

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteerit

Kehitystyö Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalle

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
11 / 2006

Tapio Winqvist



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Tapio Winqvist			
Työn nimi			
Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteerit - Kehitystyö Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalle			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2006	41 + 2 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Työn tarkoituksena oli tuottaa Malmin sairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunnan käyttöön päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö, jonka avulla voidaan arvioida päihtyneen potilaan tilannetta ja jatkohoitoon siirtämistä sekä tukea jatkohoitoon siirtämisen yhteydessä annettavaa potilasraporttia.</p> <p>Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteerit muodostuivat kirjallisuuskatsauksen sekä Malmin sairaalan asiantuntijatyöryhmän avulla. Kirjallisuuskatsaukseen käytettiin pääosin vuosina 1996-2005 julkaistua materiaalia koskien päivystyspoliklinista hoitotyötä sekä päihtyneen potilaan hoitoa tässä ympäristössä. Kirjallisen materiaalin pääpainon pyrin pitämään maksimissaan viiden vuoden ikäisessä materiaalissa.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen mukaan päihteidenkäyttö kasvoi maassamme alkoholin osalta runsaasti vuoden 2003 suoritettun alkoholin veronalennuksen jälkeen kasvattaen siitä seuraavia terveyshaittoja sekä kuormittaen sosiaali- ja terveysalan palveluita. Huumausaineiden käyttäjien määrä pysyi tutkimuksien mukaan ennallaan koko 2000-luvun ajan, tosin ongelmakäyttö lisääntyi viime vuosina. Akuuttitilanteiden hoitoon liittyvät hoitojaksot ovat lisääntyneet, kuten myös niistä seuraavat sairaalahoitajakset. Kirjallisuuskatsauksen mukaan yleisimpinä päihtyneiden potilaiden sekä päihteiden suurkuluttajien hoitoonhakeutumisen syinä olivat elimelliset sairaudet sekä niiden paheneminen, voimakas päihtymystila tai päihdemyrkytys, vieroitusoireet, vaikeat infektiot, psyykkiset ongelmat ja mielenterveyden häiriöt. Myös tapaturmat olivat merkittäviä hoitoon hakeutumisen syitä.</p> <p>Kehitetyn kriteeristön tarkoituksena on myös auttaa henkilökuntaa arvioimaan potilaan hoidon tuloksellisuutta ja ennakoimaan sen tarvetta tulevaisuudessa. Tulevan hoidon tarpeen arvointi auttaa määrittelemään minkälaiselle osastolle potilas olisi tarkoituksenmukaisinta siirtää jatkohoitoa ajatellen. Ennen potilaan siirron toteuttamista asianmukainen kriteeristö auttaa henkilökuntaa arvioimaan ovatko potilaan tila, suoritettut toimenpiteet ja potilaan ennuste sellaiset että hänet voidaan siirtää jatkohoidosta vastaavalle osastolle. Tavoitteena on myös helpottaa Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan työtä, sekä lisätä joustavuutta päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtymisessä ja sen järjestelyissä.</p>			
Avainsanat			
Päihtynyt potilas, päivystyspoliklinikka, jatkohoitoon siirtäminen, osastosiirto			





Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Nursing	
Author/Authors			
Tapio Winqvist			
Title			
Creating of transition criterias for intoxicant patient - Development study for Malmi Hospital casualty emergency department			
Type of Work	Date	Pages	
Final project	Autumn 2006	41 + 2 appendixs	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to create common criterias for the personell of Malmi Hospital casualty emergency department concerning the transferring of intoxicated patient from casualty to another ward. Another aim was to develop a specific tool for intoxicated patients to support patient report conducted to the transfer situation.</p> <p>The subject was completed in two stages. First stage was a literature review which formulated the theoretical fundaments for creating the criterias. Second stage was the evaluation made by the specialist team in Malmi hospital. Criterias were formulated by the means of literature review. Material of the review based on the studies, booksa and guidelines published mostly between 1996-2005, but the focus was on the material published in the last five years.</p> <p>According to literature review, the consumption of alcohol in Finland has risen since the lowering of the alcohol taxation in 2003. This has increased the alcohol related health hazards and the situation loads up pressure to national health care system. Differing from alcohol consumption, the numbers of drug abusers have been the same for the last five years, but the hazardous drug use and the number of critical complications have been risen. According to review, the main reasons for seeking up health care services among intoxicant patients and substance misusers are organic diseases, intoxication and overdoses, withdrawal symptoms, serious infections and psychiatric disorders and mental problems. Accidents are also important reason for seeking up help.</p> <p>Important role for the criterias is also to help the personell to evaluate the effectiveness of given care and to foresee the patients needs in the future. Before conducting the transition, appropriate criterias will help the personell to evaluate is the situtation of patient, achieved measures and the forecast of the patient sufficient enough for the out coming transition. The aim for the long term is also to develop the co-operation between the wards as well as the continuity of the treatment of a intoxicated patient and to improve the communication, confidence and security on the wards.</p>			
Keywords			
Intoxicated patient, emergency department, patient transfer, ward transfer			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
2.1 Kirjallisuuskatsaus ja työn keskeiset käsitteet	3
2.2 Asiantuntija-arviot sekä kehitettyjen kriteerien pilottivaihe	6
3 PÄIVYSTYSPOLIKLIINISEN HOITOTYÖN ASETTAMAT VAATIMUKSET JATKOHOITOON SIIRTÄMISEN KRITERIEN KEHITTÄMISELLE	7
3.1 Päivystyspolikliinisen hoitotyön juridiset ja eettiset perusteet	8
3.2 Päivystyspolikliininen työ potilaan näkökulmasta	10
3.3 Päivystyspolikliinisen hoitotyön erityispiirteet	12
4 PÄIHTYNEIDEN POTILAIDEN ASETTAMAT VAATIMUKSET JATKO- HOITOON SIIRTÄMISEN KRITERIEN KEHITTÄMISELLE	15
4.1 Muutokset alkoholikäytössä Suomessa	15
4.2 Muutokset huumausaineiden käytössä	17
4.3 Päihteidenkäyttäjien hoidon erityispiirteet päivystyspoliklinikalla	19
4.4 Päihtyneen potilaan tunnistus ja esitietojen kerääminen	21
4.5 Päihtyneen potilaan hoito päivystyspoliklinikalla	24
4.6 Alkoholimyrkytyksen sekä alkoholin vieroitusoireiden hoito	24
4.7 Keskushermostoa lamaannuttavaa huumausainetta käyttäneen potilaan hoito	26
4.8 Keskushermostoa kiihdyttävää huumausainetta käyttäneen potilaan hoito	27
4.9 Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtäminen	27
5 PÄIHTYNEEN POTILAAN JATKOHOITOON SIIRTÄMISEN KRITERIEN KEHITTÄMINEN	30
5.1 Taustatekijät	31
5.2 Päihteiden käytön tunnistaminen ja alustavan päihdeanamneesin teko	31
5.3 Somaattinen tilanne sekä infektiot	31
5.4 Psykkinen tilanne	32
5.5 Vieroitusoireiden huomiointi	33
5.6 Potilaan vaikutukset hoitoympäristöön	34
6 POHDINTA	35
6.1 Eettiset perusteet	36
6.2 Tulosten ja kriteeristön luotettavuus	36
6.3 Ajatuksia työstä	37
LÄHTEET	38
LIITE 1	Jatkohoitoon siirtämisen kriteerit
LIITE 2	Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Päihteidenkäyttö on alkoholin osalta kasvanut maassamme viime vuosina. Syynä pidetään etenkin vuonna 2003 toteutettua alkoholin veroalennusta, joka laski tuntuvasti alkoholin hintaa etenkin väkevien viinujen osalta. Haittoja pahentavat lisäksi kansalliset juomatottumuksemme ja alkoholinkäyttökulttuurimme. Kulutuksen kasvu näkyy myös alkoholin aiheuttamissa sosiaalisissa ja terveydellisissä haitoissa. Alkoholikuolemat kasvoivat vuonna 2004 lähes 300 henkilöllä joista kuolemaan johtaneen alkoholimyrkytysten osuus kasvoi lähes 20 %. Lisäksi alkoholinkäytöstä johtuvien akuuttihoitajaksojen osuus kasvoi noin 12 %. Alkoholin käytön kasvusta poiketen huumausaineiden käyttö Suomessa sen sijaan vaikuttaa olevan tasaantumassa. Uusien huumausaineiden käyttäjien määrä vaikuttaa pysyneen samana, mutta toisaalta ongelmakäyttö on lisääntynyt viime vuosina. (Niemelä - Laine 2000: 2, 21; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 17, 21-22.)

Päihtyneiden potilaiden määrän kasvu edellyttää vakiintuneempaa hoitokäytäntöä toimenpideyksiköiltä, jotta kasvavien potilasmäärien aiheuttamat mahdolliset ongelmat saataisiin minimoiduksi. Jatkohoitoon siirtämisen kriteerien kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää paneutua päivystyspoliklinisen hoitotyön erityispiirteisiin, sekä erityisesti päihtyneisiin potilaisiin asiakasryhmänä. Lähtökohtana voimme olettaa, että päihtyneet potilaat ovat hoitotyön eettisten periaatteiden mukaan oikeuksiltaan tasavertainen potilasryhmä muihin päivystyspoliklinikan asiakkaisiin verrattuna. Toinen tärkeä huomioitava seikka on se, että suurimmassa osassa potilastapauksista päihtymystila ei ole yksittäinen ongelma, vaan se on sidoksissa potilaan muihin terveysongelmiin. Nämä tekijät muodostavat sen pohjan, jonka perusteella potilasryhmän tarpeista lähtevää hoitotyötä suunnitellaan ja toteutetaan. Kohdattavien potilaiden ja ongelmien kirjo on jo somaattisten sairauksien osalta niin laaja, että työn kannalta ei ole tarkoituksenmukaista selvittää yksityiskohtaisesti kaikkia niitä päihteisiin liittyviä sairauksia ja ongelmia, joita hoitotyöntekijä päivystyspoliklinisessa työssään kohtaa.

Painopiste työssä on vakavan päihtymystilan tai yliannostuksen oireenmukaisessa hoidossa. Tällöin on kuitenkin otettava huomioon siihen mahdollisesti liittyvät liitännäissairaudet, joiden huomiointi potilaan terveydentilan kannalta on erityisen tärkeää. Tästä johtuen ennen jatkohoitoon siirtämisen kriteerien kehittelyä on syytä paneutua niiden kehittämiseen vaikuttaviin päivystyspoliklinisen hoitotyön erityispiirteisiin sekä päihtyneiden potilaiden asettamiin vaatimuksiin niiltä osin, kun se on työn kannalta tarkoituksenmukaista.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Työn taustana toimi Pihla Parkkisen vastaava opinnäytetyö Marian sairaalan päivystyspoliklinikalle vuodelta 2004. Parkkinen (2004: 22.) ehdotti työnsä jatkotutkimukseksi kehittämiensä osastosiirto-ohjeen käytön toteutumista. Marian sairaala ei katsonut tarvetta jatkotutkimukselle, mutta Malmin sairaala oli kiinnostunut päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteerien kehittämisestä Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalle.

Kehitystyö tehdään kirjallisuuskatsauksen, asiantuntija-arvion sekä päivystyksen henkilökunnan kokemuksen pohjalta. Jatkohoitoon siirtämisen kriteerien tarkoituksena on toimia ohjeena hoitohenkilökunnalle niistä asioista ja tehtävistä, jotka tulee ottaa huomioon, kun potilas siirretään päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon toiselle osastolle. Tämän työn puitteissa se tarkoittaa potilaan siirtymistä päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon sairaalan toiselle osastolle niin, että hoidon jatkuvuus turvataan. Tästä syystä jatkohoitoon siirtämisen kriteerien kohteena ovat pääsääntöisesti sairaalan sisällä siirtyvät potilaat, eivät päivystyspoliklinikalta kotiutettavat potilaat.

Jatkohoitoon siirtämisen kriteerit toimivat hoitohenkilökunnan työkaluna päivystyspoliklinikalta toiselle osastolle tapahtuvan potilassiirron yhteydessä. Niiden avulla hoitohenkilökunta pystyy määrittelemään, onko potilaan tila, suoritettavat hoitotoimenpiteet ja potilaan valmistelu sen kaltaiset, että hänet voidaan siirtää jatkohoidosta vastaavalle osastolle. Kriteeristön tarkoituksena on myös auttaa henkilökuntaa arvioimaan potilaan jatkohoidon tarvetta, koska tulevan hoidon tarpeen arviointi on tärkeässä osassa pohdittaessa, minkälaiselle osastolle potilas olisi tarkoituksenmukaisinta sijoittaa päivystyspolikliinisen hoidon jälkeen. Kriteerien tarkoituksena olisi toimia helppokäyttöisenä työkaluna henkilökunnan arkipäiväisessä potilastyössä potilassiirron valmisteluvaiheessa tai sitä toteutettaessa. Toisena keskeisenä tarkoituksena on, että jatkohoitoon siirtämisen kriteeristöä voitaisiin käyttää potilaan jatkohoitoon siirtämisen yhteydessä annettavaa potilasraporttia tukevana työkaluna, jolloin se tukee kannalta keskeisen tiedon siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta. Tuotetun tiedon avulla voidaan helpottaa Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan työtä sekä lisätä joustavuutta päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtymisessä ja sen järjestelyssä.

Tämä edellyttää sitä, että valmis jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö tulee olemaan käytännön hoitotyön kannalta mahdollisimman helppokäyttöisessä ja helposti omaksuttavassa kirjallisessa muodossa. Parhaana ratkaisuna tähän kysymykseen olen päätenyt vaihtoehtoon, jossa valmis päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö tullaan esittämään A4 kokoisena ja kaksipuolisena ohjeena.

Kyseiseen kriteeristöön on tarkoitus koota hoitotyön kannalta oleellinen tieto hoitoon hakeutumisen syistä, potilaan voinnin muutoksista, suoritetuista toimenpiteistä ja muista vastaavista asioista joiden perusteella potilaan osastosiirtoa voidaan harkita ja suunnitella. Oleellisen tiedon merkitys ja erottaminen epäolennaisesta ja vähemmän tärkeästä tiedosta korostuu etenkin osastosiirtoon liittyvän raportin yhteydessä. Tästä esimerkkinä mainittakoon tässä työssä lähteenä käytetty Victoria Hobanin Nursing Times -lehdessä vuonna 2003 ilmestynyt artikkeli. Hobanin lisäksi David Pothierin, Pedro Montieron, Mutuzua Mooktiarin sekä Alison Shawn vuonna 2005 British Journal of Nursingissa julkaisema tutkimus tukee vahvasti kirjallisen raporttien sekä strukturoitujen apuvälineiden käyttöä raportoinnin tukena potilasta koskevan tiedon välittymisen sekä hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Työni kannalta on keskeistä, että kehitetyt jatkohoitoon siirtämisen kriteerit toimisivat myös Hobanin ja Pothierin ym. (2005) esittämien vaatimusten ja suositusten mukaisesti oleellisen tiedon mahdollisimman täydellistä välittymistä tukevana elementtinä osastosiirron yhteydessä.

2.1 Kirjallisuuskatsaus ja työn keskeiset käsitteet

Kokonaisuuden kannalta keskeisin vaihe on kirjallisuuskatsaus. Sen tarkoituksena on kartoittaa sitä kirjallista materiaalia sekä tutkimustuloksia, joita päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisestä on tuotettu. Kerätyn kirjallisen materiaalin perusteella kootaan työn kannalta oleellinen teoriaosuus, jonka pohjalta päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteeri muodostetaan. Käytännössä materiaali voidaan jakaa karkeasti kahdella käyttötarkoitusta varten: hoitotyön- ja hoitotieteen tutkimus, tutkimukset päihtyneiden käytöstä, toimintasuunnitelmat sekä ajantasainen lainsäädäntö määrittelevät siirtokriteeristön tarpeen ja luonteen. Lääketieteellinen kirjallisuus, hoito-ohjeet ja toimenpidesuunnitelmat vuorostaan määrittelevät siirtokriteeristön sisällön ja tarkastelun kohteena olevat asiat sekä ilmiöt. Kaikkea materiaalia ei kuitenkaan voida jakaa tarkasti näihin ryhmiin vaan ne sijoittuvat luontevasti kumpaankin luokkaan. Kirjallista materiaalia valitessani sekä karsiessani tarkoitukseni oli luonnollisesti keskittyä mahdollisimman laadukkaaseen sekä käytännön hoitotyön kannalta asiasisällöltään keskeiseen materiaaliin.

Työni idea- ja suunnitteluvaiheessa aikana materiaalihakujani sekä sen rajaamista ohjaaviksi keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat seuraavat termit:

- Päihtynyt potilas
- Päivystyspoliklinikka, Ensiapupoliklinikka
- Potilaan osastolle ja jatkohoitoon siirtäminen

Keskeisten käsitteiden perusteella aloitin materiaalin hakemisen Helsingin ammattikorkeakoulun sekä Helsingin, Tampereen, Turun sekä Jyväskylän yliopistojen kokoelmista. Myöhemmin laajensin hakuni koskemaan myös Helsingin kaupungin sekä HUS:in intranettejä. Hakujani ohjaavina termeinä eri johdoksineen toimivat:

- Päihde
- Päihtynyt
- Ensiapu- ja päivystyspoliklinikka
- Akuuttihoito
- Hoidon Jatkuvuus
- Raportointi

Pääsääntöisesti hauilla löytynyt aineisto oli oppikirjoja tai tutkielmia, jotka käsittelevät kroonisen päihteidenkäytön liitännäis- ja rinnakkaisilmiöitä sekä päihdetyötä siihen liittyvän ohjauksen ja kasvatuksen muodossa. Päihdepsykiatriaan liittyvän addiktion hallinnan ja sen eri määritelmien osuus korostui, kuten myös runsas tarjonta päihteidenkäytön ennaltaehkäisyyn, mini-intervention toteuttamisen ja päihdekuntoutuksen osalta. Käytettävää aineistoa löytyi kuitenkin melko runsaasti akuuttihoitotyön oppaiden sekä etenkin sairaanhoitopiirien julkaisusarjoissa julkaistujen ohjeiden osalta. Vaikka edellä mainitun kaltainen aineisto ei suoranaisesti käsittele potilaan jatkohoitoon siirtämistä toiselle osastolle, ne kuitenkin määrittelevät sisältönsä puolesta potilaan siirtoon keskeisesti merkittävästi vaikuttavia asioita, joita päihtyneiden potilaiden hoitotyössä on huomioitavia ja toteutettava.

