonkulkuongelmat. Tietosuoja vaikeuttaa ammattilaisten keskinäistä yhteistyötä (Silvennoinen - Nuora, 2004, 1).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on hiljattain määritelty hoitoketju uudella tavalla: hoitoketjusta voidaan puhua vain, jos ketju on tehty yhteistyössä asiaan liittyvien organisaatioiden edustajien kesken: moniammatillisessa työryhmässä. Ryhmä laati hoitoketjulle myös sen juurruttamis- ja arviointisuunnitelman ja hoitoketju on sekä erikoissairaanhoidon, että perusterveydenhuollon saavutettavissa (Holmberg - Marttila, Valvanne 2011). Tämä HAL - hoitoketju laadittiin yhdessä obstetriikan, pediatrian, erityispoliklinikan, sosiaalitoimen ja hoitotyön asiantuntijoiden kanssa ja sitä käsiteltiin ja muokattiin alueellisissa kokouksissa perusterveydenhuollon edustajien kanssa moniammatillisesti. Varsinainen seuranta ja arviointi - osuus jäi hoitoketjusta kuitenkin laatimatta. Hoitoketju ei ole vielä ole saatavilla verkon kautta.

Yhteistyön sujumisesta kysyttäessä halusin selvittää mitkä tekijät asiakkaan näkökulmasta edesauttavat toimivan yhteistyön sujumisessa. Haastateltavat kuvasivat asiakkaan motivoituneisuutta yhteistyöhön ja sen merkitystä yhteistyötä edesauttavana tekijänä. Sosiaalityöntekijä koettiin usein pelottavaksi ja häneen kohdistui ajatuksia esimerkiksi vauvan menettämisestä. Avohoidon johtaja Matti Pietikäinen (2005) on todennut tähän Hoitoketju -seminaarissa että, hoitoketjusta ei ole hyötyä, mikäli potilasta ei ole otettu mukaan aktiivisena toimijana. Hoitoketjulla on oltava selkeä ”omistaja”, muuten siitä ei vastaa kukaan.

HAL-asiakkaan tai -potilaan hoito- ja toimintamallit. Terveystoimijoiden toimintaa ohjasi AUDIT-päihdekysely. He lähettivät asiakkaan sairaalan erikoispoliklinikalle AUDIT-pisteiden

mukaan. Tosin haastatteluissa tuli esille se, että kaavakkeet ovat toimiva väline sellaisten asiakkaiden kanssa työskennellessä, jotka osaavat suhtautua asioihin analyttisesti. Paljon päihteitä käyttäviä asiakkaita tapaavat terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että kaavakkeet eivät palvele marginalisoituneita asiakkaita, kuten päihteiden käyttäjiä.

Tiedon siirtyminen. Kaikki haastatteluun osallistuneet kokivat ongelmaksi eri potilastietojärjestelmät. Tiedon kulku oli usein pelkän suullisen tiedon, puhelimen tai postin kulun varassa. Lähes kaikki kokivat ongelmalliseksi yhteistyön lastensuojeluviranomaisten kanssa. Kokemus oli se, että lastensuojeluviranomaiset tulkitsivat salassapitovelvollisuutta eri tavalla kun perusterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. Tiedon kulku vaikutti olevan ongelmattomampaa sairaalan sosiaalityöntekijöiden ja kunnan lastensuojeluviranomaisten välillä. Myös Arnkil on tullut samaan tulokseen. Hänen mukaansa tiedon kulkuun vaikuttaa erilainen käsitys salassapitovelvollisuudesta. Arnkilin (Dialogi 1/2005) mukaan salassapitovelvollisuus on alun perin luotu suojelemaan heikkoja. Lisäksi uusi lastensuojelulaki on muutettu siten, että sen tulisi parantaa viranomaisten välistä yhteistyötä ja päätöksenteko olisi selkeämpää ja yhdenmukaisempaa (Lastensuojelulaki). Opinnäytetyön tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että salassapitovelvollisuuden tulkitseminen tuo edelleen ongelmia etenkin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välisessä yhteistyössä (Aaltonen, 60). Tiedon kulku on yksisuuntaista. Sosiaalitoimi pyytää tietoja perusterveydenhuollosta, mutta ei jaa tietoa takaisinpäin.

Lähimmät yhteistyötahot. Läheisimmäksi yhteistyötahoksi koettiin omat työkaverit. Terveydenhoitajan rooliin HAL-potilaan hoidossa suhtauduttiin kaksijakoisesti. Osa erikoissairaanhoidossa työskentelevistä koki, että he eivät itsekään aina ole halukkaita yhteistyöhön. Jotkut taas oli sitä mieltä, että heidän asiantuntemustaan tulisi enemmänkin hyödyntää. Osa terveydenhoitajista koki jäävänsä yhteistyön ulkopuolelle ja toivoi pääsevänsä yhteistyöpalaveriin mukaan. Sairaalan taholta odotettiin myös neuvolan suunnalta yhteydenottoja ja neuvolassa niin ikään odotettiin yhteydenottoja sairaalan taholta. Terveydenhoitajat itse kokivat roolinsa raskauden seurantaan rajoittuvaksi ja erään haastattelun mukaan hän ei ollenkaan haluaisi hoitaa päihdeasiakkaita. Vaikutti siltä, että kun haastattelin terveydenhoitajaa, jolla oli paljon HAL -asiakkaita, niin yhteistyö ei ollut niin sujuvaa kun niillä, jotka tapasivat vain yhden HAL -asiakkaan vuodessa

Yhteistyön luonne ja -yhteistyöresurssit. Haastatteluista tuli esille moniammatillisen yhteistyön haasteellisuus. Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen alkuhaastatteluun osallistuu kahden eri ammattikunnan työntekijöitä. On tärkeää, että haastattelutilanne on etukäteen suunniteltu ja työpari on hitsautunut yhteen, jotta päästään luontevaan dialogiseen vuoropuheluun asiakkaan kanssa.

