

Övervakandet av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad på en tillnyktringsstation

Tina Martin

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	9064
Författare:	Tina Martin
Arbetets namn:	Övervakandet av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad på en tillnyktringsstation
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	Tillnyktringsstationen i Helsingfors, Finland
<p>Studien behandlar övervakandet av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad på en tillnyktringsstation. I studien definieras blandmissbruk som missbruk av alkohol blandat med läkemedel, främst läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet (CNS) så kallade HCI-läkemedel. Syftet med studien var att kartlägga ett tillvägagångssätt gällande övervakningen av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad. Mina frågeställningar var de följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vad finns det för generella tillvägagångssätt för mätning av medvetandegraden? 2. Vilket tillvägagångssätt skulle passa in i arbetet på tillnyktringsstationen gällande övervakningen av medvetandegraden hos blandmissbrukaren? <p>För att besvara frågeställningarna gjordes en litteratursökning om ämnet och sex vårdare på tillnyktringsstationen intervjuades. Intervju metoden jag använde mig av var temaintervjuer. För att få en bättre bild av tillnyktringsstationens verksamhet behandlade intervjuerna inte endast tillvägagångssätt gällande övervakningen av medvetandegraden utan också patienten.</p> <p>Som resultat av studien är att alla vårdare övervakar patienterna på samma sätt. Trots detta var majoriteten av den åsikten att det inte finns ett tydligt definierat tillvägagångssätt gällande övervakandet av medvetandegraden. Som produkt av studien bildades en modell över det som undersöks och övervakas hos patienten. Jag anser att trots vårdarna inte haft ett tydligt definierat tillvägagångssätt så får patienten den bästa möjliga övervakningen med de resurser som finns tillgängliga på tillnyktringsstationen.</p>	
Nyckelord:	Tillnyktringsstation, medvetandegrad, övervakning av medvetandegrad, blandmissbruk, HCI-läkemedel
Sidantal:	49
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	9.5.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health care
Identification number:	9064
Author:	Tina Martin
Title:	Monitoring of the level of consciousness on a detoxification centre on adults that have mixed alcohol with medicines
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	Selviämishoitoasema in Helsink, Finland
<p>The study is about monitoring the level of consciousness on a person who has mixed alcohol and drugs, mostly drugs that affect the central nervous system (CNS) so called CNS-drugs. The aim of the study is to identify an approach considering the monitoring of the level of consciousness on an adult mixing alcohol with drugs. The questions of the study is as follows:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What is the general approach for monitoring the level of consciousness? 2. With approach would be suitable for the detoxification center considering the monitoring of the level of consciousness on an adult mixing alcohol with drugs? <p>In order to answer the questions I did a literature search about the subject and interviewed six nurses on the detoxification centre. The method I used for the interviews was theme interviews. To get a better picture of how the detoxification centre is operating I interviewed the nurses not only about monitoring the level of consciousness but also about the patient.</p> <p>The result of the study is that all nurses monitor the patients on the same way. Despite this the majority's opinion is that there isn't any clearly defined approach considering the monitoring of the level of consciousness. As a product of this study I created a model that shows what should be monitored and what in the patient should be examined. In my opinion the patients has got the best possible monitoring with the resources available on the detoxification centre, despite the fact that a clearly defined approach has been missing.</p>	
Keywords:	Detoxification center, level of consciousness, monitoring the level of consciousness, alcohol and drug abuse/dependency, CNS-drugs
Number of pages:	49
Language:	Swedish
Date of acceptance:	9.5.2011

OPINNÄYTETYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoito
Tunnistenumero:	9064
Tekijä:	Tina Martin
Työn nimi:	Aikuisen sekakäyttäjän tajunnantason seuranta selviämishoitoasemalla
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	Selviämishoitoasema Helsinki, Suomi
<p>Tutkielma käsittelee sekakäyttäjän tajunnantason seuranta. Tutkielmassa määrittelen sekakäyttöä alkoholin väärinkäyttöä lääkkeiden kanssa. Tutkielmassa tarkoitetaan lääkkeillä, PKV-lääkkeitä jotka vaikuttavat keskushermostoon. Tutkielman tarkoituksena on kartoittaa toimintatapaa sekakäyttäjän tajunnantason seurannasta. Tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitkä ovat yleisimmät toimintatavat tajunnantason seurannassa? 2. Mikä toimintatapa sekakäyttäjän tajunnantason seurannassa sopisi selviämishoitoasemalle? <p>Vastatakseni kysymyksiin tein kirjallisuushakua aiheesta ja kuusi hoitajaa haastattelin selviämishoitoasemalla. Haastatteluissa käytin teemahaastattelu menetelmää. Saadakseni paremman kuvan selviämishoitoaseman toiminnasta haastatteluissa ei ainoastaan käsitelty tajunnantason seuranta vaan myös potilasta.</p> <p>Tutkielman tuloksena on että kaikki hoitajat antavat potilaalle samaa seuranta. Tästä huolimatta suurin osa oli sitä mieltä että selkeästi määritelty toimintatapaa ei ole koskien tajunnantason seuranta. Tutkielman tuote on malli siitä mitä potilaassa tulee tutkia ja seurata. Minun mielestä potilas on saanut paras mahdollinen seuranta niillä resursseilla mitä selviämishoitoasemalla on, vaikka selkeästi määriteltyä toiminta tapaa ei ole ollut.</p>	
Avainsanat:	Selviämishoitoasema, sekakäyttö, tajunnantaso, tajunnantason seuranta, PKV-lääkkeet
Sivumäärä:	49
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	9.5.2011

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1 INLEDNING	8
2 SYFTE OCH CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR	9
3 LITTERATURÖVERSIKT	9
3.1 BLANDMISSBRUK.....	11
3.2 MEDVETANDEGRAD	13
3.2.1 <i>Glasgow coma scale (GCS) som metod i övervakning av medvetandegraden..</i>	<i>14</i>
3.2.2 <i>Voi ihme! – Minnesregel för vad som kan orsaka sänkt medvetandegrad</i>	<i>17</i>
3.3 TILLNYKTRINGSSTATIONEN.....	18
4 METOD	20
4.1 TEMAINTERVJU	20
4.2 ANALYS	21
5 FORSKNINGSETIK OCH ETISKA REFLEKTIONER	22
6 STUDIENS GENOMFÖRANDE	24
7 RESULTATREDOVISNING	25
7.1 PATIENTEN	25
7.2 ÖVERVAKANDET AV MEDVETANDEGRADEN	31
7.2.1 <i>När patienten kommer till tillnyktringsstationen</i>	<i>31</i>
7.2.2 <i>Uppföljning av hälsotillståndet</i>	<i>35</i>
7.2.3 <i>Ifall medvetandegraden sjunker</i>	<i>36</i>
7.3 PROBLEMATIK OCH FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG	36
8 KRITISK GRANSKNING	39
9 DISKUSSION	41
10 AVSLUTNING	42

BILAGA 1a Examensarbete - Intervjuteman

BILAGA 1b Opinnäytetyö - Haastatteluteemat

BILAGA 2a Examensarbete – Övervakandet av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad på en Tillnyktringsstation

BILAGA 2b Opinnäytetyö - Aikuisen sekakäyttäjän tajunnantason seuranta
Selviämishoitoasemalla

BILAGA 3 Samtycke till intervju - Suostumus haastatteluun

TABELLER OCH FIGURER

Tabell 1. Sökningens resultat

Tabell 2. Glasgow coma scale (GCS) poängskala

Figur 1. Minnesregeln "Voi ihme!"

Figur 2. Patientens ankomst till tillnyktringsstationen

Figur 3. Undersökning och övervakning av patienten på tillnyktringstationen

Figur 4. Uteslutandet av olika orsaker till medvetslöshet. En kombination av minnesregeln "Voi ihme!" och övervakningen på tillnyktringsstationen.

FÖRORD

Ett stort tack till er alla som stått ut med mig och stött mig under denna process. Jag vill speciellt tacka Tony som gett mig kraft att fortsätta och haft tålamod med mig. Jag vill även tacka Arcadas personal både i biblioteket och i det etiska rådet för goda råd på vägen.

Tack alla vårdare på tillnyktringsstationen som tog er tid att delta i min intervju. Utan er skulle studien inte varit möjlig att genomföra!

Sist men inte minst vill jag tacka Jari Savolainen för god handledning!

1 INLEDNING

Blandmissbruk har blivit ett allt större problem i vårt samhälle (Pennanen 2004:3653). Detta medför problem inom vården. Helsingfors tillnyktringsstation har gjort ett beställningsarbete till Arcada som jag valt som tema i mitt examensarbete. De poängterade problematiken kring vården av blandmissbrukare och speciellt övervakande av dessa patienters medvetandegrad. Min studie kommer att behandla just detta ämne samt den problematik blandmissbruk medför inom vården på tillnyktringsstationen.

Intresset vaknade hos mig då jag läste om detta beställningsarbete i och med att jag har märkt att man på de flesta avdelningar stöter på missbruk av olika slag. Eftersom kroppen utsätts för giftiga och främmande ämnen konstant i och med missbruket så tar kroppen skada på flera olika sätt. (Cullberg 2000:381-382) Kunskap om missbruk och vården av missbruk behöver en sjukskötare oberoende på vilken avdelning man arbetar och den kunskapen var bristfällig hos mig. Jag anser att jag kan lära mig mycket av denna studie i och med det samarbete jag kommer att göra med tillnyktringsstationen samt genom att läsa in mig på ämnet.

För samhället och sjukvården har studien en betydelse då uppföljningen av medvetandegraden hos blandmissbrukaren gör att förändringar i patientens tillstånd upptäcks i ett tidigt skede. Prognosen för patienten blir bättre då ett allvarligt sjukdomstillstånd upptäcks i tid och åtgärdas. På så sätt blir vården billigare för samhället då vårdtiden blir kortare och kostnaderna för vården mindre i och med mindre ingrepp och minskat behov av intensiv vård då tillståndet uppmärksammas i tid.

Produkten av studien kommer att vara ett tillvägagångssätt för tillnyktringsstationen för att övervaka blandmissbrukarens medvetandegrad. Denna produkt kommer att utvecklas på basen av den bakgrundsinformation jag funnit och de intervjuer jag gjort med personalen på tillnyktringsstationen. Målet är att utveckla en produkt som kan användas i arbetet på tillnyktringsstationen.

Även vid vården av blandmissbrukare gäller samma lagar som vid vården av vilken annan finsk medborgare. Därför vill jag till slut citera *Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 kap 2, 3§*:

”Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras.”

2 SYFTE OCH CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med min studie är att kartlägga ett tillvägagångssätt gällande övervakningen av den vuxna blandmissbrukarens medvetandegrad på en tillnyktringsstation. Mina frågeställningar är de följande:

1. Vad finns det för generella tillvägagångssätt för mätning av medvetandegraden?
2. Vilket tillvägagångssätt skulle passa in i arbetet på tillnyktringsstationen gällande övervakningen av medvetandegraden hos blandmissbrukaren?