Työn edetessä laajensin hakuni koskemaan myös Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskuksen STAKES:in, Kansanterveyslaitoksen eli KTL:n, Terveystieteiden tutkimusalan ammattijärjestön Tehyn sekä Helsingin kaupungin julkaisusarjoja ja raportteja työni kannalta oleellisin osin. Kotimaisten lähteiden käytyä rajoitetuksi laajensin hakuni koskemaan englanninkielistä Ovid-artikkelitietokantaa. Ovidissa hakutermeinä johdoksineen toimivat:

- Substance abuse ("päähteiden väärinkäyttö")
- Drug and alcohol abuse ("huumeiden ja alkoholin väärinkäyttö")
- Transition ("siirto, siirtyminen")
- Handover ("luovutus, luovuttaminen")
- Shift report ("vuoronvaihto raportti")

Erityisesti Ovidia käytettäessä korostui oleellisten hakusanojen valinta suhteessa käyttökelpoisen materiaalin löytämiseen. Haastavaksi tilanteen tekee asianmukaisten käsitteiden sisällön hienoinen erilaisuus sekä käsitteiden kääntäminen vieraalle kielelle sisällön merkityksen muuttumatta tai olematta ilmaisuna kömpelö ja tästä syystä käyttökelvoton. Kansainvälisten artikkelien osalta hakutulokset olivat pääsääntöisesti samansuuntaiset suomalaisten tietokantojen tarjoamien tuloksien kanssa. Eroja tutkimuksissa kuitenkin löytyi. Suomalaisista tutkimuksista poiketen amerikkalaisissa ja englantilaisissa tutkimuksissa oli päähteiden käytön ennaltaehkäisyn ohella hallitsevassa osassa kattava akuuttihoidon tutkimus, sekä päähteiden käyttötapojen ja käyttöön johtaneiden syiden tutkiminen eri yhteiskunnallisten ja usein syrjäytyneiden alakulttuurien parissa.

Edellä mainittujen hakujen lisäksi toteutin muutamia impulsiivisia ja intuitiivisia aineistohakuja työtäni sivuavien aihepiirien parista. Tätä menetelmää sovelsin hyvin tuloksin etenkin etsiessäni tietoa eri Euroopan maiden päähteiden käyttömääristä ja käyttöta-voista, koska tarkoitukseni oli verrata suomalaista päihdekulttuuria yleiseurooppalaiseen tasoon. Lisäksi merkittäväksi aineiston löytämisen tavaksi muodostui jo käsiini hankkimani materiaalin lähdetietojen tarkastaminen ja sitä kautta uuden, työni kannalta käyttökelpoisen materiaalin löytyminen sisällöltään sen kaltaisesta aineistosta, joka ei sisällöllisesti tai nimekkeensä puolesta vastaa alkuperäisesti käyttämiäni hakutermejä.

Työn kannalta keskeisten käsitteiden pohjalta muodostamillani hakutermeillä löytyi opikirjoja päivystyspoliklinisesta hoitotyöstä melko runsaasti, mutta työni kannalta tarkoituksenmukaisinta on valita mahdollisimman tuoretta materiaalia, joka olisi korkeintaan viiden vuoden sisällä julkaistua. Vastaavalla tavalla hoitotyön- ja lääketieteen oppi- ja käsikirjojen sekä toimenpideohjeiden kohdalla tarkoituksenmukaisinta on pysytellä mahdollisimman uusissa julkaisuissa, jotta työni asiasisältö perustuisi mahdollisimman tuoreeseen tietoon. Syynä tähän päätökseen kummankin tyyppisten teosten kohdalla on akuutti- ja päivystyspoliklinisen hoitotyön dynaamisuus sekä muutosherkkyys hoitosuosituksen suhteen sekä se, että tämän tyyppistä materiaalia hankitaan usein osastojen käsikirjastoon jonka seurauksena sitä usein käytetään hoitotyön toteutukseen liittyvissä pulmatilanteissa ratkaisujen hakemiseen.

Tärkeän lähdeluokan muodostavat toimipaikkakohtaiset hoito-ohjeet ja suositukset. Tarve tämänkaltaista materiaalia kohtaan perustuu sen käytännönläheisyyteen ja usein tämänkaltaisen materiaalin kehitystyön lähtökohtana on ollut hoitotyössä tai sen ohjeistuksessa havaitut puutteet ja tarve muutoksiin hoitotyön toteutuksessa. Tämänkaltaisen lähdemateriaali saattaa tarjota käytännön kokemuksen kannalta muodostuneita huomioita, lähestymistapoja ja toimintamalleja jotka saattavat olla tuntemattomia yleisteosten tai teoreettisempien tutkimuksien kirjoittajille. Käytännön hoitotyön tutkimusten rajauksessa tärkeimmäksi valintakriteeriksi nousee tutkimuksen aihepiirin rajaus yli aikarajoitusten. Uuden ja korkealaatuisenkin tutkimuksen liian etäinen aihepiiri muodostaa tutkimuksen käyttöarvon kannalta suuremman rajoituksen kuin aihepiiriltään läheisen ja sisällöltään asianmukaisen tutkimuksen korkea ikä, sanotaan esimerkiksi kymmenen vuotta.

2.2 Asiantuntija-arviot sekä kehitettyjen kriteerien pilottivaihe

Työ jakautuu kahteen vaiheeseen, josta käsillä oleva kirjallisuuskatsaus sekä kehitetty kriteeristö ovat ensimmäinen osa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kehitetyt kriteerit annetaan työn toisessa vaiheessa moniammatilliseen asiantuntija-arvioon, jossa pohditaan niiden asianmukaisuutta sekä sitä, vastaavatko ne käytännön hoitotyön haasteisiin. Asiantuntijoina tulevat toimimaan Malmin sairaalan päivystyspoliklinikan osastonhoitaja ja tulosyksikön ylihoitaja, sekä heidän ehdotuksestaan mahdollisesti myös päivystyspoliklinikan apulaisosastonlääkäri ja osastolla työskentelevä traumalääkäri. Asiantuntija-arvion pohjalta kehitettyä jatkohoitoon siirtämisen kriteeristöä muokataan tarpeen mukaan.

Mikäli Malmin sairaalassa katsotaan tarpeelliseksi, voidaan edellä mainitun asiantuntija-arvion läpäissyt jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö siirtää vielä kolmanteen asiantuntija-arvioon, eli pilottivaiheeseen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan käyttöön testattavaksi jokapäiväisessä potilastyössä. Tässä vaiheessa henkilökunta arvioi kehitettyjen kriteerien soveltuvuutta käytännön hoitotyön haasteisiin. Mikäli puutteita tai lisäystarvetta ilmenee, saa henkilökunta halutessaan antaa niistä palautetta. Tämän palautteen antaminen mahdollistetaan erillisillä palavereilla henkilökunnan ja työn tekijän kesken, tai vaihtoehtoisesti anonyymisti kirjallisessa muodossa. Annetun palautteen pohjalta muokataan kehitettyä kriteeristöä paremmin tarpeita vastaavaksi. Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan mielipiteen sekä heidän suorittaman arvion saaminen mukaan työhön on tärkeää, jotta jatkohoitoon siirtämisen kriteereistä saataisiin mahdollisimman hyvin käytännön hoitotyötä vastaavat. Kirjallisuuskatsaukseen perustuvan teoriaosuuden pohjalta kuka tahansa pystyy muodosta-

maan väittämiä ja toimintamalleja, mutta tiedon käytäntöön soveltaminen ja väittämien testaaminen kenttäolosuhteissa punnitsee vasta niiden todellisen painoarvon.

3 PÄIVYSTYSPOLIKLIINISEN HOITOTYÖN ASETTAMAT VAATIMUKSET JATKOHOITOON SIIRTÄMISEN KRITTEERIEN KEHITTÄMISELLE

Ensiapu- tai päivystyspoliklinikka määritellään sairaalassa sijaitsevaksi poliklinikaksi jossa potilasta tutkitaan ja hoidetaan sairauden, vamman tai muun terveysongelman vuoksi. Potilas voidaan ottaa ensiapupoliklinikalle asiakkaaksi joko ennalta varatun ajan perusteella, lääkärin läheteellä tai kiireellisissä tapauksissa ilman lähetettä, mikäli potilaan terveydentila sitä vaatii. Alaa käsittelevän kirjallisuuden perusteella voidaan sanoa, että päivystyspoliklinikan perustehtävä on terveyttä ja henkeä uhkaavan vaaran torjuminen. Keskeisenä ajatuksena on turvata potilaalle hyvä hoito sekä tarvittaessa auttaa ja tukea omaisia. Hoitotyön yleisten periaatteiden mukaan keskeisenä hoitotyötä ohjaavina tekijöinä ovat potilaiden kärsimyksen lievittäminen unohtamatta potilaan itsemääräämisoikeutta. Tästä syystä sairauden kiireellisyys, päivystyksellisyys ja hätätapauksen luonteisuus määräytyvät viime kädessä sairauden vakavuudesta ja hoidollisista vaikuttamismahdollisuuksista käsin (Korhonen 2002: 3; Koponen - Sillanpää 2005: 21.)

Päivystyspoliklinikalle hakeudutaan potilaaksi usein yllättävän ja äkillisen terveydentilan muutoksen seurauksena. Somaattiset ja psyykkisten terveysongelmien kirjo on niin laaja, ettei niiden seikkaperäinen tarkastelu ole tämän työn puitteissa tarkoituksenmukaista. Kirjallisuuden mainitsemina yleisimpinä hoitoon hakeutumiseen syinä voidaan kuitenkin mainita esimerkiksi sydänperäiset ongelmat, hengitysvaikeudet, äkillinen ja kova vatsan alueen kipu, neurologiset ongelmat, tapaturmat, joutuminen väkivallan uhriksi tai esimerkiksi yleistilan heikkenemisestä johtuvat syyt. (Alaspää - Kuisma - Rekola - Sillanpää 2004: 39; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 16.)

Hoitotyön tutkimuksessa Tampereen yliopistollisen keskussairaalan ensiapu- ja tarkkailuosasto on useita kertoja toiminut päivystyspolikliinisen hoitotyön ja hoitotieteellisen tutkimuksen toimintakenttänä. Vuosina 1994-1996 Kyseisessä yksikössä toteutettiin Silja Vilmin johdolla toimintamallin- ja hoitotyön kehittämishanke yksikön toiminnan sekä organisaation parantamiseksi. Vuosina 2000-2002 Eija Korhonen toteutti yksikössä hoitoisuusluokitusprojektin jonka tarkoituksena oli kehittää hoidon tarvetta ja toimintoja määrittelevä mittari henkilökunnan käyttöön. Lisäksi Eija Korhonen on toteuttanut

osastolla potilaiden kokemuksia kartoittavan pro gradu -tutkielman heidän saamistaan palveluista (Vilmi 1997; Korhonen 2002.)

3.1 Päivystyspoliklinisen hoitotyön juridiset ja eettiset perusteet

Silja Vilmin (1997) kokoamassa raportissa Ensiapu- ja tarkkailuosaston toimintamallin ja hoitotyön kehittämiseksi määritellään johdonmukaisesti ja selkeästi päivystyspoliklinisen hoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet. Käsittelemästäni aineistosta juuri Vilmin mainitsemat periaatteet muodostavat parhaimman ja selkeimmän kokonaisuuden päivystyspoliklinisista hoitotyötä ohjaaviksi arvoiksi. Vilmi määrittelee kyseiset periaatteet seuraavalla tavalla (Vilmi 1997: 10-11):

1. Välittömän hoidon periaate. Tämä tarkoittaa potilaiden hoitamista vamman tai sairauden laadun mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä.
2. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate, joka korostaa inhimillisyyden, tasavertaisuuden sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.
3. Yksilöllisyyden periaate. Tarkoittaa potilaan tarpeista lähtevää hoitotyötä jossa potilas käsitetään kokonaisuudeksi vamman tai sairauden laadusta riippumatta.
4. Turvallisuuden periaate. Tarkoittaa luottamuksen tilaa, jossa potilaalle muodostuu tunne ympäristön järkkymättömyydestä, fyysisestä vahingoittumattomuudesta, elämän perusarvojen säilyvyydestä sekä ja hoitohenkilökunnan korkeasta osaamisen tasosta.
5. Jatkuvuuden periaate. Tämän periaatteen lähtökohtana on potilaan kanssa sovitun hoitovastuun siirto hänelle itselleen tai toiselle hoitotyön toimintayksikölle, selkeä tietojen siirto jatkohoitopaikkaan potilaan suostumuksella, hoidon yksilöllinen suunnittelu ja sen jatkuva tavoitteellinen arviointi

Silja Vilmin raportissaan mainitsemat periaatteet saavat arvopohjansa yleisistä hoitotyön periaatteista. Raportissaan Vilmi ei kuitenkaan mainitse alkuperäisiä lähteitä joista hänen mainitsemansa päivystyspoliklinisen hoitotyön periaatteet on työstetty. Tätä seikkaa voidaan pitää huomionarvoisena puutteena hänen kokoamassaan julkaisussa. Vaikka lähdeviitteet ovatkin puutteelliset, on niiden sisältöä kuitenkin pidettävä validina koska Eija Korhonen palaa aiheeseen vuosina 2000-2002 tekemässään hoitoisuusluokitusprojektissaan mainiten Vilmin periaatteet hoitoyksikön toimintaa ohjaavana toimintamallina (Korhonen 2003: 3.) Pohdittaessa Vilmin mainitsemia periaatteita ja nii-

den alkuperää voidaan niiden asianmukaisuutta kuitenkin verrata esimerkiksi voimassa olevaan lainsäädäntöön ja hoitotieteellisiin tutkimuksiin sekä yleiseen hoitotyön ohjeistukseen. Etenkin lainsäädännön yhdenmukaisuus Vilmin mainitsemien periaatteiden kanssa on merkittävä. Kansanterveyslaki sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle oikeuden välittömään hoitoon sekä asettaa vaatimuksen potilaan yksilöllisten tarpeiden, äidinkielen ja kulttuurin huomioimista hoitotyön toteutuksessa. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattitaito sekä tarjolla olevien terveyspalveluiden laatu pyritään turvaamaan esimerkiksi lailla terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä. Tästä syystä Vilmin mainitsemien periaatteiden noudattamiselle on olemassa vankka juridinen perusta, joka on huomioitava hoitotyön toteutuksessa, koska niiden laiminlyönti saattaa johtaa oikeudellisiin toimenpiteisiin. Mikäli periaatteiden taustalla olisivat pelkästään hoitotieteen etiikan teoriat, ei niiden toteutumista pystyittäisi yhtä tehokkaasti valvomaan ja laiminlyönteihin puuttumaan. Jotta hoitotieteelliset teoriat saisivat niille kuuluvan arvonsa, on kuitenkin muistettava, että niiden edustamat arvot ovat toimineet lähtökohtana oikeudenmukaisen lainsäädännön eettis-moraalista taustaa pohdittaessa (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 §15b; Laki potilaan asemasta & oikeuksista 17.8.1992/785; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559).

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raporttisarjan vuonna 2005 julkaisemassa strategiasuunnitelmassa vuosille 2006-2008 on mainittu myös Malmin sairaalaa koskevat Helsingin terveyskeskuksen arvot. Niitä ovat asiakaslähtöisyys, kestävä kehitys potilaiden ja henkilökunnan terveyden edistämisen merkityksessä, oikeudenmukaisuus, taloudellisuus, turvallisuus ja syrjäytyneiden palveluista huolehtiminen sekä yrittäjämielisyys (Helsingin terveyskeskus 2005: 2.) Tarkasteltaessa näiden arvojen sisältöä Vilmin mainitsemiin periaatteisiin, voidaan niitä pitää sisällöltään ja hengeltään lähes yhdenmukaisina. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on vuonna 2001 määritellyt yleiset terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaamaan suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Niiden mukaan terveydenhuollon eettisen perustan muodostavat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. Verrattaessa ETENE:n määrittelemiä eettisiä periaatteita Vilmin ja Helsingin kaupungin mainitsemiin arvoihin, voidaan niitä pitää pääsääntöisesti yhdenmukaisina. Eroavaisuuksia löytyy lähinnä sananmuodoissa, mutta sisällöltään ne ovat yhdenmukaisia. Tämän voi katsoa johtuvan siitä, että jokainen toimija painottaa omalla käytännön osa-alueellaan hieman erilaisia tekijöitä työnkuvan luonteen mukaisesti (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE 2001.)

3.2 Päivystyspolikliininen työ potilaan näkökulmasta

Oikeus yksilölliseen ja kiireelliseen hoitoon on ajantasaisesta lainsäädännössä määritelty potilaan subjektiivinen oikeus. Kansanterveyslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. Lisäksi lain potilaan asemasta ja oikeuksista 3. § velvoittaa hoitohenkilöstön antamaan potilaalle yksilöllistä, hyvää ja potilaan tarpeista lähtevää hoitoa. (Alaspää ym. 2004: 27-29; Koponen - Sillanpää 2005: 18; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 §15b; Vilmi 1997: 10.)

Päivystyspoliklinikan potilaiden tyytyväisyydestä saamiinsa palveluihin on tehty lukuisia tutkimuksia. Esimerkiksi Eija Korhonen on tutkinut vuonna 2001 potilaiden kokemuksia Tampereen yliopistollisen keskussairaalan ensiapupoliklinikan palveluista. Tutkimuksessa hoidon osa-alueet jaettiin kymmeneen osa-alueeseen joiden kohdalta asiakastytyväisyyttä arvioitiin. Tutkimuksen tuloksena kyseinen päivystyspoliklinikka sai hyvän arvosanan, tosin potilailta saadun palautteen mukaan vastaanottotilanteeseen sekä yksilövastuiseen hoitotyöhön perustuvaa omahoitajan työnkuvaa tulisi kehittää paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Tutkimuksessa hoitotyön toiminnoista huolenpitoa kuvaavat toiminnot toteutuivat huonosti. Vain puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista oli tyytyväisiä hoitohenkilöstön suorittamaan oireiden seurantaan ja toimintaan potilaan voinnin kohentamiseksi. Alle puolet potilasta oli tyytyväisiä ravitsemuksesta huolehtimiseen sekä keskusteluihin hoitajan kanssa. Myös tarvittavassa kipulääkityksessä sekä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa tunnettiin olevan ongelmia. Tutkimuksen otoksen koko oli 226 ensiapupoliklinikan potilasta. (Korhonen 2002: 29, 71-73.)