Yhteistyötä käsittelevää koulutusta oli haastatelluille tarjottu vähän. Suurin osa vastauksista kertoi siitä, että moniammatillisuutta oli opittu oman työn kautta oman ammatillisuuden kehittyessä. Sutisen (2010) tutkimuksen mukaan työntekijöille tulisi turvata moniammatillisen koulutuksen foorumit, jotta yhteinen työkieli, työtavat ja kulttuuri mahdollistuisivat. Sutinen (2010) toteaa väitöskirjassaan, että työntekijöiden osaamisen vahvistamiseksi toivottiin koulutusta työmenetelmistä, huumeasioista, hoidontarpeen arvioinnista, tavoitteiden asettelusta sekä yhteisistä hoito- ja palvelusuunnitelmista. Koulutus ja työnohjaus nähtiin mahdollisuutena saada lisää rohkeutta työhön. Oman tutkimukseni tulosten mukaan etenkin kättilöt halusivat saada lisää koulutusta aiheesta. Koulutusta kaivattiin erityisesti korvaushoidosta. Sosiaalityöntekijät toivoivat koulutusta työmenetelmistä ja moniammatillisesta parityöskentelystä päihteitä käyttävän HAL -potilaan haastattelutilanteessa.

Yhteistyöprosessit. Veijola (2004) tuli väitöskirjassaan siihen tulokseen, että avoin keskustelu kuvastaa vuorovaikutusta ja arvostusta. *Vuorovaikutus* on ammattihenkilöiden keskustelua ja kuuntelemista. Vuorovaikutustaitojen merkitystä tarkasteltaessa voidaan ajatella, että inhimillinen vuorovaikutus voidaan hahmottaa vaihtuvien kielipelien kenttänä. Eri kielipelejä pelaavat kohtaavat toisensa huonosti. Kahden eri systeemin kohdatessa niiden välille tulisi luoda uusi, yhteinen kielialue. Se on edellytys dialogisen vuoropuhelun onnistumiselle (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 87). Eri sektorirajat käsittävässä yhteistyössä tämä tuli esille. Haastateltu sosiaalityöntekijä koki asiakkaan alkukartoituksen tekemisen vaikeaksi eri ammattikuntaan kuuluvan työntekijän kanssa. Vuorovaikutustaidot koettiin kauttaaltaan tärkeiksi. Hyvien vuorovaikutustaitojen avulla pystyttiin luomaan HAL-asiakkaaseen luottamuksellinen suhde, millä on suuri merkitys jatkotyöskentelyn sujuvuuden kannalta.

Oma asiantuntijuus. Sutisen (2010) mukaan terveyden edistämisen perusta on vahva neuvolatyössä. Päihdetyössä neuvola sen sijaan hakee muotoaan. Työtapojen muuttuminen sujuu hitaasti ja eri sektoreiden rajapinnoilla liikkuminen on haasteellista. Omassa tutkimuksessani tiedustelin haastateltavan asiantuntijuutta HAL-asiakkaan, -potilaan hoidossa. Terveystenhoitajat olivat sitä mieltä, että he ovat raskauden hoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon asiantuntijoita, sen sijaan päihdetyössä he kokivat olevansa aloittelijoita. HAL-poliklinikan ja terveysneuvontapisteen haastatellut henkilöt kokivat sen sijaan olevansa asiantuntijoita päihdeasiakkaan hoidossa. Sutinen on sitä mieltä, että huumeita, alkoholia tai lääkkeitä käyttävät raskaana olevat pitäisi kohdata kokonaisuutena kaikissa hoitopisteissä, muuten naista ei pystytä tukemaan ja eheyttämään häntä eettistä hyvää saavuttaen. Mielestäni tällainen tilanne saattaa aiheuttaa roolien ja vastuiden hämmennystä hoitoketjun eri tasoilla.

Esteet, ongelmakohdat ja haasteet. Terveystenhoitajat kokivat usein jäävänsä ulkopuoliseksi HAL-asiakkaan hoitotyössä. Osalla oli haluttomuutta hoitaa heitä ja tilanteet koettiin

ajoittain uhkaavina. Samanlaisia kokemuksia oli myös lapsivuodeosaston kättilöillä. Eettiset kysymykset saattoivat nousta usein pintaan ja turhautumista saatettiin kokea retkahduksien ja sikiön hyvinvointiin liittyvien ristiriitojen kohdalla. Työryhmän jäsenten välinen *fyysinen etäisyys* ja *työn sisällön tuntemattomuus* vaikeuttivat yhteistyötä. Yhteistyö lastensuojeluviranomaisten kanssa koettiin yksipuoliseksi ja rajoittuneeksi. Lääkäreiden suuri vaihtuvuus sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa koettiin ongelmaksi. Perusterveydenhuoltoon ja neuvoloihin sysätään jatkuvasti *uusina velvoitteita*, moniulotteisia, organisaatorajat ylittäviä ongelmia kuten päihteet. Samalla muuttuu terveydenhoitajan rooli. Häneltä odotetaan uudenlaisia valmiuksia moniammatilliseen puuttumisyöhön. Neuvoloiden roolia huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävien raskaana olevien naisten hoidossa tulee edelleen kehittää ja työssä jaksamista tukea. Lisäksi yhteistyömallit ja työn jako lastensuojelun kanssa pitäisi selkiyttää (Leppo 2008, 44-45).

Yhteistyön kehittäminen. Useissa haastatteluissa tuli esille yhteisten *hoitajatapaamisten* merkitys. Tapaamiset voisivat olla pienimuotoisia, puolipäivää kestäviä tapaamisia, joissa korostuisivat avoin keskustelu ja toisen työn tunteminen. Haastatteluissa tuotiin esille se, että aikaa tarvittaisiin enemmän haastavien asiakkaiden ja potilaiden vastaanottotyöhön ja työn suunnitteluun. Myös tiimin jäsenten *fyysinen läheisyys* olisi oleellinen tekijä yhteistyön kehittämistä ajatellen. *Hoitokäytänteiden yhdistäminen* kunta- ja työnteijätasolla olisi tärkeää. HAL -asiakkaan kohdalla tämä tarkoittaisi motivoivan haastattelun, Audit-kyselyn ja mini-intervention käyttöä työvälineinä laajasti myös perusterveydenhuollon puolella. Terveydenhoitajat toivovat pääsevänsä kiinteämmin osaksi HAL-asiakkaan moniammatillista yhteistyötiimiä.

12.2 Tutkimustulosten käytännöllinen ja teoreettinen merkitys

Tässä opinnäytetyössä tarkastelen, miten moniammatillinen yhteistyö sujuu päihteitä käyttävän raskaana olevan ja synnyttäneen äidin hoitoketjun eri tasoilla. Haastatellut henkilöt toimivat hoitoketjun eri tasoilla. Tutkimuksessa tuli hyvin esille hoitotyön haasteellisuus ja alueellisten toimijoiden kokemat vaikeudet HAL-asiakkaan hoitoon liittyen. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset viittaavat tiedon kulku ja yhteistyö - teemojen kohdalla aikaisempien kokouksien yhteydessä nousseihin päätelmiin.