Den första frågan kommer jag att besvara i min litteraturöversikt i arbetets första del. Den andra frågan skall jag genom besvara genom att intervjua personal på tillnyktringsstationen.

3 LITTERATURÖVERSIKT

Denna studie handlar om övervakande av medvetandegraden hos blandmissbrukare på en tillnyktringsstation. Jag kommer att begränsa min studie till vuxna blandmissbrukare och vården av dessa. Jag har i min informationssökning valt artiklar och litteratur som givits ut mellan år 2000-2010 för att få så aktuell information till min studie som möjligt. Artiklarna som valdes fanns tillgängliga i Full Text. Jag hade inte några exklusionskriterier i sökningen då det inte gav några resultat vid försök. Artiklarna fann jag genom sökningar på databaserna: Medic, Terveysportti och Google scholar, så som

det framkommer i *Tabell 1*. Jag försökte även göra sökningar på engelska databaser t.ex. Cinahl men utan framgång. Vissa engelskspråkiga artiklar har jag funnit i tidskrifter. Sökord jag använt är: *Medvetandegrad, Tajunnantaso, Level of conciousness, Blandmissbruk, Päihteiden sekakäyttö/ sekakäyttjä, Alcohol and drug abuse/dependency, PKV-lääkkeet*

Tabell 1. Sökningens resultat

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda
Medic	Päihteiden sekakäyttö	2000-2010, Full Text	247	7
Google scholar	Level of conciousness AND alcohol dependency	2000-2010	21 500	1
Terveysportti	Sekakäyttjä	Inga begränsningar	10	2
Terveysportti	Alkoholi AND PKV-lääkkeet	Inga begränsningar	16	1

Sökningen försvårades då det inte finns en direkt översättning till engelska för ordet blandmissbruk. De flesta artiklar och litteratur är därför skrivna utgående från situationen gällande blandmissbruk i Finland. Alla artiklar som valdes lästes igenom och några enstaka föll bort då jag ansåg att de inte innehöll relevant information för studien.

Eftersom informationen jag fann var flere kortare forskningsartiklar så valde jag att inte skriva om dem skilt utan att göra en sammanfattning av alla artiklar. På så sätt ville jag få texten mer sammanhängande och flytande.

Till nästa kommer jag att skriva om vad blandmissbruk är och hur det tar sig i uttryck hos vuxna människor. Jag kommer också att tangera de problem vi utsätts för inom vården när det gäller blandmissbruk. Ett av problemen inom vården när det kommer till blandmissbruk är övervakandet av medvetandegraden hos dessa individer. Jag kommer

därför att skriva om vad som avses med medvetandegraden hos en människa och hur den kan övervakas.

3.1 BLANDMISSBRUK

Blandmissbruk betyder att två eller flera psykoaktiva ämnen missbrukas samtidigt. Den vanligaste formen av blandmissbruk är alkohol blandat med läkemedel. Läkemedel som vanligen missbrukas är läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet (CNS). Dessa läkemedel kallas även för HCI-läkemedel (på finska: *PKV-lääkkeet*) (Pesola 2004:517).

Till HCI-läkemedel räknas bentsodiazepiner, depressions mediciner samt en del opiater. (Lund 1 2007:625-628) HCI-läkemedel används vid vården av ångest, insomningssvårigheter och smärta. Bruket av bentsodiazepider har ökat i Finland gradvis sedan 1980-talet. Av befolkningen använder 2-3 % dagligen lugnande läkemedel. I en undersökning gjord år 2000 svarade 4,5 % att de någon gång använt bentsodiazepider som rusmedel. Det sägs att en fjärde del av alla missbrukare använder bentsodiazepider och oftast blandat med alkohol eller narkotika. (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1279)

Inom vården används opiater för smärtlindring. Missbruket av opiater utvecklas då människan inser att läkemedlet inte endast tar bort smärta utan även dämpar ångest och ger känsla av välbefinnande. I ett smärtfritt tillstånd kan missbrukaren ha ett underliggande tillstånd som t.ex. benbrott eller somatisk sjukdom som han/hon inte vet om p.g.a. opiatmissbruket. Vid ett långvarigt missbruk försvinner dock opiaternas smärtlindrande effekt och missbrukaren blir mer känslig för smärta än tidigare. Opiatmissbruk är mycket skadligt för människan och leder alltför ofta till död p.g.a. överdos. (Holopainen 2008:17-18) När dessa läkemedel missbrukas tar det sig i uttryck som små pupiller hos människan, detta symptom försvinner då eventuell andningsdepression förlängs. Vid opiatmissbruk skall man alltid minnas att det kan finnas ett bentsodiazepidmissbruk vid sidan om opiatmissbruket. (Salaspuro 2009:900,902)

Bentsodiazepider används vid behandling av insomnings svårigheter, ångest och även vid vården av abstinensbesvär. Det finns trots det inte några forskningar som tyder på att bentsodiazepider skulle ha någon effekt vid vården av alkoholmissbruk. (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1279) Dessa läkemedel kan däremot öka alkoholbegäret hos missbrukare. Dessutom sänker de impulskontrollen vilket kan leda till ett blandmissbruk och i vissa fall även göra människan aggressiv. (Rovasalo 2005:4) Bentsodiazepiner och alkohol påverkar samma receptorer i CNS (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1279) vilket gör att missbruket av läkemedel som påverkar dessa receptorer blandat med alkohol ökar alkoholens effekt. (Lund 2 2007:3542-3543) Bentsodiazepidernas effekt förstärks också om opiater missbrukats samtidigt. (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1281)

En tolerans till dessa läkemedel samt till alkoholen uppstår i och med ett missbruk. (Lund 2 2007:3542-3543) Kroppen börjar med andra ord vänja sig vid missbruket och mer rusmedel krävs för att få samma effekt som tidigare. Det som händer i kroppen är att levern nedbryter giftet mer effektivt och hjärnan reagerar inte på substansen lika kraftigt som förr. (Cullberg 2000:375) Toleransen upptäcks när promillehalten i blodet mäts. Ifall människan är kapabel till normalt beteende vid 1,5 % promille tyder det på alkoholberoende. Korstolerans kan också uppkomma hos dessa patienter. En mångfaldig dos bensodiazepider kan då behövas hos dessa patienter för att få en effekt då ett alkoholmissbruk finns i bakgrunden. (Salaspuro 2009:899)

Det har rapporterats att redan efter 1-2 veckors användning av bentsodiazepiner enligt läkarens ordination så upplever patienten abstinensbesvär när medicineringen avslutas. En kritisk tidpunkt för att ett fysiskt beroende skall utvecklas är 4-6 månaders användning av läkemedlet. Men även då får ungefär hälften av dessa patienter besvär då medicineringen avslutas. Detta gäller då läkemedlet tagits enligt läkarens ordination. (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1280)

När bentsodiazepider missbrukas orsakar det fysisk och psykiska skador. Följder av missbruket kan vara t.ex. minnesrubbingar och beteendestörning, ibland kan människan bli aggressiv. I vissa fall får dessa patienter delirium några veckor efter avslutad medicinering. (Rovasalo 2005:4)

Varje år händer 2000 allvarliga förgiftningar i Finland varav år 2004 mer än 1200 ledde till människans död. Att få reda på vilket eller vilka ämnen patienten missbrukat och i vilka mängder är svårt men skall ändå undersökas. (Lund 1 2007:625-628) Ifall alkohol

och HCI-läkemedel blandas uppstår ett förgiftningstillstånd som tar sig i form av sänkt medvetandegrad, lågt blodtryck, sänkt andningsfrekvens (Lund 2 2007:3542-3543) och patienten kan bli somnolent. Patienten lider även risk för andningsdepression. (Vorma & Kuoppasalmi 2005:1281) Pupillerna reagerar symmetriskt på ljus men ibland långsamt vid. Ibland kan det även förekomma kramper och stelhet. (Lund 1 2007:625-628) Ofast är först intaget stora doser av bentsodiazepider livsfarligt men blandat med alkohol är det svårt att beräkna effekten på kroppen. (Rovasalo 2005:4) Vi kan heller inte veta om all intagen alkohol och läkemedel redan absorberats av kroppen och på så sätt om tillståndet kommer att bli bättre eller ännu sämre. (Lund 2 2007:3542)

Mot både opiater och bensodiazepider finns det antidoter. (Salaspuro 2009:902) När det kommer till vården av en dessa former av förgiftningstillstånd vårdas tillståndet konservativt. (Lund 2 2007:3542)

3.2 MEDVETANDEGRAD

Med medvetandegrad avses i vilken grad människan är medveten om sig själv, sin kropp och omgivningen. När patienten har en sänkt medvetandegrad är det ofta svårt att fastställa vad som är den bakomliggande orsaken till en rubbning i medvetandegraden. Genom undersökning av patienten och anamnes kan man komma fram till en möjlig orsak som ännu genom andra mer specifika test kan diagnostiseras (Castrén et.al 2008:366, 371)

En sänkt medvetandegrad dämpar andningsreflexen som kan leda till en otillräcklig andning. Ibland måste dessa patienter intuberas då andningen inte kan stödas på annat sätt. (Lund 2 2007:3542-3543)

Alkohol blandat med läkemedel kan försvaga peristaltiken i magsäcken och tarmen, så illamående och uppkastningar är vanliga hos dessa patienter. Eftersom medvetandegraden är sänkt så finns det en risk för aspiration. Därför är det viktigt att patienten vars medvetandegrad är nedsatt ligger i framstupa sidoläge. (Lund 2 2007:3542-3543). I de fall där patienten aspirerar maginnehåll och får en

aspirationspneumoni är mortaliteten ca 5% jämfört med förgiftningspatienter var mortaliteten är 2% är det betydligt högre. (Lund 2 2007:3543)

Av olika orsaker kan medvetandegraden sjunka och en av dessa orsaker är intoxication dvs. förgiftningstillstånd (Castrén et.al 2008:369-370) till vilken den patientgrupp hör som denna studie behandlar. Det är trots allt viktigt att minnas de andra orsakerna som också kan påverka medvetandegraden dessa beskrivs i kapitel 3.2.2 Voi ihme!.