Päivystyspolikliinisen hoitotyön oppikirjat antavat hyvän kuvauksen potilaan näkökulmasta päivystyspolikliiniseen hoitotyöhön. Viimeisen kymmenen vuoden sisällä julkaistu ensihoitoa ja päivystyspolikliinista hoitotyötä käsittelevä oppikirjallisuus korostaa, että potilaan saamat kokemukset hoidosta ja kohtelusta ovat merkittäviä. Päivystyspoliklinikka on näissä kirjoissa usein määritelty "portiksi" sairaalaan. Odottaessaan hoitoa potilailla on usein runsaasti aikaa tarkkailla henkilökuntaa ja sitä mitä ympärillä tapahtuu. Hoitotyöntekijöiden onnistuminen työssään vaikuttaa potilaiden käsityksiin koko hoitoprosessin ajan. Tästä syystä hoitotyöntekijöiden käyttäytyminen sekä suhtautuminen potilaita kohtaan antavat käsityksen siitä, minkälaiseen sairaalaan potilas on haikunut tai tahtomattaan joutunut. (Alaspää ym. 2004: 39; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 17; Koponen - Sillanpää 2005: 24-25.)

Kaikki edellä mainitut lähteet korostavat ”porttiteoriaa” sekä potilaan saamia subjektiivisia kokemuksia hänen muodostaessaan mielikuvia sairaalaorganisaatiosta päivystyspolikliinisen hoitoyksikön perusteella. Kuitenkin kirjojen sisältöä tarkasteltaessa huomaa niiden olevan tekstiltään hyvin samankaltaista. Vanhin käsitellyistä lähteistä *Hoitotyö päivystyspoliklinikalla* (Hietanen - Pitkänen – Vilmi 1995) tuo kyseiset tiedot esille ensimmäisenä. Tämän jälkeen julkaistut, etenkin hoitotyön teokset lähinnä korostavat vanhimman lähteen tuottamaa tietoa lähes sanatarkasti suorilla lainauksilla tuottamatta siihen juurikaan uutta näkökulmaa.

Kaikki lähteet korostavat että, päivystyspoliklinikalla hoidettavana olevat potilaat odottavat muiden hoitoyksiköiden potilaiden tavoin turvallisuuden tunteen kokemista. Turvallisuuden kokemiseen liittyy luottamus, joka voidaan saavuttaa selkeän ja tarkoituksenmukaisen toiminnan kautta. Se sisältää potilaalle tunteen siitä, että häntä hoitava henkilökunta tietää miten toimitaan, ja mikä on keskeistä potilaan tilanteen hoitamiseksi. Turvallisuuden tunteen saavuttamiseen liittyy myös kivun, tuskan ja pelon lievittäminen. (Koponen - Sillanpää 2005: 24; Vilmi 1997: 10-11; Sarvimäki - Stenbock-Hult 1996: 75, 130.) Potilaat laittavat korkeita odotuksia henkilökunnan ammattitaidolle ja saamilleen palveluille.

Eija Korhosen tutkimustulokset vuodelta 2002 antavat saman tuloksen. Tutkimuksen yhtenä lähtökohdana Korhonen piti hoitotyön tuloksien mittaamista turvallisen, levollisen ja rauhallisen olotilan saamisella hoidon aikana. Vastaavalla tavalla turvallisuuden tunteen täytyminen oli potilaille tärkeää. Tutkimuksen tuloksista ilmeni että 80 % potilaista oli kokenut että tämä turvallisuudentunteen saavuttaminen täytyi heidän kohdallaan. Lisäksi 90 % potilaista piti hoitohenkilökunnan ammattitaitoa hyvänä (Korhonen 2002: 27, 58, 64.) Tutkimuksen tulokset ovat siis Sarvimäen ja Stenbock-Hultin sisäisen ja ulkoisen turvallisuuden määritelmän mukaiset (Sarvimäki – Stenbock-Hult 1996: 74-75, 130).

Korhosen tutkimuksen mukaan yleisarvosana TAYS:in ensiapupoliklinikan palveluista oli potilaiden mukaan hyvä. Johtopäätöksenä voidaan kuitenkin todeta myös päivystyspolikliinisten potilaiden arvostavan erityisesti perinteisiä hoitotyön arvoja ja toimintoja kuten huolenpitoa, lähellä olemista ja henkisen tuen saamista vaikeassa tilanteessa. Edellä mainituilla tekijöillä on suuri merkitys potilaan turvallisuudentunteen muodostumisessa ja nämä seikat korostuivat etenkin potilaan vastaanottotilanteessa päivystyspoliklinikalla. Kuten Korhonen Pro gradussa asian tiivistää, palvelutilanteessa on tärkeää potilaan saama välitön apu sekä hoitajan huolenpito ja potilaan huomiointi turvallisuuden- ja autetuksi tulemisen tunteen saavuttamiseksi (Korhonen 2002: 22).

Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuksessa vuodelta 2002 saatiin Korhosen Pro graduun verrattuna vastaavanlaisia tuloksia selvittäessä asiakastytyväisyyttä keskitetyn terveyskeskuspäivystyksen osalta. Kyselyssä 20 % asiakkaista ilmoitti olleensa erittäin tyytyväinen ja 49 % melko tyytyväinen saamiinsa terveyspalveluihin. Tutkimuksessa paljastui että itäisen- ja koillisen suurpiirin alueella tyytymättömien asiakkaiden osuus vastanneiden joukossa oli kaikkein suurin (Helsingin kaupungin terveystieteiden & Taloustutkimus Oy 2003: 18-19.) Tämä on huomioitava siitä syystä että Helsingin kaupungin keskitetyssä terveyskeskuspäivystyksessä juuri näiden suurpiirien asiakkaat ovat potentiaalisia asiakkaita Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla.

3.3 Päivystyspolikliinisen hoitotyön erityispiirteet

Päivystyspoliklinikalle saapuvien potilaiden terveydentilaan liittyvät tekijät kuten avun tarve ja odotukset henkilökuntaa kohtaan muodostavat lähtökohdan ammatilliselle toiminnalle (Koponen - Sillanpää 2005: 28). Käytännössä päivystyspoliklinikalle saapuvien potilaiden kirjo on hyvin laaja ja hoitotyöntekijä kohtaa työssään erilaisia potilaita. Työskentelyyn liittyy tästä syystä ennakoimattomuus ja nopeasti muuttuvat tilanteet, urakkatahtinen työ ja tiimityöskentely ovat keskeisiä elementtejä päivystyspolikliinissä hoitotyössä. Monimutkaisiin hoitosuhteisiin liittyy potilaiden erilainen ikäjakauma sekä vaihteleva sosiokulttuurinen tausta. Lyhyet hoitokontaktit potilaisiin edellyttävät hoitohenkilökunnalta pitkää työkokemusta ja hoitotyön eri alojen teoretiedon hyvää hallintaa jotta potilaan hoidon kannalta olennaiset ongelmat tulevat ratkaistua (Alaspää ym. 2004: 40.) Teoreettisen tiedon lisäksi vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa. Hoitohenkilökunnan on osattava kuunnella ja havainnoida potilasta. Myös hyvät intuitiotaidot ovat tärkeitä ominaisuuksia potilastyötä tehtäessä (Alaspää ym. 2004: 40; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 18; Koponen - Sillanpää 2005: 28.)

Tiedonkeruumenetelmien merkitys korostuu päivystyspolikliinissä hoitotyössä. Potilaan hakeutuessa äkillisen terveydentilan muutoksen seurauksena itse tai saattajien avustuksella päivystyspoliklinikalle, aloitetaan tiedonkeruu potilaasta vallitsevan käytännön mukaisesti haastatteleamalla potilasta itseään tai hänen saattajiaan tulosyystä ja sen taustoista. Mikäli potilas saapuu päivystyspoliklinikalle ambulanssilla, potilaan tila arvioidaan ensihoidon ennakoilmoituksen, ensihoitokertomuksen ja vastaanottajan kliinisen arvion perusteella (Koponen - Sillanpää 2005: 71).

Teoksessaan *Hoito tieteenä* (1988) Katie Eriksson määrittelee huolella suoritettua potilasanalyysin olevan hoitoprosessin perusta. Tiedonkeruulla selvitetään potilaan terveyshaitat, joiden pohjalta arvioidaan hoidon tarve. Potilaan terveydentilan korjaamisen

kannalta on ehdottoman tärkeää tietää siihen vaikuttavat tekijät Potilaan hoidon tarpeen arvioimiseksi on henkilökunnan pystyttävä tilanteesta riippuen tekemään nopeita ratkaisuja. Käsitelty alan kirjallisuus antaa tästä prosessista yksiselitteiden ja selkeän kuvauksen. Erikssonin mukaan potilaasta kerätty tietopohja toimii analyysin perustana, jonka pohjalta hoitaja tekee tietojen valintaa ja ensisijaisuutta koskevia päätöksiä (Eriksson 1988: 86-88).

Toiminnan edellytyksenä on päätöksentekoprosessia edeltävä terveysongelmien tärkeysjärjestykseen asettaminen, välitön hoito sekä tarkkailu ja jatkuva hoidon tarpeen arviointi. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnalta laaja-alaista tietoperustaa hoitotyön, lääketieteen ja muiden tieteidenalojen saralta. Päivystyspolikliinisen hoitohenkilökunnan yksi tärkeimmistä valmiuksista onkin priorisointitaito sekä jatkuva systemaattinen arviointikyky. Tämä on edellytys selkeyden säilyttämiselle monien kriittisesti sairaiden potilaiden hoidon kiireellisyyttä arvioitaessa (Eriksson 1988: 94; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 18-19, 94; Alaspää ym. 2004: 40-41; Koponen - Sillanpää 2005: 29.)

Päivystyspolikliinisessä hoitotyössä jatkuva tarkkailu sekä systemaattinen arviointikyky ovat tärkeässä osassa potilaan hoitoa suunniteltaessa. Aina ei potilaasta saada kerättyä haastatteleamalla tai dokumenteista keräämällä tarpeeksi tietoa, ja yksiköissä joudutaan usein toimimaan rajoitetun tiedon varassa. Pahimmillaan potilaan saapuessa hoidon piiriin ei aina tiedetä edes hänen henkilöllisyyttään tai vammamekanismiaan ja henkilökunta joutuu toimimaan varsin puutteellisen tiedon varassa. Tästä syystä jatkuva asiantunteva systemaattinen arviointikyky, sekä potilaan tarkkailu tiedonkeruun pohjana kaikissa hoitotilanteissa lisäävät potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuuden periaatteen toteutumista (Alaspää ym. 2004: 40; Eriksson 1988: 81-82; Hallila 1998: 49; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 95; Pelkonen - Perälä 1993: 114-115.)

Potilaiden hoito päivystyspoliklinikalla tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattikuntien kesken. Silja Vilmin vuonna 1997 kokoamassa julkaisussa Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapu- ja tarkkailuosaston toimintamallin- ja hoitotyön kehittäminen hän määrittelee, että Ensiapu- ja tarkkailuosastolla toteutettava toimintamalli on pääosin tehtäväkeskeinen. Tehtäväkeskeisyyden ohella keskeisessä asemassa on työskentely kokoonpanoltaan vaihtelevissa ryhmissä ja tiimeissä. Vilmin mukaan tiimityöskentely tekee töiden jakamisesta helppoa ja henkilökunnan yhteistyöstä vaivatonta. Lisäksi usean eri työntekijän ehdotukset potilaan hoidosta ovat samalla kertaa saatavilla. Tämä edellyttää kaikilta henkilökuntaan kuuluvulta hyvää yhteistyökykyä, joustavuutta ja toisen asiantuntijuuden ja työpanoksen arvostamista. Tämä on tärkeää, koska kaikkien ammattiryhmien edustajien yhteisenä tavoitteena on sama lopputulos eli poti-

laan mahdollisimman kokonaisvaltainen hyvä hoito. Päivystyspoliklinikalla työskentelevä hoitohenkilökunta joutuu myös toimimaan yhteistyössä lukuisten sairaalan sisäisten toimintayksiköiden ja sairaalan ulkopuolisten organisaatioiden kanssa. Hyvä yhteistyö edellyttää laajaa terveydenhuollon eri toiminta-alojen toiminnan tuntemista niin oman organisaation sisä- kuin ulkopuolellakin. Yhteistyön on oltava joustavaa päivittäisissä tapahtumissa ja vuorovaikutustilanteissa kun kohdataan eri yhteistyökumppaneita ja potilaan siirtyessä muihin toimintayksiköihin (Alaspää ym. 2004: 41; Koponen - Sillanpää 2005: 29; Sarvimäki - Stenbock-Hult 1996: 133; Vilmi 1997: 14.)

Hoitohenkilökunnan on tiedostettava se riski mikä moniammatilliseen tiimityöskentelyyn sisältyy. Tämänkaltainen asetelma luo tarpeettomasti edellytykset potilaan hoitohenkilökuntalähtöiselle päätöksentekoprosessille, jossa työryhmä hankkii tietoa potilaasta ja tekee päätökset hoidosta ottamatta potilasta mukaan päätöksentekoon. Samalla on mahdollista että potilaskeskeisyys hoitotyössä menettää asemaansa ja potilaan itsemääräämisoikeus sekä yksilöllisyys eivät toteudu tarkoituksenmukaisella tavalla. Toisaalta hoitohenkilökuntalähtöinen päätöksentekotilanne on tarkoituksenmukaisen toiminnan ehdoton edellytys esimerkiksi potilaan henkeä uhkaavassa akuutissa tilanteessa. Lisäksi on muistettava että potilaat eivät välttämättä ole halukkaita tai kykeneviä päättämään omasta hoidostaan ja siihen sisältyvistä asioista. Tästä syystä potilasta ei kuitenkaan saa velvoittaa päätöksentekoon omasta hoidostaan mikäli hän ei sitä halua (Lauri - Eriksson - Hupli 1998: 86-88.) Lisäksi Munnukka korostaa väitöskirjassaan että potilaan autonomian ja oikeuksien toteutumiseen kuuluu myös se, että potilas antaa päätöksentekovallan ammattihenkilöstön käsiin pitämättä sitä loukkaavana (Munnukka 1993: 12).

Päivystyspolikliinisen hoitotyön edellä mainituista ominaispiirteistä huolimatta henkilökunnan on muistettava potilaskeskeisyyttä, autonomiaa sekä turvallisuuden tunteen täyttymistä pohdittaessa tekijä jonka Eija Korhonen Pro gradussaan määrittelee. Korhosen mukaan ensiapupoliklinikan palveluiden erityispiirteisiin kuuluu potilaan kannalta tarkasteltuna, että kysymys on aina henkilökohtaisesti hyvin merkittävästä asiasta, joka on yllättänyt potilaan eikä hän ole pystynyt valmistautumaan siihen . Tämän tekijän huomioiminen jokaisen potilaan yksilöllistä hoitoa suunniteltaessa on keskeistä jotta tunne turvallisesta hoidosta toteutuisi (Korhonen 2002: 22; Sarvimäki - Stenbock-Hult 1996: 74-75, 130 .)

4 PÄIHTYNEIDEN POTILAIEN ASETTAMAT VAATIMUKSET JATKOHOITOON SIIRTÄMISEN KRITTEERIEN KEHITTÄMISELLE

Päihtyneellä potilaalla tarkoitetaan ketä tahansa asiakasta, joka saapuu päivystyspoli-
klinikalle päihtyneenä. Päihtynyt potilas on nauttinut joko tahattomasti tai tahallisesti
päihtymystarkoituksessa alkoholia tai sen korvikkeita, lääkkeitä tai huumausaineita
siinä määrin, että päihtymystila muodostaa terveystarpeen tai edellyttää hoidollisia erityis-
järjestelyjä tai hoitotoimenpiteitä (Sora - Larkio - Manninen-kauppinen - Vierula 2000:
312, 317.)

Päihtynyt potilas voi saapua päivystyspoli-
klinikkaan päihtymystilan tai yliannostuksen lisäksi. Avun saaminen vie-
roitusoireisiin tai pelko niiden alkamisesta saattaa myös olla syynä avun hakemiseen.
Tämän lisäksi vaihtelevat somaattiset oireet voivat olla syynä hoidon piiriin saapumi-
seen (Koponen - Sillanpää 2005: 382; Havio - Mattila - Sinnemäki - Syysmeri 1995:
43.)

Helsingin terveystieteiden keskuksen arvojen, yleisten hoitotyön eettisten periaatteiden sekä
voimassaolevan lainsäädännön perusteella päihtyneet potilaat ovat terveystieteiden
saamisessa tasavertaisessa asemassa muihin potilasryhmiin nähden. Etenkin Helsingin
terveystieteiden keskus on määrittelemissään arvoissaan maininnut syrjäytyneiden palveluis-
ta huolehtimisen keskeiseksi tavoitteekseen. Päihtyneiden käyttäjien saamien palveluiden
kannalta tämä on tärkeää koska syrjäytyneiden väestön osuus päihtyneiden ongelmakäyt-
täjistä on erityisen suuri (Helsingin terveystieteiden keskus 2005: 2.)

4.1 Muutokset alkoholinkäytössä Suomessa

Vuoden 2003 aikana toteutettu alkoholiveron alennus on näkynyt suomalaisessa alko-
holinkulutuksessa. Stakesin tekemän kansallisen tutkimuksen mukaan alkoholin tilas-
toitu kulutus lisääntyi Suomessa vuonna 2004 lähes 10 % verrattuna edelliseen vuo-
teen. Lisääntynyt kulutus näkyi myös sairaaloiden ja terveystieteiden vuodeosastoilla,
joilla kirjattiin yhteensä 36 441 alkoholiin liittyvää hoitajaksoa joka on yli 10 % enem-
män kuin vuonna 2003. Alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin vuonna 2004 yhteensä
1860 henkilöä eli 300 ihmistä enemmän kuin edellisellä vuonna. Kuolemaan johtaneiden
alkoholimyrkytysten osuus tästä luvusta 481 henkeä eli kasvu vuoteen 2003 oli
noin 20 %. Myös akuutin päihtymystilan aiheuttamia hoitajaksoja kirjattiin runsaasti ja
osuus kasvoi 12 prosentilla vuoteen 2003 verrattuna. Myös päihtyneiden talteenottojen
määrä kasvoi noin 11 % ja rattijuopumusten määrä lisääntyi lähes 10% vuoteen 2003

verrattuna (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 17, 21-22.) Suomessa on tällä hetkellä maailman korkein alkoholimyrkytyskuolleisuus ja alkoholimyrkytys on tällä hetkellä tavallisin kuolemaan johtava myrkytys suomessa (Alaja - Seppä 1996: 10; Dahl – Hirschovits 2002: 140; Niemelä-Laine 2000: 3.)