Keskusteluissa ilmeni se, miten paljon alueellisia eroavaisuuksia neuvoloissa oli. Päihdeasiakkaat olivat keskittyneet tietyille alueille. Näin ollen myös osaamista ja kokemusta oli kertynyt näihin asiakasryhmiin enemmän, kuin alueilla, jossa päihdeasiakkaita oli 1-3/vuosi.

12.3 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämien

Etenkin perusterveydenhuollon piirissä työskentelevien keskuudessa koetaan että huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoidosta on vaikea saada palautetta ja tietoa. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla vaikuttavuusmittarit päihdeäidin hoidossa. Vaikutustulosten kirjaaminen potilasasiakirjoihin ja tietojen siirtyminen hoitotasolta toiselle tehostaisivat hoitoketjussa toimivien tiedonsaantia ja samalla hoitoketjun toimivuutta. Huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä käyttävän raskaana olevan naisen hoitoketjun vaikuttavuuden kehittämisellä olisi yhteiskunnallista ja taloudellista merkitystä. Myös asiakas ja potilas saattaisivat kokea työskentelyn voimaannuttavana ja mielekkäänä sekä kokea tulleen kokonaisvaltaisesti huomioon otetuksi.

HAL-asiakkaan hoitotyö olisi tehokkaampaa ja mielekkäämpää jos terveydenhoitajille suotaisiin riittävästi resursseja työhön. Sutisen (2010) väitöskirjan mukaan työntekijöille tulisi turvata moniammatillisen koulutuksen foorumit, jotta yhteinen työkieli, työtavat ja kulttuuri oli mahdollista. Sekä paikallista, että alueellista koulutusta tulee lisätä ja yhteistyöpalavereita kehittää. Terveydenhoitajan mukana oloon vaikuttaa raskaana olevan naisen päihteiden käytön vakavuus sekä asiakkaan motivoituminen päihdeettömyyteen. Jos on kysymyksessä vakava ongelma, hoito keskitetään kokonaan HAL-poliklinikalle, eikä potilas käy neuvolassa, ennen vauvan syntymää. Hoidon kriteerit ja lähtökohdat olisi hyvä laatia yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa potilas ja asiakaskohtaisesti. Terveydenhoitajat tulisi pitää ajan tasalla sairaalassa tapahtuvasta työskentelystä: syntynyt vauva siirtyy kuitenkin jatkossa terveydenhoitajan vastuulle. Myös terveydenhoitaja voi toimia aktiivisena osapuolena verkostopalavereiden koollekutsujana ja olla aktiivisesti yhteydessä sairaalaan kättilöihin ja lääkäreihin. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että terveydenhoitajat saavat riittävän usein mahdollisuuden tutustua erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan HAL-potilaan hoitoon ja vastavuoroisesti kättilöiden olisi hyödyllistä käydä tutustumassa neuvolatyöhön.

Opinnäytetyön tarkoitus oli puuttua moniammatillisen yhteistyön esteisiin ja ongelmakohtiin, sekä kartoittaa tulosten pohjalta myös lisäkoulutustarpeita yhteistyön eri osa-alueille. Työn tuloksia on tarkoitus esitellä Naistenklinikalla ja Kättilöopistolla osastokokouksissa ja tarvittaessa myös perusterveydenhuollon puolella neuvoloiden yhteistyökokouksissa.

Opinnäytetyön tulokset antoivat viitteitä yhteistyön sujumisesta Naistenklinikalla, sekä alueellisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tulosten mukaan ongelmat vaikuttivat alueellisilta ja olivat resurssikohtaisia. Sektorirajat ylittävän yhteistyön kehittämiseen tulee erityisesti panostaa alueilla, joissa terveydenhoitajien työmäärän tiedetään olevan suuri ja ongelmat vaikeita.

Tuntuisi mielekkäältä aloittaa myös Naistenklinikalla, Turun yliopistollisessa keskussairaalassa syksyllä 2002 aloitettu raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten ja heidän lastensa palveluohjausmalli. Turussa kehitellyn toiminnan tavoitteena on parantaa HAL-äitien tunnistamista, kartoittaa ja selkiyttää hoitoketjuja, luoda toimivat verkostot sekä löytää sopivat jatkohoitotahot. Toiminta on saanut alkunsa tarpeesta koordinoita ja yhtenäistää päihteitä käyttävän äidin ja heidän lastensa hoitoa. Toiminnan tavoitteena on ollut yhdistää moniammatillista osaamista ja siten huomioida tämän asiakas- ja potilasryhmän tarpeet kokonaisvaltaisesti (Parkatti, Teiro, Ahlqvist-Björkroth & Vanhala 2007). Uskon, että näin saisimme luotua myös pääkaupunkiseudun päihteitä käyttävien raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien hoitotyöhön yhteneväisyyttä, jatkuvuutta ja pysyvyyttä.

Lähteet

Aaltonen Kimmo, Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö. 2011. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypähoitosuositus. 7.2.2011. Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen työryhmä.

HUS 2002. Alueelliset hoitoketjut Ohjekirje 22/2002. Viitattu 13.2.2012. HYPERLINK [www.hus.fi/hallinto/hallinnolliset säännöt ja ohjeet/ohjekirjeet 2002/](http://www.hus.fi/hallinto/hallinnolliset_säännöt_ja_ohjeet/ohjekirjeet_2002/)

Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. toim. 2008. Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni - hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry.

Andersson M, Leppo A, Tervo M, 2009. Päihdepalvelujen saanti on tehtävä helpoksi raskaan oleville. Suomen Lääkärilehti 19/2009, 1788-1790.

Arnkil, T. Moniammatillisuus. Dialogi 1/2005.

Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., ja Salminen M. 2008. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapistetoiminnan onnistumisen edellytyksinä - poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Julkaisu 15. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Autti-Rämö, I. 2011. Alkoholien aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. On aika tehdä päätöksiä. Duodecim; 127: 1634-6.

Burns, E., Gray, R., Smith LA. 2010. Brief screening questionnaire to identify problem drinking during pregnancy: systematic review. Addiction 2010; 105: 601-14.

Eloranta, S., Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö - katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. Tutkiva Hoitotyö Vol. 9 (3).

Erätuuli, M., Leino, J., Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Eskola, J., Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Porvoo: WSOY.