3.2.1 Glasgow coma scale (GCS) som metod i övervakning av medvetandegraden

En metod att övervaka medvetandegraden hos en människa är Glasgow Coma Scale (GCS). Denna metod kom först till användning år 1974 som en 14 poängs skala som sedan utvecklades av Teasdale och Jannett år 1976 till den 15 poängska vi använder oss av idag. Genom att observera patientens ögon, tal och rörelse kan vi med hjälp av denna skala mäta patientens medvetandegrad. Metoden skall användas med jämna mellanrum på patienten. När patienten kommer in till avdelningen undersöker man första gången patientens medvetandegrad och sedan skall det göras två gånger i timmen under två timmars tid sedan varje timme i fyra timmars tid och varannan timme därefter. På så sätt märker man ifall det sker förändringar i patientens medvetande. Ifall patientens medvetandegrad sjunker återgår man till att använda GCS med halv timmes intervall. Fördelar med en rätt använd GCS är inte bara att man märker då patientens tillstånd blir sämre utan att förändringar mot det bättre då vården är den rätta också syns på skalan. (Iankova 2006:30-31)

Patienten kan få mellan 3-15 poäng där 15 poäng är det bästa möjliga. Patienten kan få 4 poäng för ögonen, 5 poäng för tal och 6 poäng för rörelse. Patienten får olika många poäng för vad hon/han klarar av i de olika kategorierna. Poäng fördelningen visas närmare i *Tabell 2*. (Castrén et.al 2008:373)

En del faktorer skall tas i beaktande då vi använder GCS. Ifall patientens ögon är svullna ihop, patienten är fysiskt inte kapabel att öppna ögonen p.g.a. nervskada eller

dylikt skall inte poäng dras av. Vid observering av talet skall patienten klara av att nämna sitt namn, år, månad och var de är och varför för att få fulla 5 poäng. När vi observerar patientens rörelseförmåga skall vi ta i beaktande om han/hon har förlamningar från tidigare skada, lider av sjukdomar som MS (multiple sclerosis) eller Parkinson sjukdom. (Iankova 2006:33)

Vid smärtstimuli skall vi använda oss av de följande sätten: gnugga knogarna mot sternum eller trycka med en penna på nageln. Även andra sätt finns men dessa rekommenderas då dessa inte kan skada patienten. Ifall patienten inte reagerar på smärtstimuli inom 30 sekunder skall den avslutas. (Iankova 2006:34)

När poängen sedan dokumenteras skall det tydligt synas i vilken kategori patienten fått hur många poäng. Ett sätt är att använda engelskans eye (E) för ögon, verbal (V) för talet och motor (M) för rörelse. Poängen skall då dokumenteras t.ex. E3, V4, M5. (Iankova 2006:31) Ifall patienten har under 8 poäng i GCS innebär det en svår skada, mellan 9-12 poäng medelsvår skada och över 13 poäng en lindrig skada. (Rissanen et.al 2009:1336)

Problem som vi stöter på vid vården av missbrukare är att det är svårt att få en korrekt bild av deras tillstånd. Alkohol påverkar CNS och gör att de fysiska och kognitiva färdigheterna dämpas. Talet kan vara otydligt och de kan ha svårt att tänka klart. Smärtröskeln är ofta högre hos dessa patienter, de kan ha svårt att reagera på stimulans, sänkt motorisk funktion och svårigheter att styra musklerna bidrar alla till att det blir svårt att göra en bedömning vid användandet av GCS. (Iankova 2006:32-33)

Tabell 2. Glasgow coma scale (GCS) poängskala (Castrén et.al. 2008:373)

ÖPPNAR ÖGONEN	4	Spontant
	3	När hon/han tilltalas
	2	Vid smärtstimuli (Inte i ansiktet)
	1	Öppnar inte ögonen
	C	Ögonen är svullna ihop
TAL	5	Sakligt
	4	Otydligt, desorienterat
	3	Endast enstaka ord
	2	Endast ljud
	1	Talar inte, får inte fram ljud
	T	Patienten är intuberad
RÖRELSE	6	Rör sig
	5	Lokaliserar smärta
	4	Reagerar på smärta
	3	Flexion vid smärtstimuli
	2	Extention vid smärtstimuli
	1	Rör inte sig

3.2.2 Voi ihme! – Minnesregel för vad som kan orsaka sänkt medvetandegrad

När en blandmissbrukare med sänkt medvetandegrad vårdas skall vi minnas att det kan finnas andra bakomliggande faktorer som påverkar medvetandegraden. Minnesregeln ”Voi ihme!” är bra att komma ihåg då vi stöter på dessa patienter. Alla bokstäver står för olika orsaker till en sänkt medvetandegrad. ”V” står för hjärnblödning (vuoto kallon sisällä), ”O” betyder syrebrist och ”I” står för intoxication. Bokstäverna i ”Ihme!” betyder: ”I” infektion, ”H” hypoglykemi, ”M” lågt blodtryck (matala verenpaine) och ”E” står för epilepsi. Utropstecknet bakom är där av en orsak och det betyder simulation. I *Figur 1* visas tydligt vad alla bokstäver står för. (Castrén et.al 2008:370) Det skall inte blint ses på intoxication dvs. förgiftning som orsak bakom medvetanderubbningen hos en blandmissbrukare utan vi skall också minnas alla differential diagnoser. Med rätt diagnos kan ett liv besparas. (Salaspuro 2009:897)

Figur 1. Minnesregeln ”Voi ihme!” (Castrén et.al 2008:370)

V	•(Vuoto) Blödning i skallen
O	•O ₂ brist
I	•Intoxikation
I	•Infektion
H	•Hypoglykemi
M	• (Matala) Lågt blodtryck (RR)
E	•Epilepsi
!	•Simulation

3.3 TILLNYKTRINGSSTATIONEN

I en forskning gjord av Tarja Rissanen, Heikki Paakkonen, Marja Kesti och Jussi Nurminen som publicerats 2009 i Suomen lääkärilehti förklaras verksamheten på tillnyktringsstationen och dess klienter. Artikeln handlar om övervakandet av hälsotillståndet hos klienterna på tillnyktringsstationen och data samlades in mellan maj 2007 och januari 2008. Under denna tidsperiod hade 329 klienter besökt tillnyktringsstationen. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

En vanlig klient på tillnyktringsstationen är en man i arbetsför ålder som söker sig självmant till tillnyktringsstationen. Av de som vårdades på tillnyktringsstationen var 84 % män och 16 % kvinnor. Promillehalten i blodet var vid ankomsten i medeltal 2,6 ‰. Majoriteten kom endera självmant till tillnyktringsstationen eller följd av en anhörig. Av alla klienter hämtades endast 15 % med ambulans eller sjuktransport och 17 % av polisen. Majoriteten (91 %) av klienterna hade enbart intagit alkohol. Av alla klienter hade 7 % tagit förutom alkohol även läkemedel eller droger. Av klienterna hade 48 % en eller flere grundsjukdomar och vanligast av dessa var hjärt- och kärlsjukdomar. Psykiskt illamående hade 286 av klienterna d.v.s. 87 % av alla klienter som besökte tillnyktringsstationen under studiens gång. (Rissanen et.al 2009:1335-1341) Jag anser att detta ger en grundläggande bild av vilka som sökt och får hjälp vid tillnyktringsstationen. I studien kom det även fram att majoriteten kom till tillnyktringsstationen mellan klockan 21-7. Hur många som anlände till tillnyktringsstationen kunde inte kopplas samman med en viss veckodag. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

Studien undersöker även klientens hälsotillstånd och övervakningen av klienten. Majoriteten hade ett blodtryck på 146/93 vid ankomst till tillnyktringsstationen. Pulsen var i medeltal 96 slag/minut. Det systoliska trycket var > 160 och det diastoliska > 100 hos 25 % av klienterna. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

När klienten anländer till tillnyktringsstationen görs en primärbedömning av två vårdare som tar emot klienten. Primärbedömningen består av bedömning av medvetandegrad och ABCD som ofta talas om. A står för airway (luftväg), B står för breathing (andning), C står för circulation (cirkulation) och D för disability (skada).

Grundläggande data om klienten samlas in under primärbedömningen och ger på så sätt en bild av klientens tillstånd. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

Till näst görs en sekundär bedömning som ger vårdaren mer exakt information om klientens tillstånd. Andningsfrekvens, blodtryck, puls, syresaturation, kroppstemperatur, blodsocker halten, GCS och promillehalten i blodet mäts och dokumenteras. Vid behov finns det möjlighet för EKG tagning och monitor övervakning. Blodprov tas när klienten kommer till tillnyktringsstationen och ifall patientens tillstånd blir sämre kan ytterligare blodprov tas. Vårdaren undersöker patienten för eventuella neurologiska skador d.v.s. pupillernas ljusreaktion och symmetri samt eventuella skillnader i höger och vänster sidas muskelkraft. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

Till sekundärbedömningen hör även patientintervjun där bl.a. grundsjukdomar och medicinering skall framkomma och eventuella tidigare rehabiliterings eller vård perioder. Vad som missbrukats och i vilken mängd skall också komma fram i intervjun. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

Klientens vitalvärden mäts med minst två timmars mellanrum. Ifall hälsotillståndet blir sämre eller värden avviker från normalvärden kan vårdaren konsultera läkare. Var femte klient behövde under vårdtiden en läkarkonsultation. Vårdarna har rätt att öppna i.v. förbindelse vid behov. Vårdaren ser till att klienten får vila, värme och får känna sig trygg. Eventuella abstinensbesvär evalueras och kan vid behov vårdas med läkemedel. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

Vården på tillnyktringsstationen var i medeltal 11 timmar lång, vårdtiden varierar mellan 10 minuter och 24 timmar. Efter vården på tillnyktringsstationen åkte 54 % för vidare vård på psykiatrisk- eller rehabiliteringsenhet. Av alla klienter åkte 143 (44 %) hem, men innan det hölls ett motiverande samtal om öppenvårdens möjligheter. (Rissanen et.al 2009:1335-1341)

4 METOD

Metoden jag valde att använda mig av är temaintervjuer med sex sjukskötare eller närvårdare på tillnyktringsstationen. Orsaken till varför jag valde just denna mängd är att det är en passligt stor mängd för studien och passlig mängd för att anonymiteten skall vara säkrad. Majoriteten av informanterna skall vara sjukskötare. Jag valde detta sätt för att ge vårdarna en möjlighet att påverka produkten av studien. Vårdarna på tillnyktringsstationen har dessutom expertkunskap som har gett ett mervärde åt studien. Tillsammans önskade jag att vi kunde komma fram till vilket sätt som skulle passa dem bäst när det gäller övervakandet av medvetandegraden hos blandmissbrukare. Produkten av mitt examensarbete skall användas av dem och därför anser jag att det är viktigt att de får känna sig delaktiga i studien genom intervjuerna.

Produkten har utvecklats utgående från den information jag fick fram i min litteratursökning samt den information jag fick i intervjuerna. Genom dessa metoder anser jag att jag får tillräckligt med information för att besvara mina forskningsfrågor.

4.1 TEMAINTERVJU

Temaintervjuer är det mest använda sättet i Finland för att samla in kvalitativ data. Med temaintervju menas en intervju där färdiga teman har lagts upp, en exakt ordning eller struktur på frågorna finns inte. (Eskola & Vastamäki 2001:24,26-27) I detta fall är ämnen utsatta men ordningen kan variera. Hur ingående svaren på frågorna kan variera och följdfrågor kan ställas under intervjun.