Edellä mainittu muutos on seurausta siitä että alkoholin kulutus kasvoi etenkin viinon sekä väkevien viinien osalta. Myös keskioluen kulutus on lisääntynyt ja tähän pidetään syynä sen käyttöä elintarvikeliikkeiden tarjoustuotteena. Kulutuksen trendi on huolestuttava, koska väkevät alkoholijuomat aiheuttavat merkittävän osan edellä mainituista alkoholin muodostamista akuuteista terveyshaitoista. Suomalaiselle alkoholin käytölle onkin tyypillistä humalahakuinen, raju kertajuominen jonka seurauksena akuutit alkoholihaitat ovat melko suuret. Onni Niemelä ja Pekka Laine mainitsevat teoksessaan *Päihdeongelmainen potilas* että jopa 15-30 % kaikista sairaalaan hakeutumisista johtuu alkoholin käytöstä ja 20-50% päivystyspoliklinikan tapaturmapotilaista on hoitoon saapuessaan alkoholin vaikutuksen alaisena. Heidän mukaansa 1,5 promillen humalatile lisää kaatumisriskiä 60 kertaiseksi nollapromillettasoon verrattuna ja puolet hukkuneista on humalassa (Niemelä - Laine 2000: 2, 21; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 18-19.)

Myös Euroopan unionin teettämä Eurobarometer kyselytutkimus *Health, Food and alcohol and safety* vuodelta 2003 tukee yleistä käsitystä suomalaisten humalahakuisesta juomisesta. Tutkimuksessa neljän viikon seurantajakson aikana suomalaiset nauttivat alkoholia keskimäärin 8.44 päivänä. Kyseinen luku oli matalin tutkimukseen osallistuneista maista. Kuitenkin on huomioitava, että mikäli käyttöpäivät suhteutetaan suomalaisten samana aikana nauttimaan alkoholimäärään, kasvaa kerralla nautitun alkoholimäärän osuus korkeaksi. Kyseisessä tutkimuksessa suomalaiset olivat irlantilaisten jälkeen toisella sijalla mitattaessa käyttöpäivinä nautittua alkoholimäärää. Suomalaisten nauttivat kerralla keskimäärin 3.99 alkoholiannosta ja vähintään kuusi annosta alkoholia suomalaiset nauttivat keskimäärin 2.53 päivänä neljän viikon seurantajakson aikana. Vastaavasti liiallisesta kertajuomisesta aiheutuneet haitat olivat tutkimuksen mukaan suurimmat Irlannissa ja suomessa. Kyseisessä tutkimuksessa on kuitenkin huomioitava että tutkimuksessa käytetyt tiedot on kerätty EU:n jäsenmaista vuonna 2002. Tiedot ovat suomen osalta siis lähinnä suuntaa antavia, koska vuonna 2003 voimaantullut alkoholin veroalennus on muuttanut alkoholin kulutustamme huonompaan suuntaan. Kuitenkin tutkimuksen antama informaatio auttaa meitä määrittelemään paremmin omia kansallisia juomatapojamme muiden Euroopan unioniin jäsenmaiden vastaaviin verrattuna. Kansanterveydellisenä riskitekijänä tutkimuksessa on kuitenkin huomioitava suurkulutuksen kertarajan ilmeinen ylittyminen keskimäärin 2.5 kertaa neljän viikon

seurantajakson aikana. (Eurobarometer: Health, food and alcohol and safety 2003: 38-39, 44-45.)

Päihteidenkäytöstä johtuvien sairauksien osuus eri potilasryhmien joukossa on myös huomioitava, koska pelkästään alkoholin käyttöä koskevien arvioiden mukaan suomessa on noin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Arvioiden mukaan perusterveydenhuollossa potilaiden joukossa 9 % naisista ja 20% miehistä on suurkuluttajia. Vuonna 2004 alkoholisairauksista johtuvien sairaalahoitojaksojen määrä kasvoi lähes 9 % edellisestä vuodesta. Näistä syistä johtuen monien somaattisten ja psyykkisten sairauksien taustalla saattaa olla pitkään jatkunut alkoholin suurkulutus, mutta sairauksien alkuperäinen syy peittyi helposti siitä seuraavien liitännäissairauksien alle. Etenkin psykiatristen häiriöiden kohdalla tämä seikka on huomion arvoinen. Arvioiden mukana 60-80 % päihdehäiriöisistä kärsii elämänsä aikana muistakin mielenterveyden häiriöistä sekä 70% persoonallisuushäiriöistä potilaista kärsii päihderiippuvuudesta (Alaja - Seppä 1996: 3; Dahl – Hirschovits 2002: 177-178, 181; Koponen - Sillanpää 2005: 129, 382; Niemelä - Laine 2000: 2; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 21.)

4.2 Muutokset huumausaineiden käytössä

Stakesin Päihdetilastollisen vuosikirjan 2005 mukaan huumausaineisiin ja niihin rinnastettaviin lääkeaineisiin liittyviä sairaalahoitojaksoja kirjattiin 9628, missä ei ollut kasvua edellisvuodesta alkoholinkäytöstä poiketen. Tutkimuksessa huumehoitojaksot muodostivat puolet alle 35-vuotiaiden päihdehoitojaksoista. Eniten hoitoa vaatineet huumausaineiden käyttöön liittyvät sairaudet olivat huumausaineriippuvuus sekä eristeiset myrkytykset. Stakesin arvion mukaan huumausaineiden kokeilijoiden- ja käyttäjien määrät ovat pysyneet lähes ennallaan koko 2000-luvun ajan. Sen sijaan huumausaineiden ongelmakäyttö ja sen aiheuttama hoidon tarve on kuitenkin lisääntynyt. Tämä on todennäköisesti seurausta siitä että ongelmakäytön lisääntyminen ilmenee 3 - 5 -vuoden viiveellä päihteen käytön aloituksesta. Tästä syystä 1990-luvun lopulla lisääntynyt huumausaineiden käyttö näkyy tilastoissa tällä hetkellä lisääntyneenä ongelmakäyttönä (Stakes tiedote Nro 49/9.12.2005; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 25; Virtanen 2005: 3-7.)

Stakesin raportin Huumausainetilanne suomessa 2004 mukaan eristeisiä huumausaineiksi luokiteltavien päihteiden käyttäjiä on suomessa noin 3 % aikuisväestöstä ongelmakäyttäjien osuuden ollessa noin 0,5%. Suomalaiseen päihteidenkäyttöön liittyy erityisesti päihteiden ja lääkeaineiden sekakäyttö jolla saattaa olla hyvinkin ennalta arvaamattomat seuraukset sitä seuraavan päihtymystilan kannalta. Aikuisväestön yleisin

sekakäytön muoto on alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö, mutta myös alkoholin, huumausaineiden ja lääkeaineiden sekakäyttöä esiintyy runsaasti. Tämän vuoksi on huomioitava että päihteiden sekakäyttäjien osuutta edellä mainituissa Stakesin julkaisemissa luvuissa ei ole määritelty. (Alaspää ym. 2004: 385; Koponen - Sillanpää 2005: 381; Alaja - Seppä 1996: 3; Niemelä - Laine 2000: 22, 56; Sora ym. 2000: 317; Virtanen 2005: 3.)

Eurooppalaiseen mittakaavaan asetettuna suomalainen huumeiden käyttö noudattelee yleiseurooppalaista linjaa. EMCDDA eli European Monitoring centre for drugs and drug addiction määrittellee vuoden 2005 raportin ensimmäisessä luvussa Identifying drug trends in Europe, että eri päihteiden saman aikainen sekakäyttö on yleistä Euroopan alueella ja tulevaisuudessa tämän suuntaisen kehitykseen on kiinnitettävä huomiota tutkimuksessa ja henkilökunnan koulutuksessa. Lisäksi raportti mainitsee suomen tilannetta mukaillen että suonensisäisten huumeiden ja etenkin heroiinin käyttö on pysynyt ennallaan eikä ole osoittanut kasvua. Tosin suomen linjasta poiketen suonensisäisestä heroiinin käytöstä johtuvat huumehaitat vaikuttavat vähentyneen Euroopan maissa. Heroiinin käytöstä poiketen keskushermostoa kiihdyttävien aineiden käyttö Euroopassa on kasvanut viime vuosina ja tulee todennäköisesti kasvamaan myös tulevaisuudessa amfetamiinin, kokaiinin ja ekstaasin osalta. Kyseisen kaltaisten raporttien antamat tiedot ovat suomen kannalta tärkeitä arvioitaessa huumeiden käytön kehitystä suomessa. Euroopan pääasialliset huumemarkkinat sijaitsevat läntisessä ja keskisessä Euroopassa ja niihin katsottuna suomi sijaitsee syrjässä ja on markkina-arvoltaan vähäisessä asemassa. Kuitenkin on huomioitava että eurooppalaisen huumeidenkäytön trendit käytettyjen aineiden eri markkinaosuuksineen saapuvat suomeen viiveellä, ja tästä syystä päämarkkina-alueella vallitseva tilanne ja tarjonta auttaa ennakoimaan suomen huumausainetilannetta, huumehaittoja ja hoidon tarvetta maassamme lähitulevaisuudessa. (EMCDDA 2005: Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe.)

Helsingin kaupungin terveyskeskus on tiedostanut vuosien 2006-2008 strategiasuunnitelmassaan edellä mainitun kaltaisen tilanteen alueen väestön päihteiden käytössä. Stakesin tarjoamaa tietoa mukaillen strategiassa linjataan että lisääntynyt alkoholin käyttö ja ennallaan pysyvä huumausainetilanne aiheuttavat paineita alueen pirstaloituneelle päihdehuoltojärjestelmälle. Tässä tilanteessa kuormitusta lisää etenkin se, että arvioiden mukaan suomalaisista huumeiden ongelmakäyttäjistä puolet asuu pääkaupunkiseudulla (Helsingin terveyskeskus 2005: 51-52.)

4.3 Päihteidenkäyttäjien hoidon erityispiirteet päivystyspoliklinikalla

Päihteidenkäyttöön liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat muodostavat haastavan ja laajan ongelmakentän hoitotyössä. Voimakkaan päihtymystilan, yliannostuksen tai tapaturman vuoksi hoitoon saapuneen potilaan taustatekijät voivat vaihdella runsaasti. Akuutit hoitotilanteet eivät liity ainoastaan ongelmakäyttöön, vaan myös kokeilijoille ja kohtuukäyttäjille saattaa tulla tarvetta akuuttihoitoon. Kolmannen luvun alussa mainittujen esimerkkien mukaan päihteiden käytön vaikutukset potilaan somaattiseen tilaan ja sen taustoihin voivat olla hyvin moninaiset, eikä niiden seikkaperäinen tarkastelu ole tämän työn kannalta tarkoituksenmukaista. Päivystyspolikliinisessä hoitotyössä on erityisesti huomioitava päihtymystilan aiheuttamat muutokset potilaan olemuksessa sekä käyttäytymisessä. Käytetyillä päihteillä on kullekin aineelle ominaisia vaikutuksia vaikka jokaisen aineen kohdalla yksilökohtaiset erot saattavat olla hyvinkin suuria. Päihtynyt tai vieroitusoireista kärsivä potilas saattaakin olla hoidon piiriin saapuessaan esimerkiksi tajuton, uninen tai tokkurainen, ahdistunut harhainen, psykoottinen, hermostunut, kiihtynyt tai jopa aggressiivinen. Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus psykiatrisista potilaista on huomioitava hoitotyössä koska 60-80% päihteidenkäyttäjistä kärsii elämänsä aikana myös muista psykiatrisista häiriöistä. Mielialahäiriöt ovat yleisiä päihderiippuvaisten keskuudessa, samoin voidaan sanoa että masennus ja alkoholin käyttö korreloivat, samoin kuin skitsofrenia ja amfetamiini. Myös tästä syystä päihteiden käytön tarkoitus on selvitettävä. Päihdeaine on saatettu nauttia päihtymystarkoituksessa, mutta potilaan mahdollinen itsetuhoisuus on aina selvitettävä. Noin puolet itsemurhan tehneistä on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena ja jopa 80% itsemurhayrityksistä on lääkeainemyrkytyksiä. Päihteidenkäytön aiheuttamat sosiaaliset ongelmat ovat myös merkittävät ja laajuutensa vuoksi vaikeasti kartoitettava ongelmakenttä, esimerkiksi Euroopan rikollisuudesta arvioilta 50% liittyy huumausainerikollisuuteen. Lisäksi päihteidenkäytön aiheuttamat perheongelmat muodostavat huolestuttavan laajan ongelmakentän, koska vanhempien päihdeongelmat muodostavat suurimman yksittäisen riskitekijän lapsen- ja nuoren psyykkiselle kehitykselle (Alaja - Seppä 1996: 3, 15; Alaspää ym.) 2004: 450, 455; Dahl – Hirschovits 2002: 177, 179, 183-184, 187, 191; Koponen - Sillanpää 2005: 129; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 185-190; Sora ym. 2000: 317.)

Krooniseen päihteidenkäyttöön liittyy lisäksi kohonnut infektioriski. Krooniseen päihteidenkäyttöön liittyy useissa tapauksissa heikentynyt ravitsemustilanne, huono henkilökohtaisen hygienian hoito sekä puutteelliset sosiaaliset olit edistävät infektioiden kehittymistä. Etenkin suonensisäisten huumausaineiden käyttö altistaa infektioille, joista osa on vakavia. Tästä syystä päihdeongelman lisäksi on kartoitettava yleinen tervey-

dentila sekä infektiot. Vakavista infektioista yhteisten käyttövälineiden välityksellä leviävät HIV- HTLV-infektio sekä B-, C- ja D-hepatiitti. Suonensisäisesti huumeita käyttävistä lähes 80% on hepatiitti B ja/tai C-positiivisia. Myös sydämen sisäkalvon tulehdus sekä sepsis ovat yleisiä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä ja tuberkuloosin riski on myös huomioitava riskiryhmään kuuluvilla potilailla. Muina ongelmina suonensisäisten huumeiden käyttäjillä ilmenee eri laskimo- ja pehmytkudosinfektioita johtuen huonosta injektiotekniikasta ja huumausaineen väärästä koostumuksesta tai epäpuhtauksista. Myös alkoholin krooninen käyttö altistaa infektiosairauksille. Alkoholi itsessään toimii immunosuppressiivina alentaen immuunipuolustuksen toimintaa. Tämä yhdistettynä heikkoihin elinolosuhteisiin heikentää vastustuskykyä infektiosairauksia vastaan (Alaja - Seppä 1996: 15-16; Alaspää ym. 2004: 456, 473; Dahl – Hirschovits 2002: 153, 156-160; 164-165, 173; Niemelä - Laine 2000: 2, 80; Salaspuro - Kianmaa - Seppä 2003: 387.)

Päihteidenkäytöstä johtuvien infektioiden lisäksi päihteidenkäyttäjät saattavat olla potentiaalisia MRSA-, VRE- tai ESBL sairaalainfektioiden kantajia tai levittäjiä. Muiden infektiosairauksien ohella olisi pyrittävä selvittämään mahdollisuus näiden infektioiden esiintymiselle. Kansanterveyslaitos on julkaissut vuonna 1997 ohjeen VRE:n ja vuonna 2004 MRSA:n torjunnasta kansallisella tasolla. Kummankin sairaalainfektion torjunnan kohdalla katsotaan keskeiseksi infektion mahdollisten kantajien tunnistaminen ja uusien tartuntojen ehkäisy (Kansanterveyslaitos 1997: 5-7; Kansanterveyslaitos 2004: 8.)

Verikontaktivaaran ja infektioriskin minimointi liittyy oleellisena osana henkilökunnan työturvallisuuden takaamiseen. Normaalit suojautumiskeinot riittävät kun ollaan kosketuksissa potilaan veren tai eritteiden kanssa. Työturvallisuutta ja ennaltaehkäisyä parantaa lisäksi potilaan infektioiden ja terveydentilan selvittäminen (Alaja - Seppä 1996: 15; Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos 2000: 29-30; Koponen - Sillanpää 2004: 393; Niemelä - Laine 2000: 80.)

Hoidettaessa päihtynyttä potilasta on kiinnitettävä huomio päivystyspoliklinikan työ- ja potilasturvallisuuteen. Päihtymystilan tai vieroitusoireiden aiheuttamien psyykkisten muutosten vaikutukset potilaan käyttäytymiseen on huomioitava hoitoa suunniteltaessa. Hoitotyöntekijän on säilytettävä kaikissa potilaskontaktiin liittyvissä tilanteissa asiallisuus ja ammatillisuus hoidettaessa päihtyneitä tai vieroitusoireisia potilaita. Pääsääntöisesti päihtyneisiin potilaisiin on suhtauduttava vuorovaikutustilanteessa rauhallisesti, tasavertaisesti sekä kiistelemättä. On yleistä että toiset potilaat kokevat hoidon tarpeensa ja siihen liittyvät tekijät häpeällisenä. Näistä syistä johtuen on hoitohenkilökunnan muistettava että ahdistus, häpeä ja syyllisyys yhdistettynä alentuneeseen tajunnan

tasoon saattavat aiheuttaa potilaalle aggressioita. Työturvallisuutta voi parantaa henkilökohtaisella asennoitumisella, ennakoinnilla sekä oman ammattitaidon ylläpitämisellä. Välikohtausten syntymisten ehkäiseminen on tärkeää hoitoympäristön turvallisuuden takaamiseksi (Alaja - Seppä 1996: 10; Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä.) Työterveyslaitos 2000: 22, 26-27; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 102; Koponen - Sillanpää 2005: 62-63, 393; Sora ym. 2000: 316-317.)

Päihtyneen potilaan sijoituksessa päivystyspolikliniseen hoitoon tulee kiinnittää huomiota. Levoton ja kiireinen ympäristö saattavat luoda tai lisätä päihtyneelle potilaalle ahdistuksen ja hermostumisen tunnetta, joka taas aiheuttaa turvattomuuden tunnetta muihin potilaisiin. Erillinen päihdepotilaille tarkoitettu tila on mielekäs ratkaisu ajatellen muiden potilaiden turvallisuutta ja rauhallisen hoitoympäristön tarvetta, mutta turvallisuustekijöiden huomioiminen on tärkeää työturvallisuuden kannalta. Suositusten mukaan huoneessa tulisi olla kaksi poistumistietä ja sen tulisi olla muiden hoitotilojen yhteydessä tarkkailun helpottamiseksi (Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos 2000: 28; Koponen - Sillanpää 2005: 382-383, 393.) Päivystyspolikliniseen hoitotyöhön liittyvissä teoksissa ja ohjeissa päihteidenkäyttäjää kuvaillaan ongelmalliseksi asiakasryhmäksi heidän arvaamattoman käytöksensä, epäluotettavuuden ja jopa aggressiivisuutensa sekä omaisuusrikollisuuden vuoksi. Usein myös korostetaan että päihteidenkäyttäjät saattavat olla vaihtelevasti aseistettuja saapuessaan hoidon piiriin. Myös tilastot rikollisuudesta vahvistavat tätä mielikuvaa. Vuoden 2004 tietojen mukaan 67% poliisin tietoon tulleista pahoinpitelyistä ja 62% kuolemaan johtaneista väkivaltarikoksista tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. Vastaavasti henkirikoksista 6% ja pahoinpitelyistä 2% tehtiin huumeainesten vaikutuksen alaisena. Kirsi Markkanen tekemässä selvityksessä vuodelta 2000 todettiin että 42% hoitohenkilökunnasta oli joutunut vuoden sisällä suullisen uhkailun kohteeksi ja kolmannes oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Tutkimukseen vastanneet (n=1442) työntekijät ilmoittivat että useimmiten väkivaltaisesti käyttäytyivät päihteiden vaikutuksen alaisena olevat potilaat (Alaspää ym. 2004: 456; Alaja - Seppä 1996: 10; Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos 2000: 28; Koponen - Sillanpää 2005: 394; Markkanen 2000: 26; Niemelä - Laine 2000: 61; Päihdetilastollinen vuosikirja 2005: 21, 26.)