Haapamäki, I., Itkonen, P., Laakkonen, P., Peltola, J., Taskinen, L. ja Väisänen T. 2007. Päihdepalvelujen hoitoketju/Tunnistus, palvelujen porrastus ja hoito. Kymenlaakson sairaanhoitopiiri. Duodecim.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Haapakorva, A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Halmesmäki, E., Kahila, H., Keski-Kohtamäki, R., Iisakka, T., Bäckmark-Lindqvist, G., Haukkamaa, M. 2007. Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito - Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Suomen lääkärilehti 11/2007, 1151-1154.

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

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Prima oy.

Hiironniemi, S., Moilanen, P & Kerola, L. 2005. Oulu. Moniammatillinen, alueellinen toimintamalli - Työryhmän ehdotus. Viitattu 11.10.2011. HYPERLINK: http://oulu.ouka.fi/strategia/pdf/moniammatillinen/Moniammatillinen_raportti_020305.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg - Marttila, D., Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. Pääkirjoitus. Suomen lääkärilehti 32/2011.

HUS hallituksen raportti. 2011. HUS edelläkävijä - Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Viitattu 15.10.2011. HYPERLINK <https://owa.hus.fi/OWA/WebREadyviewBody.aspx>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L., Nurminen, R. 2007. Enemmän yhdessä -moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Jalonen, P., Manninen, P., Rautio, M., Savinainen, M. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin. Suomen Lääkärilehti, 4236.

Kahila, H. 2011. Substance misuse problems during pregnancy with special emphasis on buprenorphine. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Kuula, A. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. 2006. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
Kähkönen, E. Odottavien päihdeäitien pakkohoito jakaa mielipiteet. Suomen Lääkärilehti 11/2009, 990-992.

Lastensuojelulaki 2007/2010. Viitattu 6.11.2011. <http://www.finlex.fi>.

Leppo, A. 2008. Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45/08, 33-47.

Lång, S. Katkeamaton hoitoketju. 2010. Terveys ja Talous 3/11, 19-20.

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L & Himberg, T. 2009. Etnografinen tutkimus. Menetelmäpolkuja Humanisteille: Tutkimusstrategiat. Viitattu 22.4.2011.
HYPERLINK <http://www.jyu.fi/mehu>

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen - Viitanen, T. & Laatikainen, T (toim.) 2011. Terveystarkastukset neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkirja. Viitattu 25.4.2012. HYPERLINK <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c0383a69-f643-4d70-bc03-09c6f86cd89b>.

Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40/2003, 279-290.

Nordmack, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D. 2010. Terveystarkastuksen termit. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkärilehti 17/10, 1549-1551.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim: 116(17):1821-1828.

Pajulo, M. 2001. Early Motherhood at risk: Mothers with Substance Dependency. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Parkatti, A., Teiro, K., Ahlqvist-Björkroth, S., Vahala, E. Sairaanhoidajaliitto 2007.

Päihderiippuvaisten äitien palveluohjausmalli. Viitattu 15.4.2012. HYPERLINK

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilaiset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/5-7/muut-artikkelit

Pietikäinen, M. 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä - ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Duodecim; 121(18): 2010-1.

Robson, C. 1994. Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner researchers. Blackwell publishers.

Rönkä, S., Virtanen, A (toim.) Huumetilanne Suomessa 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40. Helsinki.

Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Seikkula, J & Arnkil, T.E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.

Silvennoinen-Nuora L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tutkimusraportti. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Päihdeongelmaisten vanhempien lasten hoidon vahvistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen vahvistaminen. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011:14. Helsinki.

Suhonen, H., Murto, L. 2002. Menetetyt hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 40. Helsinki.

Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjun hallinta julkisessa terveydenhuollossa - Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2011. Viitattu 6.10.2011 HYPERLINK

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Lastensuojelun käsikirja. 2011. Viitattu 25.11.2011. HYPERLINK

[http://www.sosiaaliportti.fi/FI/lastensuojelun_kasikirja/tyoprosessi/ehkaiseva_lastensuojelu/ennakollinen_lastensuojeluilmoitus.](http://www.sosiaaliportti.fi/FI/lastensuojelun_kasikirja/tyoprosessi/ehkaiseva_lastensuojelu/ennakollinen_lastensuojeluilmoitus)

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 22:387-398.

Tuomi, J., Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi, perhepalvelut. 2009. Päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten ja perheiden palvelut. Työryhmäraportti.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus: kirjapaino Oy.

Väisänen, L., Niemelä, M & Suua, P. 2009. Sanat työssä: Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Julkaisemattomat lähteet:

Bäckmark, G. Henkilökohtainen tiedonanto. 20.1.2012

Ijäs, M. Henkilökohtainen tiedonanto. 11.10.2011.

Kahila, H. Henkilökohtainen tiedonanto, 7.11.2011

Tikkurilan, Vallilan ja Martinlaakson neuvoloiden kokoukset. Aiheena raskaana oleva päihteidenkäyttäjät, hoitoketjumalli ja päihteidenkäyttäjän tunnistaminen. Suullinen tiedonanto: 7, 8 ja 10.11.2011.

Lait:

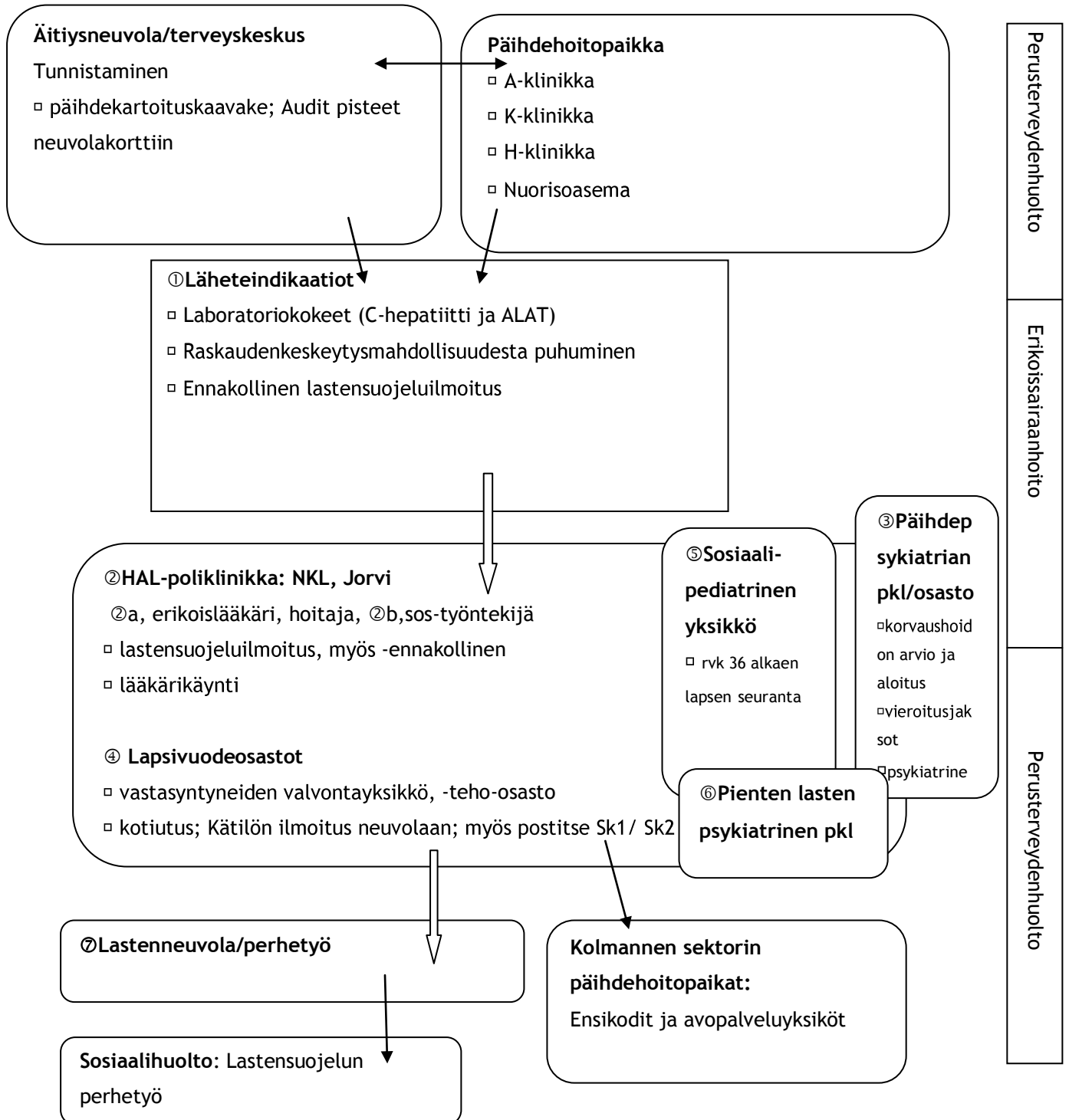
Lastensuojelulaki (2007/417)

Terveystieteiden tutkimuslaki (2010/1326)

Liite 1

HAL - hoitoketju

huolehdi välittömästi tiedon siirrosta ja sovi selkeät vastuut



Yhteystiedot: vain virkakäyttöön

□ Naistenklinikan HAL -poliklinikka: 050-4272134 / 050-4272525

□ Jorvin HAL -poliklinikka: 050-4284938

□ Sosiaalikiisipäivystys : 24h/vrk

Helsinki 09-31043503

Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi 09-81642430

Vantaa 09-83924900, Kerava 112 kautta

HAL hoitoketjun tavoitteet

- yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä raskaana olevan ja synnyttäneen HAL-asiakkaan kohdalla
- selkiyttää vastuuta, hoidonporrastusta ja vähentää päällekkäisyyttä palvelujen käytössä
- lisätä sektorit ylittävää yhteistyötä
- edistää raskaana olevan ja synnyttäneen HAL -asiakkaan varhaista tunnistamista ja hoitoa
- varmistaa tiedonkulkua perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välillä

1 Läheteindikaatiot: Äitiyspoliklinikan HAL -Poliklinikka, (NKL tai Jorvi)

- opiaattien käyttö tai korvaushoito (keskitetty NKL:lle)
- alkoholi AUDIT: 8 tai enemmän
- kannabis, amfetamiini, extacy, MPDV, lakka, gamma, kokaiini yms.
- huumeekyselyssä vastaukset missä tahansa kohdassa 3,4,5
- lääkkeiden runsas käyttö tai väärinkäyttö
- alle vuoden päihteettömyys ja tarvittaessa ainakin yksi arviokäynti, jos herää huoli
- runsaasti tupakoivat >20 savuketta/päivä

Alkoholi: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Huumeet: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>

Tupakka: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>

Lastensuojelulaki:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lastensuojelulaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search[type]=pika&search[pika]=lastensuojelulaki)

2 HAL -poliklinikka: NKL, Jorvi

HAL- asiakkuus Obstetrixin pompahdusikkunaan. Ensimmäinen käynti mahdollisimman pian, hoitaja/lääkäri + sosiaalityöntekijä

- kartoitetaan perussairaudet
- raskausanamneesi
- keskustellaan myös raskaudenkeskeytyksen mahdollisuus
- päihdeanamneesi
- sosiaalinen tilanne
- neuvolanäytteet, jos ei jo otettu
- HivAb, hep B,C Ab, jos ei jo tiedossa

- uusitaan loppuraskaudessa, jos käyttö jatkuu (tuolloin myös hep C Nh, jos hep C pos)
 - klamydia, gc, papa
 - joka käynnillä VALVOTTU huumevirtsanäyte ja/tai alkometri, huumeeseulanäyte verestä tarpeen mukaan
 - hoitajakäynnit tarpeen mukaan
 - sos.tt huolehtii lastensuojeluilmoituksesta, myös ennakkolisesta
 - -H36 käynti LNS sos.ped.pkl (tutukäynti)
- Osastohoito antenataaliosastolla herkästi (ns. löysät indikaatiot)

2 a Erikoislääkäri

- tekee I seula- ja II seula-ultraäänet
- muut lääkärikäynnit yksilöllisesti obstetrisin indikaatioin
- lääkäri tekee tarvittavat lähetteet psykiatriseen tai päihdehoitoon
- lääkäri informoi / konsultoi tarvittaessa neonatologia
- synnytystapa-arvio, raskauden ehkäisyn ja imetyksen suunnittelu; tartuntataudit huomioiden
- Synnytyksen hoito obstetristen periaatteiden mukaan
- hyvä kivunlievitys, epiduraali ja spinaali mahdollisia (anestesiaalilääkäri). Vieroittuneelle opiaattiriippuvaiselle opiaattilääkitys vain hyvän harkinnan ja konsultaation jälkeen
- Synnytyksen jälkeen ennen kotiutusta tarjotaan mahdollisuutta ehkäisykapselin/hormonikierukan laittoon
- jälkitarkastuksesta sovittava (neuvola/HAL-pkl)
- verkostokokoukset tarvittaessa
- yhteys neuvolan terveydenhoitajaan lapsen synnyttyä/kotiutuessa (riittävän varhain, 1-2 pv ennen kotiutumista) sekä tarvittaessa päihdepsykiatriseen yksikköön