Teman kommer att väljas så att de frågor som ställs kring ämnet kommer att besvara forskningsfrågorna. Teman byggs upp efter intuition och baserat på litteratur om ämnet. En minneskarta görs upp som består av huvudteman och mindre undergrupper som även har små hjälpfrågor för att få fram mer exakt information (se Bilaga 1a-b). Meningen är att inte lägga upp för många frågor utan låta intervjun framskrida mer naturligt. Ändå

skall det hållas reda på att alla temaområden tas upp i intervjun. (Eskola & Vastamäki 2001:33-37)

Intervjun kommer att ske endera på finska eller svenska. Informanten får själv välja vilket språk hon/han föredrar. Följebrevet (Bilaga 2a-b), samtycket till intervjun (Bilaga 3) samt minneskartan (Bilaga 1a-b) kommer att finnas tillgängliga på både finska och svenska. Informanten skall få tala sitt egna modersmål under intervju tillfället.

Intervjuplatsen skall vara en lugn plats där intervjun kan ske i enrum. Platsen skall helst vara bekant för den som intervjuas (Eskola & Vastamäki 2001:27-29). I denna studie ägde intervjuerna rum på tillnyktringsstationen vid tidpunkter som passade den informanten. På så sätt var stället bekant för informanten och de behövde inte ta sig till ett skilt ställe för intervjun utan den kunde ske med så lite ansträngning från informanten sida som möjligt. Intervjun räckte mellan 30-60 minuter och spelades in på en bandspelare.

4.2 ANALYS

När alla intervjuer var gjorda renskrevs och analyserades det insamlade materialet. De enda personerna som fick se materialet är jag själv och min handledande lärare. Materialet spelades som sagt in på bandspelare och flyttades över till min dator som är lösenordskyddad. När analysen var gjord och examensarbetet godkänt kommer allt material från min dator att raderas. Analysmetoden jag kommer att använda mig är en *induktiv manifest innehållsanalys*.

En *induktiv* analys betyder att jag fokusera på det som steg fram i materialet när det lästes igenom flere gånger. Jag fokuserade på det som klart står i texten som gör analysen *manifest*. Eftersom det då inte förekommer någon egen tolkning blir analysen mer pålitlig. När materialet sedan bearbetas lyfts det fram olika delar av materialet som i sin tur bildar kategorier och underkategorier. I redovisningen av materialet och studiens resultat kommer en abstrakt modell av materialet att presenteras. Genom denna

form av innehållsanalys blir materialet strukturerat och på så sätt lättare att förstå.
(Kyngäs & Vanhanen 1999:3-11)

5 FORSKNINGSETIK OCH ETISKA REFLEKTIONER

En definition av forskningsetik gjord av Bo Petterson (Petterson 1994:45) baserat på Erik Tranøys definition är:

”Med ”forskningsetik” menas ett övervägande av frågor som rör etiska normers integrerande i forskningsverksamheten med forskningspolitiska normer, forskningsidealets normer och juridiska normer.”

De etiska normer och ideal som är aktuella i studien är de som berör vård. Etik handlar om att göra det som är rätt, det goda och hur vi förverkligar det som sjukskötare i praktiken. Våra handlingar skall basera sig på den teoretiska kunskap vi har. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:83) För att i olika situationer kunna handla etiskt rätt behöver vi fyra olika former av etisk kunskap. Dessa är: teoretisk och personlig etisk kunskap samt etisk situations- och handlingskunskap. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:86) Studien skall med andra ord göra rätt och gott genom att följa de normer och ideal som satts upp för forskning inom vården. Utan att gå emot lagar och andra förordningar som gäller för studier på denna nivå.

Ämnet jag valt till min studie är väldigt tabubelagt och det är först på de senaste decennierna som missbruk har börjat ses som en sjukdom istället för en synd eller en svaghet. Även om missbruket är självförvållat har förståelsen vuxit för dessa människor. (Saarni 2004:4638) Trots det upplever vårdpersonal att dessa patienter är motbjudande och väcker rädsla samt frustration. Det ses inte alltid som en skyldighet att vårda tillstånd som är självförvållade. Men då kan vi ju fråga oss ifall hjärtinfarkter p.g.a. övervikt eller dåliga levnadsvanor, COPD p.g.a. rökning inte är självförvållade tillstånd? Dessa vårdas trots det utan tanke på dess ursprung. (Salaspuro 2009:903) Har inte alla rätt att få rätt vård och bli bemötta trots bakgrund och orsak till behovet av vård?

Meningen med studien är inte att döma blandmissbrukare, utan snarare att kunna utveckla vården för dem så att de har möjlighet att få den bästa möjliga vården för sitt tillstånd. Att kunna lyfta fram det faktum att dessa människor har samma mänskliga rättigheter som alla andra och att vi som vårdare skall minnas detta när vi möter dessa patienter i vården.

Studien skall inte göra mer skada än nytta. Detta har jag tagit i beaktande vid val av bl.a. metod. Denna patientgrupp skall inte behöva känna sig utpekad och därför har jag valt att intervjua vårdarna på tillnyktringsstationen.

Eftersom att forskningens andra del är empirisk har jag att ansökt om forskningslov från Helsingfors stad och forskningen har granskats av det Etiska rådet på Arcada. Jag har även i min studie beaktat de etiska principer som tas upp i Helsingforsdeklarationen. (Milton 2002:1214-1216) Deltagandet som informant i studien var frivilligt och informanten hade en möjlighet att hoppa ur i vilket skede av studien som helst. Information delades ut till avdelningen som jag samarbetar med innan intervjutillfällena och informanterna fick minst en vecka övervägnings tid ifall de vill ställa upp på en intervju. Innan intervjutillfället delades det ut en blankett där informanten med sin underskrift bekräftar deltagandet i intervjun på de grunder som det står i följebrevet (se Bilaga 2a-b). De citat jag kommer att använda i sammanfattningen kommer att vara omskrivna så att informantens anonymitet blir säkrad men att ändå innehållet i citatet blir det samma.

Genom att ge informanterna tillräcklig information och genom att följa de riktlinjer som satts upp för god vetenskaplig praxis vid Arcada anser jag att jag genomför en etiskt rätt och god studie. Studien har godkänts av Arcadas etiska råd den 10.12.2010 och jag har fått forskningslov av verkställande direktör för Helsingfors stads hälsovårdscentral den 3.2.2011.

6 STUDIENS GENOMFÖRANDE

Tillnyktringsstationen kontaktades så fort jag fick forskningslov och vi höll ett möte på tillnyktringsstationen den 14.2.2011. Under mötet lämnade jag över följebrev och blanketterna för samtycke till intervju och jag berättade även om studien för personalen. Personalen hade tid en vecka innan det första intervjutillfället för att överväga om de ville delta i intervju eller inte. Genom telefon och e-post kontakt med avdelningsskötaren fick jag veta om passande intervjutillfällen för informanterna.

Intervjuerna ägde rum mellan den 22.2 – 18.3.2011 och den sammanlagda intervjutiden blev 147 min 12 s. Den kortaste intervjun varade i 13 min 44 s och den längsta varade i 35 min 42 s. Sammanlagda sidantalet när intervjuerna renskrevs blev 60 sidor. Det planerade antalet vårdare ställde upp på intervju och majoriteten av dessa var sjukskötare. Intervjuerna gjordes i de utrymmen som fanns lediga vid intervjutillfället. Alla intervjuer gick på finska eftersom det var informanternas modersmål.

Intervjuernas syfte var att klargöra tillnyktringsstationens verksamhet samt de problem de står inför i vården av missbrukare. Intervjuerna var uppdelade i två olika delar; en om patienten samt en om övervakandet och uppföljning av medvetandegraden. Hur intervjuerna var uppbyggda visas i bilaga 1a-1b. Utöver de frågor som finns kartlagda i bilagan ställdes frågor för att specificera svaret och ge en bredare skala av information. I början av intervjun klargjorde jag ännu för informanten om hur intervjun kommer att framskrida och att svaren skall basera sig på den uppfattning de har. Jag förklarade även åt informanterna innan intervjuerna att de kommer att sparas på en bandspelare och att inte materialet kommer att ses av någon annan än jag själv och min handledande lärare.

Intervjuerna spelades in på en bandspelare och renskrevs sedan på min dator. Det renskrivna materialet skickades till min handledande lärare för granskning. När alla sex intervjuer var renskrivna började analysen av dessa. Alla intervjuerna skrevs ut i ett exemplar per intervju. Jag läste igenom materialet flere gånger och skrev upp ord eller meningar som speciellt steg fram i intervjuerna. Dessa ord eller meningar bildade kategorier och underkategorier. De sammanställdes och alla citat som hörde under en kategori flyttades till den så att jag till slut hade alla citat samlade som berörde samma delämne i studien. Citaten färgkodades så att jag visste ur vilken intervju citatet var

taget. När allt detta var gjort började sammanfattning av materialet i både textform och som modeller. Under analysfasen fanns ännu materialet sparat på min dator för att säkra att materialet inte skulle försvinna. När studien godkänns kommer materialet att förstöras från min dator samt det exemplar som skrevs ut.

7 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel kommer det analyserade materialet som samlats in under intervjuerna att sammanställas. Indelningen kommer att ske på samma sätt som intervjuerna var indelade. Första delkapitlet kommer att handla om de patienter som vårdas på tillnyktringsstationen och den problematik vårdarna ställs inför. Det andra delkapitlet handlar om undersökning och övervakning av patienten och främst övervakning av medvetandegraden.

De citat som används i texten är skrivna på finska. Endast uttryck som möjligen kan göra att informanten blir identifierad har tagits bort från citatet.

7.1 PATIENTEN

Tillnyktringsstationen i Helsingfors är främst avsedd för de som bor i Helsingfors regionen. En vanlig patient på tillnyktringsstationen är en man i 50-60 års ålder som har missbrukat alkohol en längre tid. Han har oftast ingen egen bostad utan bor på boenden för hemlösa. Han har fallit och slagit huvudet och polisen eller ambulansen hämtar honom till tillnyktringsstationen för bedömning och övervakning av hans hälsotillstånd. Av de patienter som besöker tillnyktringsstationen nämns endast en tredjedel att vara kvinnor. Hos kvinnor stiger det inte fram en tydlig åldersgrupp så som det gör för männen.

Patienten kommer till tillnyktringsstationen från gatan, sjukhus eller polikliniker och även från hemmet. Patienter kommer både från den somatiska och den psykiatriska vården. De hämtas av polis eller ambulans eller i några få fall kommer de på eget initiativ till tillnyktringsstationen ofta följda av anhöriga. Till skillnad från studien som redovisas i kapitel 3.3 om en tillnyktringsstations verksamhet nämns det i intervjuerna att det är sällsynt att patienten kommer självmant till tillnyktringsstationen. Problematiken kring när polisen hämtar patienten är att polisen inte i regel är utbildad vårdpersonal. Övervakningen och rapporteringen blir därför en annan än om ambulans skulle hämta patienten där de redan bedömt patientens tillstånd som tillräckligt stabilt för den vård tillnyktringsstationen har att erbjuda.

I de fall då patienten kommer från gatan bedömer vårdarna på tillnyktringsstationen ifall patienten är i behov av en läkare och ifall tillnyktringsstationen är den rätta platsen för patienten.

”Et.. mut sit jos tulee kadulta ja kotoo nii siel ei oo sit lääkäri arviota tehty. Et me sit täällä mietitään et onks tää ihminen lääkärin arvion tarpeessa.. myös että onks tää oikee paikka.”