4.4 Päihtyneen potilaan tunnistus ja esitietojen kerääminen

Tarkoituksenmukaisen hoidon aloittamiseksi on tärkeää tunnistaa potilaan käyttämät päihteet. Yleisimmin potilaan käyttämät päihteet tunnistetaan ulkoisen olemuksen, kliinisten oireiden perusteella sekä muiden potilaasta saatavien viitteiden perusteella. Alkoholin aiheuttaman päihtymyksen toteaminen on helppoa potilaasta saatavilla hajuha-

vainnoilla sekä alkometrillä saatavalla seulonnalla (Alaja - Seppä 1996: 4, 10; Dahl – Hirschovits 2002: 283; Sora ym. 2000: 317; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 288.)

Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön toteaminen on vaikeampaa. Viitteitä huumausaineiden käytöstä antavat esimerkiksi suonensisäiseen annosteluun liittyvät pistosjäljet käsivarsissa tai jaloissa ja niihin liittyvät pistoskomplikaatiot kuten pistosabskessit tai tromboflebiitit. Myös potilaan hallussa olevat esineet ja käyttövälineet saattavat helpottaa käytetyn päihteen tunnistusta. Tärkeässä osassa ovat myös potilaan virtsasta ja verestä tehtävät huumeseulat sekä pitoisuusmääritykset. Tärkeän tietolähteen tarjoaa potilaan kliininen tila ja tutkimuksen aikana tehdyt havainnot kuten vireystila ja motorinen status, orientaatio, mieliala ja psyykinen status, silmäoireet sekä elintoimintojen muutokset joista voidaan päätellä päihteen keskushermostovaikutuksia ja sen perusteella käytettyjä päihteitä. Tästä syystä hoitohenkilökunnan päihdetietous, niiden käytön aiheuttamien oireiden ja vieroitusoireiden tunnistaminen on tärkeä osa ammattitaitoa (Alaja - Seppä 1996: 4; Alaspää ym. 455-456; Elonen, Mäkijärvi, Voipio-Pulkki, Vuoristo 2005: 483; Niemelä - Laine 2000: 40, 61-62, 65-66, 68, 71; Sora ym. 2000: 317.)

Lääkkeiden, huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö on tullut yhä yleisemmäksi viime vuosina. Etenkin pääsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavien (PKV) lääkkeiden väärinkäyttö on maassamme huomattava ongelma. Sekakäytöstä puhuttaessa tarkoitetaankin yleensä alkoholin sekä uni- tai rauhoittavien lääkkeiden samanaikaista käyttöä. Käytännössä kuitenkin kaikkien päihteiden, alkoholin, huumausaineiden ja lääkkeiden sekakäyttöä esiintyy runsaasti ja sekakäyttäjät voivatkin käyttää mitä tahansa saatavilla olevaa lääkettä päihtymystarkoituksessa. Yleisintä suomalaisella aikuisväestöllä on kuitenkin alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö. Alkoholin lisäksi bentsodiatsepiinien oheiskäyttö liittyy usein myös muiden huumausaineiden kuten amfetamiinin tai opiaattien käyttöön. Hoitotyön kannalta tilanteen tekee ongelmalliseksi se, että käytettyjen aineiden yhteisvaikutukset saattavat olla vaikeasti ennakoitavissa ja aiheuttaa potilaalle vakavia henkeä uhkaavia oireita. Lukuisten ja usein toistensa kanssa ristiriitaisenkin oireiden yhtäaikainen esiintyminen vaikeuttaa käytettyjen aineiden selvittämistä, niiden määrän arviointia ja suhdetta toisiinsa. Myös potilaiden käytös saattaa olla arvaamatonta eri päihteiden yhteisvaikutuksen vuoksi. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäytöstä johtuvien päihdemyrkytystiloiden hoidossa on etenkin muistettava potilaan mahdollinen itsemurhariski ja selvitettävä aina miksi potilas on nauttinut aineita yhdessä (Alaja - Seppä 1996: 3; Alaspää ym. 2004: 453; Dahl – Hirschovits 2002: 79-80; 147-152, 183-184; Elonen 2005: 483; Koponen - Sillanpää 2005: 382; Niemelä - Laine 2000: 22-23, 56; Sora ym. 2000: 314, 317.)

Päihtyneeksi tunnistetun potilaan saapuessa päivystyspoliklinikalle, hänen hoitonsa alkaa taustatietojen selvittämisellä. Mikäli potilas pystyy kommunikoimaan, voidaan häneltä selvittää hoitoonhakeutumisen syitä suorilla ja yksinkertaisilla kysymyksillä. Kontaktissa on muistettava olla tahdikas sekä ammatillinen. Vaikka päihtyneen potilaan tajunta saattaa olla alentunut ja realiteettikontrolli heikentynyt, kohtaamistilanteessa he kuitenkin ymmärtävät puhetta ja tunnistavat toisen henkilön asenteen. Alentuneesta tajunnan tasosta huolimatta potilaan tunteet saattavat olla pinnassa (Alaja-Seppä 1996: 3; Sora ym. 2000: 317-318.)

Potilaan perusteellisessa kliinisessä tutkimuksessa etsitään viitteitä somaattisista ja psyykkisistä sairauksista. Haastateltaessa potilasta häneltä selvitetään hoitoon hakeutumisen syy, mahdolliset onnettomuudet tai tapaturmat sekä tärkeänä osatekijänä päihdeanamneesin selvittely ja vieroitusoireiden kartoittaminen. Käyttötavan selvittäminen on tässä yhteydessä tärkeää. Suonensisäisessä käytössä yliannostusoireet ilmenevät yleensä nopeasti, mutta suun kautta mahdollisesti vasta tuntien- tai päivien kuluttua. Myös psyykkisten oireiden ilmeneminen on tärkeää selvittää, etenkin itsemurhakiellisuuden kannalta sekä tarvittavan psykiatrisen konsultaation kannalta. Päihtyneiden potilaiden kohdalla on muistettava että tilanteet saattavat muuttua nopeasti hoidon aikana. Tähän tekijään liittyy tärkeänä tekijänä ennakointi. Potilaan päihdeanamneesin, somaattisten sairauksien sekä mahdollisten tapaturmien tarkka selvittäminen auttaa hoitohenkilökuntaa ei pelkästään suunnittelemaan hoitoa, vaan myös ennakoimaan ja varautumaan mahdollisiin muutoksiin potilaan tilassa. Samasta syystä on selvitettävä potilaan vieroitusoireiden tila, ilmaantuvuus sekä niille ominaiset piirteet (Alaja-Seppä 1996: 3; Alaspää ym. 2004: 455-; 457 Dahl - Hirschovitz 2002: 325; Elonen ym. 2005: 438-439; Lönnqvist - Heikkinen - Henriksson - Marttunen - Partonen 2001: 404; Sora ym. 2000: 312, 317-318.)

Potilaalta tai hänen lähipiiriltään saadut tiedot voivat olla epätarkkoja. Alentuneen tajunnan tason lisäksi on muistettava että potilas saattaa antaa harhaanjohtavia tietoja itsestään tai käyttämistään päihteistä tai vähätellä tilanteensa vakavuutta. Kyseessä saattaa olla syyllisyyden ja häpeän tunne omasta tilastaan, tai epäluuloisuus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Kyseessä saattaa myös kuitenkin olla puhdas tietämättömyys käytetystä aineesta tai sen todellisesta koostumuksesta. Potilaan antamien tietojen luotavuuden arviointi on muistettava etenkin laittomien päihteiden käyttäjien kohdalla. Etenkin huumausaineiden käyttäjät saattavat tarkoituksellisesti antaa virheellisiä tietoja pelätessään niistä mahdollisesti johtuvia seuraamuksia (Alaspää ym. 2004: 457; Niemelä-Laine 2000: 61; Lönnqvist ym. 2001: 403-404; Sora ym. 2000: 316.)

4.5 Päihtyneen potilaan hoito päivystyspoliklinikalla

Yleisinä hoitoperiaatteina ovat peruselintoimintojen ja nestetasapinnon turvaaminen ja tarkkailu, käytetyn päihteen imeytymisen estäminen ja sen eliminaation nopeuttaminen. Potilas tutkitaan kliinisesti ja tavoitteena on akuuttihoitoa vaativien sairauksien toteaminen tai poissulku. Tärkeää on erottaa päihtymystilasta henkeä uhkaavat somaattiset sairaudet, traumaattiset vammat ja psyykkisistä syistä johtuva epänormaali käyttäytyminen. Mikäli käytetyistä päihteistä tai määristä ei ole tietoa, on hoito oireenmukaista (Elonen ym. 2005: 439, 475; Dahl – Hirschovits 2002: 325, 328-329; Hietanen - Pitkänen - Vilmi 1995: 97-98; Sora ym. 317.)

4.6 Alkoholimyrkytyksen sekä alkoholin vieroitusoireiden hoito

Alkoholimyrkytyksen aiheuttaa potilaalle hänen nauttimansa etanoli, metanoli, etyleeni-glykoli tai isopropanoli. Näistä alkoholeista ihmisen nautittavaksi on tarkoitettu ainoastaan etanoli, muiden alkoholien käytön rajoituessa pakkasnesteesiin, jäänpoistoaineisiin, jarrunesteesiin, polttonesteesiin ja teknisiin liuottimiin. Kuitenkin näiden ns. ”korvi-kealkoholien” päihdekäyttöä esiintyy etenkin kroonisilla alkoholisteilla. Ehdottomasti yleisin alkoholimyrkytys Suomessa on etanolin aiheuttama myrkytystila jonka hoitoon seuraavassa kappaleessa viitataan.

Alle kolmen promillen akuutti humalatila luokitellaan lieväksi tai keskivaikeaksi alkoholimyrkytykseksi. Potilas jonka veren alkoholipitoisuus on alle kolme promillea ja jonka peruselintoiminnot ovat kunnossa, ei tarvitse sairaalahoitoa päihtymyksensä vuoksi. Potilas on sairaalaseurannan tarpeessa jos hän on alaikäinen, voimakkaasti päihtynyt tai hänen tajunnan taso on alentunut. Alle kolmen promillen päihtymystiloissa potilaalla oleva perussairaus tai peruselintoimintojen häiriö saattaa edellyttää sairaalaseurantaa. Yli kolmen promillen humalatila luokitellaan vaikeaksi etanolimyrkytykseksi ja sen seurauksena hermoston toiminta alkaa lamaantua ja jonka vuoksi hengityslaman ja aspiraation riski kasvavat. Kuolemaan johtaneissa alkoholimyrkytyksissä veren alkoholipitoisuudet ovat olleet noin neljän promillen luokkaa. Vaikka 4-5 promillen veren alkoholipitoisuus aiheuttaa herkästi kuoleman alkoholiin tottumattomalle henkilölle, krooninen alkoholinkäyttäjä olla vielä täysin tajuissaan. Mikäli potilas on pinnallisesti tajuton, kiipuun reagoiva ja alkoholi on ainoa päihtymyksen aiheuttaja, riittää yleensä hyvä yleishoito. Potilas käännetään vasempaan kylkiasentoon aspiraatoriskin minimoimiseksi ja hänen hengitystään, verenkiertoaan sekä lämpötilaansa seurataan hypotermiavaaran vuoksi.

Syvästi tajuton ja kipuun reagoimaton potilas intuboidaan, respiraattorihoitoon varaudutaan sekä nestehoito aloitetaan. Hänen vointiaan seurataan tarkasti ja tarpeen mukaan tilataan laboratoriotutkimuksia. Potilaalle voidaan suorittaa mahanhuuhtelu imeytymättömän alkoholin poistamiseksi elimistöstä tai hemodialyysi eliminaation nopeuttamiseksi mikäli sen käyttöaiheet täyttyvät. Lisäksi on tärkeää huomioida onko alkoholin ohella nautittu mahdollisesti muita päihteitä tai lääkkeitä. Päivystyspoliklinisesti asia voidaan suorittaa helposti seulomalla potilaan virtsa pikatesteillä. Tästä syystä on tärkeää muistaa lääkehiilen käyttö mikäli potilas on suun kautta nauttinut alkoholin lisäksi lääkkeitä tai huumausaineita (Alaspää ym. 2004: 474-475; Dahl – Hirschovits 2002: 337-338; Elonen ym. 2005: 475-476, 485; Isopahkala 2005: 433; Koponen - Sillanpää 2005: 386; Lönnqvist ym. 404-406; Niemelä - Laine 2000: 5; Salaspuro - Kiiänmaa - Seppä 2003: 287-288.)

Runsaasta alkoholin käytöstä seuraa myös aina vieroitusoireita. Alkoholin käytöstä seuraavien myrkytysten lisäksi vaikeat vieroitusoireet saattavat muodostaa potilaalle hengenvaarallisen tilan, jonka vuoksi niitä käsitellään hieman tarkemmin tässä yhteydessä.

Tavallinen krapula ei juurikaan vaadi hoitoa mutta vaikeana vieroitusoireena voi ilmetä ”juoppohulluutta” eli vieroitusdelirium. Delirium tremens ilmenee eriasteisina oireina. Niitä ovat tajunnan tason, älyllisten toimintojen sekä uni- valverytmin häiriöt. Eriasteinen levottomuus ja harhaisuus ovat yleisiä jopa potilaan psykoottisuuteen sekä aggressiivisuuteen saakka. Vieroitusdeliriumille altistaa somaattinen oheissairaus tai muu vamma. Sen oireet alkavat nopeasti ja voi se voi olla potilaalle hengenvaarallinen tila sen aiheuttamien verensokerin- ja elektrolyyttitasapainon häiriöiden sekä vitaalielintoimintojen ylikuormituksen takia. Ajoissa aloitettu hoito estää vieroitusdeliriumin syntymisen. Hoitona käytetään kyllästyshoitoa diatsepaamilla sekä lisälääkityksenä tarvittaessa pienannosneuroleptiä potilaan ollessa levoton ja psykoottinen (Alaja - Seppä 1996: 11-12; Alaspää ym. 2004: 468; Dahl-Hirschovitz 2002: 139, 338; Elonen ym. 2005: 477-479; Koponen - Sillanpää 2005: 387-388; Niemelä - Laine 2000: 2-3, 49-50; Salaspuro - Kiiänmaa - Seppä 2003: 190, 203-208; Sora ym. 2000: 320-321.)

Potilaalla saattaa esiintyä taipumus saada alkoholiepileptisiä vieroituskouristuksia eli ns. viinakrampeja. Kyseiset viinakrampit ovat päivystyspoliklinisessä hoitotyössä suurin yksittäinen epileptinen kouristustyyppi. Kyseiset alkoholiepileptiset kohtaukset ovat tyypiltään grand-mal tyyppisiä. Ne tulevat deliriumin tapaan tyypillisesti 1-3 päivän kulluttua pitkään jatkuneen alkoholin tai rauhoittavien ja unilääkkeiden käytön päätyttyä tai vähennyttyä. Hoitamattomana tilanne saattaa johtaa pitkittyneeseen kouristustilaan eli

status epilepticukseen. Kohtauslääkityksenä käytetään yleisimmin diatsepaamirektiolia ja estolääkityksenä antiepileptistä lääkitystä (Alaja - Seppä 1996: 14; Alaspää ym. 2004: 304, 470; Elonen ym. 2005: 478-479; Dahl-Hirschovitz 2002: 136; Koponen - Sillanpää 2005: 387; Niemelä - Laine 2000: 7-8, 51; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 317-318; Sora ym. 2000: 318-319.)

Alkoholin suurkuluttajien kohdalla on myös huomioitava mahdollisen Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä ja alkoholidementia hoidon piiriin saapumisen syynä. Sen oireina ovat eriaisteiset näköharhat, horjuva, raidemainen tai laatikkomainen horjuva ja epävarma kävely, uneliaisuus sekä lämmönsäätelyn häiriöt. Hoitamattomuudesta seuraa vaikea muistihäiriö. Hoitona käytetään ravitsemustilanteen korjaamista sekä tärkeänä osana potilaalle annettavia B1-vitamiinin injektioita. (Alaja - Seppä 1996: 14-15; Alaspää ym. 2004: 469-470; Dahl - Hirschovitz 2002: 135; Elonen ym. 2005: 477-478; Koponen - Sillanpää 2005: 387-388; Niemelä - Laine 2000: 6; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 203-208; Sora ym. 2000: 321.)

4.7 Keskushermostoa lamaannuttavaa huumausainetta käyttäneen potilaan hoito

Keskus- ja autonomista hermostoa lamaavat huumeet aiheuttavat hengitysvajasta laskemalla käyttäjän kertahengitystilavuutta ja hengitystiheyttä. Ne aiheuttavat myös tajunnan tason laskua ja lamaavat sydämen toimintaa. Näistä huumeista yleisimmät ovat kannabis, opioidit ja gamma eli gammahydroksibutyraatti suurina annoksina. Hengitysvajaus saattaa syntyä myös ilmäteiden osittaisen tukkeutumisen, esimerkiksi aspiraation seurauksena. Ilmatien varmistaminen, riittävästä keuhkotuuleuksesta huolehtiminen, aspiraatiovaaran ehkäisy sekä muu oireenmukainen hoito on tämän potilasryhmän hoidon perusta. Yliannostuksen kulloistakin vaikeusastetta voidaan arvioida potilaan tajunnan tason mukaan esimerkiksi Glasgow Coma Scale eli GCS-luokituksen avulla. Vakavimmat yliannostukset liittyvät useimmiten sekakäytön, esimerkiksi alkoholin ja gamman tai bentsodiatsepiinien ja opioidien yhteiskäyttöön. Suun kautta nautittujen aineiden imeytymistä voidaan estää vatsahuuhtelun tai lääkehiilen avulla. Yliannostustilanteissa opioidien käyttäjien kohdalla on mahdollista käyttää opioidivasta-ainetta naloksonia kumoamaan opioidien annosteluun liittyvää hengityslamaa. Bentsodiatsepiinien yhteydessä vastaavalla tavalla käyttökelpoinen vasta-aine on flumatseniili. Näitä vasta-aineita voidaan myös käyttää erotusdiagnoosien tekemiseen epäselvissä tilanteissa selvittäessä käytettyä päihdettä. Opiattien käyttäjien kohdalla on muistettava kovien vieroitusoireiden ja käyttöön liittyvien komplikaatioiden mahdollisuus päivystyspolikliiniseen hoitoon hakeutumisen syynä. (Alaspää ym. 2004: 462; Boyd 2002: 251;

Dahl – Hirschovits 2002: 63, 76, 343-344; Elonen ym. 2005: 483-486; Koponen - Sillanpää 2005: 389-390.)