2 b HAL-poliklinikka, sosiaalityöntekijä

- tekee ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen raskauden aikana
- kartoittaa haastatteluin potilaan sosiaalisen tilanteen (yhdessä HAL-kätilön kanssa) ja suunnittelee yhdessä potilaan kanssa tukipalvelut ja päihdehoidon jatkosuunnitelmat
- tekee yhteistyötä jatkohoitopaikkojen kanssa ja käy yhdessä tutustumiskäynnillä
- järjestää ja osallistuu verkostoihin potilaan ja tukiverkoston kanssa
- informoi vastasyntyneiden valvontaosaston henkilökuntaa tulevasta synnyttäjästä (yhdessä HAL-kätilön kanssa)

- tapaa äidin/perheen synnytyksen jälkeen (tekee lastensuojeluilmoituksen)
- Lastensuojeluilmoitus: http://www.sosiaaliportti.fi/File/241b0f46-29a4-420e-8511-aaba5e0e5e39/Lastensuojeluilmoitus_ilmoitusosa.pdf

2 Päihdepsykiatrian yksikkö

Päihdepsykiatrian klinikkaan kontakti:

- läheteellä HYKS:n Naistenklinikan tai Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikalta (HAL-pkl) tai
- päihdepsykiatrian klinikan hoidossa oleva potilas tulee raskaaksi
- muuta kautta, esimerkiksi oma-aloitteisesti päivystyksenä
- Raskauden aikainen päihdeselvitys käynnistetään, jos
- päihteiden käyttö on jatkunut raskauden aikana tai
- virtsan huumeseuula on positiivinen
- päihteiden käyttö ennen raskautta on ollut runsasta ja säännöllistä.

Päihdepsykiatrinen arvio ja hoito

Päihdepsykiatrinen hoito sisältää tilan arvion, hoidon suunnittelun ja tarvittaessa raskauden aikaisen opioidikorvaushoidon tarpeen arvion. Tavoitteena on päihteetön raskaus, päihteisiin liittyvän sikiövaurion minimoiminen ja vauvan syntymä ilman vieroitusoireita. Hoidossa huomioidaan potilaan käyttämät päihteet ja mielenterveyden ongelmat. Hoidossa noudatetaan Käypä hoito - suosituksen linjauksia (linkki yllä).

Potilas tapaa lääkärin ja sairaanhoitajan, jotka tekevät psykiatrisen kartoituksen sisältäen päihde-anamneesin, diagnostisen arvion ja keskustelun mahdollisesta raskauden keskeytyksestä. Alkutapaamisessa sovitaan, kuinka aktiivisesti ja millä tavoin potilasta tavoitellaan mahdollisen poisjäännin jälkeen. Opioidiriippuvaisilla potilailla käynnistetään raskauden aikaisen opioidikorvaushoidon tarpeen arvio vastuuyksikön käytännön mukaisesti. Päätöksen ja toteutuksen raskauden aikaisesta opioidikorvaushoidosta sikiöindikaatiolla tekee HAL-poliklinikan lääkäri. Hoitoannos on keskimäärin 4-12 mg, ja vauvan vieroitusoireiden vähentämiseksi pyritään minimoimaan annos ennen synnytystä 36.raskausviikkoon mennessä. Virtsan huumeseuuloja seurataan. Arvioidaan osastohoidon tarve ja tilanteen vaatiessa tehdään osastolähete. Arvioidaan muu päihdehuollon laitoshoidon tarve, esimerkiksi Järvenpään sosiaalisairaala. Huomioidaan perheen tilanne kokonaisuudessaan, ohjataan päihderiippuvainen puoliso hoitoon ja toimitaan tarvittaessa yhteistyössä lastensuojeluviranomaisten kanssa. Huomioidaan ja arvioidaan potilaan muu psykiatrisen hoidon tarve. Synnytyksen jälkeen huolehditaan raskauden ehkäisystä.

Päihdepsykiatrian klinikalla tehdään mahdollisimman nopeasti synnytyksen jälkeisen opioidikorvaushoidon tarpeen arvio, minkä perusteella suositellaan vieroitushoitoa tai korvaushoitoa (STM:n kriteeristö).

Päihdepsykiatrian poliklinikan hoito alkaa raskauden aikana ja kestää tarvittaessa ½ vuotta-1 vuosi synnytyksen jälkeen. Opioidiriippuvuuspoliklinikan hoito jatkuu hoitosuunnitelman mukaisesti.

3 Pediatria: Lapsivuodeosastot - lastenosastot - lastenneuvola

Raskauden aikana on NKL:lla viikoittain ja Jorvin sairaalassa muutaman kuukauden välein HAL-pkl:n sosiaalityöntekijöiden ja pediatrien tapaaminen synnyttämään tulevista HAL-äideistä, jolloin on myös tehtynä alustava suunnitelma lapsen kotiutusvaihtoehdoista ja perheen tuen tarpeesta sen yhteydessä. Lastenklinikan sosiaalipediatriiselle poliklinikalle on perheellä tutustumiskäynti (tutu).

Syntymän jälkeen lapsen seuranta tapahtuu yleensä lastenosastolla LN7 Naistenklinikalla tai L2 Jorvin sairaalassa 3-5 vrk ikään mahdollisten vieroitusoireiden toteamiseksi ja hoidon aloittamiseksi. Vieroitusoireiden arviointi ja seuranta tapahtuu Finnegan kaavakkeella (http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=käypä%20hoito%20päihdeongelma).

Mikäli vieroitusoireita ilmaantuu, niin lääkkeellinen hoito aloitetaan lastenosastolla. Opioidien aiheuttamia vieroitusoireita hoidetaan morfiini-mixtuuralla ja muiden huumeiden fenobarbitaalilla lääkkeettömien hoitojen ohella (rauhallinen ja hämärä ympäristö, kapalointi, sylittely ym.). Sosiaalityöntekijään ollaan yhteydessä lapsen syntymästä. Näytteet: Lapselle laitetaan pissapussi U-huume-O näytettä varten ja mekonium kerätään talteen Me-Huum-O varten (linkit WEBLABin ko. näytteiden sivulle).

Rokotukset: B-hepatiittirokotusohjelma aloitetaan jos vanhemmilla B- tai C-hepatiitti. (linkki ohjeeseemme). B-hepatiittirokotusohjelman jatkorokotukset hoidetaan neuvolan kautta. Vieroitusoireiden lääkkeellisen hoidon päätyttyä lapsen vointia seurataan noin 3 vrk ajan ennen jatkohoitoon siirtymistä.