Även de patienter som är i polisens förvar övervakas av tillnyktringsstationens personal när polisens egna sjukskötare inte är på plats. Ifall patientens hälsotillstånd försämras på polisförvarets sida kan patienten flyttas till tillnyktringsstationen för mer konstant övervakning.

Ifall patienten kommer från sjukhus eller polikliniker ges information om patientens hälsotillstånd men ifall ambulansen eller polisen hämtar patienten från gatan finns det nödvändigtvis inte tillräcklig information om vem patienten är ifall patienten är så påverkad att han eller hon inte klarar av att säga sitt namn eller socialskyddssignum blir personen till en början okänd.

”...kun usein ei pysty huolehtimaan mistään omista asioista ja muista omia henkilötunnuksiaan tai jos on sekavampi vanhus niin ei muista omaa nimeänsäkään.”

När patienten nyktrat till går det ofta bättre att få kontakt med patienten och få fram relevant information för vården. Information om patientens bakgrund är inte nödvändigtvis möjligt även om denne kan säga sitt namn eller socialskyddssignum.

Endast information är möjligt att få fram om de som bor i Helsingfors och har använt sig av den hälsotjänster som Helsingfors stad erbjuder.

”No se riippuu siitä että ensinäkin onko helsinkiläinen, mehän näämme ainoastaan Helsingin kaupungilla olevat sairaskertomustiedot...”

”Mut esimerkiksi on aika paljon henkilöitä jotka on ehkä pitkällekin alkoholisoituneita mutta jotka ei oo köyhiä.”...”ja käyttävät yksityisiä terveystalouksia että heidän lääkityksistään tai perussairauksista niin me ei tiedetä.”

Dokumentationen sker via Pegasos som Helsingforsstads hälsovårdsstationer använder för elektronisk dokumentation av vården. Där kan även bakgrundsinformation om patienten sökas fram. Den skrivna texten går att skriva ut från Pegasos och ifall patienten flyttas för vidare vård ges dokumenten i pappersform.

Trots information om bakgrunden berättar anamnesen (sjukjournalen) inget om de rusmedel som intagits just då, vad som intagits och i vilka mängder. Rusmedel förutom alkohol och HCI-läkemedel som nämns är cannabis produkter, olika alkoholsubstitut (lasol, desinficeringsmedel osv.), amfetamin, LSD, lakka, gamma, heroin och MDPV.

På tillnyktringsstationen används inte några drogtest eller andra laboratorieundersökningar för att fastställa vilka rusmedel patienten är påverkad av till skillnad från den tillnyktringsstation som tas upp i kapitel 3.3. Ibland berättar patienten själv vilka rusmedel som intagits och i vissa fall dras de slutsatserna på basen av den information patientens tillbehör och tillstånd antyder till.

”Jos on niinku ihan vaikeesti heräteltävis ja promillet on 0,1 niin sehän kertoo tosin nyt on jotain muuta ja tietysti ruvetaan kattoo omaisuutta ja tämmöstä näin että.”

”Se vähä tietysti riippuu siitäki että miten se käyttäytyy jos on vaikka ottanu diapamia ja alkoholia.. et jos se on kymmenen vuotta sitä tehny niin ei se tunnu enää eikä se näy hänessä juuri yhtään missään mut jos on tämmönen n.s. aloittelija tässä sekakäytössä niin kyllähän se aika nopeesti näkyy.”

När vårdarna inte får fram vilka rusmedel som missbrukas vårdas patienten utgående från symptomen. Vid misstanke om MDPV missbruk eller opiatöverdos skickas patienten vidare till jourpoliklinik.

Undersökning av patienten och sökning efter möjliga märken på injicering av droger/läkemedel kan inte utesluta drogintag eller missbruk av läkemedel eftersom de flesta missbrukade substanserna även finns tillgängliga i tablettform. Alkohol nämns som det centrala rusmedlet men som det framkommer i följande citat är blandmissbruk väldigt vanligt;

”...sanotaanko näin et tänäpäivänä hyvin harva käyttää pelkästään alkoholia. Vaan kyllä suurimmalla osalla on sitten PKV-lääke reseptejä että he käyttää vähintäänkin diapamia...”

”... sekakäyttäjähän ne tänäpäivänä on et semmosta puhdasta alkoholista näkee tosi harvon.”

Gemensamt hos dessa människor är att de är påverkade av alkohol och eller droger/läkemedel och alla som tas in för vård på tillnyktringsstationen skall vara över 16 år gamla. Orsaken till varför de kommer är många och olika. Följande citat nämner en stor del av dessa orsaker:

”Huonossa hapessa, katkolle haluavat, sairaalasta jälkiseurantaan intoksikaation tai kommotion seurantaan tai jonkin muun asiallisen vamman takia, että odottaa joko leikkausta jonnekin ja promillea liika ja ne tulee tänne sitten odottamaan niitten laskuu..”

Patienter som fått en hjärnskakning och är påverkade av alkohol är en huvudgrupp som vårdas på tillnyktringsstationen. Ifall patienten inte har någon hemma som kan väcka honom eller henne under natten efter en hjärnskakning är det tryggare att patienten övervakas på tillnyktringsstationen. En annan orsak till varför patienterna kommer till tillnyktringsstationen är för att vänta på att promillehalten i blodet skall sjunka så att en pålitlig psykologisk bedömning kan göras. Promillegränsen för en psykologisk bedömning är 0,5 promille. Ibland kommer patienterna även för sociala orsaker:

”Sit on sosiaaliset syyt. Eli otetaan kovilla pakkasilla ihmisiä tänne lähinnä asunnonnottomia. Sit on tietysti ulkopaikkakuntalaisia jotka eivät pääse syystä tai toisesta sillä hetkellä kotiinsa tai muualle niin otetaan sitten lepäilemään.”

En del kommer till tillnyktringsstationen för att sedan kunna åka in för alkoholavvänjning. För att en alkohol avvänjning skall lyckas krävs det att patienten är

motiverad. Ifall de är motiverade för avvänjningsvård berättar de även ofta vad de missbrukat och i vilka mängder som underlättar vården av dessa patienter. De som kommer till tillnyktringsstationen för att komma till avvänjningsvård får medicinsk hjälp mot abstinensbesvär.

Grundsjukdomar som patienterna kommer med är bl.a. diabetes, epilepsi, hjärtsjukdomar samt leverinsufficiens. För att diabetikerna skall få rätt sorts behandling mäter man blodsockret på såväl tillnyktringsstationen som polisförvarets sida.

”..Ja verensokeri pitää kattoo ehttomasti kaikilta koska henkilö jolla on matala verensokeri muistuttaa erehdyttömästi päihtynyttä. Ja varsinkin silloin kun se on hyvin matala niin sitten on ihan jäykkä ja tajuton ja vaikka millä tavalla huonossa kuosisissa.”

Vårdtiden på tillnyktringsstationen är i medeltal mellan 6-12 timmar. Ibland är patienten på tillnyktringsstationen upp till 24 timmar. När ett dygn gått och patienten inte är i det tillståndet att han klarar av att åka hem förflyttas patienten till hälsostationernas jour som det framkommer i citatet.

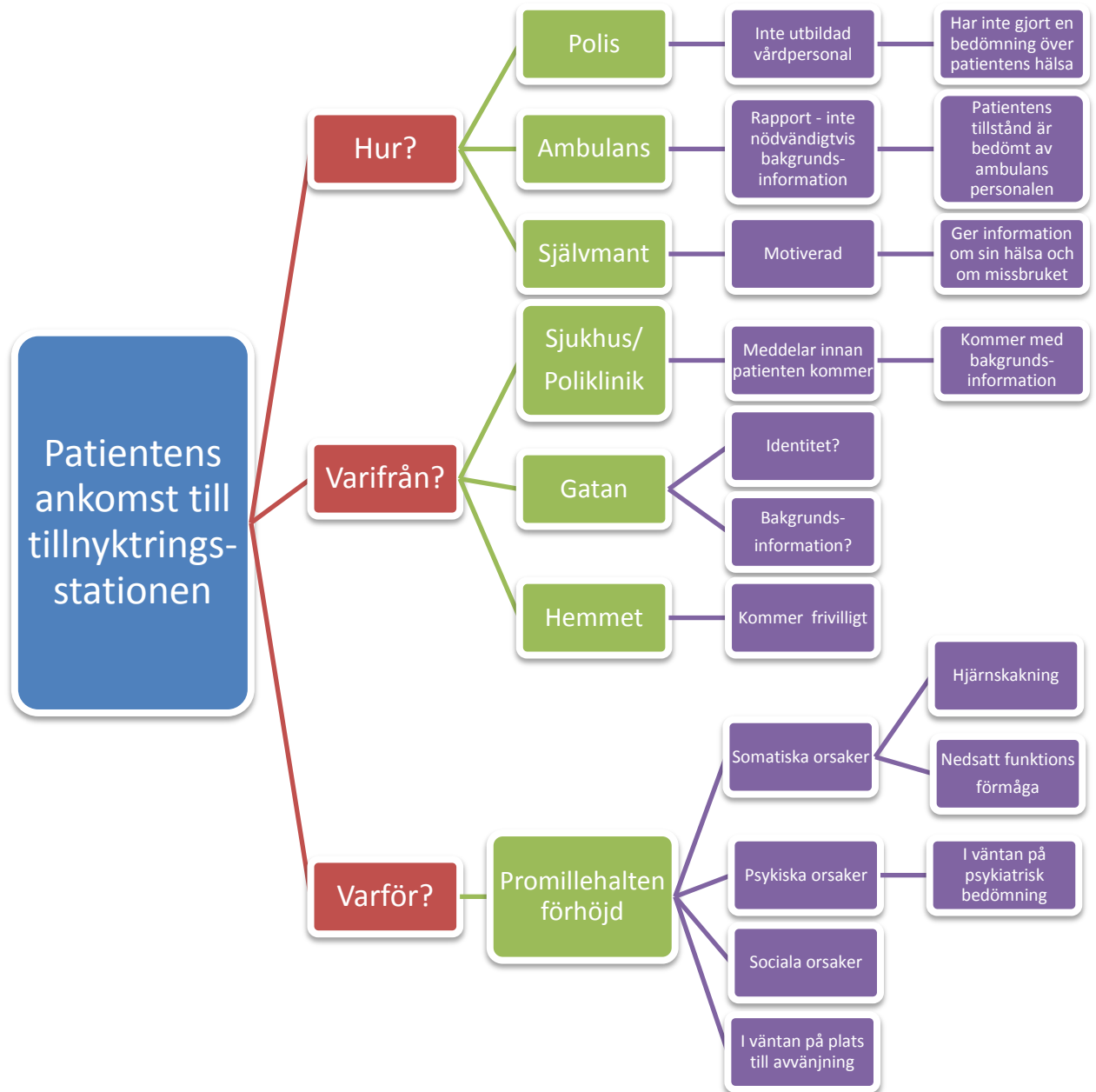
”Että niin sanotaan kolmesta 24 tuntiin. Jos 24 tuntia on kulunu eikä oo edelleenkaan poistumiskunnossa niin silloin siinä kyllä yleensä siin on muutakin kun se päihtymys ja siirtyy sitten päivystykseen yleistilanlaskuna.”