4.8 Keskushermostoa kiihdyttävää huumausainetta käyttäneen potilaan hoito

Kiihottavat huumausaineet aiheuttavat kaikki hyvin samankaltaisia oireita. Lieviä oireita ovat kiihtymystilat, ”vauhdikkuus”, euforia, sekavuus, aistiharhat ja jopa aggressiivisuus. Kliinisesti amfetamiinin ja kokaiinin aiheuttamaa päihtymystilaa voi olla vaikea erottaa toisistaan. Potilaan hoidoksi riittää rauhoittaminen tarvittaessa sedatiiveja kuten bentsodiatsepiineja käyttäen, mutta beetasalpaajien käyttöä ei suositella. Vaikeissa yliannostustilanteissa esiintyy etenkin hyperdynaamisia oireita eli verenpaineen ja pulssitaajuuden korkeaa nousua sekä nopeita hypertermisiä reaktioita. Hyperdynaaminen verenkierto yhdistettynä verisuonia supistavaan vaikutukseen voi aiheuttaa potilaalle vakavia rytmihäiriöitä, veritulppien muodostumista ja sydänlihaksen iskemiaa, jopa infarktin tai sydänpysähdyksen. Yleisinä hoitoperiaatteina ovat peruselintoimintojen turvaaminen ja oireiden mukainen hoito kuten verenpaineen ja korkean ruumiinlämmön alentaminen. On kuitenkin huomioitava, että potilas saattaa olla täysin tajuisaan vakavista elinvaurioista huolimatta, mikäli käytetty aine ei lamaa keskushermostoa. Tästä syystä tajuttomuus ja kouristelu ovat mahdollisia seurauksia muista oireista ja nestehukka kuivumisen seurauksena on yleistä. Kuten keskushermostoa lamaavien aineiden kohdalla suun kautta nautittujen aineiden imeytymistä voidaan estää vatsahuuhtelun tai lääkehiilen avulla. Vasta-aineita amfetamiini- tai kokaiiniyliannostusten hoitoon ei ole käytettävissä. (Alaja-Seppä 1996: 15; Alaspää ym. 2004: 463-464; Boyd 2002: 252; Dahl – Hirschovits 2002: 35-36, 42, 325, 339-340; Elonen ym. 2005: 485-486; Koponen - Sillanpää 2005: 388; Niemelä-Laine 2000: 62-64;)

4.9 Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtäminen

Potilasta hoitava lääkäri päättää potilaan siirtämisestä toiselle osastolle. Päihdeongelmaisten potilaiden tavallisimpia syitä osastohoitoon joutumiselle ovat infektiot, tapaturmat, ruoansulatus- sekä sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmat. Etenkin infektioiden osuus on huomattava, koska suonensisäisesti huumeita käyttävien sairaalahoidoista 20-60 % johtuu infektiosta ja näistä 10-14 % voidaan luokitella vakaviksi. Niiden hoito saattaa vaatia pidempiaikaista sairaalahoidoa, kuin mitä päivystyspoliklinikalla pystytään tarjoamaan. Mikäli päihdepotilas jää sairaalaan hoitoon, tulee potilaan siirron tapahtua vasta, kun potilas on rauhoittunut ja hän ymmärtää sairaalaan jäämisen syyt. Aggressiivista ja levotonta potilasta ei kannata siirtää osastolle kuin poikkeustapauksissa, koska muuten vastaanottavan osaston henkilökunta joutuu välittömästi ongelmiin

levottoman potilaan kanssa. Levottoman potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla on helpompaa kuin vuodeosastolla henkilökunnan määrän ja tilojen vuoksi (Dahl - Hirschovitz 2002: 153; Elonen ym. 2005: 488; Koponen - Sillanpää 2005: 391; Sora ym. 2000: 322.)

Päihdepotilaan osastolle siirtäminen tapahtuu samojen periaatteiden mukaan kuin muidenkin potilaiden. Hoitotyön jatkuvuuden periaatteen mukaan potilaan hoito on yhtenäistä ja jatkuvaa. Eri hoitoyksiköiden ja ammattiryhmien yhteistyö ja toiminnan koordinoiminen on sen edellytys. (Sarvimäki - Stenbock-Hult 1996: 131.) Hoitohenkilökunnalle muodostuu velvollisuus huolehtia tämän jatkuvuuden periaatteen toteutumisesta ja osastosiirron onnistumisesta tässä kahden hoitoyksikön muodostaman palveluketjun välisessä saumakohtassa.

Vilmin (1997) ja Korhosen (2002) Tampereen yliopistollisen keskussairaalan ensiapu- ja tarkkailuosastolla suorittamien tutkimusten perusteella yksilövastuiseen hoitotyön toteuttaminen ei täydellisesti onnistu päivystyspoliklinisessa hoitotyössä (Korhonen 2002: 72; Vilmi 1997: 15). Kuitenkin osastosiirtotilanteessa hoitotyöltä ja sitä toteuttavalta hoitajalta vaadittavat piirteet kuten koordinointi, vastuullisuus, autonomia sekä hoidon kattavuus vastaavat Hegywaryn määritelmiä ja Munnukan väitöskirjassaan mainitsemia yksilövastuiseen hoitotyön ja omahoitajuuden tunnuspiirteitä (Hegyvary 1987: 17; Munnukka 1993: 8, 85).

Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden toteutumisen lähtökohta on suullisen- ja kirjallisen tiedon välittäminen jatkohoidosta vastaavalle osastolle. Potilasasiakirjat ja kattava raportointi palvelevat hoitotyön suunnittelua, toteutumista ja seurantaan etenkin potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. (Lauri - Eriksson - Hupli 1998: 94; Hallila 1998: 26, 75, 78, 100; Inkinen - Partanen - Sutinen 2000: 21; Nenonen - Lauri 1996: 17; Parviainen ym. 1998: 82-83.)

Potilasta hoitava lääkäri tekee päätöksen potilaan siirrosta. Tästä lääkärin päätösvalasta huolimatta vastuuhoidajan näkemys siirron tarpeesta, ajankohdasta ja tarkoituksenmukaisesta jatkohoito-osastosta merkittävässä asemassa siirtopäätöstä tehtäessä. Tämä siitä syystä, että ammattitaitoinen vastuuhoidaja tuntee yleensä potilaan ja tämän kokonaisvaltaisen tilanteen parhaiten muihin ammattiryhmiin verrattuna. Edellä mainituista syistä johtuen on siirtoa toteuttavalta hoitajalta syytä edellyttää kokonaistilanteen hyvää koordinointia ja hallintaa. Vaikka jatkohoidon toteuttaminen on vastaanottavan osaston tehtävä, on siirrosta vastuussa oleva hoitaja velvollinen välittämään potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon tarvittavan tiedon uudelle osastolle. Hän ei ole toiminnas-

taan vastuussa pelkästään luovuttavalle ja vastaanottavalle osastolle, vaan myös siirrettävälle potilaalle jonka hoitovastuusta potilassiirrossa on kysymys. Vastuullinen sairaanhoitaja ei päättä hoitosuhdetta tai siirrä potilasta yksiköstä toiseen ilman että on varmistunut jatkohoidosta ja sen asianmukaisuudesta. (Hallila 1998: 100; Koponen 1998: 30; Parviainen ym. 1992: 83.)

Edellä mainittujen periaatteiden kannalta Leena Koponen on käsitellyt hoitoorganisaatioiden palveluketjuja sekä sairaanhoitajan toimintaa näiden ketjujen saumakohtassa. Ihanteellisimmaksi Koponen kuvailee hyvin potilaslähtöisen mallin jossa potilaan autonomian kunnioittaminen on tärkeää. Potilaalla itsellään on hallussaan tietoa koskien hänen siirtoaan ja hänen mielipidettään kuunnellaan näiden siirtojen yhteydessä. Tärkeimpinä tekijöinä artikkeleissaan Koponen vaatii hoito-organisaatioilta saumattomuutta ja hyvää yhteistyön tasoa. Yhteistyön ongelmiksi Koponen kuvailee kommunikaatio-ongelmat, joissa hoitoyksiköiden kieli, käsitteet, toimijat ja hoitotyön käytännöt ovat erilaisia tai ristiriidassa keskenään. Kenelläkään ei ole vastuuta palveluketjun kokonaisuudesta ja toimijoiden yhteistyö on koordinoimatonta juuri silloin kuin sitä eniten tarvittaisiin. (Koponen 1998: 9-12, 28-31.)

Yksi vaihtoehto Kopesen mainitsemien kommunikaatio-ongelmien ratkaisemiseksi saattaa olla osastosiirtoon liittyvän raportointikäytännön kehittäminen. Victoria Hoban käsittelee vuonna 2003 Nursing Times –lehteen kirjoittamassaan artikkelissa ”How to... handle handover” yleisiä raportointiin liittyviä ongelmakohtia sekä ratkaisumalleja niiden poistamiseen. Muiden vastaavanlaisten tutkimusten ja raportointiohjeiden tapaan Hoban korostaa suullisen sekä kirjallisen raportoinnin merkitystä potilaan tiedonkulun sekä hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoban kiinnittää artikkelissaan huomioita siihen, että hoitohenkilökunta liittyy raporttiinsa kuitenkin usein potilaan hoidon ja voinnin kannalta epäoleellista materiaalia ja vaikeuttaen näin oleellisen tiedon erottamista epäoleellisesta. Lisäksi Hoban korostaa hoitajien vaihtelevaa ammatillisen tietopohjan ja kokemuksen määrää hoitotyöstä, minkä perusteella tilanteenmukaista raportointia olisi pyrittävä muokkaamaan vastaanottajan valmiuksien mukaan. (Hoban 2003: 54-55.)

Davin Pothier, Pedro Montiero, Mutuzua Mooktiar sekä Alison Shaw tutkivat Bristolissa St. Michaels’in sairaalassa vuonna 2005 potilaan tietojen välittymistä ja tietokatoa eri raportointimallien kesken. He simuloivat 12 potilastapausta hoitotietoineen ja testasivat niiden asianmukaista välittymistä viiden raporttikierron ajan. Kiertojen väli oli yksi tunti. Keskenään vertailtavina olivat Verbal handover eli suullinen raportointi, Note-taking handover eli vastaanottavan tahon muistiinpanoihin perustuva raportointi sekä Millerin vuonna 1998 esittämän mallin mukainen pre-prepared patient handover sheet eli poti-

laan esitetyt raportointikaavake. Tutkimuksen tulokset olivat yksiselitteiset. Pelkäämään suulliseen raportointiin perustuvassa tiedonsiirrossa 100 % potilaan hoitotiedoista oli kadonnut tai unohtunut kolmannen raporttikerran jälkeen. Vastaanottavan tahon tekemiin muistiinpanoihin perustuvassa raportointimallissa 31 % potilaan tiedoista oli tallella viidennen raporttikerran jälkeen, tosin tietokato oli suurempaa epäolennaisen kuin olennaisen tiedon osalta. Tehokkaimmaksi keinoksi osoittautui esitetyt kaavakkeiden käyttö, jonka seurauksena 96,4 % alkuperäisestä tiedosta oli tallella viidennen raporttikerran jälkeen. Tutkimuksessa esitetyt kaavakkeiden käyttö todettiin aikaa vieväksi keinoksi raportoinnin suunnittelussa ja valmistelussa, mutta tutkimuksen tekijät suosittelivat potilaan hoidon jatkuvuuden takaamiseksi sen kaltaisten tai vastaavien metodien käyttöä raportoinnin kehittämisessä tulevaisuudessa. (Pothier ym. 2005: 1090-1093.)

5 PÄIHTYNEEN POTILAAN JATKOHOITOON SIIRTÄMISEN KRITEERIEN KEHITTÄMINEN

Päihtyneiden potilaiden ja kroonisten päihteiden käyttäjien muodostama potilasryhmä asettaa omia erityisvaatimuksiaan toiselle osastolle jatkohoitoon siirtymisen toteutukselle ja sen arvioinnille. Hoitotyön kirjallisuus asettaa päivystyspolikliniselle hoitotyölle vaatimuksen tulosten, sekä potilaan terveydentilan muutosten ennakkoinnin jatkuvasta arvioinnista. Hoitotyön tarvetta vastaava jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö auttaa päivystyspoliklinikan henkilökuntaa arvioimaan hoitotyön tuloksellisuutta ja ennakoimaan sen tarvetta tulevaisuudessa. Hoidon tarpeen arviointi on tärkeässä osassa pohdittaessa potilaan jatkohoidon tarvetta ja sitä, minkälaiselle osastolle potilas olisi tarkoituksenmukaisinta sijoittaa jatkohoitoa ajatellen. Ennen seuraavalle osastolle siirtämistä hoitohenkilökunta pystyy kriteerien avulla arvioimaan ovatko potilaan kliininen tila, suoritettavat hoitotoimenpiteet ja potilaan ennuste sen kaltaiset, että hänet voidaan siirtää jatkohoidosta vastaavalle osastolle. Kriteereitä voidaan käyttää myös hoitohenkilökunnan raportointia tukevana työkaluna päivystyspoliklinikalta toiselle osastolle tapahtuvan potilassiirron yhteydessä. (Alaspää ym. 40-41; Eriksson 1988: 81-82, Hallila 1997: 98; Ilveskivi 1997: 41-43; Koponen - Sillanpää 2005: 29; Parviainen - Mölsä - Karpov - Kehä 1992: 108, 110-111; Pelkonen - Perälä 1993: 114-115.)

5.1 Taustatekijät

Jatkohoitoon siirtämisen kriteeristö alkaa potilaan esitetietojen kuten tulosityn ja henkilöllisyyden tarkastamisella. Tulosity ja esimerkiksi aikaisempien sosiaali- ja terveysalan kontaktien ja hoitosuhteiden kartoittaminen saattavat auttaa selvittämään ongelman taustoja ja ratkaisumalleja. Vaikka potilaan henkilöllisyyden tunteminen ei aina, etenkin akuuttitilanteissa ole välttämätöntä, on se kuitenkin tärkeää potilaan identiteetin, hoitosuhteen muodostumisen ja yleisten hoitojärjestelyiden kannalta. Tuskin kukaan ihminen haluaa olla tai tulla kohdeksi identiteettittömänä ihmisenä. Potilaan kliinistä tilaa määrittelevän jatkohoitoon siirtämisen kriteeristön sisältö voidaan jakaa päihtymystä, somaattista ja psyykkistä tilaa sekä vieroitusoireita ja ympäristövaikutuksia mittaaviin tekijöihin (Liite1).

5.2 Päihteidenkäytön tunnistaminen ja alustavan päihdeanamneesin teko

Päihtyneen potilaan kohdalla on ensisijaisen tärkeää pyrkiä tunnistamaan tai määrittelemään potilaan nauttimat päihteet. Kehitetystä kriteeristössä kohdat 1-6 ovat tärkeitä potilaan päihdeanamneesin selvittämisen kannalta. Potilaan yleisoireiden ohella käytetyn päihteen ja nautitun määrän selvittäminen sekä alustavan päihdeanamneesin teko haastattelemalla, potilaan tutkimisella sekä alkometrillä, virtsa- ja verikokeilla on tärkeää. Potilaan käyttämien aineiden käyttöhistorian, käyttömäärien, käyttötapojen sekä käyttöreittien selvittäminen auttaa arvioimaan muutoksia potilaan voinnissa sekä käytöstä aiheutuneita komplikaatioita ja tulevia vieroitusoireita. Tiivistäen voidaan sanoa, että päihdeanamneesi muodostaa perustan potilaan sen hetkisellem hoidolle, potilaan voinnin muutokseen varautumiselle ja jatkohoidon suunnittelulle. Aina potilaan käyttämän päihteen määrittely ei kuitenkaan onnistu, ja tämän lisäksi Suomessa yleinen sekakäyttö vaikeuttaa potilaan yleistilan kartoittamista ja voinnin muutosten ennakointia. (Alaja - Seppä 1996: 3; Alaspää ym. 2004: 455-461; Dahl-Hirschovitz 2002: 326-328; Elonen ym. 2005: 438, 475, 483-485; Koponen - Sillanpää 2005: 383-384; Lönnqvist ym. 2001: 407-408; Niemelä - Laine 2000: 40, 62-64, 66, 68, 71; Sora ym. 2000: 317-318.)

5.3 Somaattinen tilanne sekä infektiot

Potilaan somaattisen tilanteen selvittäminen on tärkeässä osassa kriteeristön kohdissa 5, 7 ja 8. Kliinisten oireiden mukainen hoito on tärkeää tarkastaa ja käytetyn päihteen tunnistaminen sekä päihdeanamneesin teko antaa edellä mainitulla tavalla viitteitä odotettavista muutoksista potilaan tilassa. Päihtymytilan lisäksi on potilaan tilanteessa

huomioitava mahdolliset epileptiset ja diabeettiset oireet, aivovauriot sekä aivoverenkierron häiriöt, sokkitilat, vaikeat infektiot, tapaturmat sekä perussairaudet. Potilaan perussairauksilla saattaa olla yllättäviä vaikutuksia potilaan vointiin ja ne saattavat esimerkiksi rajoittaa joidenkin toimenpiteiden suorittamista tai lääkeaineiden käyttöä. Esimerkiksi heikon yleiskunnon, trauman tai muu tapaturman on todettu altistavan runsaasti alkoholia käyttävän potilaan delirium tremensille. Vaikeiden infektioiden kuten hepatiittien, HIV- ja HTLV-viruksen, tuberkuloosin sekä sairaalainfektioiden kuten MRSA:n, VRE:n ja ESBL:n potentiaalisen kantajan aiheuttama tartuntavaara on erityisesti huomioitava päihdepotilaiden kohdalla työ- ja potilasturvallisuuden vuoksi ja samalla on hyvä arvoida yleisesti potilaan infektioherkkyyttä. Edellä mainituista syistä myös annetun hoidon ja suoritettujen hoitotoimenpiteiden kartoittaminen osastosiirron yhteydessä on tärkeää. (Alaja - Seppä 1996: 3-4, 15-16; Alaspää ym. 2004: 456, 469; 60-61; Elonen ym. 438-442, 475, 483-486; Dahl - Hirschovitz 2002: 153, 156-160, 164-165, 327-328; Isopahkala 2005: 433; Kansanterveyslaitos 1997: 5-7; Kansanterveyslaitos 2004: 8; Koponen - Sillanpää 2005: 384; Lönnqvist ym. 2001: 404-405; Niemelä - Laine 2000: 2, 6; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 387; Sora ym. 2000: 312-314, 317-318.)