Osastolla vanhempia tuetaan ja opastetaan lapsen hoidossa. Siihen osallistuminen ja sitoutuminen kirjataan. Imetykseen kannustetaan, jos siihen ei ole vasta-aiheita. Lapsen ja äidin on mahdollista kotiutua yhdessä, mikäli lapselle ei kehity vieroitusoireita ja raskauden aikaisissa ja synnytyksen jälkeisessä verkostotapaamisessa todetaan kotiutumisedellytysten täyttyvän.

Äidin joutuessa jatkohoitoon oman päihdeongelmansa takia lapsi siirtyy jatkohoitoon joko Jorvin osastolle L2 tai Kättilöopiston sairaalan lastenosastolle LV37 kunnes esim. kriisiperhepaikka löytyy.

5 Sosiaalipediatriinen yksikkö

Raskauden aikana päihteille altistuneet lapset siirtyvät synnytyssairaalaan kotiututtuaan pitkäaikaisseurantaan sosiaalipediatrian vastaanotolle. Mahdollisuuksien mukaan päihderiippuvainen äiti käy sosiaalipediatrian vastaanotolla ensimmäisen kerran raskauden loppuvaiheessa tutu-käynnillä, jolloin selvitetään, mitä päihteitä äiti on raskauden aikana käyttänyt ja käydään läpi äidin historiaa. Äiti tai pariskunta tapaa pediatriin ja jommankumman sairaanhoitajista. Sairaanhoitajat tekevät kotikäyntejä vauvaperheisiin tapauskohtaisesti.

Synnytyksen jälkeen vauva tulee vastaanotolle ensimmäisen kerran 2 - 6-viikon iässä kotoa, ensikodista tai päihdehoitopaikasta, lastenkodista tai sijaisperheestä. Ensimmäisen vuoden aikana kontrollikäyntejä on 3 - 8, ja seuranta jatkuu vuosittaisena kouluikään saakka. Yksikön potilaat ovat lastensuojelun asiakkaita ja yhteistyö lastensuojelun kanssa on tiivistä. Sosiaalipediatrian poliklinikalla seurattavia asioita ovat mm: lapsen kehitys, kasvu, ravitsemus ja terveys, vuorovaikutus huoltajan kanssa, mahdolliset infektiot (HCV, HIV) ja alkoholi-altistukseen liittyvät näkökohdat. Tarvittaessa lapsi ohjataan lastenneurologiseen yksikköön tai lastenpsykiatriseen yksikköön.

6 Pienten lasten psykiatrinen poliklinikka

Mikäli sosiaalipediatriassa seurannassa ilmenee vakavaa huolta lapsen psyykkisestä kehityksestä, ohjataan perhe HYKS pienten lasten psykiatrisen klinikan selvittelyyn ja hoitoon. Lastenpsykiatrisen hoidon fokuksessa on lapsen psyykkisen kehityksen edistäminen, se perustuu lapsen yksilöllisten erityistarpeiden tunnistamiseen ja huomioimiseen sekä edellyttää perheeltä sitoutumista intensiiviseen ja luottamukselliseen prosessiin.

7 Kotiutuminen ja neuvolaseuranta / jatkoseuranta

Perhe kotiutetaan virka-aikana ja kättilö huolehtii neuvolaan ilmoittamisesta. Potilaalle annetaan mukaan Sk1 /Sk2, jotka lähetetään myös postitse jatkohoitopaikkaan. Sosiaalityöntekijä huolehtii jatkohoitopaikkaan (jos muu kuin koti) ilmoittamisesta ja lähettää Sk2 kaavakkeen lapsesta sosiaalipediatriseen yksikköön. Lastenosastolla tai lapsivuodeosastolla pidetään lastensuojelun, sosiaalityöntekijöiden sekä lapsen vanhempien ja muiden oleellisten yhteistyötahojen (neuvola, isovanhemmat yms.) kanssa tarvittaessa verkostoneuvottelu, jossa päätetään lapsen kotiutumisesta/jatkohoitopaikasta ja perheen jatkotuen tarpeesta.

Lapsen kehitysseuranta ja perheen hyvinvoinnin seuranta jatkuu kotiutumisen jälkeen neuvolan ja lastensuojelun ohella tarvittaessa yhteistyössä Lastenklinikan sosiaalipediatriisella poliklinikalla. Ensimmäinen käynti on 2-6 viikon kuluttua kotiutumisesta.

Neuvolaseurannassa vastasyntyntä seurataan samoin periaattein kuin muitakin vastasyntyneitä, kuitenkin erityispiirteet huomioiden. Kotikäynnin/ -käyntien ajankohta ja osallistujat sovitaan tapauskohtaisesti (normaali vastasyntyneen ensimmäinen kotikäynti tehdään viiden vuorokauden sisällä kotiutumisesta).

Vaikka varsinaiset vierotusoireet ovat väistyneet kotiutumiseen mennessä, niin siitä huolimatta vauvat ovat usein varsin vaativia. Heillä saattaa olla esimerkiksi vatsaoireita ja he tarvitsevat paljon sylittelyä. Tämä asettaa vanhempien jaksamisen koetukselle. Näitä asioita kannattaa seurata ja tarvittaessa tukea perhettä. Tästä puhutaan perheelle ennen kotiutumista. Noin 6 kk ikään mennessä lasten vointi tasoittuu.

Hoitoketjun päivitys ja vaikuttavuuden arviointi tapahtuu vuosittain HUS alueen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon säännöllisissä yhteistyöpalaverissa.

Liite 2 Koulutuspalautte: Erityistukea tarvitsevat perheet. Koulutuspäivä 15.11.2011.