Efter vården på tillnyktringsstationen far patienterna huvudsakligen till tre olika ställen: hem, alternativt boenden eller gatan; alkohol- eller drogavvänjningsvård och sjukhus.

”No suurin osahan lähtee tästä kotiin tai kadulle tai asuntoloihin. Elikkä ei mihinkään jatkohoitoon, jonkun verran lähtee katkoille..siis alkoholikatkaisuhitoon.”

Hur patienten kommer till tillnyktringsstationen, varför och varifrån är schemalagt i *Figur 2*. Genom att förstå varifrån, varför och hur patienterna kommer till tillnyktringsstationen ges en bild av vårdarbetet på avdelningen och på så sätt övervakningen av patienten.

Figur 2. Patientens ankomst till tillnyktringsstationen



7.2 ÖVERVAKANDET AV MEDVETANDEGRADEN

I detta kapitel kommer det att sammanställas allt det som nämndes i intervjuerna om undersökning och övervakning av patienten och främst övervakning av medvetandegraden. Här tas också upp handlandet vid akuta situationer när medvetandegraden sjunker.

7.2.1 När patienten kommer till tillnyktringsstationen

När patienten anländer till tillnyktringsstationen undersöks patienten och vitalvärden kontrolleras. Vitalvärden som mäts är: *blodtrycket, puls, blodsocker, syresaturationen, kroppstemperaturen, andningsfrekvens* och *promille (‰)* mängden i blodet mäts via utandningsluften om möjlig.

Patientens neurologiska status kartläggs: *pupillernas ljusreaktion, symmetri och rörelse* undersöks samt om *muskelkraften* är symmetrisk i båda händerna. Vid övervakning av medvetandegraden använder sig vårdarna på tillnyktringsstationen av *GCS* (som förklarats närmare i kapitel 3.2.1). Det som är viktigt är att även poängen för de olika delområdena kommer fram i dokumentationen av *GCS* poängen.

”..Mutta että jos ei kaikki onnistu niin kyl mä merkkaan myöskin ne pisteet näkyviin ja en pelkästään sitä yhteispistemäärää vaan sen että mitä pisteitä on saanut miltäkin osaalueelta”... ”Et jos mä laitan sinne vaikka 13 niin ei se vielä kerro et millä alueella se puutos on ollu.”

För att få reda på vilket rusmedel patienten missbrukat går vårdare igenom patientens personliga tillhörigheter och söker efter möjliga *märken på injicering*. Patientens undersöks för möjliga *blåmärken* eller *skador*. Speciellt kraniet undersöks noggrant efter bulor eller sår som kan tyda på slag mot huvudet.

Det är även möjligt att vid behov göra *EKG* som sedan elektroniskt skickas till läkare för granskning. Det nämns att de haft mycket patienter med bröstsmärtor och hjärtsjuka

på den senaste tiden och EKG möjligheter är en stor hjälp då orsakerna till dessa bröstsmärtor skall undersökas. Tillnyktringsstationen har även utrustning för att mäta patientens *hemoglobin* eller *CRP*. Vad allt som undersöks och övervakas hos patienten är schemalagt i *Figur 3*.

Innan patientens bakgrundsinformation söks fram utesluts de största riskfaktorerna. Patienten läggs i framstupasidoläge för att risken för aspiration skall minska och andningen underlättas om patienten andas tungt eller är illamående. På tillnyktringsstationen finns det möjlighet för att ge syre åt patienter med låg syresaturation eller dämpad andning.

”Mutta vitaalien ottaminen on se ensimmäinen homma ja kattoo että onko se ihan tajuissaan ja tietenkin sitten asianmukainen hoito ettei tukehdu omaan oksennukseen tai siihen että se on niin tokkurassa että se hengittää kunnolla että tarvittaessa lisähappi ja kylkiasento et..”

Trots att patienterna kommer till tillnyktringsstationen av många olika orsaker finns det vissa tillstånd som inte går att vårda på tillnyktringsstationen och som behöver mer specialiserad och längre vård. Ifall patienten har feber och möjlig infektion skickas denna vidare till jouren. Även om det misstänks en överdos eller förgiftning skickas patienten för att få mer specialiserad vård som nämndes ovan. Läkare konsulteras vid behov om patienten klarar av att vara kvar på tillnyktringsstationen eller om han/hon borde undersökas mera. Ifall det finns en misstanke om att patienten intagit stora mängder alkohol eller andra rusmedel just innan ankomst till tillnyktringsstationen ger vårdarna medicinsk kol åt patienten om denne klarar av att dricka.

”..et aika pitkälle heti tullessa niin selvittää selvitetään tajunnantaso et jos ei reagoi kivulle tai ei millään tapaa kontaktissa ja ei reagoi nieluputkeen niin sitten me laitetaan päivystykseen suoraan..”

När vitalvärden tagits, patienten flyttats till sängen och fickor samt personliga tillbehör granskats kan vårdaren ifall patientens tillstånd tillåter intervjua patienten men ifall promille värdet är högt och patienten desorienterad eller har svårt att kommunicera görs intervjun vid ett senare skede. För den tid som patienten är på tillnyktringsstationen görs sedan en vårdplan för att kartlägga patientens tillstånd och för rapport åt nästa skift.

En del av vårdarna har lov att ge läkemedel åt patienterna och att öppna i.v. förbindelse. Promillegränsen för att ge läkemedel åt patienten är 1,5 ‰. I akuta situationer kan läkemedel ges trots att patienten har promille som är högre än 1,5 ‰.

”Niin meil on semmonen lista mikä voi antaa ilman lääkärin konsultoimista et promillet pitää olla 1,5 ja alle alle ennen kun voidaan alkaa lääkitsemään. Diapamhan on suurin mitä tääl menee, diapam mixtuura.”

Figur 3. Undersökning och övervakning av patienten på tillnyktringstationen



7.2.2 Uppföljning av hälsotillståndet

Det kommer starkt fram i intervjuerna att vårdarna inte blint litar på de värden alla undersökningar ger utan att patienten också observeras och iakttas. Beroende på i vilket tillstånd patienten kommer till tillnyktringsstationen övervakas han/hon med olika intervaller. Det nämns även att de som är i sämre tillstånd placeras närmare kontoret så att vårdarna hela tiden kan se patienten. Patientens vitalvärden kontrolleras var annan timme men en patient vars hälsotillstånd är sämre kontrolleras bland annat syresaturationen var femtonde minut.

”Eli sen potilaan voinnin mukaan et jos se nyt tosiaan menee huonompaan suuntaan ja näin niin sitä me aika tai mä ainaki suosin sitä että herkästi myös sit takaisin sairaalaan lisä tutkimuksiin että.”

En patient med hjärnskakning väcks varje timme för att kontrollera hur patienten vaknar och mår. Men överlag övervakas patienten i den mån som hälsotillståndet kräver. Eftersom människor som kommer till tillnyktringsstationen är i så olika tillstånd och vårdtiden är så varierande är det svårt att sätta ut en exakt tid på mellanrummet mellan mätning av t.ex. vitalvärden. Promille mäts vid ankomst eller så fort man får ett värde och sedan efter ungefär tre timmar eller när patienten skrivs ut.

Vid övervakning av patienten övervakas inte bara om medvetandegraden sjunker utan också ifall patienten börjar bli aggressiva eller inte längre är samarbetsvilliga. Då finns risken att promillevärdet ännu håller på att stiga eller att rusmedel av annan form än alkohol som vid ankomst inte ännu absorberats i kroppen.

”On vähän et kumpaa suntaan se ensinäki haihtuu ja kumpaa suntaan se menee et sit ne tarvittaes me ne sitten sirretään sinne toiselle puolelle jos se tulee rauhottomaks tai muuttuu aggressiiviseksi herätettyä tai muuta että.”

7.2.3 Ifall medvetandegraden sjunker

Ifall det blir svårare att väcka patienten jämfört med de tidigare gångerna har patientens medvetandegrad sjunkit. Genom smärtstimuli försöker vårdaren då få en reaktion av patienten och vitalvärden kontrolleras på nytt. Det nämns i alla intervjuer att ifall patienten tål svalg tuben så är det ett klart tecken på att patienten behöver mer hjälp än den vård tillnyktringsstationen kan erbjuda. Vårdarna ringer i sådana situationer direkt till nödnumret 112. Informanterna var alla av samma åsikt att hjälp kom fort och vårdarna var nöjda med räddningsverkets service.

”Konsultoidaan lääkäriä ja otetaan noita arvoja, jos ne arvot laskee nopeesti nii sitte 112:nen ja varaudutaan elvytykseen otetaan pakkaukset kaikki valmiiks että.. Paineiden laskeminen voi olla et on sisäistä vuotoa tai sitten sydän on pysähtymässä tai..”

Från när patienten kommer till tillnyktringsstationen borde medvetandegraden stiga då rusmedlet sakta men säkert försvinner ur kroppen. Ifall medvetandegraden sjunker tyder det endera på att inte allt rusmedel absorberats i kroppen vid ankomsten eller att något annat ligger som grund för medvetandegradsrubbnigen.

7.3 PROBLEMATIK OCH FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Problematiken i vårdarnas vardag stiger fram på flere punkter men speciellt när det gäller information om patienten och hans/hennes hälsa eller tillstånd samt vilka rusmedel som intagits. Ifall patientens bakgrundsinformation inte fås fram av en eller annan orsak finns det nödvändigtvis inte tillräcklig information om grundsjukdomar som är relevanta för vården. Patientens allergier eller medicinering får man då inte heller reda på. När patienten hämtas in från gatan och inte har undersökts av läkare ställs även ett stort ansvar på vårdarna att bedöma patientens tillstånd. Visserligen kan vårdarna besluta sig för att kontakta läkare men beslutet om patientens fortsatta vård ligger på vårdarnas ansvar.

Att bedöma vad dessa blandade rusmedel gör i kroppen beror inte endast på i vilka mängder dessa blandas men även på möjlig tolerans som försvårar bedömningen av allvaret i patientens tillstånd avsevärt. Det är oroväckande att blandmissbruk är så vanligt som det nämns eftersom som det nämns är ämnen blandade farligare än om de skulle ha tagits enskilt. Det kan heller inte säkert fastställas ifall all alkohol eller alla läkemedel redan absorberats i kroppen och när patienten intagit allt rusmedel.