5.4 Psykykinen tilanne

Psykykkisessä tilassa on kiinnitettävä huomiota potilaan mahdolliseen itsetuhoisuuteen. Kehitetystä kriteeristöstä psykiatriset häiriöt ja itsetuhoisuus huomioidaan asiaankuuluvasti kohdissa 4, 5, 7 ja 10. Päihteidenkäyttäjillä on tilastollisesti suurempi itsemurhariski kuin normaaliväestöllä ja lisäksi huomattava osa itsemurhista tehdään joko päihtyneenä tai lääkeaineilla. Koska psykiatrisen konsultaation tarve on huomioitava kaikissa tahallisissa yliannostustapauksissa, on vastaavasti tämän tiedon raportointi jatkohoidosta vastaavalle osastolle keskeistä. Tärkeää on myös huomioida mahdollisten kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus päihdepotilaiden joukossa. Näiden potilaiden epävakaaseen psyykkiseen tilaan voi vaikuttaa psykiatrinen perussairaus. Myös päihteidenkäytön laukaiseman reaktiivisen psykoosin mahdollisuus on huomioitava, etenkin amfetamiinin ja kannabiksen käyttäjien kohdalla mikäli heidän statuksensa antaa tähän aiheutta. Alkoholin suurkuluttajien osalta on vastaavasti huomioitava mahdollisen Wernicke-Korsakoffin oireyhtymän ja alkoholidemencian vaikutus potilaan olemukseen ja psyykkiseen statukseen. (Alaja - Seppä 1996: 14-15; Alaspää ym. 2004: 450, 455-456; Dahl - Hirschovitz 2002: 177-179, 184; Koponen - Sillanpää 2005: 129-130, 399; Niemelä - Laine 2000: 6-7; Lönnqvist ym. 2001: 321-324, 403-404; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 183-191; 454-456, 459-461, 469-470; Sora ym. 2000: 316, 320.)

5.5 Vieroitusoireiden huomiointi

Päihtyneen potilaan vieroitusoireiden huomiointi muodostaa tärkeän osan potilaan hoidon kokonaisuudesta. Kriteeristöissä tämä seikka huomioidaan kohdassa 9. Vieroitusoireet voivat olla potilaan hoitoon saapumisen syy, mutta ne voivat myös alkaa potilaan sairaalahoidon aikana. Potilaan päihdeanamneesi ja yleinen vointi antaa henkilökunnalle mahdollisuuden arvioida mahdollisten vieroitusoireiden tilaa ja ennakoida niiden ilmenemistä jatkohoidon aikana. Vieroitusoireiden vaikutukset potilaan vointiin ovat suhteessa käytettyyn aineeseen, käyttömääriin ja jossain määrin käyttötapaan ja käytöreittiin. Fyysiset vieroitusoireet ovat ilmeiset alkoholia ja opiaatteja käyttäneillä, sekä vähäisemmät amfetamiinia sekä kannabista nauttineilla. Psykkiset vieroitusoireet ovat sen sijaan kaikkien aineiden osalta voimakkaat ja hoidon kannalta keskeiset. Ne ilmenevät usein levottomuutena, mielialavaihteluina, voimakkaana tarpeena saada ainetta tai jopa harhaisuutena ja psykoottisena oireiluna. Harhaluuloisuus on yleistä etenkin amfetamiinia käyttäneiden kohdalla. Myös psykosomaattinen oireilu on yleistä. Psykkiset vieroitusoireet voivat tehdä potilaan käytöksestä haastavaa. Yleisimpinä haasteina kuvataan potilaiden huonoa hoitomyönteisyyttä, rauhattomuutta ja jopa aggressiivisuutta aineen himon ollessa kovimmillaan. Lähes kaikilla potilailla kuvaan liittyy myös eriasteinen lääkehakuisuus. Nämä ovat tärkeitä seikkoja pohdittaessa potilaan jatkosijoitusta sairaalan sisällä ja usein syynä siihen, että päihteiden käyttäjiä karsastetaan potilasryhmänä ja heihin suhtaudutaan varautuneesti lähes kaikissa hoitoyksiköissä. (Alaja - Seppä 1996: 11-12, 14-15; Alaspää ym. 2004: 468-470; Dahl-Hirschovitz 2002: 135, 139, 338; Elonen ym. 2005: 477-479; Koponen - Sillanpää 2005: 387-388; Niemelä - Laine 2000: 2-3, 6, 49-50; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 190, 203-208.)

Alkoholin vieroitusoireiden riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää päivystyspolikliniikassa hoitotyössä ja suunniteltaessa potilaan jatkohoitoa. Pitkään jatkuneen juomaputken katkaisemisen jälkeen potilaalla on riski saada ”juoppohulluuskohtaus” eli delirium tremens tai alkoholiepileptisiä vieroituskouristuksia eli viinakrampeja. Kummatkin alkavat tavallisesti 1-3 vuorokautta juomisen lopettamisen tai huomattavan vähentämisen jälkeen. Tästä syystä ne saattavat alkaa vasta potilaan siirryttyä päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon seuraavalle osastolle. Myös mahdollisen Wernicke-Korsakoffin oireyhtymän huomiointi on tärkeää jatkohoidosta vastaavan osaston hoidon suunnittelun kannalta. Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä tyypillisine oireineen saattaa vaikuttaa potilaan hoitoon kiinnittymiseen, omahoitoisuuteen sekä turvallisuuteen muistamattomuuden, kognitiivisten valmiuksien heikkenemisen sekä epävarman ja huonon liikkumisen kannalta. (Alaja - Seppä 1996: 11-12, 14-15; Alaspää ym. 2004: 468-470; Dahl-Hirschovitz 2002: 135, 139, 338; Elonen ym. 2005: 477-479; Koponen - Sillanpää 2005: 387-388;

Niemelä - Laine 2000: 2-3, 6, 49-50; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 190, 203-208.)

5.6 Potilaan vaikutukset hoitoympäristöön

Päihtyneiden potilaiden ympäristövaikutuksia määriteltäessä tärkeimmäksi nousee hoitavan osaston sääntöihin asettuminen, rajoituksiin tottuminen sekä yleisen turvallisuuden takaaminen ja häiriökäyttäytymisen estäminen. Kyseisen ”yleisen rajattomuuden” tuottama ongelma huomioidaan kriteeristön kohdissa 10 ja 11 ja osaltaan kohdassa 8 joka määrittelee potilaan psyykkistä tilannetta. Vaikeat vieroitusoireet saattavat tuottaa potilaalle fyysisesti epämukavaa, tuskaista oloa ja levottomuutta. Muistamattomuus, epävarma tai turvaton olo, suoranaiset harhat ja harhaluuloisuus saattavat vääristää todellisuutta. Tämä yhdistettynä mahdolliseen impulssikontrollin häiriöön saattaa tuottaa osastolle järjestyshäiriöitä, jopa aggressiivista käytöstä. Usein kuvataan myös huonoa hoitoon sitoutumista ja jopa tahallista hoitohenkilökunnalle valehtelemista ja harhaanjohtamista hoidon aikana. On muistettava, että varsinkin huumeidenkäyttöön liittyvä omaisuusrikollisuus siihen liittyvine lieveilmiöineen saattaa tuottaa ongelmia osastohoidossa. Lisäksi potilaalla oleva psykiatrinen perussairaus saattaa tuottaa oireilua osastohoidon aikana. Nämä kaikki tekijät yhdessä saattavat tuottaa epäsosiaalista käyttäytymistä, mikä yhdessä päihteiden käytön, vieroitusoireiden sekä impulsiivisuuden kanssa saattaa aiheuttaa kyvyttömyyttä sopeutua osastohoidon asettamiin rajoituksiin. Mikäli tämänkaltaista käyttäytymistä on syytä epäillä, kannattaa potilaan kanssa tehdä kirjallinen hoitosopimus yhteisistä säännöistä. (Alaspää ym. 2004: 457; Dahl - Hirschovitz 2002: 224, 230-232, 288-291; Elonen ym. 488-489; Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos 2000: 28; Koponen - Sillanpää 2005: 61, 65-66, 391-394; Markkanen 2000: 26; Niemelä - Laine 2000: 29, 82; Salaspuro - Kiianmaa - Seppä 2003: 266-267; Sora ym. 2000: 321-322.)

Ympäristövaikutuksiin voidaan myös sisällyttää potilaan sosiaalisen tilanteen kartoittaminen sekä hoidosta ilmoittaminen omaisille tai muille vastaaville tahoille. Tässä yhteydessä on syytä huomioida varautuminen potilaan saattajien, lähipiiriin tai jopa omaisten aiheuttamiin ongelmiin ja informoida niistä jatkohoidosta vastaavaa osastoa. Potilaan lähipiiriin ja mahdollisiin vierailijoihin saattaa kuulua ihmisiä, jotka saattavat olla päihteidenkäyttäjia ja joiden vaikuttimena esimerkiksi mahdolliseen vierailuun saattaa liittyä motiiveiltaan tai teoiltaan kyseenalaisia piirteitä. Tästä syystä on muistettava, että krooninen päihteidenkäyttäjä saattaa tuoda oman mahdollisen asosiaalisen ja päihdekeskeisen elämäntavan mukaisia lieveilmiöitä mukanaan jatkohoidosta vastaavalle osastolle. (Alaspää ym. 2004: 457; Dahl-Hirschovitz 2002: 230-232; Huumeidenkäyttä-

jien kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos 2000: 28; Koponen - Sillanpää 2005: 382-383.)

6 POHDINTA

Päihtyneen potilaan osastosiirrossa korostuvat muiden potilaiden tavoin turvallisen hoidon- ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Hoitajan tulee aina muistaa vastuunsa potilaan hoidosta myös jatkohoitopaikassa. Siirtoa toteuttava hoitaja on vastuussa siitä että turvallisuuden- ja hoidon jatkuvuuden kannalta oleellinen tieto siirtyy jatkohoidosta vastaavaan yksikköön potilaan mukana. Lisäksi on muistettava huomioida potilaan yksilölliset tarpeet siinä määrin kun se on mahdollista ja järkevää. Vaikka päihtynyt potilas helposti leimataan edustamansa potilasryhmän mukaan, on muistettava että hoidettavien terveysongelmien takana on aina yksilö. Itse asiassa, termi ”päihtynyt potilas” tai ”päihteitä käyttänyt potilas” on jo itsessään niin laaja termi että sen pohjalta on mahdotonta tehdä minkäänlaisia yleistyksiä. Vasta tarkempi potilaaseen ja ”nenänpäähän” tutustuminen antaa viitteitä siitä minkälaiseen päihteiden käyttäjien alaryhmään potilas kuuluu ja auttaa määrittelemään karkeasti hänen yksilöllisiä tarpeitaan. Useimmiten etenkin päihteiden suurkuluttajilta löytyy myös muita hoidettavia, tai hoitamatta olevia perussairauksia jotka asettavat vaatimuksia heidän saamalleen päivystyspolikliniselle hoidolle ja sen suunnittelulle. Tämä lisää painetta huomioida eri yksilöiden yksilöllisen huomiointin tarvetta. Yksilöllisyys asettaa siis haasteita siirtokriteeristön- tai siirto-ohjeen muodostamiselle. Haasteena on saada lyhyesti ja yksinkertaisesti mukaan hoidon kannalta keskeiset asiat samalla huomioiden potilaan yksilöllisiä tarpeita. Siirtokriteeristöä muodostettaessa parhaimmaksi vaihtoehdoksi valikoitui suppeampi muoto, jossa turvallisen somaattisen ja psyykkisen tilanteen kannalta välttämätön tieto pyrittiin sisällyttämään kriteeristöön muiden yksilöllisten tarpeiden jäädessä siirrossa mukana olevien hoitajien suullisen raportoinnin varaan. On kuitenkin muistettava että päivystyspoliklinikan tarjoama hoito perustuu enemmän kokonaisvaltaista tilannetta kartoittavaan, henkeä pelastavaan ja elintoimintoja vakiinnuttavaan hoitotyöhön. Kokonaisvaltaista hoitoa pyritään toteuttamaan, mutta priorisoinnin periaatteita noudattaen kaikilla hoidon osa-alueilla syvempi asiaan perehtyminen ja hoitaminen ei ole resurssien kannalta mahdollista tai tarkoituksenmukaista.

Päivystyspolikliininen hoitoaika on pyrittävä keskittämään niihin hoitotyön toimiin, jotka ovat sillä hetkellä keskeisiä ja välttämättömiä. Tästä suunnasta tarkasteltuna tarkempi yksilökohtaisten tarpeiden huomiointi voidaan katsoa kuuluvan enemmän päivystyspolikliinisen hoitotyön jälkeisten hoitoyksiköiden tehtäviin erikoisalasta riippuen. Suppe-

ampi lähestymistapa on myös edellytys kriteeristön käyttökelpoisuudelle. Pidempi, monimutkaisempi ja vaikeammin omaksuttava kriteeristö vähentää sen käyttöä työkaluna käytännön hoitotyössä eikä se silloin palvele sitä tarkoitusta jota varten se on kehitetty. Kriteeristön käyttökelpoisuuteen vaikuttaa myös sen fyysinen koko. Malmin sairaalan toivomuksesta kooksi asetettiin A4 eli maksimissaan Kriteeristö voisi kattaa kaksi sivua. Halutessaan kahteen sivuun saisi ehdettua paljon tekstiä, mutta tarkoituksena oli pitää kriteeristö olemukseltaan selkeänä ja helposti hahmotettavana. Myös tämä seikka tuki kriteeristöön sisällytettävän tiedon supistamisen tarvetta.

6.1 Eettiset perusteet

Työ on tehty yleisiä tutkimustyön eettisiä ohjeita noudattaen. Tutkimuksen tarkoituksena on parantaa kohteena olevan potilasryhmän saamaa hoitoa. Tähän tavoitteeseen on pyritty työssäni parantamalla päihtyneen potilaan osastosiirron suunnittelun- ja toteutuksen jatkuvuutta- ja turvallisuutta siirtokriteeristön keinoin. Työlle anottiin Helsingin kaupungin terveyskeskukselta tarvittava tutkimuslupa, joka myönnettiin edellä mainittujen eettisten perusteiden ja koetun käytännön tarpeen pohjalta. Kirjoitusprosessin aikana keskeisimmäksi tekijäksi muodostui plagioinnin välttämisen periaate, joka on tärkeässä osassa työn kirjallisuuskatasauksellista luonnetta tarkastellen. (Hirsjärvi ym. 2005: 26-28.)

6.2 Tulosten ja kriteeristön luotettavuus

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten ja tutkittavan todellisuuden mahdollisimman hyvää vastaavuutta (Hirsjärvi ym. 2005: 216-217.) Työssäni käyttämä aineisto oli laaja, koostuen eri oppikirjoista, toimintasuunnitelmista, käypähoito-ohjeista sekä eritasoista tutkimuksista ja pro-gradusta aina väitöskirjaan saakka. Aineistoa valitessani pyrin pääsääntöisesti noudattamaan teoreettiselle aineistolle kymmenen vuoden ikärajaa ja kliiniselle aineistolle kuten hoito-ohjeille tiukempaa viiden vuoden ikärajaa. Tarkoitukseni oli valikoida työhöni mahdollisimman tuoretta aineistoa, jotta työni sisältäisi mahdollisuuksien mukaan mahdollisimman uutta tietoa. Työhöni valikoitunut aineisto oppikirjojen ja hoito-ohjeiden osalta oli pääsääntöisesti sen kaltaisista, jota käytetään lääketieteen- ja hoitotyön opinnoissa hyväksyttynä oppimateriaalina, sekä käytännön työssä käsikirjatyyppisenä tietolähteenä eri laitoksissa. Tätä valintaa voidaan kritisoida, mutta päätös on perusteltu koska tämän tyyppisen aineiston tarjoama materiaali muodostaa käytännössä sen tietopohja, jonka perusteella potilaita hoidetaan. Työssä käytetyt tutkimusartikkelit on ennen julkaisuaan arvioitu alan lehdissä ja ne ovat omalla alallaan arvostettuja. Muut tutkimukset, pro-gradut ja väitöskirjat ovat

yliopistojen tai julkisten asiantuntijavirastojen tarkastamia ja hyväksymiä ennen julkaisemistaan. Aineistoanalyysin edetessä kerätty tieto saavutti saturaatiopisteen melko nopeasti, ja uutta tietoa alkoi olla vaikeampi löytää. Muodostetun kriteeristön pyrkimyksenä on tiivistää päihtyneen potilaan hoitoa ja potilassiirtoa koskeva saturoitunut, eli oleellinen tieto yksittäisiksi kriteereiksi. Tämä lisää muodostetun kriteeristön luotettavuutta koska sen sisältämä tieto löytyy useasta eri lähteestä. Aineiston runsaus on samalla työni puute. Aineiston rajaus muodostui työn aikana puutteelliseksi. Tämän olisi voinut välttää noudattamalla systemaattisempia aineistohakumenetelmiä. Malmin sairaalan asiantuntija-arvioinnista saatu palaute määritteli käytetyn aineiston ja kehitetyn kriteeristön hyväksi käyttökelpoiseksi. Opinnäytetyön julkaisutilaisuudessa hoitajilta saatu palaute oli samansuuntaista asiantuntija-arvion kanssa ja tilaisuudessa löydettiin kehitetylle kriteeristölle myös muita käyttötarkoituksia kuin mitä alun perin oli suunniteltu.