1. Vastaaajan ammatti _____ toimipaikka; erikoissairaanhoido__ ,
perusterveydenhuolto___, Kaupunki_____

2. Vastasiko koulutuksen sisältö odotuksiasi?

Kyllä _____ Ei _____ En osaa sanoa _____

a. erittäin hyvin b. hyvin

c. kohtalaisen hyvin, _____

d. heikosti,

perustelut: _____

3. Tuliko koulutuksessa riittävästi uutta/ aikaisemmin oppimaasi syventävää tietoa

Kyllä _____ Ei _____ En osaa sanoa _____

4. Voitko hyödyntää oppimaasi työssäsi

Kyllä _____ Ei _____ En osaa sanoa _____

5. Olivatko käytännön järjestelyt onnistuneet ?

Kyllä _____ Ei _____ En osaa sanoa _____

Jos ei, mihin toivoisit

paranusta _____

6. Muuta kommentoitavaa?

7. Ehdotukset tulevista koulutusteemoista

8. Mikä luento/ luennoitsija erityisesti oli mielestäsi hyvä

9. Toimiiko moniammatillinen yhteistyö raskaana olevan päihdeasiakkaan kohdalla alueellasi?

Kyllä _____ Ei _____ En osaa

sanoa _____

a. erittäin hyvin b. hyvin

c. kohtalaisen hyvin,

perustlut: _____

d. heikosti,

peruslut _____

10. Jos vastasit kysymykseen 9 c-d: kuvaile lyhyesti miten kehittäisit moniammatillista yhteistyötä alueellasi raskaana olevan päihdeasiakkaan kohdalla

KIITOS VASTAUKSISTASI! Käytämme saatua informaatiota pohjana suunnitellessamme seuraavaa koulutuspäivää, sekä tutkiessamme miten moniammatillinen yhteistyö on onnistunut alueellamme !
Anna-Maija Tapper, Hanna Kahila, Terhi Saisto, Timo Hytinantti, Tuire Ulmanen ja Silja Hormia

TEEMA 1 Huumeita, alkoholia ja/tai lääkkeitä (HAL) käyttävän raskaana olevan/synnyttäneen naisen hoitoketju

- Kerro millainen on HAL-asiakkaan tai potilaan hoitoketju omassa työssäsi?
- Mitkä tekijät vaikuttavat yhteistyön sujumiseen?
- Miten yhteiset HAL-asiakkaan tai potilaan hoito- ja toimintamallit näkyvät työssäsi?
- Miten tämän kohderyhmän hoitoketjuajattelu ohjaa työtäsi?
- Mitkä ovat hoitoketjun käytön todelliset edut ja motiivit?
- Millaisia esteitä näet tiedon siirtymisessä olevan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä?
- Mitkä tekijät edesauttavat tiedon siirtymisessä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä?

TEEMA 2 Moniammatillinen yhteistyö päihderiippuvaisen raskaana olevan/synnyttäneen HAL -asiakkaan tai potilaan hoitoketjussa

- Kenet nimeät lähimmiksi yhteistyötahoiksesi?
- Millaisissa tilanteissa olet heihin yhteydessä?
- Kuvaile millaiseksi koet yhteistyön nimeämiesi yhteistyötahojen kanssa?
- Millaista koulutusta olet saanut moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi?
- Millainen johtamiskulttuuri työyhteisössäsi on yhteistyön toteuttamiseksi?
- Miten yhteistyöprosessit ohjaavat moniammatillisen työn toteutumista työssäsi päihdeasiakkaan kohdalla? (yhteinen päämäärä, toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittäminen, oman asiantuntijuuden sisäistäminen?)
- Millaiseksi koet oman asiantuntijuutesi raskaana olevan/synnyttäneen päihdeasiakkaan kohdalla?

TEEMA 3 Moniammatillisen yhteistyön kehittämisenäkökohtia

- Millaisia resursseja tarvitsisit mielestäsi lisää moniammatillisen työn toteuttamiseksi?
- Mitkä ovat yhteistyön keskeisimmät esteet ja ongelmakohtat?
- Millaisia haasteita raskaana oleva/synnyttänyt HAL asiakas tai potilas tuo työhösi?
- Miten kehittäisit moniammatillista yhteistyötä raskaana olevan/synnyttäneen HAL-asiakkaan tai potilaan kohdalla? Taustatiedot: Nainen/mies, ammatti, työtehtävä, työkokemus, koulutus raskaana olevista päihteitä käyttävistä naisista.

Liite 4 Suostumus haastatteluun ja haastattelun nauhoitukseen

Silja Hormia, AMK Kätilö-Terveystoimittaja
 Heinätie 9 A
 01350 Vantaa
 E-mail:silja.hormia@netti.fi

LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU

Silja Hormia YAMK

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN JA HAASTATTELUN NAUHOITUKSEEN

Hankkeen nimi: HUS Naisten- ja Lastensairaalan toiminnan kehittämishanke: Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja alueellisten hoitoketjujen luominen erityistukea tarvitseville raskaana oleville ja vastasyntyneiden perheille

Tämä haastattelu on osa HUS:n Naisten ja Lastensairaalan toiminnan kehittämishanketta. Hankkeen tarkoituksena on laatia alueen yhtenäinen hoitoketju erityistukea tarvitseville raskaana oleville ja vastasyntyneiden perheille ja tässä hankkeessa erityisesti huumeita-, alkoholia- tai/lääkkeitä käyttävälle raskaana olevalle. Työ on tarkoituksena saada päätökseen 5/2012.

Haastatteluista tehdään opinnäytetyö, jonka aiheena on tutkia raskaana olevan ja synnyttäneen päihteitä käyttävän naisen hoitoon osallistuvien eri Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteistyötä ja tiedon siirtoa hoitoketjun eri vaiheissa.

Opinnäytetyöstä ei voida tunnistaa yksittäisiä haastattelun antaneita henkilöitä tai heidän henkilötietojaan. Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita. Haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelussa saatua materiaalia ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetyöhön.

Suostun haastatteluun ja sen nauhoittamiseen.

Ymmärrän, että tutkimukseen ja haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____/____/2012

Paikkakunta

Päiväys

 Suostujan allekirjoitus ja
 nimenselvennys ja

 Suostumuksen vastaanottaja
 nimenselvennys

Liite 5 Aineiston teemoittelu

Hoitoketju	Yhteistyö
	Hoitotyön toimintamallit
	Edut ja motiivit
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyötahot
	Yhteistyön laatu
Yhteistyöressit	Henkilökunnan riittävyys
	Tiedon kulku
	Johtamiskulttuuri
Yhteistyöprosessit	Työn päämäärä
	Työn sisällön tunteminen
	Vuorovaikutus
	Työnjako
	Asiantuntijuus
Kehittämissuhteet	Yhteistyötapaamiset, työnkierto
	Esteet ja ongelmatilat
	Kehittämismahdollisuudet

Kuvat

Taulukko 1: HAL - poliklinikalla hoidetut potilaat pääpäähteen mukaan (Kahila, H 2011.). 10

Taulukko 2: Raskaudenseuranta äitiysneuvolassa ja HAL - poliklinikalla (Leppo, A. 2008.) 12

Kuvio 1: Kyselyyn vastanneiden ammatti (=83)..... 26

Kuvio 2: Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen. 38

Kuvio 3: Moniammatillisen yhteistyön toimivuus. 38