Utan drogtest eller laboratorieprov som kan få fram vad patienten missbrukat och i vilken mängd olika rusmedel finns i blodet kan ingen med säkerhet säga vad patienten missbrukat och hur mycket. Som nämnts kan vårdare dra slutsatser om möjligt missbruk genom att se om promille visar lägre än vad patientens hälsotillstånd är eller pupillerna kan ge antydningar till att annat än bara alkohol har missbrukats. När de läkemedel som intagits inte höjer på promillevärdet i blodet är det utan test svårt att säga om patienten ännu är påverkad av t.ex. bentsodiazepidernas effekt. Att då trots att promille värdet är <1,5 ‰ ge Diapam® mixtur som är en bentsodiazepid gör ruset värre och kan förstärka möjligt förgiftningstillstånd. Eftersom det finns en lista på läkemedel som får ges åt patienten utan läkarkonsultation ligger ansvaret på vårdaren gällande medicinering av patienten. Det är orsaken till varför det kunde övervägas om ett drogtest borde tas i bruk på tillnyktringsstationen.

I materialet stiger det tydligt fram att vårdarna vet vad de skall göra och alla var av samma åsikt om vad som skall göras och hur ofta gällande övervakning av patienten. Men en viss osäkerhet stiger fram. Eftersom alla ger samma svar på vad som övervakas hos patienten och hur ofta men vid frågan om ett gemensamt tillvägagångssätt svarade majoriteten att det inte fanns ett klart definierat tillvägagångssätt.

För övervakning av blandmissbrukarens medvetandegrad är det tillräckligt med användning av GCS på rätt sätt och tillräckligt ofta samt mätning av vitalvärden. Minnesregeln ”Voi ihme!” kunde tas i bruk mera för att påminna vårdarna om de olika tillstånden som kan orsaka medvetslöshet och de flesta av dessa orsaker kan uteslutas genom mätning av vitalvärden som schemalagts i *Figur 4*.

Figur 4. Uteslutandet av olika orsaker till medvetslöshet. En kombination av minnesregeln "Voi ihme!" (Castrén et.al 2008:370) och övervakningen på tillnyktringsstationen.

V	•(Vuoto) Blödning i skallen	<ul style="list-style-type: none"> → Har skallen utsatts för trauma? → SpO₂ mätning → Andningsfrekvens → Verkar andningen tung? → Finns det tecken på blödning? → Mätning av hemoglobin → Mätning av promille (‰) → Misstanke om blandmissbruk? → Mätning av kroppstemperatur → CRP mätning → Mätning av blodsocker → Mätning av RR och puls → Övervakande av patienten → Har patienten krampat? → Igenkännande av simulation
O	•O ₂ brist	
I	•Intoxikation	
I	•Infektion	
H	•Hypoglykemi	
M	• (Matala) Lågt blodtryck (RR)	
E	•Epilepsi	
!	•Simulation	

Som tabellen visar är den övervakning som tillnyktringsstationen erbjuder tillräcklig för att kunna identifiera de problem som vanligen leder till medvetslöshet. Någon diagnostik kan inte tillnyktringsstationen erbjuda och det är inte meningen heller att patientens tillstånd skall kunna diagnostiseras. Men en övervakning som skall kunna detektera möjliga farliga hälsotillstånd i tid skall kunna erbjudas åt patienten. Genom en medveten uppföljning och genom medvetenhet om det som kan orsaka rubbningar i medvetandegraden blir undersökningen av patienten mer systematisk. Minnesregeln "Voi ihme!" kombinerat med en korrekt användning av GCS kan göra att möjligen farliga hälsotillstånd kan upptäckas i tid och ge patienten en större chans till tillfrisknande.

8 KRITISK GRANSKNING

När jag valde det här ämnet för mitt examensarbete hade jag inte trott att det skulle vara så svårt att finna bakgrundsinformation. Jag hade en uppfattning om att både i Finland och utomlands skulle det ha gjorts en hel del studier om missbruk och blandmissbruk för det känns som om det ämnet diskuteras väldigt mycket. Jag fann det trots det väldigt svårt att finna relevant bakgrundsinformation. Ett stort problem jag stötte på vid informationssökning var att det inte fanns ett direkt översatt ord till blandmissbruk på engelska och sökning på engelska gav inte några goda resultat.

Syftet och mina centrala frågeställningar anser jag att var rimliga och möjliga att uppnå i en studie på denna nivå. Hur jag till första början hade tänkt mig att produkten skulle se ut ändrades när jag fick en uppfattning om tillnyktringsstationens verksamhet. Men i en forskningsprocess utvecklas uppfattningen och det som kan kännas rätt innan blir förändrad när insikten om ämnet man forskar i blir djupare.

Största delen av min bakgrundsinformation fann jag via finska källor som är en brist i arbetet på ett sätt men som också kan vara en rikedom. Finlands förhållanden är olika än andra europeiska länder men blandade rusmedel som alkohol och HCI-läkemedel påverkar människan på samma sätt i Finland så som utomlands och därför skulle utländska artiklar gett arbetet ett bredare perspektiv.

De artiklar och den litteratur jag fann om blandmissbruk sammanställdes till en stor helhet eftersom jag ansåg att texten skulle bli mer flytande så och eftersom artiklarna var många och innehöll ibland bara delvis relevant information för studien. Artikeln om tillnyktringsstationens verksamhet av Tarja Rissanen, Heikki Paakkonen, Marja Kesti och Jussi Nurminen (2009) ansåg jag vara en god grund till att få en uppfattning om verksamheten och därför fick den mer utrymme som enskild artikel än de andra artiklarna om blandmissbruk.

Till en början hade jag med en teoretisk referensram men både jag och etiska råden höll med om att den blev löshängande i texten. Det skulle ha blivit svårt att få teorin kopplad till resultatet. Jag gjorde då ett medvetet beslut att lämna bort teoretiska referensramen eftersom materialet från intervjuerna i sig var så omfattande och för att få texten flytande och sammanhängande ansåg jag det var ett bra beslut.

Eftersom att studiens andra del är empirisk blev den granskad av Etiska rådet på Arcada. Jag ansökte också ett forskningslov från Helsingfors stad. Jag har beaktat den etiska aspekten genom hela arbetet och anser att informanternas anonymitet är säkrad i sammanfattningen av intervjumaterialet.

Som metod var temaintervjuer ett bra val för denna studie. Men eftersom jag intervjuade människor för första gången i forskningssyfte var det ovant och därför fick jag inte kanske ut så mycket av informanterna som en erfaren forskare skulle ha kunnat få fram. En mer strukturerad intervju kunde ha varit ett bra alternativ för att få bredare svar men eftersom att jag inte visste hur verksamheten såg ut och på så sätt inte skulle ha kunnat ställa frågor utanför de klart strukturerade frågorna. Jag anser att sex informanter var ett bra antal för att få tillförlitliga svar, men att mängden information att analysera blev för mycket för en person under den tid som fanns för analys och sammanfattning.

Modellerna som gjordes (Tabell 3-5) är av en orsak enkla. Därför att de skall vara lätta att avläsa och för att de skall kunna användas i verksamheten. Eftersom citat kom med i texten använde jag inte citat i modellerna. En modell gjordes inte för uppföljning av hälsotillståndet eftersom hur ofta t.ex. patientens vitalvärden kontrolleras beror på patientens hälsotillstånd och ankomstorsak. Jag kunde inte dra några klara slutsatser utgående från materialet och valde därför att inte göra upp en modell om detta delområde.

Men överlag anser jag att jag besvarat de forskningsfrågor jag lagt upp och trots att jag inte gjort några drastiska förändringar i de tillvägagångssätt tillnyktringsstationen har så har jag sammanställt deras sätt och kunnat konstatera att de gör så gott de kan med de resurser de har.

9 DISKUSSION

Som jag nämnde i inledningen är blandmissbruk ett allt större problem i vårt samhälle som gör studien väldigt aktuell. Som det framkommit bidrar blandmissbruk till en hel del olika problem inom vården. Studien har gett en bild av dessa problem och genom att vara medveten om problematik kan verksamheten utvecklas. Ifall verksamheten utvecklas så att förändringar i patientens hälsotillstånd upptäcks i ett ännu tidigare skede och patienten på så sätt får snabbt rätt vård för sitt tillstånd minskar vårdtiden och ökar patientens möjligheter för tillfrisknande. Alla dagar som patienten är på sjukhus kostar för samhället. All förebyggande verksamhet är därför viktig inte bara för människan men också för samhället.

Från när jag fick ämnet tills nu har min uppfattning om ämnet ändrats och genom den insikt jag fått i tillnyktringsstationens verksamhet kan jag nu förstå de utmaningar de står inför i sitt arbete. En studie som denna berörde bara en liten del av tillnyktringsstationens verksamhet och det vore intressant att forska vidare om vården av missbrukare.

Gällande tillnyktringsstationens verksamhet kunde det mer forskas om övervakandet av en patient med hjärnskakning och vad som skall beaktas där. Även dokumentationen av patientens tillstånd och speciellt dokumentationen av en patient som är okänd till en början är ett annat ämne som skulle kunna forskas mer om. Det faktum att patienten är okänd bidrar till en del problem för vården som förklarats ovan och borde därför utredas och möjligen göra upp en övervakningsplan för denna grupp av patienter. Även läkemedelsadministration i vårdsammanhang kunde det forskas mera om.

Jag kommer att presentera arbetet på tillnyktringsstationen genom en diskussion med personalen. Jag har valt att leda en diskussion om ämnet istället för en presentation eftersom det viktigaste är att problematiken lyfts fram och diskuteras. Det är trots allt vårdarna på tillnyktringsstationen som tillsammans kan komma fram till lösningar som verkligen används och som passar verksamheten. Jag är även intresserad av att höra vårdarnas synpunkter på de problem som lyfts fram i studien och hoppeligen kan diskussionstillfället väcka tankar eller ge ett nytt perspektiv åt båda parterna. Vid diskussionstillfället får även avdelningen ett exemplar av studien.

10 AVSLUTNING

Det finns alltid någonting som skulle kunna utvecklas, mänskan är känd för att aldrig riktigt vara nöjd. Ibland finns det inte så mycket som egentligen behöver förändras utan verksamheten är så bra som den kan vara för tillfället. Jag kan konstatera att jag inte kan utveckla tillnyktringsstationens verksamhet när det kommer till övervakandet av blandmissbrukarens medvetandegrad. Vårdarna gör så som de skall göra med de resurser de har. Men för en studie på denna nivå är en kartläggning av övervakningen av medvetandegraden en tillräcklig arbetsinsats och möjligen en grund för fortsatt forskning.

Neil Armstrong sa när han tala inför miljontals människor från månen: *"Detta är ett litet steg för människan men ett jättekälv för mänskligheten."* Min studie var kanske ett litet steg för mänskligheten men det var ett jättekälv för en mänska, för mig.