6.3 Ajatuksia työstä

Kehitetyn kriteeristön olisi tarkoitus auttaa Malmin sairaalassa työskentelevää henkilökuntaa päihtyneen potilaan hoidossa ja helpottamaan työn toteuttamista. Vähintään yhtä tärkeänä tavoitteena on pyrkiä parantamaan potilaiden saamaa hoitoa sen jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta. Käytännössä tämä jää nähtäväksi tulevaisuudessa, kuinka Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevät hoitajat ottavat kriteeristön käyttöönsä. Tekijänä toivon että kehitettyä kriteeristöä käytettäisiin tilanteenmukaisesti ja mahdollisimman joustavalla sekä kekseliäillä tavoilla käytännön hoitotyössä. Käyttämättä jättäminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilasta hoidettaisiin huonosti tai että siirtotilanteeseen ei suhtauduta vakavasti. Asiantuntevan hoitohenkilökunnan kokemus työstään tarjoaa heidän käyttöönsä laajan tietopohjan ja kyvyn huomioida sellaisia asioita joita kriteeristö ei käsittele. Tästä syystä kriteeristön käyttö saattaa muodostua tarpeettomaksi monille hoitajille, koska he pystyvät huomioimaan kokemuksensa pohjalta samat asiat (ja paljon enemmänkin) kuin mitä kriteeristöllä on heille tarjota. Tästä syystä näkisin kehittämäni kriteeristön enemmän uudempien ja kokemattomampien hoitajien käytössä ja tukena päihtyneen potilaan siirtotilanteessa tarjoten heille apua heidän sitä tarvitessa. Kokenut henkilökunta tulee todennäköisesti noudattamaan entisiä ja hyväksi havaitsemiaan toimintatapoja ja tästä syystä kriteeristön käyttö saattaa jäädä ainakin alussa rajoitetuksi. Tämä puolestaan asettaa aiheen myöhemmälle jatkotutkimukselle. Kuinka kriteeristön käyttö soveltuu käytännön hoitotyöhön, vastaako se tarkoitustaan ja miltä osin sitä voisi jatkossa muokata tarkoitustaan paremmin vastaavaksi.

Lähteet

Alaja, Riitta – Seppä, Kaija 1996: Päihdeohjeisto – Päihdeongelman tunnistaminen, kriisitilanteiden hoito sekä jatkohoidon järjestäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/96. Klingendahl Paino Oy. Tampere.

Alaspää, Ari - Kuisma, Markku - Rekola, Leena - Sillanpää, Kirsi (toim.) 2004: Ensihoidon käsikirja. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Alkoholijuomien kulutus vuonna 2004, ennakko. Stakes 2005. Verkkodokumentti. Päivitetty 24.2.2005. <http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Alkoh2004Kulutus.pdf>. Luettu 25.11.2005

Boyd, James 2002: Huumemyrkytyspotilaan ensihoito. Finnanest 3/2002.

Dahl, Päivi – Hirschovitz, Tanja 2002: Tästä on kyse – tietoa päihhteistä. 4. uudistettu painos. YAD Youth against drugs Ry.

Elonen, Erkki - Mäkijärvi, Markku - Voipio-Pulkki, Liisa-Maria - Vuoristo, Matti (toim.) 2005: Akuuttihoito-opas. 10. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Eriksson, Katie 1988: Hoito tieteenä. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino Oy.

Eurobarometer: Health, food and alcohol and safety 2003. European opinion research group EEIG. European Commission. Verkkodokumentti. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs_186_en.pdf. Luettu 28.02.2006.

Hallila, Liisa (toim.): 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-paino Oy. Tampere.

Hegyvary, Sue Thomas 1987: Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa Oy. Kirjayhtymä. Helsinki.

Helsingin kaupungin terveystyö & Taloustutkimus Oy 2003: Helsingiläisten arviot terveystyön palveluista 2002. Julkaisusarjassa Helsingin kaupungin terveystyön raportteja 2003:8.

Helsingin terveystyö 2005: Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi terveystyön strategian 2006-2008 valmistelun pohjaksi. Julkaisusarjassa Helsingin kaupungin terveystyön raportteja 2005:1.

Helsingin terveystyö 2005: Helsingin terveystyön strategiasuunnitelma vuosille 2006-2008. Julkaisusarjassa Helsingin kaupungin terveystyön raportteja 2005:2.

Hietanen, Kirsi - Pitkänen, Maija-Riitta - Vilmi, Silja 1995: Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Sirkka – Sajavaara, Paula: 2005. Tutki- ja kirjoita. 11.painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hobar, Victoria 2003: How to... handle handover. Nursing Times 4 March 2003 vol 99 No 9 s.54-55.

Huumeidenkäyttäjien kohtaaminen työssä. 2000. Työterveyslaitos. Rauma: West Point

Ilveskivi, Pirkko 1997: Potilasasiakirjojen laatiminen. Sairaanhoitaja 8/97.

Inkinen Maria - Partanen, Airi - Sutinen, Tiina 2000: Päihdehoitotyö. Tammi. Tampere.

Isopahkala, Kai 2005: Vaikean alkoholimyrkytyksen hoito. Finnanest 5/2005.

Kansanterveyslaitos 1997: VRE-asiantuntijatyöryhmän suositus – Ohje vankomysiinille resistienttien enterokokkien torjunnasta. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C1/1997.

Kansanterveyslaitos 2004: MRSA-asiantuntijatyöryhmän suositus – Ohje metisilliini-resistenttien staphylococcus aureusten torjunnasta. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C1/2004.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Koponen, Leena 1998: Näkökulmia tulevaisuuteen. Sairaanhoitaja yhdistävänä voimana. Sairaanhoitaja 1998/2:28-31

Koponen, Leena 1998: Mikä on saumaton hoito- ja palveluketju? Ylihoitajalehti 26: 9-12

Koponen, Leena - Sillanpää, Kirsi (toim.) 2005: Potilaan hoito päivystyksessä. 1. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä

Korhonen Eija, 2002: Potilaiden kokemukset ensiapupoliklinikan palveluista. Pro gradu. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Korhonen, Eija 2003: Hoitoisuusluokitusprojekti Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikan tarkkailuosastolla vuosina 2000-2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 16/2003. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559

Laurin, Sirkka – Eriksson, Elina Eriksson – Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. WSOY. Porvoo.

Lindström, Hanne – Mäkelä, Saara 2001: Päihdemyrkytyspotilaan hoitopolku päivystyspoliklinikalla – Hoitajan toiminnan havainnointia. Päättötyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.

Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo 2001: Psykiatria. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Markkanen, Kirsi 2000: Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Julkaisusarja B: selvityksiä 4/2000. Helsinki. Tehy Ry.

Munnukka, Terttu 1993: Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Vammalan kirjapaino Oy.

- Munnukka, Terttu - Kiikkala, Irma (toim.) 1996: Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Nenonen, Soile - Lauri, Sirkka 1996: Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen. Hoitotyön julkaisusarja A21. Turun yliopistollinen keskussairaala. Turku.
- Niemellä, Onni - Laine, Pekka 2000: Päihdeongelmainen potilas - Päihteiden aiheuttamat terveyshaitat, tunnistus ja hoito. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2000. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Parkkinen, Pihla 2004: Päihdepotilaan siirto osastolle – Toimintaohje hoitajille. Päätötyö. Helsingin AMK Stadia. Helsinki.
- Parviainen, Tuire – Mölsä, Anneli – Karpov, Irina – Kehä, Hely 1992: Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen - Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Pelkonen, Marjaana - Perälä, Marja-Leena 1993: Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Pothier, David – Monteiro, Pedro – Mutuzua, Mooktiar – Shaw, Allison 2005: Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. British Journal of Nursing 2005 vol 14, No 20. s.1090-1093.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Stakes 2005. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki.
- Sarvimäki, Anneli - Stenbock-Hult, Bettina 1996: Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY. Juva.
- Sora, Tuula – Larkio, Marja – Manninen-Kauppinen, Eila – Vierula, Saara (toim.) 2000: Akuuttisairaanhoidon opas. Duodecim / SHSK. Helsinki.
- Stakes tiedote Nro 49/9.12.2005. Stakes 2005. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.12.2005. <http://www.stakes.fi/tiedotteet/2005/49.htm>. Luettu 25.1.2006.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2001: Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Helsinki.
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA 2005: Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe; Commentary: Identifying drug trends in Europe. Verkkodokumentti <http://ar2005.emcdda.eu.int/en/page004-en.html>. Verkkodokumentti. Luettu 28.2.2005.
- Vilmi, Silja 1997: Ensiapu- ja tarkkailuosaston toimintamallin ja hoitotyön kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/97. Tampereen yliopistollisen sairaalan painatuskeskus. Tampere
- Virtanen, Ari 2005: HuuMETILANNE suomessa 2004. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle Kansallinen huumeaineiden seurantakeskus. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Stakes, Tilastoraportteja 1/2005. Verkkodokumentti.

Päivitetty 24.1.2005. <http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Reitox2004.pdf>. Luettu
25.11.2005

1. Esitietojen tarkastaminen

- Tulosity ja tulotilanne
- Henkilöllisyys

2. Päihtyneen potilaan käyttämän aineen tunnistaminen?

- Alkoholit, alkoholin korvikkeet, huumeet, lääkkeet, liuottimet?

3. Onko Käytetty päihde ja päihtymystila varmistettu?

- Alkometri, virtsaseulonta, laboratoriokokeet?

4. Onko potilaan päihdeanamneesi selvitetty?

- Mitä?
- Milloin?
- Kuinka paljon?
- Mitä pääsääntöisesti?
- Miksi päihdettä nautittu?
 - a. Tahallisesti:
 - Päihtymystarkoituksella
 - Itsemurhayritys
 - b. Tahattomasti

5. Onko somaattista tilaa kartoitettu?

- Päihtymystilasta ON erotettava ja siitä huolimatta poissuljettava:
 - a. epileptiset oireet
 - b. diabeettiset oireet
 - c. aivoverenkierron häiriöt
 - d. aivovauriot
 - e. sokkipotilaat
 - f. vaikeat infektiot
 - g. tapaturmat
 - h. psyykkiset syyt.
- Onko potilaalla perussairauksia?

6. Mitä hoitotoimenpiteitä potilaalle on jo suoritettu?

- Vitaalitoimintojen tarkkaileminen
- Vitaalitoimintojen, turvaaminen
- Tajunnan tason seuraaminen esim. *Glasgow'n kooma-asteikon avulla*
- Nautitun aineen / aineiden imeytymisen estäminen
- Nautitun aineen / aineiden poistumisen nopeuttaminen / edistäminen
- Komplikaatioiden ehkäisy

7. Onko tartuntavaarallisten infektioiden mahdollinen kantajuus selvitetty?

- Hepatiitti A, B, C
- Hiv
- HTLV
- Tuberkuloosi
- Sairaalebakteerit MRSA, VRE, ESBL

8. Onko potilaan psyykkistä statusta selvitetty?

- Orientaatio aikaan ja paikkaan.
- Mieliala: aggressiivisuus, levottomuus, arvaamattomuus, depressio.
- Havainnot potilaan mahdollisista psykoottisista oireista ja harhoista.
- Itsetuhoisuus arvioitava, itsemurhariskin mahdollisuus?
- Havainnot muistin toiminnasta.

**Glasgow'n kooma-asteikko
(Sora ym. 2000)**

<i>Toiminto</i>	<i>Reagointi & Pisteet</i>	
<i>Silmien avaaminen</i>	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
<i>Puhevaste</i>	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
<i>Liikevaste</i>	Noudattaa kehoituksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yht. 3-15 pistettä		

9. Vieroitusoireiden kartoittaminen:

- Status:
 - a. Päähtynyt potilas, jolla ei vielä vieroitusoireita
 - b. Päähtynyt potilas jolla vieroitusoireita
 - c. Ei enää päähtynyt potilas jolla selkeät vieroitusoireet
- Minkälaisia vieroitusoireita aikaisemmin ollut ja kuinka pahoja?
- Onko tulevia vieroitusoireita ennustettu esim. päihdeanamneesin avulla?
- Onko vieroitusoireiden mahdollinen estolääkitys aloitettu:
 - => Kyllästys / Krampinesto / B1 tiamiini / Neurolepti?

10. Ympäristövaikutusten kartoittaminen:

- Voiko potilas aiheuttaa häiriöitä / vaaraa itselleen tai ympäristölleen?
 - a. Itsetuhoisuus
 - b. Sekavuus / kyvyttömyys huolehtia itsestään
 - c. Sekavuus / Harhaisuus, paranoidit ajatukset
 - d. Liikkuminen, motoriikka
 - e. Aggressiivisuus ympäristöä kohtaan.
 - f. Muu ennakoitavissa oleva riskikäyttäytyminen

11. Sosiaalisen tilanteen kartoittaminen:

- Saattajat, lähiomaiset, muut tahot ja onko heille tehdyt ilmoitukset potilaan tilasta / hoidosta?
- Onko edellä mainittujen tahojen yhteystiedot?
- Onko syytä mahdollisiin vierailijarajoituksiin?

12. Kirjaamisen tarkastaminen ja muut siirtoon liittyvät toimenpiteet

- Onko toteutetun hoidon kirjaamisessa puutteita ja onko jatkohoitomääräykset kirjattu asianmukaisesti?
- Onko potilaan omaisuus ja siirtyvät paperit lajiteltu ja siirrosta huolehdittu?
- Onko potilaan omaisille tai hoitopaikkaan ilmoitettu siirrosta?

Delirium Tremens

(Alaja-Seppä 2000; Niemelä, Laine 2000; Sora ym. 2000)

- Suurin riski 3-4 alkoholiittomana päivänä
- Somaattiset sairaudet ja traumat altistavat
- Oireet:
 - Tajunnan tason häiriöt
 - Älyllisten toimintojen häiriöt
 - Uni- valve rytmin ongelmat
 - Harhaisuus
 - Psykoottisuus
 - Levottomuus
 - Aggressiivisuus

HUOM!

Hoitamattomana 10-15% kuolleisuus:

- B-Gluk tasapainon häiriöt
- Elektrolyyttitasapainon häiriöt
- Vitaalinelintoimintojen ylikuormitus

Alkoholiepilepsia eli Viinakrampit

(Alaja-Seppä 2000; Niemelä, Laine 2000; Sora ym. 2000)

- Suurin riski 24 – 72 tuntia juomisen lopettamisen jälkeen.
- Oireet:
 - Grand Mal – tyyppinen kohtaus

HUOM!

Hoitamattomana tilanne voi johtaa Status Epilepticukseen

Opiaattien vieroitusoireet (Niemelä, Laine 2000)

Aika viimeisestä annoksesta:

Vieroitusoireet:

- | | |
|--------------------|---|
| 8 – 12 tuntia | - Hikoilu, haukottelu, levottomuus, kyynel- ja sierainvuoto. |
| 18-24 tuntia | - Laajat mustuaiset, vilunväristykset, kuumat aallot, lihas- ja raajakipuja, iho kananlihalla, levottomuus. |
| 30-36 tuntia | - Lisääntyvä levottomuus, oksentelu, ripuli, painon lasku, hengitystiheys + RR + lämpö –. |
| 40-48 tuntia | - Edellä mainitut oireet voimakkaimmillaan. Tarve aineen saamiselle kova. |
| 7 – 10 vuorokautta | - Oireet heikkenevät vähitellen. |

Amfetamiinin vieroitusoireet (Niemelä, Laine 2000)

Aika viimeisestä annoksesta:

Vieroitusoireet:

- | | |
|----------------|---|
| 24 tuntia | - Ärtäisyys, aggressio, masennus |
| 48 - 72 tuntia | - Uneliaisuus, jopa 18–20 t / vrk, paniikkitunteuksia herätessä |
| 1 - 2 viikkoa | - Masennus, itsetuhoajatukset |



Diaarinumero
06-175/054

Tutkimusluvan hakijan nimi ja osoite
Tapio Winqvist
Riistapolku 4 B 25
02120 ESPOO

TUTKIMUKSEN AIHE	Päihtyneen potilaan jatkohoitoon siirtämisen kriteerit. Kehitystyö Malmion sairaalan Päivystyspoliklinikalle.					
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin.				
	<input type="checkbox"/>	Myönnän luvan tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja/tai henkilökistereistä.				
	<input type="checkbox"/>	En myönnä tutkimuslupaa, tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin perusteluin.				
	Lisäehdot ja/tai perustelut					
	<input type="checkbox"/>	Lisäehdot liitteenä	<input type="checkbox"/>	Perustelut liitteenä	<input type="checkbox"/>	Liitteeksi sairaala-apteekin tiedote
	Päätöksen tekijä Tammistojohtaja		Allekirjoitus ja nimenselvitys 			
	Päivämäärä 3.4.2006	Pykälä 2048 §	Liitteet 1-3 Marita Lindholm			
PÄÄTÖKSEN JAKELU						
<input checked="" type="checkbox"/>	Tutkija					
<input checked="" type="checkbox"/>	Yksikkö, PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA (JLÄÄK) MARITA LINDHOLM (YH)					
<input checked="" type="checkbox"/>	Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä					
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						



HAKIJA	Tapio Winqvist		
LAUSUNTO-PYYNTÖ	Oheisesta hakemuksesta pyydetään lausunto 21.2. mennessä terveyskeskuksen kirjaamoon. Lausunnonantajat Johtajalääkäri HELSINGIN TERVEYSKESKUS 08.03.2006 Dnro 06-175/0571		
LAUSUNTO	<input type="checkbox"/> Puollan seuraavin ehdoin Puollan tutkimuksen suunnitelmien ehdoin. Tulee ppk:lla toteutettavien päihdepet. hoidon selutt. projektissa.		
	<input type="checkbox"/> Ehdot liitteenä En puolla, perustelut		
	<input type="checkbox"/> Perustelut liitteenä		
	Päivämäärä Mies 6.3.06	Allekirjoitus ja nimenselvennys P. Koirivuori - Niemi P. Koirivuori - Niemi LÄÄK.	
TUTKIMUS-TOIMINNAN KOORDINAATTORYHMÄ	Käsittelypäivämäärä 3.3.2006	Pykälä 24§	<input checked="" type="checkbox"/> Puoltaa seuraavin ehdoin <input type="checkbox"/> Ei puolla, perustelut liitteenä
	Ehdot		
	<input type="checkbox"/> Tutkimuksessa syntyviä yksittäisiä henkilöitä koskeva tutkimusrekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.		
	<input type="checkbox"/> Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä.		
	<input type="checkbox"/> Tiedotteessa ja/tai suostumusasiakirjassa tulee ilmetä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.		
	<input type="checkbox"/> Asiakkaat saavat kyselylomakkeen/tiedotteen terveyskeskuksen henkilökunnalta.		
	<input type="checkbox"/> Mikäli tutkimukseen osallistuu ruotsinkielisiä henkilöitä, on ruotsinkielisenä oltava saatavissa: <input type="checkbox"/> Tiedote <input type="checkbox"/> Suostumuslomake <input type="checkbox"/> Kyselylomake		
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle		
	<input type="checkbox"/> Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvien kustannusten korvaamisesta tehdään erillinen sopimus.		
	<input type="checkbox"/> Tutkimustulosten kaupallisesta hyödyntämisestä tehdään erillinen sopimus.		
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön ja tutkija kirjoittaa siitä lyhyen yhteenvedon terveyskeskuksen henkilöstölehteen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Muut ehdot liitteenä.			
Sihteerin allekirjoitus ja nimen selvennys Anna-Liisa Niemi ANNA-LIISA NIEMI			