KÄLLOR

Castrén, Maaret; Aalto, Sakari; Rantala, Elina; Sopanen, Pertti & Westergård, Airi 2008 *Ensihoidosta päivystys poliklinikalle*, WSOY Oppimateriaalit: Helsinki, ISBN: 978-951-0-32492-9

Cullberg, Johan 2000 *Dynamisk psykiatri – i teori och praktik*, 6:e utgåvan, Natur och Kultur, ISBN 91-27-08111-7

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2001 *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*, s. 24-42 [Red.] Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2001 *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*, PS-kustannus: Jyväskylä, ISBN 952-451-030-8

Holopainen, Antti 2008 *Toteutuuko päihdeongelmaisten hyvä kivun hoito?*, Kipu viesti 1, 2008 s. 17-19

Iankova, Adriana 2006 *The Glasgow coma scale – clinical application in emergency departments*, Emergency nurse vol. 14 no 8 december 2006, s.30-35

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999 *Sisällön analyysi*, Hoitotiede Vol. 11, no. 1/-99

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 [www] Hämtat den 3.10.2010, <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lund, Vesa 1 2007 *Vaikean myrkytys potilaan ensihoito sairaalan ulkopuolella*, Suomen lääkärilehti 2007 vol. 62 no. 7 s. 625-628

Lund, Vesa 2 2007 *Alkoholien ja psykoaktiivisten lääkkeiden nauttineen potilaan hengenvajaus*, Suomen lääkärilehti 2007 vol. 62 no. 39 s. 3542-3543

Milton, Anders 2002 *Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration - Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor*, Läkartidningen nr 11/2002 vol. 99 s. 1214-1216

Pennainen, Pirjo 2004 *PKV-lääkkeiden määrääminen ja ei – lääkinnällinen käyttö*, Suomen lääkärilehti 2004 vol. 59 no. 39 s. 3653-3656

Petterson, Bo 1994 *Forskning och etikakoder*, Nya Doxa, ISBN: 91-88248-41-0

Pesola, Eeva-Liisa 2004 *Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta*, Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):5

Rissanen, Tarja; Paakkonen, Heikki; Kesti, Marja & Nurminen, Jussi 2009 *Selviämisaseman asiakkaiden terveydentilan seuranta*, Suomen lääkärilehti 14/2009 vsk 64 s. 1335-1341

Rovasalo, Aki 2005 *Bentsodiatsepiinien vieroituksessa maltti on valttia*, Tabu 6.2005 s. 4-7

Saarni, Samuli 2004 *Tapaus lääkkeiden väärinkäyttäjän hoito*, Suomen lääkärilehti 2004 vol. 59 no. 47 s. 4638-4640

Salaspuro, Mikko 2009 *Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus*, Duodecim 2009;125 s. 897-904

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2008 *Omårdnadens etik, sjuksköterskan och det moraliska rummet*, Första upplagan, Liber, ISBN: 978-91-47-08430-2

Vorma, Helena & Kuoppasalmi, Kimmo 2005 *Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito*, Suomen lääkärilehti 2005 vol. 60 no. 11 s. 1279-1282

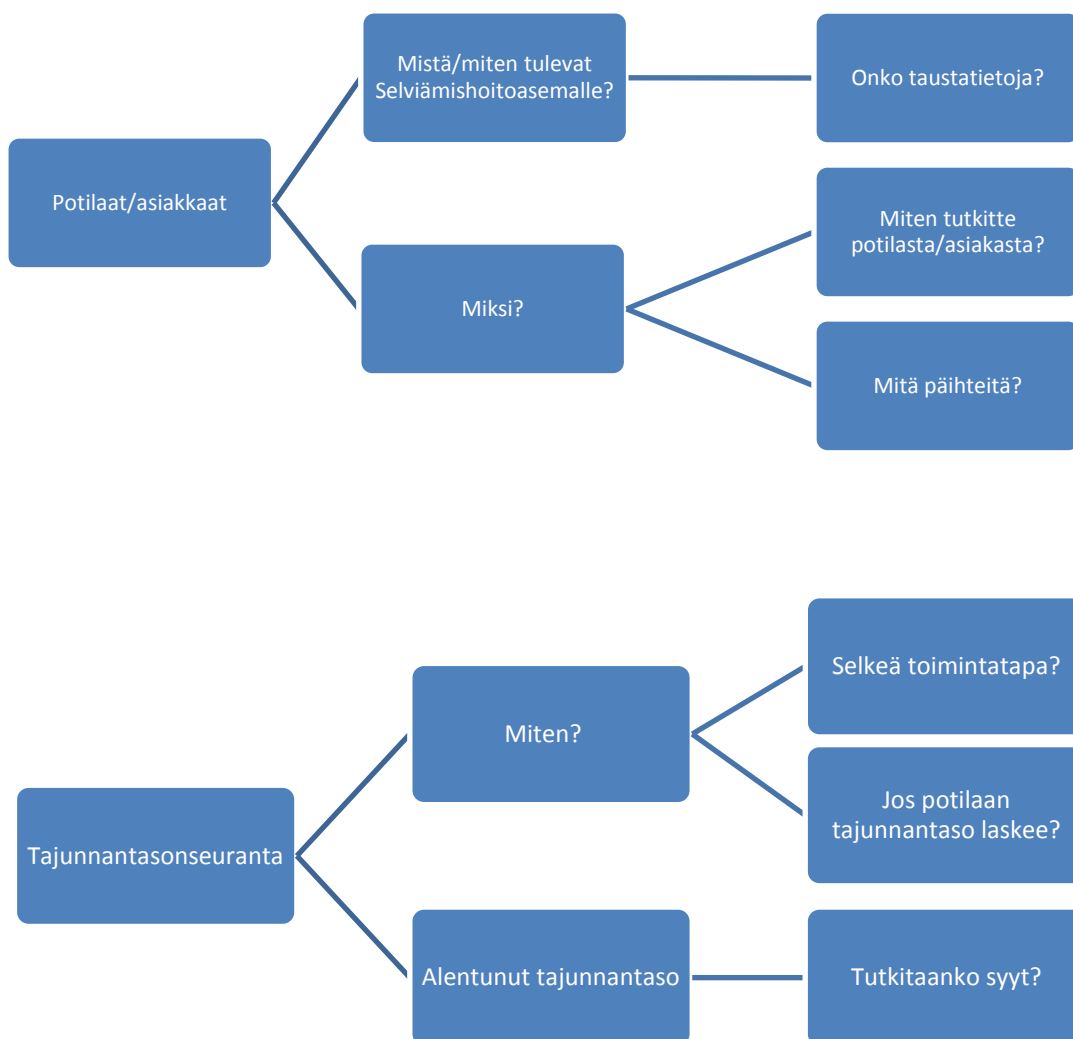


EXAMENSARBETE – INTERVJUTEMAN





OPINNÄYTETYÖ – HAASTATTELUKÄYTTÖ





EXAMENSARBETE – ÖVERVAKANDE AV DEN VUXNA BLANDMISSBRUKARENS MEDVETANDEGRAD PÅ EN TILLNYKTRINGSSTATION

Bästa vårdare vid Tölö tillnyktringsstation

Jag är en sjukskötarstuderande vid Arcada som nu gör mitt examensarbete i samarbete med tillnyktringsstationen. Syftet med mitt examensarbete är att utveckla ett tillvägagångssätt för övervakandet av blandmissbrukarens medvetandegrad. Nu skulle jag behöva er sakkunskap. Som en del av min studie intervjuar jag sjukskötare eller närvårdare som arbetar på tillnyktringsstationen. Intervjun räcker mellan 30-60 minuter och sker på tillnyktringsstationen i februari - mars 2011. Mitt mål är att intervjuar sammanlagt 6 vårdare. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare. Materialet kommer att ses av endast mig och min handledande lärare, lektor Jari Savolainen. Efter analys kommer det insamlade materialet att förstöras. Intervjun och analysen sker namnlöst och information, varifrån ni kunde kännas igen, kommer inte med i examensarbetet. Studien har godkänts av Arcadas etiska råd och jag har fått forskningslov av verkställande direktör för Helsingfors stads hälsovårdscentral.

Ifall ni bestämmer er för att delta i studien ber vi att ni fyller i en blankett för samtycke till intervju och lägger den i kuvertet nedan och skicka den till oss senast den 16.2.2011. Ifall ni väljer att inte delta i intervjun, ber jag att ni med er underskrift på bifogad blankett bekräftar ert val att inte delta och skickar blanketten till oss. På så sätt stör vi inte er med nya förfrågningar om deltagande i intervju. Ni har rättigheten att tacka nej till deltagande i studien eller avbryta deltagandet när som helst utan att behöva nämna en orsak.

Jag besöker avdelningen i februari och vi bestämmer då en för er passande tid för intervju. Jag svarar gärna på frågor och ger mer information om studien. Examensarbetet blir klart i april 2011. Det färdiga arbetet kommer sedan att skickas till er avdelning.

Helsingfors 11.2.2011

Med vänliga hälsningar

Tina Martin

Jari Savolainen

Tel.nr. +358400817655

E-post: jari.savolainen@arcada.fi

E-post: tina.martin@arcada.fi



OPINNÄYTETYÖ – AIKUISEN SEKAKÄYTTÄJÄN TAJUNNANTASON SEURANTA SELVIÄMISHOITOASEMALLA

Arvoisa Töölön selviämishoitoasemalla työskentelevä hoitaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Arcadassa ja teen opinnäytetyöni yhteistyössä Töölön selviämishoitoaseman kanssa. Opinnäytetyöni tavoitteena on laatia toimintatapa sekakäyttäjän tajunnantason seuranta varten. Tarvitsen asiantuntemustanne ja osana opinnäytetyötäni haastattelun asemallanne työskenteleviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Haastattelu kestää noin 30 - 60 minuuttia ja se tehdään asemalla helmi - maaliskuussa 2011. Tavoitteenani on haastatella yhteensä 6 hoitajaa. Haastattelutilanne nauhoitetaan ja materiaalia käsittelevät ainoastaan minä sekä ohjaajani, lehtori Jari Savolainen. Analyysin jälkeen haastattelumateriaali hävitetään. Haastattelu ja tulosten analysointi tapahtuvat nimettömänä, eikä mitään tietoja, joista teidät voidaan tunnistaa, tule mukaan opinnäytetyöhön. Arcadan eettinen valtuusto on hyväksynyt opinnäytetyötä ja olen saanut tutkimusluvan Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimitusjohtajalta.

Mikäli olette halukas osallistumaan haastatteluun, pyydämme, että allekirjoitatte oheisen suostumuksen ja laitatte sen oheiseen kirjekuoreen ja postitatte sen meille 16.2.2011 mennessä. Postimaksu on maksettu jo puolestanne. Mikäli ette halua osallistua haastatteluun, toivomme, että vahvistaisitte kieltäytymisenne allekirjoittamalla oheisen lomakkeen ja lähettäisitte sen meille. Näin emme vaivaa teitä uusilla suostumuskyselyillä. Teillä on luonnollisesti oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää se milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Tulen helmikuussa asemalle sopimaan haastatteluajankohdan. Vastaan mielelläni kysymyksiinne ja annan lisätietoa tutkielmasta. Opinnäytetyö valmistuu huhtikuussa 2011 ja valmis työ lähetetään asemalle.

Helsinki 11.2.2011

Ystävällisin terveisin

Tina Martin

Jari Savolainen

Puh.: +358400 817655

Sähköposti: jari.savolainen@arcada.fi

Sähköposti: tina.martin@arcada.fi

